



**ADLİ PSİKİYATRİ HASTALARINDA KABUL  
VE KARARLILIK TERAPİSİ TEMELLİ ÖFKE  
YÖNETİMİ EĞİTİMİNİN ÖFKE RUMİNASYONLARI  
VE DÜRTÜSELLİK DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

**Hatice POLAT**  
**Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı**

**Tez Danışmanı**  
**Doç. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ**

**Doktora Tezi – 2020**

T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ADLİ PSİKİYATRİ HASTALARINDA KABUL VE  
KARARLILIK TERAPİSİ TEMELLİ ÖFKE YÖNETİMİ  
EĞİTİMİNİN ÖFKE RUMİNASYONLARI VE  
DÜRTÜSELLİK DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

Hatice POLAT

**Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı  
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ**

**ERZURUM  
2020**

T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI


**ADLİ PSİKİYATRİ HASTALARINDA KABUL VE KARARLILIK  
TERAPİSİ TEMELLİ ÖFKE YÖNETİMİ EĞİTİMİNİN ÖFKE  
RUMİNASYONLARI VE DÜRTÜSELLİK DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

**Hatice POLAT**


**Tez Savunma Tarihi** : 24.01.2020

**Tez Danışmanı** : Doç. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ (Atatürk Üniversitesi) 

**Jüri Üyesi** : Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK (Atatürk Üniversitesi) 

**Jüri Üyesi** : Dr. Öğr. Üyesi Hatice DURMAZ (Atatürk Üniversitesi) 

**Jüri Üyesi** : Prof. Dr. Ayşe OKANLI (İstanbul Medeniyet Üniversitesi) 

**Jüri Üyesi** : Dr. Öğr. Üyesi Yalçın KANBAY  
(Artvin Çoruh Üniversitesi) 

**Onay**

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

**Prof. Dr. Duygu ARIKAN**  
Enstitü Müdürü 

**Doktora Tezi**  
**Erzurum -2020**

# İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER .....	I
TEŞEKKÜR .....	IV
ÖZET ... ..	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VIII
TABLolar DİZİNİ.....	IX
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Adli Psikiyatri .....	5
2.1.1. Türk Ceza Kanunu'nda Akıl Hastalarının Ceza Sorumluluğu .....	5
2.1.2. Zorunlu Klinik Tedavi (Koruma ve Tedavi).....	7
2.1.3. Adli Psikiyatri Servisleri.....	8
2.1.4. Adli Psikiyatri Hemşireliği .....	9
2.2. Kabul ve Kararlılık Terapisi .....	12
2.2.1. Psikolojik Katılık .....	12
2.2.2. Psikolojik Esneklik .....	16
2.3. Öfke .....	21
2.3.1. Öfkenin Genel Özellikleri.....	23
2.3.2. Öfkenin Fizyolojisi .....	23
2.3.3. Öfkenin Belirtileri.....	24
2.3.4. Öfkenin Türleri .....	25
2.3.5. Öfkenin Nedenleri.....	26
2.3.6. Öfkeye İlişkin Derin Düşünme (Öfke Ruminasyonu): .....	26

2.3.7. Öfke İfade Tarzları.....	28
2.3.8. Öfke Yönetimi Eğitimi .....	30
2.4. Dürtüsellik .....	31
2.4.1. Dürtüsellğin Nedenleri.....	32
2.4.1.1. DürtüsellğinsNöroanatomiksNedenleri .....	32
2.4.1.2. DürtüsellğinsNörokimyasal Nedenleri .....	33
2.4.1.3. Dürtüsellğın Psikodinamik Nedenleri.....	33
<b>3. MATERYAL VE METOT.....</b>	<b>34</b>
3.1. Araştırmanın Türü.....	34
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	34
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	34
3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	36
3.5. Araştırmanın Değişkenleri .....	36
3.6. Veri Toplama Araçları .....	37
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu .....	37
3.6.2. Öfkeye İlişkin Derin Düşünme Ölçeği .....	37
3.6.3. Barratt Dürtüsellik Ölçeği.....	38
3.7. Verilerin Toplanması .....	39
3.8. Araştırma Süreci .....	39
3.8.1. Araştırmanın Uygulanması .....	40
3.8.2. Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Öfke Yönetimi Eğitim Programının Uygulanması.....	40
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi .....	43
3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri .....	43
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	45

<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>47</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>53</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>59</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>61</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>78</b>
<b>EK-1. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>78</b>
<b>EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU.....</b>	<b>79</b>
<b>EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU .....</b>	<b>80</b>
<b>EK-4. KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....</b>	<b>81</b>
<b>EK-5. ÖFKEYE İLİŞKİN DERİN DÜŞÜNME ÖLÇEĞİ (ÖİDDÖ).....</b>	<b>82</b>
<b>EK-6. BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ (BDÖ) .....</b>	<b>83</b>
<b>EK-7. ÖFKE GRUBU İÇİN KABUL VE KARARLILIK TERAPİ (ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY ANGER GROUP) PROTOKOLÜ KULLANMA İZİNİ.....</b>	<b>85</b>
<b>EK-8. KABUL VE KARARLILIK TERAPİSİ KATILIM BELGESİ.....</b>	<b>86</b>
<b>EK-9. KABUL VE KARARLILIK TERAPİSİ TEMELLİ ÖFKE YÖNETİMİ EĞİTİMİNİN OTURUMLARI.....</b>	<b>87</b>
<b>EK-10. KURUM İZİNİ .....</b>	<b>95</b>
<b>EK-11. TEZ ADI DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU .....</b>	<b>97</b>
<b>EK-12. ADLİ PSİKİYATRİ HASTALARI İÇİN ÖFKE YÖNETİMİ EĞİTİM KİTAPÇIĞI .....</b>	<b>98</b>

## TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim süresince bana rehberlik eden, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen tezimin her aşamasında hoşgörüsü, katkısı ve yoğun desteğini de esirgemeyen tez danışmanım ve sevgili hocam Sayın Doç. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ'a;

Tez çalışmam süresince bilgi ve görüşlerinden yararlandığım tez jürimde yer alan değerli vakitlerini benim için ayırarak tezimin şekillenmesinde emeği geçen değerli hocalarım sayın Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK'a ve sayın Dr. Öğr. Üyesi Hatice DURMAZ'a;

Tez çalışmam süresince bilgi ve görüşlerinden yararlandığım sayın Prof. Dr. Ayşe OKANLI'ya;

Verilerimi toplama sürecinde desteğini esirgemeyen Adli Psikiyatri servisinde çalışan başta servis sorumlu hemşiresi Büke HEKİM olmak üzere tüm hemşire arkadaşlarıma;

Tez çalışmam süresince bilgi ve görüşlerinden yararlandığım Uzm. Dr. Kerim UĞUR'a;

Verilerimi toplarken çalışmaya gönüllü olarak katılan değerli hastalara;

Yoğun eğitim dönemim boyunca sabırla beni destekleyen başta annem olmak üzere aileme;

Sonsuz teşekkürler...

**Hatice POLAT**

## ÖZET

### **Adli Psikiyatri Hastalarında Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Öfke Yönetimi Eğitiminin Öfke Ruminasyonları ve Dürtüsellik Düzeylerine Etkisi**

**Amaç:** Bu çalışma adli psikiyatri hastalarında Kabul ve Kararlılık Terapisi temelli öfke yönetimi eğitiminin öfke ruminasyonları ve dürtüsellik düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Materyal ve Metot:** Araştırma, randomize kontrollü çalışma olarak yapılmıştır. Araştırmanın verileri Temmuz 2018- Ocak 2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmada basit rasgele sayılar tablosu kullanılarak randomizasyon yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini bu şekilde belirlenen 66 erkek (33 deney, 33 kontrol) adli psikiyatri hastası oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında 'Kişisel Bilgi Formu', 'Öfkeye İlişkin Derin Düşünme Ölçeği', ve 'Barratt Dürtüsellik Ölçeği' kullanılmıştır. Deney grubundaki hastalara Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Öfke yönetimi eğitimi haftada bir olmak üzere 8 oturum şeklinde uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ki-kare testi, yüzdeler dağılımı, bağımsız gruplarda t testi, ve bağımlı gruplarda t testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Eğitim öncesi deney grubundaki hastaların öfkeye ilişkin derin düşünme ölçeği toplam puan ortalamasının ( $53.0 \pm 9.0$ ) ve dürtüsellik toplam puan ortalamasının ( $72.7 \pm 11.0$ ); kontrol grubundaki hastaların öfkeye ilişkin derin düşünce toplam puan ortalamasının ( $56.3 \pm 9.9$ ) ve dürtüsellik toplam puan ortalamasının ( $81.2 \pm 12.6$ ) olduğu belirlenmiştir. Eğitim sonrası deney grubundaki hastaların kontrol grubuna göre öfkeye ilişkin derin düşünce toplam puanları ve dürtüsellik toplam puanlarının düştüğü ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.001$ ). Grup içi karşılaştırmada; deney grubundaki hastaların ön test ve son test puanları arasında öfkeye ilişkin derin düşünce toplam puanı ve tüm alt boyut puanları ile dürtüsellik toplam puanı ve tüm alt boyut puanlarının istatistiksel olarak önemli derecede düştüğü tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ).

**Sonuç:** Adli psikiyatri hastalarına verilen Kabul ve Kararlılık Terapisi temelli öfke yönetimi eğitiminin, hastaların öfke ruminasyonlarını ve dürtüselliklerini azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir. Alanda çalışan psikiyatri hemşireleri ve adli psikiyatri hemşireleri öfke ruminasyonu ve dürtüsellığe bağlı şiddet olaylarını azaltma ve ya önleme çalışmaları kapsamında bu programdan yararlanabilirler.

**Anahtar Kelimeler:** Adli psikiyatri, adli psikiyatri hemşireliği, dürtüsellik, kabul ve kararlılık terapisi, öfke ruminasyonu

## ABSTRACT

### **Effect of Acceptance and Commitment Therapy Based Anger Management Training on Anger Rumination and Impulsiveness Levels in Forensic Psychiatric Patients**

**Aim:** This study was conducted to determine the effect of acceptance and commitment therapy based anger management training on the levels of rumination and impulsiveness in forensic psychiatric patients.

**Material and Method:** The study was conducted as a randomized, controlled research. The study data were collected between July 2018 and January 2020. In the study, randomization was performed using a table of random numbers. The sample of the study consisted of 66 male forensic psychiatric patients selected by this method (33 in the experimental group, and 33 controls). 'Personal Information Form', 'Anger Rumination Scale' and 'Barratt Impulsiveness Scale' were used in the collection of data. The Acceptance and Commitment Therapy based anger management training was provided to the patients in the experimental group in one session a week for 8 weeks. In the evaluation of the data, chi-square test, percentile distribution, independent samples t-test and dependent groups t-test was used.

**Results:** Before the training, the total Anger Rumination Scale score average of the patients in the experimental group was  $53.0 \pm 9.0$ , the total impulsiveness score average was  $72.7 \pm 11.0$ ; however, the total Anger Rumination Scale score average of the patients in the control group was  $56.3 \pm 9.9$ , and their total impulsiveness score average was found to be  $81.2 \pm 12.6$ . After the training, the total Anger Rumination Scale score and impulsiveness total score averages of the patients in the experimental group were found to be reduced compared to the control group, with a statistically significant difference ( $p < 0.001$ ). In the intragroup comparison, a statistically significant decrease was found between the pre-test and post-test scores of the patients in the experimental group, in terms of the Anger Rumination Scale total score and all sub-scale scores, and impulsiveness total score and all sub-scale scores ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** The Acceptance and Commitment Therapy based anger management training provided to the forensic psychiatric patients was found to be effective in decreasing their anger rumination and impulsiveness. Psychiatric nurses and forensic psychiatric nurses working in the field can benefit from this program within the scope of the efforts to reduce or prevent violence incidents induced by anger rumination and impulsiveness.

**Keywords:** Acceptance and commitment therapy, anger rumination, forensic psychiatry, Forensic Psychiatric nursing, impulsiveness

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- ACT** : Kabul ve Kararlılık Terapisi (Acceptance and Commitment Therapy-ACT)
- APH** : Adli Psikiyatri Hemşireliği
- YGAP** : Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri
- ÖİDDÖ** : Öfkeye İlişkin Derin Düşünce Ölçeği
- BDÖ** : Barrat Dürtüsellik Ölçeği
- TCK** : Türk Ceza Kanunu



## ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. ACT psikopatoloji modeli: psikolojik katılık.....	17
Şekil 2.2. ACT psikolojik esneklik modeli.....	21
Şekil 3.1. Araştırmanın Akış Şeması.....	46



## TABLÖLAR DİZİNİ

<b><u>Tablo No</u></b>	<b><u>Sayfa No</u></b>
<b>Tablo 3.1.</b> Eğitim Programının İçeriği .....	44
<b>Tablo 3.2.</b> Çalışmada Kullanılan Analizler.....	45
<b>Tablo 4.1.</b> Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı .....	47
<b>Tablo 4.2.</b> Gruplar arası ÖİDDÖ ve BDÖ ölçeklerinin ön test ve son test puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	49
<b>Tablo 4.3.</b> Grup içi ÖİDDÖ ve BDÖ ön test ve son test ortalamalarının karşılaştırılması .....	51

# 1. GİRİŞ

Adli Psikiyatri, yargılama sürecinde üstlenilen psikiyatrik bilirkişilik yanında suç işlemiş akıl hastalarının tedavisi, rehabilitasyonu, topluma yeniden kazandırılması ve medeni haklarının korunmasını sağlayacak tıbbi düzenleme ve işlemlerle uğraşan bir tıp disiplini olarak psikiyatrinin çalışma alanlarından<sup>1</sup> Psikiyatrik hastalıkların şiddet davranışı ile ilişkisi yıllar boyunca araştırılmış, özellikle son yıllarda yapılan çalışmalarda ciddi ruhsal hastalığı olanlarda şiddet davranışı riskinin arttığı belirtilmiştir.<sup>2,3</sup> Uluslararası literatür üzerine yapılan bir gözden geçirme yazısında insan öldürme davranışı sergileyen saldırganlardaki şizofreni yaygınlığının %6 olduğu belirtilmiştir. İngiltere, İskoçya ve Galler’de özel evlerde (private household) yaşayan 16–74 yaş arası 8886 kişide son 5 yıl içindeki şiddet davranışlarının incelendiği bir çalışmada, çalışmaya katılan kişilerin %12’sinin son 5 yıl içinde şiddet davranışında bulunduğu, şiddet davranışı sergileyen kişilerin %66’sında bir psikiyatrik bozukluk saptandığı bildirilmiştir.<sup>4</sup> Fazel ve Seewald’un<sup>5</sup>, 24 ülkeden 33588 tutuklu ve hükümlü mahkumla yaptığı geniş çaplı meta-analize göre; erkek mahkumların %3.6’sında, kadın mahkumların %3.9’unda psikotik bozukluk; erkeklerin %10.2’sinde kadınların %14.1’inde major depresyon tanısı saptanmıştır.

Şiddet davranışı DSM V tanı kriterlerine göre bazı psikiyatrik hastalıkların bir belirtisi olmakla birlikte, psikiyatrik hastalığı olan kişilerde şiddet davranışı riskini dürtüselliği artırdığı bilinmektedir.<sup>6,7</sup> Şiddet gibi çeşitli davranışları kapsayan dürtüsellik, ortama uygun olmayan ya da aşırı riskli, yeterince planlanmamış ve genellikle istenmeyen sonuçlara sebep olur. Dürtüsellik dikkatsizlik, sabırsızlık, risk alma, zevk ve heyecan arama, zarar görme ihtimalini düşük hesaplama ve dışa dönüklük gibi özelliklerle kendini gösterir. Dürtüsel agresyon, kasıtlı, daha önce planlanmamış, bir başka kişiye veya nesneye ya da kendine zarar vermeye yönelik sözel ya da fiziksel

agresif davranışlardır. Tecavüz, cinayet, darp gibi vahşi suçların arkasında genellikle dürtüsel agresif davranışlar yatmaktadır. Çok sayıda psikiyatrik bozukluğun çekirdek belirtilerinden biri olan dürtüsellik, engellenmeye karşı toleransın düşük olduğunu, öfke ve saldırganlık davranışlarını, plan yapamama özelliklerini de yansıtmaktadır.<sup>8,9</sup> Dürtü kontrolü ile sürekli öfke arasında negatif bir ilişki olduğu bilinmektedir.<sup>10</sup>

Öfke, adli psikiyatri hastaları için dinamik risk faktörlerinden biri olarak algılanmaktadır.<sup>11</sup> Muhtemelen adli psikiyatri hastalarının çoğunun öfkeyle başa çıkma mekanizmaları bozulmuştur.<sup>12</sup> Öfke duygusu, psikolojik incinmeyi ve acıyı hızlı bir şekilde maskeleyebilir ve dikkati kendinden uzağa ve incinmekten sorumlu görünen diğer insanlara yönlendirebilir. Bu yönlendirmeye aynı zamanda insanların acılarını tanımlarını ve acıları ile başa çıkmalarını engellerken, en başından beri acı ve öfkeyi tetikleyen kişilere nasıl geri dönebilecekleri hakkında ruminatif düşünmeyi teşvik edebilir.<sup>13</sup> Öfke ruminasyonu, öfke yönetimini zayıflatması ve sağlıklı davranışların (örneğin saldırganlık) ortaya çıkması ile ilişkilidir.<sup>14</sup> Öfkeyi sağlıklı bir şekilde ifade etme yollarının öğretilmesi hemşirelik girişimlerinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır.<sup>15,16</sup> Öfke kontrolünün öğretilmesi ve sağlanması bir toplum ruh sağlığı hizmeti olup, öfke denetimine yönelik programların hazırlanması ve uygulanması birey ve toplum ruh sağlığını korumak için geliştirilen önleyici çalışmalardır.<sup>17</sup> Öfke yönetiminde kullanılacak programlardan biri de kabul ve kararlılık terapisi temelli öfke yönetimi programıdır.

Öfke yönetimi için Kabul ve Kararlılık Terapisinin (Acceptance and Commitment Therapy-ACT), insanlara kişisel değerleri doğrultusunda yaşamda gerçekleri kabul ederek ve sorumlu davranarak öfke ve saldırganlığı azaltmalarını öğretmek etkili olabileceği düşünülmektedir.<sup>18</sup> ACT üçüncü dalga olarak

da adlandırılan, kendinelik (mindfulness) ve kabul (acceptance) temelli müdahaleleri içeren bilişsel-davranışçı terapiler arasında yer alır.<sup>19</sup> ACT yaklaşımının esas amacı, kişinin acı ve ıstırabının etkin bir şekilde kontrol edilmesi yoluyla anlamlı ve verimli bir yaşama sahip olmasıdır.<sup>20</sup> ACT ismini isminde taşıdığı temel mesajından almaktadır: kişisel kontrolün dışındakileri kabul et ve hayatını zenginleştirecek davranışları devam ettirmede kararlı ol. ACT'in amacı anlamlı, zengin ve dolu bir hayat yaşamamıza yardım ederken, hayatın kaçınılmaz olarak getirdiği acıları da kabul etmemizi sağlamaktır.<sup>21(18-19)</sup>

ACT psikoz, anksiyete bozuklukları, ağrı, sigara bırakma, madde kullanımı, iş stresi, depresyon, borderline kişilik bozukluğu, stigma, diyabet, epilepsi, kanser, trikotillomani vb. birçok klinik durumda anlamlı sonuçların elde edildiği araştırmalara sahiptir.<sup>19,22</sup> Farklı gruplarla yapılan çalışmalar ACT'nin öfke yönetimi üzerinde de olumlu bir etkisi olabileceğini göstermektedir.<sup>18,23</sup>

Psikiyatri hemşireliğinin bir alt uzmanlık alanı olarak kabul edilen Adli Psikiyatri hemşireleri, genel psikiyatri hemşireliğinin sahip olduğu bilgi ve becerilere ek olarak risk belirleme, suç davranışlarını ele alma, güvenli - terapötik ortam sağlama ve öfke ve kızgınlık yönetimi becerilerine sahip olmalıdırlar.<sup>24</sup> Yüksek lisans derecesine sahip psikiyatri hemşireleri yapılandırılmış öfke kontrolü eğitimi verebilir ve sertifikasyon sağlanmışsa bu konuda terapi programlarını yürütebilirler.<sup>25</sup> ACT temelli öfke yönetimi eğitiminin kullanılmasının, Adli Psikiyatri Hemşireliği'nin terapiye karşı güvenlik, tehlikelilik ve şiddet yönetimi gibi temel rol ve işlevlerinin sürdürülmesine ve hemşirelik bakım ve tedavi hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Öfke yönetimi eğitiminin yaşanan şiddet ve suç olaylarını azaltacağı düşünülmektedir. Yabancı yayınlarda adli psikiyatri hastalarına farklı yöntemlerle

Öfke yönetimi eēitiminin etkisinin deēerlendirildiēi çalışmalar olmakla birlikte,<sup>11,26,27</sup> ACT temelli öfke yönetimi eēitiminin deēerlendirildiēi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu alışma adli psikiyatri hastalarında kabul ve kararlılık terapisi temelli öfke yönetimi eēitiminin dürtüsellik ve öfke ruminasyonlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Çalışmanın hipotezleri:**

**H<sub>0</sub>:** Kabul ve kararlılık terapisi temelli verilen öfke yönetimi eēitimi, adli psikiyatri hastalarının öfke ruminasyonlarını ve dürtüselliklerini etkilemez.

**H<sub>1</sub>:** Kabul ve kararlılık terapisi temelli verilen öfke yönetimi eēitimi, adli psikiyatri hastalarının öfke ruminasyonlarını etkiler.

**H<sub>2</sub>:** Kabul ve kararlılık terapisi temelli verilen öfke yönetimi eēitimi, adli psikiyatri hastalarının dürtüselliklerini etkiler.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Adli Psikiyatri

Adli psikiyatri hukuk ve psikiyatrinin kesiştiği bir alandır. Adli psikiyatri, yargı organlarının incelemekte olduğu olaylarda, kendisinden talep edildiğinde, yani incelenen hukuki olguya açıklık getirmek üzere yargı organı tarafından görevlendirildiğinde, kişinin iradesinin, bağımsız ve sorumlu olup olmadığının belirlenmesi aşamasında hukuka yardımcı olmaktadır.<sup>24</sup> Adli Psikiyatri, yargılama sürecinde üstlenilen psikiyatrik bilirkişilik yanında suç işlemiş akıl hastalarının tedavisi, rehabilitasyonu, topluma yeniden kazandırılması ve medeni haklarının korunmasını sağlayacak tıbbi düzenleme ve işlemlerle uğraşan bir tıp disiplini olarak psikiyatrinin çalışma alanlarındandır.<sup>1</sup> Suç işleyen ve ruhsal açıdan yeterliğinin olup olmadığı bilinmeyen ve bu nedenle herhangi bir ruhsal hastalığının olup olmadığını değerlendirmek amacıyla veya suç işleyen, ruh sağlığı bozuk olduğu için fiziksel ve ruhsal tedavi ve sağlık bakımlarının yapılması için yüksek/orta veya düşük güvenli bir sağlık kuruluşuna yatırılıp yapılan davalı bireyler “adli psikiyatri hastası” olarak karşımıza çıkmaktadır.<sup>28</sup>

#### 2.1.1. Türk Ceza Kanunu’nda Akıl Hastalarının Ceza Sorumluluğu

Ceza sorumluluğu kişinin işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılaması veya bu eylemle ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin bulunması olarak tanımlanır.<sup>29</sup>

Ceza sorumluluğunu kaldıran veya azaltan sebepler vardır. Türk Ceza Kanunu’nda (TCK) akıl hastalığı ceza sorumluluğunu ortadan kaldıran ya da önemli derecede azaltan durumlardan biridir.<sup>30</sup> Ceza sorumluluğu, TCK’nın 32-1 ve 32-2. Maddeleri kapsamında ele alınmaktadır. TCK’nın 31/2 ve 32/1. maddelerinde kusur yeteneği dolaylı bir şekilde tanımlanmıştır. Bu hükümler uyarınca, ‘işlediği fiilin

hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğinin bulunması durumunda' kusur yeteneğinin varlığı kabul edilmiştir. Kusur yeteneğinin iki belirgin unsuru vardır. Bunlardan ilki; işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını anlayabilme, diğeri ise; fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını kavrayan kişinin, davranışlarını bu algılama doğrultusunda hukuk düzeninin gereklerine uygun olarak yönlendirme yeteneğinin bulunmasıdır. "Algılama" ve "irade yeteneği" denilen bu iki unsurun kişide birlikte bulunmaması veya bu yeteneklerinde azalma meydana gelmesi durumunda kusur yeteneğinin tam olmadığı kabul edilmelidir.

Akıl hastalığı, ceza sorumluluğunu kaldıran veya azaltan nedenler arasında bulunduğu ortada bütün unsurları ile oluşmuş bir suç bulunmakta ise de, akıl hastası olduğu belirlenen sanık, işlediği eylemin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayacak durumda olduğundan, suçun işlenmesinden dolayı hukuki anlamda sorumlu tutulup cezalandırılmaz. TCK' nın 32/1. maddesi gereğince bu durumda bulunan sanığa ceza tayin edilmesi mümkün olmadığından, Ceza Muhakemesi Kanununun 223. maddesinin üçüncü fıkrası uyarınca "ceza verilmesine yer olmadığına" karar verilmesi gerekir. Diğer yandan sanığa ceza verilemiyor olması, hakkında güvenlik tedbirine hükümlenmesine engel değildir. TCK'nın 32/1. maddesine göre ceza sorumluluğu kaldırılan kişiler hakkında güvenlik tedbiri uygulanır ve TCK'nın 57/1 maddesine göre yüksek güvenlikli sağlık kurumlarında zorunlu klinik tedavi (koruma ve tedavi) altına alınırlar.<sup>31</sup>

Fiili işlediği anda akıl hastası belirlenen kişi hakkında uygulanacak güvenlik tedbirleri TCK'nın 57. maddesinde; Fiili işlediği sırada akıl hastası olan kişi hakkında, koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbirine hükmedilir. Hakkında güvenlik tedbiri hükmedilen akıl hastaları, yüksek güvenlikli sağlık kurumlarında koruma ve tedavi altına alınırlar. Hastalar, koruma tedavisinden sonra sağlık kurulu

gereğince toplum için tehlikeliliğinin ortadan kalktığı veya önemli derecede azaldığı belirtilerek mahkeme ya da hâkim kararı ile serbest bırakılabilirler. Bu hastalara tıbbi kontrol ya da takip gerekip gerekmediği gerekiyorsa hangi aralıklarla olacağı sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tıbbî kontrol ve takipte, kişinin akıl hastalığı sebebiyle toplum açısından tehlikeliliğinin arttığı anlaşıldığında, hazırlanan rapora dayanılarak, yeniden koruma ve tedavi amacıyla güvenlik tedbirine hükmedilir.<sup>31</sup>

Akıl hastalığının eylemin işlenmesi sırasında bulunması gerekir. TCK'nın 32. maddesinde bu konu hakkında bir açıklık yoktur; fakat akıl hastalığına ilişkin güvenlik tedbirlerini düzenleyen TCK'nın 57. maddesinde “fiili işlediği sırada akıl hastası olan kişi” denilerek güvenlik tedbirlerinin uygulanabilmesi için akıl hastalığının eylemin işlenmesi sırasında olması gerektiği kabul edilmiştir.<sup>31</sup> TCK'nın 57. maddesi ile TCK'nın 32. maddesinde bulunan bu eksiklik giderilmiştir.

### **2.1.2. Zorunlu Klinik Tedavi (Koruma ve Tedavi)**

Ceza sorumluluğu akıl hastalığı sebebi ile kaldırılmış olan kişiler, tedavi ve toplum güvenliği bakımından yargı kararı ile zorunlu klinik tedavi için hastaneye gönderilirler.<sup>32</sup> Koruma ve tedavi süreci, suç işlediği esnada akıl hastalığı olan kişilere verilmiş bir “ceza” değil, kişinin akıl hastalığından kaynaklanan veya kaynaklanabilecek “tehlikeliliğinden” toplumu koruma ve kişinin akıl hastalığını tedavi ederek “tehlikeliliğini” ortadan kaldırmayı hedefleyen, temel olarak tıbbi süreçlerden oluşan hukuki bir yaptırımdır.<sup>1</sup> Hakkında “koruma ve tedavi” doğrultusunda yargıya varıldıktan sonra kişi ceza sisteminden çıkar. Koruma ve tedavi süreci, Adli Psikiyatri'nin çalışma alanıdır.<sup>33</sup> Zorunlu klinik tedavi, psikopatolojinin remisyonunu sağlayarak, gelecekteki potansiyel şiddet davranışlarını ve olası yeni suçları azaltarak toplumu korumak, bu bireylerin sağlıklı gelişimlerine ve kişiler arası ilişkilerde

sorumluluk almalarına yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Adli psikiyatrik süreçte zorunlu yatışlarına karar verilen hastaların bağımsız işlevsellik kazanabilmeleri de tedavinin önemli hedeflerinden biridir.<sup>34</sup>

### **2.1.3. Adli Psikiyatri Servisleri**

Akıl hastası olup suç işleyen kişilerin, tedavi ve bakım sürecinde hem kendileri hem de toplum açısından güvenli bir ortamda tutulmaları gereklidir. Akıl hastası olduğu ve bu sebeple ceza sorumluluklarının olmadığı ileri sürülen kişilerin gözlenip değerlendirilebilmeleri için gerekli ortam sağlanmalıdır.<sup>24</sup> Adli psikiyatri servisleri bir ceza kurumu değildir. Koruma ve tedavi altına alınmış hastaların kısıtlanarak, suç işlemelerini önleme ve ceza evi koşullarında değil de sağlık ekibinin kontrolü altında olmalarını sağlama adli psikiyatri servislerinin en önemli işlevlerinden biridir.<sup>35</sup> Adli servislerin mimari yapısı, gereç ve donanımı hastaların kendilerine veya başkalarına zarar verme riskini önleyecek şekilde hazırlanmalı ve saldırganlığı önleme konusunda eğitilmiş güvenlik görevlileri bulundurulmalıdır.<sup>33</sup>

Dünyaya baktığımızda, adli psikiyatri hastalarının tedavi ve bakımlarının hem hasta açısından hem de toplum açısından güvenli olan özelleşmiş tedavi merkezlerinde (yüksek-orta düşük güvenli hastaneler) yürütüldüğü görülmektedir.<sup>36</sup> Dünyada ilk kez İngiltere’de başlayan Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri (YGAP) Hastaneleri zaman içerisinde bütün dünyada özellikle gelişmiş ülkelerde yaygınlaşmıştır. Ülkemizde daha önce adli psikiyatri hastalarına yönelik tedavi ve bakım hizmetleri, Sağlık Bakanlığı’na bağlı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri’nde bulunan birimlerde yapılmaktaydı. Fakat, Avrupa Birliği (AB) uyum yasaları çerçevesinde, 2005 yılında TCK’da yapılan değişiklikle, adli psikiyatri hastalarının tedavi ve bakımlarının yüksek güvenli hastanelerde yapılması zorunluluğu (57. madde/1. fıkra) ortaya çıkmıştır. TCK gereğince, cezai ehliyeti bulunmayan akıl

hastası hükümlülerin barındırılması amacı ile oluşturulması planlanan YGAP Hastanesi'nin ilki, 2018 yılında Adana Şehir Hastanesi bünyesinde kurulmuştur. 2019 yılı itibariyle Türkiye'de Şehir Hastaneleri bünyesinde kurulmuş beş tane YGAP hastanesi bulunmaktadır.

#### **2.1.4. Adli Psikiyatri Hemşireliği**

Adli Psikiyatri Hemşireliği (APH), ilk olarak 1863 yılında İngiltere'de Broadmoor Hospital'da deneyimlenmiştir.<sup>37</sup> APH suça karışan psikiyatri hastalarının tedavi, bakım, rehabilitasyonunun sağlanması ve haklarının korunması ile ilgilenen psikiyatri hemşireliği alt uzmanlık alanıdır.<sup>38</sup> Günümüzde psikiyatri hemşireliğinin alt bir uygulama alanı olarak kabul edilen Adli Psikiyatri Hemşireleri ruh sağlığı bozulmuş suçlulara psikiyatrik bakım sağlamada psikiyatri hemşireliği bilgisinin uygulanması şeklinde tanımlanmaktadır.<sup>39</sup>

Adli psikiyatri hastalarıyla çalışan hemşirelerin, genel psikiyatri hemşireliğinin sahip olduğu bilgi ve becerilere ek olarak risk belirleme, suç davranışlarını ele alma, güvenli - terapötik ortam sağlama ve öfke ve kızgınlık yönetimi becerilerine sahip olmaları gerektiği için psikiyatri hemşireliğinin bir alt uzmanlık dalı olarak gelişen, fakat; adli psikiyatri birimlerinde yatan hem suçlu hem de mağdur bireylere bakım veriyor olmanın doğası gereği daha zorlu bir hasta grubuna hizmet veren farklı bir uzmanlık alanıdır.<sup>24,38</sup> Hastaların ruhsal ve fiziksel durumlarını değerlendirme, şiddet ve agresyonu önleme, rehabilitasyon, terapötik ilişki kurma, çalışanların, hastaların ve yakınlarının güvenliğini sağlama, risk değerlendirmesi yapma ve yönetme, alkol ve madde kullanımını değerlendirme, hastaların geçmiş öykülerini alarak multidisipliner ekip ile işbirliği içinde uygun bakım planını hazırlama ve uygulama, önerilen tedaviyi yapma, acil durumları yönetme ve hastaların yasal süreçlerini takip etme, yeni mezun ve öğrenci hemşirelere rehberlik etme ve destekleme APH'nin diğer sorumluluklarıdır.

APH' nin, bütün bunları yaparken, esnek olma ve liderlik gibi birtakım özelliklere de sahip olması gerekir. Bu birimlerde çalışan hemşireler, tıbbi olarak ruhsal hastalıklar ve bakımı ve hukuki olarak da ruhsal hastalığı olan bireyleri ilgilendiren yasalar hakkında bilgi sahibi olmalı ve medikal süreçler ile hukuki süreçler arasında dengeyi kurabilme becerisine sahip olmalıdır.<sup>38</sup> APH' nin, sahip olması gerektiği vurgulanan özellikleri şöyle özetlemek mümkündür;

- Adli psikiyatri hastasının tanısı ve işlemiş olduğu suç ne olursa olsun bireye karşı saygılı olmalı ve yargılayıcı olmamalı,
- Sosyal değerleri öğretmek rol model olmalı,
- Sorun belirleme ve dinleme ve becerisi mükemmel olmalı,
- Bireye uygun tedaviyi uyarılama konusunda esnek olmalı,
- Bireyin değişme potansiyeli olduğuna inanmalı, umutlu olmalı,
- Kendi sahip olduğu değer ve inanç sisteminin farkında olmalı,
- Yetenek ve becerilerine güvenmeli ve güvenilir - dürüst olmalı,
- Girişken ve olgun olmalı,
- Kararlı ve sabırlı olmalı,
- Empatik ve iyi niyetli olmalı,
- Sakin ve rahat görünmeli,
- Tarafsız olmalı,
- Profesyonel olmalı,
- Alt kültürleri tanıyıp anlayabilmeli,
- Rapor yazabilme becerisine sahip olmalı,
- Terapötik ilişkideki sınırlılıkları tanımalı,
- Değişime motive olmalıdır.<sup>37,40,41</sup>

APH yüksek, orta ve düşük güvenli hastanelerde, toplum ruh sağlığı merkezlerinde, polis merkezlerinde, hapishanelerde, mahkemelerde ve acil servislerde çalışabilen,<sup>37,42</sup> tıbbi anlamda bakım veren bir hemşire, hukuki anlamda bir “bilirkişi” olarak çalışan uzman kişidir.<sup>38</sup> Adli psikiyatri servislerinde çalışan hemşireler, adli kurumlar da geleneksel olarak var olduğu düşünölen üç alanda işlevlerini gerçekleştirirler. Bunlar; “terapiye karşılık güvenlik”, “tehlikelilik” ve “şiddet yönetimi” dir.<sup>39,43</sup>

*Terapiye karşılık güvenlik*, adli psikiyatri servislerinde çalışan hemşireler için, merkezi ikilemdir. Güvenlik, genel olarak, hastanın fiziksel güvenliğini (duvarlar, parmaklıklar ve kapılar vb.) ve şiddetin kontrol edilmesini ifade eder. Bununla birlikte, güvenliği sağlamak için yapılması gereken birçok işlem vardır. Bunlar, arama, hastaları sayma, eşlik etme, personeli arama, çakmak kullanma gibi konularla ilgilidir. Bir tarafta tedavi edici hizmeti sağlama girişimi, diğer tarafta güvenlik işlemlerinin uygulanması ise ikilem oluşturmaktadır.

*Tehlikelilik*, bu servislerde yatan hastalarda en sık görölen davranış şeklidir. İstem dışı tutulan ve zorla tedavi edilen adli hastalarda tehlikelilik ve şiddet daha fazla bulunmaktadır. Bu sebeple tehlikeliliği tanılamının APH'nin temel rolü ve işlevi olduğu söylenebilir.<sup>39</sup>

*Şiddet yönetimi*, tehlikeliliğin yönetimi ya da risk yönetimi olarak da ele alınır. Adli ortamlarda şiddetin yönetilmesi oldukça önemlidir ve üzerinde önemle durulan bir konudur.<sup>43</sup> Tehlikeli olan ve şiddet potansiyeli bulunan hastaların şiddet yönetimi genellikle hemşirelere düştüğü için, burada tedavi edici rolü olumsuz olarak etkileyen durumlar söz konusu olmaktadır.<sup>39</sup>

## **2.2. Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT)**

ACT, deneysel verilerle desteklenen, davranışçı gelenekten gelen bir psikoterapi yaklaşımıdır ve psikopatolojiyi kanıt destekli süreçlerle açıklamayı amaçlayan felsefi ve bilimsel bir uğraşının sonucunda geliştirilmiştir.<sup>19</sup> ACT deneyimlenebilir olayların (yani semptomların) aktif olarak kabul edilmesini ve değerli bir yaşam sürdürmeyi geliştirmeyi amaçlayan, BDT temelli bir üçüncü dalga davranış terapisi'dir.<sup>44,45</sup> ACT'te amaç kabul ve kendinelik yaklaşımlarını kullanarak, bireylerin can sıkıcı düşünceler ve hoş gitmeyen duygular ile acı verici hatıralar veya rahatsız edici deneyimler arasındaki ilişkinin değiştirilmesidir.<sup>46</sup> Yani belirtilere yol açtığı düşünülen düşünce ya da duygulardan uzaklaşmak yerine gerçek amacın düşünce ve duygulara daha da yaklaşmak, daha da yakından bakmak olduğu görülmektedir. Dolayısıyla, belirtilerin azalması terapinin esas amacı değil, düşünce ve duygulara odaklanmanın ikincil getirisi'dir.<sup>47,48</sup>

### **2.2.1. Psikolojik Katılık**

ACT yaklaşımına göre; zorlu yaşantıların ortaya çıkmasındaki esas sebep bireylerin farkındalık düzeylerinin düşük olması, gerçek değerlerinin farkında olmamaları, An'ı yaşayamamaları ve kabullenme mekanizması yerine kaçınma mekanizmasını kullanmalarındır.<sup>21,49,50</sup> ACT'nin temel aldığı felsefeye göre, insan zihni'nin "normal" süreçleri sorunun asıl kaynağıdır.<sup>47</sup> ACT'ye göre bireyler duygularının üstesinden gelmek, acı verici hatıralarından kaçınmak ya da olumsuz düşüncelerini olumlu düşüncelerle değiştirmeye çalışmakla çok fazla meşgul olduklarında yaşamlarının öncelikli ihtiyaçlarını karşılayamaz hale gelirler.<sup>21,46</sup> Psikolojik sıkıntılar; yaşantısal kaçınma, bilişsel karmaşıklık ve bunları izleyen psikolojik katılıktan doğar. Bu katılık yüzünden, bireyler inandığı değerler doğrultusunda yaşayamaz hale gelirler.<sup>51</sup> Psikolojik katılık (psychological inflexibility)

olarak tanımlanan psikopatoloji modeli birbiri ile karşılıklı ilişkisi bulunan altı boyuttan oluşur (Şekil 2.1).<sup>19</sup>

1) **Bilişsel birleşme:** ACT düşüncelere içeriklerinden ziyade işlevleri üzerinden yaklaşır ve psikolojik acının oluşmasında düşüncelerin içeriklerinden ziyade kişinin olanlarla kurduğu ilişkinin etkili olduğunu ileri sürer. Buna göre ACT, psikopatolojiye düşünce boyutunda katkıda bulunabilen ‘Bilişsel Birleşme’ (Cognitive Fusion) kavramını öne sürmektedir. Bilişsel birleşme, bireyin, düşüncelerini mutlak gerçekler gibi görerek onların lugâti (literal) anlamlarına göre davranmasıdır.<sup>52</sup> Bu duruma sosyal bir ortama girme bağlamında bulunan kişinin zihninde “gidersen rezil olursun” şeklinde bir düşüncenin oluşması ve bu düşünce ile birleşme halinde olan kişinin o ortama girmekten vazgeçmesi örnek olarak verilebilir. Bunun sonucunda kişi hayatında amaçları ve ilkeleri doğrultusunda değil düşünce içeriğinin yönlendirdiği şekilde hareket eder.<sup>53</sup>

2) **Yaşantısal kaçınma:** Yaşantısal kaçınma; istenmeyen duygu, düşünce ya da kişisel deneyimlerden uzak durma ya da tamamıyla kurtulmaya çalışmaktır. Bu kavram kabulün tam karşıtıdır.<sup>21(60)</sup> ACT bakış açısından, yaşantısal kaçınma, olayları değerlendirmek, tahmin etmek ve önlemek için yeteneklerimizden doğal olarak ortaya çıkar. Öngörücü ve değerlendirici yetenekler, duyguları, düşünceleri, bedensel duyumları ve hatıraları pozitif ve negatif kategorilere ayırmaya ve daha sonra bu deneyimler temelinde bu deneyimleri aramaya veya bunlardan kaçınmaya olanak veren sözel kurallar oluşturulmasına sebep olur.<sup>54</sup> Ne yazık ki, çoğu zaman istemediğimiz bir duygu ya da düşüncemizden kaçınmamız veya ondan kurtulmaya çalışmamız pek işe yaramaz ya da işe yaradığı zamanlarda da sürecin sonunda bize daha

fazla sıkıntı veren durumlarla karşılaşmamız olasıdır. Yaşantısal kaçınmaya örnek olarak, sosyal ortamlarda sıkça endişelenen bir birey, bu endişe duygularından kaçınmak için sosyalleşmekten kaçınabilir ve bu durumu ‘bende sosyal fobi var’ şeklinde açıklayabilir. Bu durumun bireye kısa vadede yararları açık bir şekilde anksiyeteye neden olan duygu ve düşüncelerinden kaçması olacaktır, uzun vadedeki sonuçları ise yalnızlık ve hayatının ‘küçülmesi’ şeklinde olacaktır.<sup>21(54-55)</sup>

**3) An ile temasın kaybolması (Geçmiş ve geleceğe bağlanma):** Bilişsel birleşme ve yaşantısal kaçınma kişiyi içinde bulunduğu durumdan soyutlar ve geçmiş ya da gelecek odaklı bir zihinsel uğraşlara yönlendirir. Bu zihinsel uğraşlar ruminasyon ve endişe olarak karşımıza çıkmaktadır. ACT içinde bulunulan âna gönüllü ve esnek bir şekilde odaklanmayı amaçlar.<sup>19,55</sup> Böylece birey değer odaklı davranışları doğrultusunda ilerleme fırsatı elde etmiş olur. ACT’ de anda olma kendinelik egzersizleri, metaforlar ve değerlerin açığa çıkarılması gibi çeşitli egzersiz repertuarları sayesinde gerçekleşir.<sup>19</sup>

**4) Kavramlaştırılmış benliğe bağlanma:** Kişiler kendileri ile ilgili yorumlayıcı ve yargılayıcı öyküler yazarlar. Sosyal çevre tarafından onaylanan ve pekiştirilen ‘ben çirkinim’, ‘ben beceriksizim’, ‘ben hastayım’ gibi öyküler (ilişkisel çerçeveler) bir seviyeye kadar işlevseldir. Örneğin ‘ben hastayım’ dediğinde kişinin o gün işe gelmeme davranışı amirleri tarafından onay bulur. Eğer kişinin bu öykülere bağlanma derecesi yüksek ise, ilişkisel bağlamın davranış üzerindeki etkisi yüksek demektir. Bu da kişinin uzun vadeli değerleri için harekete geçmesi üzerinde frenleyici etkide bulunur. Örneğin kişi arkadaşları tarafından bir spor faaliyetine

çağırıldığında 'ben hastayım' öyküsünün etkisi altında teklifi reddeder. Bu yüzden ACT, benlik ile ilgili ilişkisel çıkarımlara yani öykülere bağlanmanın zayıflatılmasını amaçlar.<sup>19</sup>

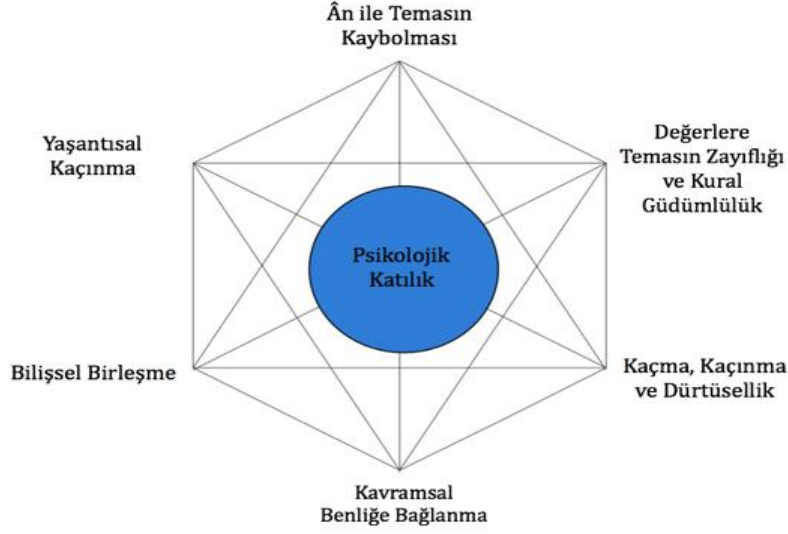
**5) Değerlerden uzaklaşma:** ACT, bireylerin yaşadıkları sorunların en genel anlamıyla değerlerden yoksun bir hayat yaşamalarından kaynaklandığını vurgular.<sup>56</sup> Bu noktada ACT'nin savunduğu, bireyin istediği gibi bir hayat yaşaması ve bu hayat tarzına yönelik ne tür davranışsal planlamaların yapılabileceği ancak değerlerin netleştirilmesiyle elde edilebilir yönündedir. ACT'nin psikopatoloji oluşmasında savunduğu bilişsel birleşme, yaşantısal kaçınma, an ile temasın kaybolması ve kavramlaştırılmış benliğe bağlanma gibi boyutlar bireyin içsel yaşantılarına takılı kalması ve onlarla mücadele etmesine sebep olurken aynı zamanda değerlerinden de uzaklaşmasına neden olur. Bu durum anlamlı bir hayattan uzaklaşma ile sonuçlanabilir. Bu sebeple kabul, ayrışma, anda olma ve bağlamsal benlik müdahalelerinin kendileri birer terapötik hedef değil; değerlere uygun, daha anlamlı bir davranış örüntüsünün sağlanması ve uygun esnekliği kazandırmak için gerekli süreçlerdir.<sup>19</sup>

**6) Kaçınma, kaçma ve dürtüsellik:** Psikolojik katılığı fazla olan bireyler, olumsuz atfettikleri içsel yaşantılarından kurtulmak ya da içsel yaşantılarının yoğunluğunu azaltmak için belirli ortamlardan kaçma veya kaçınma davranışları, psikoaktif madde kullanma, kendine zarar verme vb. davranışlar sergilerler. İçsel yaşantılara yönelik bu dar davranış repertuarı, değerler doğrultusundaki bir yaşam tarzından ziyade olumsuz pekiştirme odaklı, anlam dünyası daha zayıf bir yaşam biçimine sebep olur.<sup>19</sup> Bu genellikle insanların arzulanan niteliklerinden ve yaptıklarından

ayrılan eylem kalıplarının ortaya çıkmasına sebep olur ve onları değerlerinden koparır. ACT, olabildiğince geniş bir davranış repertuarı elde etmek için kaçınma, kaçma ve dürtüsel davranış örüntüsünü zayıflatırken, değerlerin hayata geçirilmesi için değer odaklı davranışların pekiştirilmesini hedefler.<sup>19</sup>

### **2.2.2. Psikolojik Esneklik**

Üçüncü dalga yaklaşımlardan olan ACT'nin asıl kavramı psikolojik esnekliktir. Psikolojik esneklik “İçinde bulunulan an ile her ne durumda olursa olsun, davranışı değiştirme çabası içerisinde olmadan, belirlenen değerler doğrultusunda, bilinçli ve farkındalık içerisinde temas halinde olmak” şeklinde tanımlanmaktadır.<sup>45</sup> ACT’te bireylere; düşünceleri, duyguları, duyumları, anıları ve diğer öznel olayları kontrol etmeyi öğretmekten ziyade, bu deneyimleri farketmeleri, kabul etmeleri, özellikle de olumsuz nitelikte olan deneyimlerine kucak açmaları öğretilir.<sup>51</sup> Kişinin, kendi değerlerine açıklık getirmesi, onların gerektirdiği şekilde hareket etmesine, bu şekilde de daha yaşam dolu ve anlamlı yaşamasına zemin hazırlar. Tüm bu süreçler psikolojik esneklik adı altında toplanmıştır.<sup>51</sup> ACT’ye göre psikolojik esnekliği yüksek olan bir birey, (1) Yaşantıları her ne olursa olsun, onları ilk aşamada hemen değiştirmeye çalışmadan, onlara karşı açık, yargısız, kabullenici bir yaklaşım içerisinde olan, (2) Düşünceleri ortaya çıktığında, onların sadece birer düşünce olduğunu fark eden ve onları gözlemleyebilen, (3) Yaşantılar gerçekleştiğinde, dikkatini her hangi bir değerlendirme yapmadan, o an’ a yöneltebilen, (4) Tüm bunları deneyimleyen bir gözlemci “ben” olarak kendisini fark eden, (5) Hayatında kendisi için kimlerin, nelerin önemli olduğu, hayatın kendisi için hangi yönde ilerlemesi gerektiği sorusuna anlamlı cevaplar verebilen, (6) ve değerleri doğrultusunda adımlar atmaya yönelik çabalar gösteren bireydir.<sup>57</sup>



**Şekil 2.1.** ACT psikopatoloji modeli: psikolojik katılık

Terapi sürecinde altı aşama (Şekil 2.2) ile psikolojik esneklik oluşturulmaya ya da var olan sınırlı esneklik düzeyi daha da genişletilmeye çalışılmaktadır. Terapideki altı aşama ise;

- 1) **Bilişsel Ayrışma:** Ayrışma, bir adım geride durarak aklımızdaki düşüncelerden, resimlerden hatıralardan uzaklaşmak anlamına gelir.<sup>21(31)</sup> Kişi düşüncelerini gerçeği yansıtıyorlarmış gibi algılar ya da zihnin süregiden bilişsel sürecinin farkında olmaz.<sup>19</sup> Bilişsel ayrışma (defusion), bu bilişsel süreçlerin davranış üzerindeki işlev bozan baskınlığının azaltılması için sözel olmayan, yargılama ve yorumlama içermeyen bir duruşu amaçlar.<sup>19</sup> Yani düşüncelerin, duyguların ve olayların nasıl görüldüklerinden ziyade aslında ne olduklarının algılanmasına odaklanmadır.<sup>48</sup> Ayrışma yöntemleri, kişinin düşüncelerin içeriklerine yönelik perspektif alabilmesini, düşüncelerinin gerçeklerle aynı olmadığını ve düşüncelerinin zihninin bir ürünü olduğunu tecrübe edebilmesini sağlayabilmektedir.<sup>53</sup> En bilinen ayrışma örneklerinden bazıları; bir düşünceyi anlamı kaybolana kadar sürekli tekrarlamak, düşünceleri renkli boyalarla yazmak veya imajine

etmek, düşünceyi fark edince ‘bu bir ..... düşüncesi’ şeklinde etiketlemek, düşünceye bir şekil, boyut ve kıvam vermektir. Böylece kişi düşüncesinin içeriğini veya sıklığını değiştirmeden davranışları üzerindeki etkisini kırabilir. Bilişsel ayrışma becerisi ile kişi, düşüncelerinin içeriklerini değiştirmeye çalışmadan, düşünceleri ile mücadele etmeden, o düşünceler ile birlikte olarak ancak onların kendisine önerdiği davranışları sergilemeden hayatında istediği yönde ilerlemeye devam edebilir.<sup>53</sup>

**2) Kabul (Acceptance):** Kabul, her an ortaya çıkan içsel yaşantılara karşı istemli olarak açık, onların var olmalarına izin veren esnek bir tutum takınmak olarak tanımlanmaktadır.<sup>19</sup> Yani düşüncelere, duygulara ve olaylara müdahale etmeden oldukları gibi deneyimlenmesi, aslında bu süreç herhangi bir bariyer oluşturmadan suyun akıp yolunu bulmasına izin verme olarak görülebilmektedir.<sup>48</sup> Bu duruş; pasif bir şekilde rıza göstermek, dayanmak, boyun eğmek, tolerans göstermek değil bilinçli ve istemli bir tutumdur.<sup>19</sup>

**3) An’a odaklanma:** Bilişsel birleşme ve yaşantısal kaçınma kişiyi içinde bulunduğu durumdan soyutlar ve geçmiş ya da gelecek odaklı bir zihinsel faaliyete yönlendirir. Bu zihinsel faaliyetler ruminasyon ve endişe olarak karşımıza çıkmaktadır. ACT içinde bulunulan âna gönüllü ve esnek bir şekilde odaklanmayı hedefler.<sup>19</sup> An’a odaklanma şimdi ve burada olup bitene odaklanma, anın içine dahil olma, şimdi ve burada olup bitenin gözlemcisi değil deneyimleyicisi olma.<sup>48</sup> Kendinelik egzersizleri ile hem travma ilişkili bilişsel (ruminasyon ve endişe gibi) süreçler azaltılır hem de içinde bulunulan andaki uyaranlara bağlanma ve odaklanma sağlanarak kişinin hayatı için önemli olan alanlarda işlevsel bir şekilde davranması sağlanabilmektedir.<sup>58</sup> Kendinelik (mindfulness) egzersizleri yapılandırılmış

yönergeler ile ya da gündelik hayattaki uğraşlar (bulaşık yıkama, dış fırçalama vb.) sırasında yapıldığında ân'la temas becerisi arttırılacaktır.<sup>19</sup>

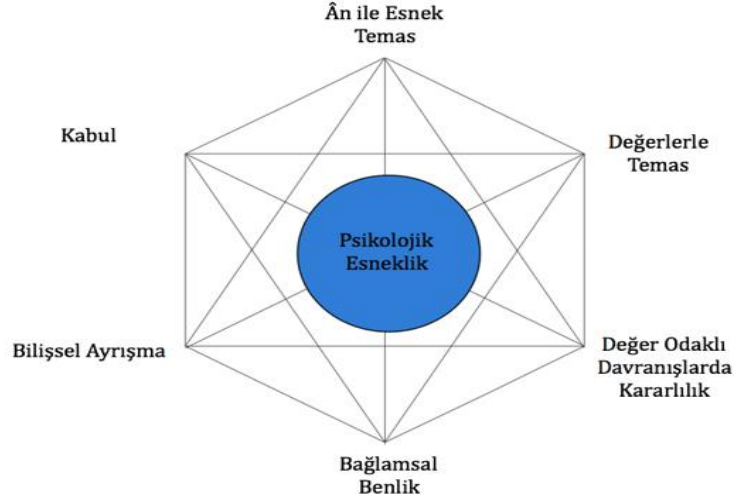
**4) Gözlemleyen kendilikten faydalanma:** Kişiler kendileri ile ilgili yorumlayıcı ve yargılayıcı öyküler yazarlar.<sup>19</sup> Bireyler için bu hikayelerin gerçek olup olmadığı önemli değildir, çünkü bireyler bu hikayeleri gerçek olarak kabul ederler. Gözlemleyen benliğe bağlanma psikolojik katılığa neden olan hikâyelerini doğrulamak veya savunmak için yapılan katı davranışlar ile sonuçlanır.<sup>13</sup> ACT, benlikle ilgili ilişkisel çıkarımlara yani öykülere bağlanmanın zayıflatılmasını hedefler.<sup>19</sup> Bunu sağlamak için benlik algısına 'ben/şimdi/burada' şeklinde temas etmeyi önerir. Bağlamsal benlik (self-ascontext) olarak da adlandırılan benlik seviyesi; kişinin yaptıklarını ('nefes aldım'), düşüncelerini ('beceriksiz olduğumu düşündüm') ya da hissettiklerini ('çarpıntım oldu') tanımlarken bu tanımlama davranışını gözleme, bütün bu yaşantılara perspektif alma duruşuna dikkat çeker. Bağlamsal benliğin gelişimi perspektif alma, empati ve iletişim becerisinin gelişiminde önemlidir. ACT bağlamsal benlik odaklı müdahalelerle kişilerin deneyimledikleri içsel yaşantıların kendilerini tanımlamadıkları, sadece kendilerinde ortaya çıkan ayrı olaylar oldukları ve değiştirilmeye ya da ortadan kaldırılmaya gerek olmadıkları bakışını geliştirmeyi amaçlar. Bu sayede kişi kendisine dair öykülerini davranışları için referans almak zorunda kalmadan hayatına anlam katan uzun vadeli değerlerine yönelebilir. Bağlamsal benlik; kendinelik egzersizleri, metaforlar ve yaşantısal egzersizlerle geliştirilir. Örneğin kişiden seans içerisinde yaşadığı rahatsızlık verici hisleri, düşünceleri fark etmesi istenir

ve daha sonra bu fark edenin kim olduğunu fark edebilmesine yardımcı olunur.<sup>19</sup>

**5) Kişisel değerler:** Kişinin çok kıymet verdiği, anlamlı, dolu dolu bir yaşam için hayatında olmasını istediği prensiplere, seçimlere değer adı verilir. Değerler bu müdahalelerin varlık amacıdır.<sup>19</sup> Bireyin başkalarının etkisi altında olmaksızın, kendisi için gerçekten önemli olan değerleri keşfetmesi sürecidir.<sup>51</sup> ACT açısından değerler; kişi tarafından seçilmiş, sözel olarak ifade edilen, dinamik ve değişkenlik de gösterebilen uzun süreli yaşam hedefleridirler. Bireylerin sahip oldukları değerler, yaşamlarına yön veren ilkeler haline dönüşmekte ve dolayısı ile ilkeler bireylerin dünyayı algılama biçimlerini etkilemekte ve bireyler hayata ilişkin önceliklerini, seçimlerini, duygulanımlarını ve eylemlerini bu ilkelere göre yorumlamaktadırlar. Bu bağlamda değerler, insanların neyin iyi veya kötü olduğuna ve neyin istenilir veya kabul edilemez olduğuna inandıkları ve neyin yapılmasının uygun olduğu veya olmadığına ilişkin düşüncelerini ifade eden kapsamlı bir kavram olarak değerlendirilmektedir.<sup>59</sup> Sonuçta, değerler seçilmiş ve anlamlı bir şekilde yaşamakla ilgilidir.<sup>56</sup>

**6) Değerlerle ilişkili davranışlar:** Kişisel değerlere göre hedefler belirleyip bunların sorumluluğunu alarak söz konusu hedeflere doğru ilerleme şeklinde tanımlanmaktadır. Özellikle altıncı aşamada maruz bırakma (exposure), beceri eğitimi, hedef belirleme ve bu hedeflere aşamalı ilerleme gibi davranışçı terapilerin temel tekniklerinden faydalanılmaktadır.<sup>48</sup> Değer odaklı davranışların, insanın büyümesi, gelişmesi ve bütün olarak iyi oluş hali üzerindeki etkisi pozitif psikoloji alan yazınında da vurgulanmıştır.<sup>57</sup> ACT değerlere çok önem veren ve insanların yaşamlarında değerleri doğrultusunda

aktivitelerde bulunmalarının önemine belirgin bir şekilde dikkat çeken bir yaklaşımdır.<sup>57</sup>



**Şekil 2.2.** ACT psikolojik esneklik modeli

Kabul ve kararlılık terapisine ilişkin etkililiğe ve etkinliğe ait kanıta dayalı bulgular; kaygı bozuklukları,<sup>60,61</sup> obsesif kompulsif bozukluk,<sup>62</sup> madde kötüye kullanımı,<sup>63</sup> depresyon,<sup>64</sup> cinsel işlev bozuklukları,<sup>65</sup> yeme bozuklukları,<sup>66</sup> psikoz,<sup>67</sup> ve öfke yönetimi,<sup>23</sup> gibi oldukça geniş bir psikopatoloji yelpazesinden gelmektedir. Yapılan çalışmalar kabul ve kararlılık terapisinin etkinliğini ve etkililiğini destekler niteliktedir.<sup>48</sup> Bununla birlikte ACT'nin geleneksel Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) kadar etkili bir yaklaşım olduğu da ortaya konmuştur.<sup>22,57,68,69</sup> Benzer şekilde ülkemizde yapılan sigara bırakma,<sup>51</sup> şizofreni hastalarında işlevsel iyileşme,<sup>54</sup> üniversite öğrencilerinin karar verme stilleri,<sup>50</sup> üniversite öğrencilerinde başa çıkma yeterliği,<sup>70</sup> ergenlerin sosyal görünüş kaygı düzeylerini azaltma<sup>71</sup> gibi ACT'in etkinliğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır.

### 2.3. Öfke

Öfke evrensel ve yaşanması doğal bir duygudur.<sup>72</sup> Öfke, insanın üzüntü, mutluluk, korku ve nefretten oluşan beş temel duygusundan biridir ve insan için doğal

bir duygulanımdır.<sup>73</sup> Öfke, doyurulmamış isteklere, istenmeyen sonuçlara ve karşılanmayan beklentilere karşı gösterilen, son derece doğal, evrensel ve insani bir duygusal tepkidir.<sup>74,75</sup> Öfkenin, bireyi koruyucu, uyarıcı ya da harekete geçirici olan işlevleri, bu duygusal yaşantının, hayatın devamı için ne kadar önemli olduğuna işaret etmektedir. Öfke, bir yandan organizmayı bir sorun olduğu konusunda uyarırken, diğer yandan da organizmanın kendisine zarar verici veya saldırgan davranılma eğiliminin farkına varmasında etkin bir rol oynar.<sup>72</sup> Öfke duygusuna ilişkin farklı kaynaklarda farklı tanımlar bulunmaktadır;

Öfke, Türk Dil Kurumu ve Ruh Bilimleri Sözlüğü'nde, 'Engelleme, incinme veya gözdağı karşısında gösterilen saldırganlık tepkisi, kızgınlık, hışım, hiddet, gazap' olarak tanımlanmaktadır.<sup>76</sup>

Bu alanda çalışmalar yapan Spielberger ve ark.<sup>77</sup> öfkeyi, basit bir "sinirlilik" ya da "kızgınlık" halinden, yoğun "hiddet" durumuna kadar değişebilen dereceli bir duygusal durum olarak tanımlamaktadırlar.

Öztürk<sup>78</sup> ise, öfkenin diğer duygular gibi normal, sıradan bir duygu olduğunu belirtmiş ve çeşitli sebeplerden (saldırıya maruz kalma, engellenme, dışlanma) dolayı meydana gelen istenmeyen sonuçlara, hoş olmayan durumlara karşı verilen duygusal tepki olarak ifade etmiştir.

Öfke, kişilerarası sorunlu ilişkilere, boşanmaya, çalışma yaşamında üretkenliğin ve işlevselliğin bozulmasına, fiziksel ve ruhsal sağlıkta önemli sorunlara sebep olabilen bir duygudur.<sup>79</sup> Öfke duygusu kontrol edilemediğinde ve tedbirler alınmadığında tedavi edilmesi gereken klinik bir olgu olarak da karşımıza çıkabilir. Genellikle çeşitli kişilik, davranış bozuklukları ve psikosomatik bozukluklar, şizofreni, bipolar bozukluklar, organik beyin bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları ve travma temelli çeşitli rahatsızlıklarda da öfkenin harekete geçtiği görülmektedir.

Öfkenin harekete geçmesi saldırgan davranışın habercisi olduğundan kolayca dikkat çeken klinik bir ihtiyaç olarak görülebilir.<sup>80</sup> Şahin ve Balkaya'ya<sup>81</sup> göre öfke duygusunun iyi tanınmasının, anlaşılmasının ve uygun şekilde başa çıkma becerilerinin geliştirilmesinin, kişinin ruhsal, bedensel sağlığı ve bazı psikolojik sorunların tedavisi bakımından önemli olacağı düşünülmektedir.

### **2.3.1. Öfkenin Genel Özellikleri**

Öfkeyle uğraşan uzmanlar birçok konuda anlaşmazlık içinde olsalar da bazı önemli noktalarda anlaşmışlardır:

- Öfke bir duygudur,
- Öfke doğal bir duygudur ve yargılanamaz,
- Öfke yaşanması gerekli bir duygudur,
- Öfke bir davranış tarzı değildir,
- Öfkenin enerji üretme işlevi vardır ve davranışa ivme kazandırır,
- Öfke kişiyi tehditlere karşı uyarır ve kendisini korumasına imkân sağlar,
- Öfke yeni şeyler öğrenmede bir motivasyon kaynağıdır,
- Anksiyeteye tepki olarak ego savunması işlevi vardır,
- Öfke inkâr edilmediği, bastırılmadığı, uygun biçimde ifade edilip ve sınırlandırılabilirdiği sürece ilişkiyi anlamlı hale getirip iletişimi kolaylaştırır,
- Öfke insana güçlülük-üstünlük-olayları kontrol edebilme duyguları verir,
- Kronik öfke sağlık için tehlikeli olabilir.<sup>74</sup>

### **2.3.2. Öfkenin Fizyolojisi**

Tehlike anında öfkenin, 'savaş ya da kaç' tepkisinin aktif olan 'savaş' yanını oluşturduğu, pasif olan 'kaç' yanını ise korkunun oluşturduğu bilinmektedir.<sup>82</sup> Bir olayın algılanması, devamında bu algının tetiklenmesiyle, duygunun meydana gelmesi beyin üzerinde çeşit etkisi olan bir limbik dalganın başlatıcısı olur. Bu dalganın ilki,

çabuk, anlık bir enerji dalgası yaratan katekolaminlerin serbest bırakılmasıdır ve bu canlı bir eylem süreci sağlamak için yeterlidir. Bu enerji dalgasının ömrü dakikalarla sınırlıdır ve duygusal beynin düşmanı nasıl tarttığına bağlı olarak, o süre içinde bedeni ya sıkı bir savaşa ya da hızlı bir kaçışa hazırlar. İkinci dalga ise adenokortikal uyarılmadır. Adrenokortikal uyarılmanın oluşturduğu 'tetikte olma' durumu, zaten bir miktar tahrik edilmiş ya da bir şeyden biraz rahatsız olmuş insanların niçin öfkelenmeye çok daha yatkın duruma geldiklerini açıklamaktadır.<sup>83</sup> Her türlü stres, adrenokortikal uyarılma yaratır ve öfkelenme eşiğini aşağıya çeker.<sup>84</sup> Sonuç olarak bireyde stres, anksiyete ve ya öfke aynı fizyolojik tepkiyi meydana getirir ve otonom sinir sistemi çalışır.<sup>85</sup> Böylece işte zor gün geçirmiş birisi, akşamüstü evde, herhangi bir şey yüzünden, başka bir zamanda böylesi bir duygusal korsanlığa yol açacak şiddette algılanmayacak şeylere öfkelenmeye daha yatkın hale gelir.<sup>83</sup>

### 2.3.3. Öfkenin Belirtileri

Birey öfkelenildiğinde enerji dolar ve 4 boyut birbiriyle ilişkili ve eşzamanlı olarak aktif olur.<sup>86</sup> Dahlen ve Deffenbacher<sup>87</sup> öfkenin dört alanda ortaya çıktığını belirtmektedirler:

- **Duygusal ve yaşantısal alan;** öfke, üzüntüden hiddet ve kızgınlığa dek uzanan geniş bir alanı kaplayan bir duygu durumudur.
- **Psikolojik alan;** öfke, adrenalin yayılması, kas gerginliğinin artması ve sempatik sinir sisteminin harekete geçmesiyle ortaya çıkmaktadır.
- **Bilişsel alan;** öfke, önyargılı bilgiler süreciyle meydana gelmektedir.
- **Davranışsal alan;** öfke işlevsel olabilir (girişken olma, sınırlarını koyma gibi) ya da işlevsel olmayabilir (saldırgan olma, içe çekilme, alkol ve madde kullanımı gibi).

Öfke duygusunun fizyolojik, bilişsel, duygusal ve davranışsal belirtileri vardır. Öfkeye eşlik eden *fizyolojik belirtiler*, kas geriliminin artması, kaşların çatılması, dişlerin gıcırdatılması, yumrukları sıkma, yüzün kızarması, özellikle el ve ayakta titreme hissi, uyuşma hissi, nefes almakta zorluk, tıkanma hissi gibi vücudun bazı bölgelerinde seğirmeler, terleme, kontrol kaybı, sıcaklık hissi, burundan soluma, dudakları ısırma, beynin zonklaması, baş ağrısı ve hareketlerin hızlanması vb. tepkilerdir.<sup>81</sup> *Öfkenin bilişsel ve duygusal belirtileri*; bireyin öfkeyi algılayışı ve yorumlayış şeklini ortaya koyar. Öfke Merkezi Sinir Sistemi tarafından yönlendirilip algılandıktan sonra, öfkenin yoğunluğu, bireyin öfkeye tepkisi ve tepkinin niteliği, öfkesini ifade etme tarzı bireyin akılcı veya akılcı olmayan düşünce yapıları, geçmiş yaşantıları ve olaylarla ilgili çağrışımları tarafından belirlenir.<sup>88</sup> *Öfkenin davranışsal boyutu*; yaşanan öfkenin ifade ediliş biçimini ve öfke duygusu ile baş etmede gösterilen tepkileri tanımlar. Bireyler uyarıcının türüne ve sahip olduğu bilişsel yapılarına göre çeşitli tepkiler göstermektedirler. Bazı bireyler öfkelerini bastırma ya da içine atma ve ya kontrol etme şeklinde ifade ederken bazıları da dışa vurarak gösterirler.<sup>88</sup>

#### 2.3.4. Öfkenin Türleri

Öfke genellikle sürekli ve yıkıcı öfke ile anlık, durumluk ya da yapıcı öfke olmak üzere iki grupta toplanmaktadır.

- **Sürekli ya da Yıkıcı Öfke:** Bireylerde, ‘öfkelenmeye eğilimli olma durumu’ nu ifade eder.<sup>89</sup> Sürekli öfke, tetikleyici durumlara yönelik olarak tepki eşiğinin genellikle düşük olması şeklinde değerlendirilir.<sup>16</sup> Öfke düzeyi yüksek olduğu için kontrol etmek oldukça zordur. Öfke çok çabuk ve kolayca ortaya çıkar.<sup>89</sup> Öfke yıkıcı olarak kullanıldığı için kin, nefret, düşmanlık, pişmanlık, saldırganlık, üzüntü ve korku gibi duygular daha yoğundur. Öfke durumunun sürekli olması

hastalıklara yatkınlığı artırıp, hastalıkların kronikleşmesine sebep olup, beden ve ruh sağlığını olumsuz bir şekilde etkilemektedir.<sup>88</sup>

- **Anlık, Durumluk ya da Yapıcı Öfke:** Ani bir biçimde ortaya çıkan öfkedir. Genellikle öfke duygusunun haklı bir sebebi vardır. Anlık öfke halinde parasempatik sinir sistemi devreye girerek beyne, ‘rahatla, sakin ol, tehlike geçti’ mesajını verir. Bu şekilde öfke yapıcı olarak kullanıldığında zihinsel ve bedensel güç yaratır, kişide huzur ve esenlik duygusu oluşturur.<sup>84</sup>

### 2.3.5. Öfkenin Nedenleri

İnsanları öfkeliendiren sebeplerin başında önemsizlik, engellenme, aşağılanma, keyfi bir davranışla karşılaşma ve saldırıya uğrama gelir. Hedeflerine ulaşması sırasında insanı engelleyecek her durum, olay ya da kişi, öfke duygusunun ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Öfkeye neden olan durumlar, doğrudan veya dolaylı etkileri ile öfkeyi oluşturmaktadır. Öfkeye sebep olan durumlar, içsel ve dışsal olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.<sup>79</sup> *İçsel sebepleri* kıskançlık, üzüntü, merak, yalnızlık, itilmişlik, hayal kırıklığı, kaygı, haksızlık, anlaşılammamak ve sıkıntı gibi duygular oluştururken *dışsal sebepleri* haksızlığa uğrama, fiziksel incinme ve yaralanmalar, tacize uğrama, hayal kırıklığı, saldırıya uğrama ve tehditler oluşturmaktadır.<sup>79</sup>

### 2.3.6. Öfkeye İlişkin Derin Düşünme (Öfke Ruminasyonu):

Etimolojik kökeni Latince Rumen (selülozu fermantasyon yardımı ile sindirebilen hayvanların midesinin ilk bölümü) sözcüğünden gelen ruminasyon terimi (Rumination) XVI. yüzyıldan itibaren Batı dillerinde hem “tekrarlayıcı bir şekilde nedenlerle ilgili düşüncelerin zihinde dönüp durması” hem de “geviş getirmek” manalarında kullanılmaktadır.<sup>90,91</sup> Psikiyatri pratiğinde ise, kısaca ve kabaca “zihinsel geviş getirmek” şeklinde tariflenir.<sup>92</sup> Ruminasyon, bireyin problemini çözmek için

harekete geçmeksizin, içinde bulunduğu duygu durumunu ve olası sebep ve sonuçları tekrar tekrar düşünmesi şeklinde tanımlanmaktadır.<sup>93,94</sup>

Son yıllarda yapılan araştırmalar, bir olay bittikten sonra yapılan derin düşünme (rumination) üzerine yoğunlaşmaktadır.<sup>95-98</sup> Bu yoğunlaşmanın özellikle öfke olaylarından sonra yapılan düşünceleri kapsadığı ve insanı olumsuz yönde etkileyenler üzerine olduğu dikkat çekmektedir. Bir haksızlık ya da suçun hissedilmesi ile düşmanlığı uyandırma ve hoşnutsuzluğun güçlü duygusu olarak tanımlanan öfke ile derin düşünme tek bir kavram olarak öfkeye ilişkin derin düşünme (anger rumination) kavramı şeklinde kullanılmaya başlanmıştır.<sup>99,100</sup> Sukhodolsky ve ark.<sup>99</sup> öfkeye ilişkin derin düşünmeyi bir 'öfke olayından sonra süren ve tekrarlayan bilişsel süreçler sırasında açığa çıkan istemsiz düşünceler' olarak tanımlamaktadır. Öfke yaşantıları genellikle adaletsizlik, suçluluk ve amaçlı olanların bilişsel değerlendirilmesiyle şekillenmekte ve bu değerlendirme ile geçmiş olaylar tekrar tekrar incelenerek olumsuz düşünceleri beraberinde getirmektedir.<sup>101,102</sup> Öfkeye ilişkin derin düşünme bir kişinin geçmişteki olayları tetikleyen öfkesini tekrar tekrar düşünmesine sebep olan eğilimleri ve bazı düşüncelerinden uzak durma isteğine rağmen, olumsuz ve zorla gelen düşüncelerini çözmek için zihnini zorlayan bilinçli girişim olarak değerlendirilmektedir.<sup>103</sup> Geçmiş öfke yaşantılarının hatırlanması yeni öfke davranışlarını tetikleyebilir. Öfke yaşantısı gerilim ve sürecin artmasına sebep olabilir ve gerçeği yansıtmayan düşünceler kararlılık ve intikam eğilimli davranışlarla da ilişkilendirilebilmektedir.<sup>104</sup> Yapılan çalışmalarda mutsuzluğa önemli düzeyde etki eden derin düşünmenin depresyonla<sup>105</sup> ve ruh sağlığı bozukluğu gibi klinik durumla ilişkili olduğu,<sup>106</sup> öfke ruminasyonunun obsesif komsulsif bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalarda kontrollerden daha fazla olduğu, şizofreni, şizoaffektif, bipolar, depresyon, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif ve

travma sonrası stres tanısı ile takip edilen poliklinik hastalarında ruminasyonun panik bozukluk ile spesifik bir ilişki gösterdiği<sup>108</sup>, erken psikozlu hastalarda ruminasyonun çocukluk çağı travması ile son intihar düşüncesi arasındaki ilişkide aracı olarak rol oynadığı<sup>109</sup>, üniversite öğrencilerinin depresyon düzeyleri ile ruminasyon düzeylerinin ilişkili olduğu<sup>110</sup> ve ruminasyonun ülkemizdeki ergenlerin psikolojik belirtileri için yordayıcı rol oynadığı<sup>96</sup> bildirilmiştir.<sup>96,105-111</sup>

### 2.3.7. Öfke İfade Tarzları

Öfke insanın doğasında işlevi olan bir duygudur. Öfkeyi işlevsel olmaktan çıkararak istenmeyen bir duygu haline getiren şey, onun olumsuz bir biçimde yaşanması, ifade edilmesi, sergilenmesi veya ortaya konulmasıdır.<sup>112</sup> Öfke fizyolojik olarak algılandıktan sonra bireyin tepkisinin nasıl olacağı bireyin olayı algılama şekline bağlıdır.<sup>16</sup> Algılanan ve yaşanan öfke karşısında bireyler uyarıcının türüne ve sahip oldukları bilişsel yapılarına göre farklı tepkiler ortaya koyarlar. Bazı bireyler içinde bulunduğu toplumun ve sosyal sistemin etkisi ile öfkelerini bastırma veya içine atma ya da kontrol etmeyi tercih ederken, bazıları da bunu farklı şekillerde ortaya koymaya ya da öfkelerini dışa vurmaya çalışırlar.<sup>16</sup> Spielberger<sup>77</sup> öfkenin ifade edilmiş biçimlerini içselleştirilmiş öfke, dışsallaştırılmış öfke ve öfke kontrolü şeklinde üç boyutta ele almıştır. Öfke duyguları ile başa çıkmak için bilinçli ve ya bilinçsiz bazı yollar kullanırız. Bunlar kısaca;

- **Öfkenin İçe Yönelmesi:** Kişinin gizleyerek veya öfkeyi içinde tutarak var olan öfke etkenlerine karşı kullandığı alternatif bir uyum mekanizmasıdır.<sup>113</sup> Öfkesini içe yönlendiren bireyler öfkelerini iletişim kurmama, kendini geri çekme, surat asma, küsme şeklinde edilgen tepkilerle bir nevi maskeleyebilirler.<sup>80</sup> Bu bireyler genelde küçümsediklerini düşünürler ve diğer bireyler tarafından anlaşılmayı beklerler.<sup>114</sup> Öfkenin dillendirilemeyip

yansıtılamıyor olması öfkeyi ortadan kaldırmaz, bu durum bireyin daha fazla zarar görmesine sebep olur. Örneğin; bastırılmış öfke mide ülseri, yüksek tansiyon gibi psikosomatik rahatsızlıklara; kalp hastalıkları, yüksek kan basıncı gibi fiziksel sağlık sorunlarına neden olabilir.<sup>115,116</sup>

- **Öfkenin Dışa Yönelmesi:** Oluşan öfke duygusunun sözel veya davranışsal olarak dışarıya yansıtılmasıdır.<sup>117</sup> İletişim yolu açık olan bu bireyler zorbaca davranışlar sergileyerek başkalarına zarar verici ve onları küçük düşürücü şekilde davranırlar.<sup>89</sup> Öfkenin bu şekilde dışa yönelmesi kısa süreli bir rahatlama sağlasa da enerjiyi tüketir ve davranışların kontrolünü zorlaştırır.<sup>73</sup>
- **Öfkenin Kontrol Edilmesi:** Kontrol edilemeyen öfke duygusu, kişilerarası sorunlu ilişkilere, boşanmaya, eş ve çocuk tacizine, okul kavgalarına, iş verimliliğinin düşmesine, fiziksel ve ruhsal sağlığın bozulmasına, trafik terörüne, sokak kavgaları gibi bir çok kişisel ve toplumsal soruna sebep olabilmektedir.<sup>73</sup> Diğer taraftan öfke, yaşamın sürdürülmesi için gerekli bir duygudur. Kişiyi tehlikelere karşı uyarır ve kendisini korumasına imkan sağlar.<sup>74</sup> Öfkenin sağlıklı olarak yaşanıp, yönetilebilmesi için kabul edilmesi, sebeplerinin ve biçiminin anlaşılması, saldırgan biçimlerde ifadesinin kontrol edilmesi gereklidir.<sup>118</sup>

Öfkelenildiğinde gösterilen tepkileryaşam süreci içinde öğrenilmiş davranışlardır. Bu nedenle yanlış ve kişiye zarar verecek şekilde öğrenilen davranışlar daha sağlıklı olanlarıyla değiştirilebilir.<sup>81</sup> Öfke yönetimi tekniklerinin amacı, kızgınlığın ve öfkenin neden olduğu duygusal ve bedensel tepkileri azaltabilmektir. Kızgınlığa neden olan insanları, olayları yok edemeyiz ya da değiştiremeyiz. Yapabileceğimiz tek şey bu insanlar ya da olaylar karşısında gösterdiğimiz içsel ve dışsal tepkilerimizi kontrol edebilmek, onları yapıcı bir biçimde yönetebilmektir.<sup>73</sup> Bireyi koruyucu işlevi de

bulunan öfke, bastırılması tehlikeli, ortadan kaldırılması imkânsız bir duygudur. Sağlıklı olan öfkenin yönetilmesi ve ya uygun bir biçimde ifade edilmesidir.<sup>119</sup>

### **2.3.8. Öfke Yönetimi Eğitimi**

Öfke ve saldırganlık psikiyatrik bakım verilen ortamlarda sık sık karşılaşılan bir sorundur. Bu durum doğru bir biçimde yönetilemediğinde hasta bakım kalitesi, sağlık ekibi ve kurumlar sonuçlarından olumsuz etkilenmektedir.<sup>16</sup> Bireyler ancak öfkelerini tanıdıklarında, öfkesinin zararlarından kurtulabilirler ve onu kendileri için yapıcı bir biçimde ifade edebilirler. Hastaya öfkesini uygun dille ifade etmesini sağlamaya yönelik hasta eğitimi yapmak saldırgan davranışları önlemede etkilidir. Öfkeyi sağlıklı bir şekilde ifade etme yollarını öğretmek hemşirelik girişimlerinin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır.<sup>16</sup> Baltaş ve Baltaş,<sup>89</sup> öfkeyi makul bir biçimde yönetebilmek için öfkeyi kabul etmek, öfkenin kaynağını bulmak, neden öfkeli olduğunu anlamak ve öfke ile gerçekçi bir biçimde mücadele etmek şeklinde dört basamaklı bir yaklaşımın izlenebileceğini belirtmişlerdir.

Bireylere öfkelerinin farkına vararak öfkelerini tanımlarının ve bu duygularını sağlıklı bir şekilde ifade etmelerinin hedeflendiği öfke eğitimi yöntemlerinde, daha sağlıklı davranışların kazanılması, düşmanca ve suça yönelik fantezilerin azaltılması, öfkenin kaynaklarının ve sonuçlarının kaydedilmesi, saldırgan davranışların dikkatin dağıtılması veya espri yoluyla azaltılması gibi sonuçlar hedeflenmektedir.<sup>74,120</sup> Genel olarak öfke yönetimi eğitim programında kullanılan yöntemler; öfke ve öfke nedenlerini tanıma, öfkenin belirtilerini tanıma, öfkenin fiziksel belirtileri, öfkenin duygusal belirtileri, problem çözme, daha iyi iletişim kurma, mizah kullanma gibi yöntemler kullanılmaktadır.<sup>120</sup>

## 2.4. Dürtüsellik

Dürtüsellik birçok nörolojik ve psikiyatrik hastalığın temel bileşenidir ve çok boyutlu bir kavramdır. Bazen hastalığın çekirdek yönü olabiliyorken bazen de bir belirtisi olarak görülebilmektedir. Birçok nöropsikiyatrik ve nöropsikiyatrik dışı hastalık ve sendromun bir yönüyle yapısında yer almaktadır.<sup>121</sup> Moeller ve ark.<sup>122</sup> dürtüselligi, önceden düşünmeksizin ya da bilinçli olarak karar almaksızın hızlıca eyleme geçme; yeterince düşünmeden davranma ve benzer yetenek ve bilgiye sahip kişilerden daha az düşünerek harekete geçme eğilimi olarak tanımlamışlardır. Biyopsikososyal bakımdan olumsuz sonuçlara artmış duyarlılık, bilgi işleme süreci tamamlanmadan hızlı, plansız yanıt ve uzun dönem sonuçları düşünmede yetersizlik ile ilişkilendirmişlerdir.<sup>122</sup>

Dürtüsellik, ortama uygun olmayan ya da aşırı derecede riskli, yeterince planlanmamış, olgunlaşmamış ve genellikle istenmeyen sonuçlara neden olan çeşitli davranışları kapsar. Dürtüsellik dikkatsizlik, sabırsızlık, risk alma, yenilik arama, heyecan ve zevk arama, zarar görme olasılığını düşük hesaplama ve dışa dönüklük gibi özelliklerle kendini gösterir. Dürtüsellik, çoğunlukla istenmeyen sonuçlara ve uygun olmayan durumlara sebep olan zamansız ifade edilmiş ve risk taşıyan yaygın bir eylem olarak da tanımlanabilir.<sup>9</sup> Bununla birlikte sonucunu düşünmeden, hızla yapılan bir eylem ya da davranış şeklinde de kendini gösterebilir.<sup>123</sup> Çocuğun hoşuna giden şeyi elde etmek için mutlak bir şekilde tepkide bulunmayı öğrenmesinin “aile çevresinden kaynaklanan öğrenilmiş bir davranış” olarak ele alınması dürtüsellüğün sosyal rolünü ortaya koyar. Bu rol tanımı dürtüsel kişilerin sadece kendileri için değil başkaları için de zararlı olduğunu ifade eder. Bu nedenle dürtüsellik; iç ve dış uyaranlara karşı, kendisi ve başkaları için olası olumsuz sonuçları

düşünmeden hızlı ve planlanmamış davranışları kapsamaktadır.<sup>9</sup> Dürtüsel davranışların üç boyutu olduğu kabul edilmektedir:

- Davranışın sonuçlarını düşünmek için mevcut bilgileri kullanamamak;
- Daha sonra elde edilecek büyük bir ödül için o an elde edilecek küçük bir ödülünden vazgeçememek;
- Yerleşmiş güçlü motor tepkileri baskılamakta eksiklik.<sup>124</sup>

Bu üç boyut bir arada değerlendirildiğinde, dürtüselliğin değişen çevresel koşullar altında, belirli bir amaç arayışında durumu değerlendirme ve bu duruma esnek bir biçimde yanıt verme yeteneğindeki aksaklığı yansıttığı düşünülebilir.<sup>125</sup>

Dürtüsellik psikiyatride önemli bir klinik sorundur ve birçok psikiyatrik bozukluğun çekirdek belirtileri arasında yer almaktadır.<sup>9,126</sup> Ruhsal hastalığı olan kişilerde dürtüsellik şiddet riskini ve hastanede yatış süresini artırmakta ve tedavi planlamasında sorunlar oluşmasına neden olmaktadır.<sup>7</sup> Artmış dürtüsellik hastanın karar verme sürecini etkilemekte, çevreye ya da kendine zarar verme davranışına sebep olmaktadır.<sup>124</sup> Birçok nörolojik ve psikiyatrik hastalığın temelinde yer alan ya da beraberinde seyreden dürtüselliğin tanımlanması ve tedavisinin düzenlenmesi oldukça önemlidir. Bu bozuklukların tedavi planında etkin olan davranışsal ve farmakolojik müdahalelerin bütünleştirilmesi gerekir. Bunlar içgörü yönelimli ve bilişsel davranışçı psikoterapiler, beklenmedik olayların yönetimi ve farmakoterapi olarak sıralanabilir.<sup>9</sup>

#### **2.4.1. Dürtüselliğin Nedenleri**

##### **2.4.1.1. Dürtüselliğin Nöroanatomik Nedenleri**

Prefrontal korteks ve orbitofrontal korteks baskılanmanın kontrolü, karar verme ve yanıtı seçme süreçlerinde görev alır. Orbitofrontal korteks kişinin eylemlerinin

sonuçları hakkındaki mevcut bilgiler temelinde davranışı yönlendirmede başlıca rol oynar. Prefrontal korteksin davranışın inhibitör kontrolü üzerinde önemli olduğu bilinmektedir.<sup>123</sup> Bu nedenle frontal lob hasarı olan kişilerde dürtüsellik çok sık gözlenir.<sup>127</sup>

#### **2.4.1.2. Dürtüsellüğün Nörokimyasal Nedenleri**

Dürtüsellikte rol alan ana nörotransmitterler dopamin, noradrenalin, serotonin, glutamat ve GABA'dır. Özellikle beyin serotonin düzeylerindeki azalmanın davranışın baskılanmasını azalttığı belirtilmiştir.<sup>127</sup> Nukleus akumbenste dopamin aktivitesinin artışı motor dürtüsellığı artırırken, muhtemelen prefrontal kortekste ya da onun bir parçası olan orbitofrontal kortekste dopamin artışının dürtüsel karar vermeyi azaltması oldukça ilginçtir. Bu nedenle, dopaminin dürtüsellikteki rolü dürtüsellüğün heterojen niteliğine çok iyi bir örnek oluşturmaktadır. Dopamin dürtüsellüğün iki farklı yönü üzerinde, farklı beyin bölgelerindeki etkileri yolu ile çift yönlü etki göstermektedir.<sup>127</sup>

#### **2.4.1.3. Dürtüsellüğün Psikodinamik Nedenleri**

Dürtü, içsel dürtülerin oluşması ile veya içsel dürtülere karşı benlik (ego) direnci nedeni ile artmış olan gerginliği azaltmak için meydana gelen eylem durumudur. Fenichel, dürtüsel davranışı, esas olarak anksiyete, suçluluk, depresyon ve diğer acı veren duyguların üstesinden gelme çabası şeklinde yorumlamıştır. Fenichel'e<sup>124</sup> göre bu davranışlar içsel tehlikelere karşı bir savunmadır, ama sonucunda olduğundan farklı anlamlar taşıyan agresyon veya cinsel doyum meydana gelir. Dışardan bakıldığında büyük bir hırs sonucu meydana gelmiş gibi görünen dürtüsel davranış, gerçekte rahatsızlık veren durumdan rahata geçme isteği ile ilişkili olabilir.

### 3. MATERYAL VE METOT

#### 3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Türkiye’de bir Şehir Hastanesinde bulunan YGAP Hastanesi’nde Temmuz 2018 – Ocak 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmanın yapıldığı YGAP hastanesi 2018 yılında hizmete girmiş olup, YGAP Hastane’sindeki servislerde hasta odaları, terapi odası, rehabilitasyon odası, televizyon izleme salonu, sigara içme odası, ziyaretçi odası, yemek odası, ve hasta havalandırma bahçesi bulunmaktadır. Çalışmanın yapıldığı dönemde 20 yataklı 3 servis aktif olarak çalışmaktadır. Çalışmanın yapıldığı YGAP hastanesinde sadece erkek hastalar olduğu için çalışmanın örneklemini erkek hastalar oluşturmuştur. Serviste çalışan hemşirelere ek olarak, servisteki hastalar psikolog ve psikiyatristler tarafından takip edilmektedir.

Servislerde sorumlu hemşire ile birlikte 24 hemşire, sorumlu hekim ile birlikte 6 psikiyatrist, 2 sosyal hizmeti uzmanı ve 2 usta öğretici çalışmaktadır. Ayrıca YGAP hastanesinde hastalar için sinema salonu, kütüphane, spor salonları, uğraşı bahçesi, futbol, voleybol ve basketbol sahaları bulunmaktadır.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, YGAP hastanesindeki servislerde yatırılarak koruma ve tedavi altında bulunan hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem sayısı, araştırmanın evreni içerisinde araştırmaya alınma kriterlerini taşıyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar içerisinde randomizasyon yöntemi ile belirlenmiştir. Yapılan güç analizinde araştırmanın örneklem sayısı %95 güven aralığında 0.05 anlamlılık düzeyinde, %80 güce ulaşabilmek için 26 deney ve 26 kontrol grubu olmak üzere 52 hasta olarak belirlenmiştir. Güç analizinde ‘Zwets ve ark.’nın<sup>128</sup> yapmış olduğu ‘Psychomotor

Therapy as an Additive Intervention for Violent Forensic Psychiatric Inpatients: A Pilot Study' çalışma kaynak olarak kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini Temmuz 2018-Şubat 2019 tarihleri arasında çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan, 33 kontrol ve 33 deney grubu olmak üzere toplam 73 Adli Psikiyatri hastası oluşturmuştur. Ancak eğitimin uygulanması sürecinde deney grubundaki 2 hasta oturumlara katılmak istemediği, 1 hasta atak geçirdiği ve 1 hasta taburcu olduğu için; kontrol grubunda ise 2 hasta taburcu olduğu ve 1 hasta son testi doldurmak istemediği için toplamda 7 hastanın son test verileri toplanamamıştır. Son test verilerinin toplanamadığı hastaların yerine kriterlere uyan yeni hastalar alınmış ve yeniden ön test ve son test uygulanarak çalışmanın deney ve kontrol grupları 33'er hasta olmak üzere 66 hasta ile tamamlanmıştır. Adli Psikiyatri servisinde tek seferde bu sayıya ulaşamayacağı öngörüldüğünden eğitimlerin sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi için araştırmada, 6 ay boyunca çalışma kriterlerine uyan hastalarla deney ve kontrol grupları oluşturularak birden fazla grupta eğitim seansları uygulanmıştır. Çalışma sonrası yapılan güç analizinde %95 güven aralığında çalışmanın gücü % 100 olarak bulunmuştur.

### **Randomizasyon**

Bireylerin, çalışmaya katılma kriterleri bakımından birbirine benzer olacak şekilde deneme gruplarına eşit şansa atanabilmeleri için randomizasyon yöntemleri kullanılmıştır. Randomizasyon için klinikte araştırma kriterlerine uyan 28 hasta basit rastgele sayılar tablosu kullanılarak 2 gruba bölünmüş olup, kura yöntemiyle bu gruplar deney ve kontrol grubu olarak isimlendirilmiştir. Bu aşamada kurada ilk çıkan grup deney grubu olarak kabul edilmiştir. Daha sonra kliniğe ilk gelen uygun hasta deney grubuna, 2. si kontrol grubuna alınarak 6 ay boyunca bu işleme devam edilmiştir.

### **3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri**

#### **Hastaların araştırmaya alınma kriterleri;**

- Koruma ve tedavi amaçlı yatan hasta olması,
- Hastaya çalışmanın amacı açıklandıktan sonra, hastanın çalışmaya katılmayı kabul etmesi,
- Hastanın remisyonda olması,
- Hastaların 18-65 yaş arasında olması,
- Hastaların araştırma formlarının doldurulmasına engel olacak düzeyde fiziksel (konuşma, işitme bozukluğu vb.) problemlerinin olmaması,
- Hastada nörolojik bozuklukların olmaması,
- Hastada iletişim problemlerinin bulunmaması ve iş birliğine açık olması (Tedavi ekibi tarafından görüşmeye uygun olduğunun ngrlmesi),
- Hastanın okur-yazar olması.

#### **Hastaların araştırmadan dışlanma ltleri:**

- Zekâ geriliği olması,
- Hastalarda psikotik bozukluğa bağlı yeti yitimi oluşması,
- Eğitim programı sürecinde hastanın taburcu olması,
- Eğitim programı sürecinde hastanın atak geçirmesi,
- Eğitim sürecinde hastada ek tanı oluşması.

### **3.5. Araştırmanın Değişkenleri**

#### **Bağımlı Değişkenler**

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; öfkeye İlişkin Derin Düşünme lği (İDD) puanı ve Barratt Dürtüsellik lği (BD) puanıdır.

### **Bağımsız Değişkenler**

Araştırmanın bağımsız değişkeni, Kabul ve kararlılık terapisi temelli öfke yönetimi eğitimidir.

### **Kontrol Değişkenleri**

Hastaların yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, yaşadığı yer, kiminle yaşadığı, mesleği, gelir durumu, alkol- madde kullanma öyküsü, çocuklukta aile içi şiddet öyküsü, hastalık tanısı, hastalık süresi, akrabada psikiyatrik hastalık öyküsüdür.

### **3.6. Veri Toplama Araçları**

Verilerin elde edilmesinde, araştırmacı tarafından geliştirilen Kişisel Bilgi Formu (EK-4) ile Öfkeye İlişkin Derin Düşünme Ölçeği (ÖİDDÖ) (EK-5) ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği (EK-6) kullanılmıştır.

#### **3.6.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-4):**

Kişisel Bilgi Formu, 13 sorudan oluşan ve araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı bilgilerini içeren (yaş, eğitim durumu, meslek, medeni durum, ekonomik gelir düzeyi, yaşanılan yer, alkol madde alışkanlığı öyküsü, aile içi şiddet öyküsü, hastalık süresi, daha önce adli serviste yatış durumu v.b), araştırmacı tarafından hazırlanan formdur.

#### **3.6.2. Öfkeye İlişkin Derin Düşünme Ölçeği (ÖİDDÖ) (EK-5):**

Sukhodolsky ve ark.<sup>99</sup> tarafından geliştirilmiştir. Türkçeye uyarlama çalışması Satıcı<sup>111</sup> tarafından yapılan ölçeğin yapısının Türk kültüründe doğrulandığı belirtilmektedir. Ölçek öz-bildirime dayanan 19 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, öfke sonrası düşünce (7, 8, 9, 17, 18, ve 19), intikam düşünceleri (4, 6, 13 ve 15), öfke hatıraları (1, 2, 3, 5 ve 14) ve nedenleri anlama (10, 11, 12 ve 16) olmak üzere dört alt boyuta sahiptir. Ölçek 1=hiçbir zaman, 4=her zaman şeklinde dörtlü Likert tipi bir derecelendirmeye sahiptir. Ölçekte ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Yükselen puanlar ilgili alt boyutların ya da toplam öfkeye ilişkin derin düşünce düzeyinin arttığına

işaret etmektedir. Özgün ölçekte, alt ölçeklere ilişkin maddelerin faktör yükleri, öfke sonrası düşünce için 0.71-0.83, intikam düşünceleri için 0.53-0.79, öfke anıları için 0.67-0.85 ve nedenleri anlama için 0.56-0.76 arasında değişmektedir. İç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0.93, test tekrar test güvenilirlik katsayısı 0.77 olarak bulunmuştur. ÖİDDÖ'nün Türkçe formunun Chronbach iç tutarlık katsayıları öfke sonrası düşünme alt ölçeği için 0.78, öfke anıları için 0.73, intikam düşünceleri için 0.66 ve nedenleri anlama için 0.64 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ölçeğin Cronbach iç tutarlık katsayısı ÖİDDÖ için 0.917, alt boyutlarını Cronbach iç tutarlık katsayılarının ise 0.746- 0.815 arasında değiştiği saptanmıştır.

### **3.6.3. Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ) (EK-6):**

Barratt ve ark.<sup>129</sup> tarafından dürtüsellik ölçmek için geliştirilmiştir. Barratt Dürtüsellik Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve ark.<sup>130</sup> tarafından 2008 yılında yapılmıştır. 30 maddeden oluşan, 1-4 arasında puanlanan, likert tipi, kendini değerlendirmede kullanılan bir öz-bildirim ölçeğidir. Bu ölçek ile dürtüsellik hakkında fikir edinildiği gibi alt ölçekleriyle de kişilerin plansızlığı, otokontrol eksikliği ve kendini riske sokacak davranışlarda bulunup bulunmadığı değerlendirilmektedir. Bireyin kendisinden yanıt olarak 'nadiren/hiçbir zaman', 'bazen', 'sıklıkla' ve 'hemen her zaman/her zaman' seçeneklerinden en uygun ifadeyi işaretlemesi istenir. Kendi içinde üç altölçeği vardır; dikkat (dikkatsizlik ve bilişsel düzensizlik, 5, 6, 9, 11, 20, 24, 26 ve 28), motor (motor dürtüsellik, sabırsızlık, 2, 3, 4, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 25 ve 30) ve plan yapmama (kontrolünü sağlayamama, bilişsel karışıklığa tahammülsüzlük, 1, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 27, 29). Barratt Dürtüsellik Ölçeği değerlendirilirken 4 farklı alt skor elde edilir; toplam puan, plan yapmama, dikkat ve motor dürtüsellik. Dikkat alt ölçeğinden alınacak puan 8-32 arasında değişmekte, puanın yüksekliği kişinin daha dikkatsiz davranışlar sergilediğini; motor alt ölçeğinde alınacak puan 11-44 arasında değişmekte,

puanın yüksekliği motor hareketlilikteki artışı; tasarlanmamış alt ölçeğinden alınacak puan 11-44 arasında değişmekte, puanın yüksekliği ise yaşamı planlamasındaki istikrarsızlık ve plan yapamamayı göstermektedir. Ölçekten alınan toplam puan ise 30-120 arasında değişmektedir. Toplam puanın yüksekliği kişinin dürtüsellik düzeyinin yüksekliğini göstermektedir. Bu ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışmasının cronbach iç güvenirlik katsayısı 0.82, dikkatle ilişkili dürtüsellik alt ölçeğinin cronbach iç güvenirlik katsayısı 0.64, motor dürtüsellik alt ölçeğinin cronbach iç güvenirlik katsayısı 0.70, ve plan yapmama ile ilgili dürtüsellik alt ölçeğinin cronbach iç güvenirlik katsayısı 0.80'dir. Çalışmamızda ölçeğin Cronbach iç tutarlık katsayısı 0.886, alt boyutlarını Cronbach iç tutarlık katsayılarının ise 0.690-0.784 arasında değiştiiği saptanmıştır.

### **3.7. Verilerin Toplanması**

Kontrol ve deney grubu ön test verileri için klinik sorumlu hemşiresi ile iletişim kurularak hastalar ve servis işleyişi hakkında bilgi alınmıştır. Kontrol ve deney grubu ön test ve son test verileri araştırmacı tarafından Adli Psikiyatri servislerinde bulunan rehabilitasyon odalarında yaklaşık 20-25 dakika yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Kriterlere uyan hastalara uygulanacak formlar ve ACT hakkında bilgi verilmiştir.

### **3.8. Araştırma Süreci**

Bu araştırmada hastalara Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Öfke İle Baş Etme Programı uygulanmıştır. Programda Foret<sup>131</sup> tarafından hazırlanan 8 oturumluk Öfke Grubu için Kabul ve Kararlılık Terapisi (Acceptance and Commitment Therapy Anger Group) protokolü kullanılmıştır. Programın geliştirilme aşamasında öncelikle programı geliştiren yazar ile görüşülerek gerekli izin alınmıştır (EK-7). Bu protokolü uygulayan araştırmacı, Bağlamsal Davranışçı Bilimler Derneği Türkiye Şubesi ve Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği'nin onayladığı 36 saatlik 'Kabul ve Kararlılık Terapisi Temel eğitimi' ni tamamlamıştır (EK-8). Bu program sadece deney grubundaki hastalara

uygulanmıştır. Gruplar kapalı grup olup eğitim oturumları başladıktan sonra gruplara yeni hastalar dahil edilmemiştir. Gerekli sayıyı tamamlamak için sonradan alınan hastalar ile kendi içinde yeni gruplar oluşturulmuştur. Kabul ve kararlılık terapisi temelli öfke yönetimi eğitimi süresince hem deney hem de kontrol grubundaki hastaların ilaç tedavilerine devam edilmiştir.

### **3.8.1. Araştırmanın Uygulanması**

Araştırma hastalarla ilk karşılaşma ve eğitim programının oturumları olmak üzere iki adımda gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın ilk adımında; hastalar ile tanışılmış, araştırmanın amacı ve yürütme planı açıklanmış ve sözel onam alınmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan, katılacağını belirten hastalara oturumların başlama tarihi ve saati bildirilmiştir.

Eğitim oturumları servis sorumlu hemşiresi ile görüşülerek servisin işleyişini aksatmayacak ve hastaların oturumlara katılabileceği şekilde Cumartesi günleri, haftada bir olmak üzere toplam sekiz oturumda yapılmıştır. Çalışmanın yapıldığı dönemde YGAP hastanesinde 3 servis bulunmaktadır. Oturumlar deney grubundaki hastaların güvenlik eşliğinde tek serviste toplanması ile, kontrol gruplarının etkilenmeyeceği şekilde rehabilitasyon odalarında gerçekleştirilmiştir. Oturumlar 30'ar dakikalık sürelerle 15 dakika ara verilerek iki seferde yapılmıştır. Oturumların sonlarında hastaların soruları cevaplandırılmıştır. Hastalar tekrar güvenlik eşliğinde kendi servislerine götürülmüştür. Kontrol grubunda yer alan hastalara herhangi bir girişim uygulanmamıştır.

Eğitimin oturumları ve konusu EK-9' da verilmiştir.

### **3.8.2. Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Öfke Yönetimi Eğitim Programının Uygulanması**

Çalışmamızda öfke duygusunun tanınması ve işlevsiz olan davranışların yerine işlevsel davranışların geliştirilebilmesi için ACT temelli öfke yönetimi eğitim programı

kullanıldı. Programın oluşturulması ve adli psikiyatri hastalarına uygulanması aşamasında alanda uzman kişilerden görüş alınmıştır. Haftada 1 oturum şeklinde toplam 8 oturumdan oluşan programın içeriğinde; Adli psikiyatri hastalarının öfke ile daha iyi baş etmelerine yönelik; öfke duygusu, zihnimizin öfkeyi nasıl yarattığı ve öfkenin sonuçları ile ilgili eğitimler ile kabul ve ayrışma egzersizleri kullanıldı. Eğitimler Adli Psikiyatri servislerinde bulunan rehabilitasyon odalarında yapıldı ve kontrol grubunun bu eğitimlerden etkilenmemesi sağlandı. Kabul ve kararlılık terapisi temelli öfke yönetimi eğitimi sözlü anlatım, görsel malzeme (projeksiyon), soru-cevap, metaforlar, alıştırmalar ve ödevler ile sürdürüldü. Oturumlar ödevlerin değerlendirilmesi ile başlatıldı. Bu eğitim oturumlarında hastalarla anda olma (şimdi ve burada ol), ayrışma (düşünceni izle), kabul etme (açık ol), bağlamsal benlik (saf farkındalık), değerler (neyin önemli olduğunu bil) ve değer odaklı eylemler (gereğini yap) gibi ACT'nin altı temel süreci takip edildi. Ayrıca bu süreçte anda olma egzersizi, değerlerin açığa çıkarılması, farkında yeme (kuru üzüm ile), ayrışma egzersizleri (bir düşüncüyü anlamı kaybolana kadar sürekli tekrarlamak v.s) yaptırıldı ve kabulün anlaşılması için: Kabulün dört özelliği (dikkatini vermek, bilerek kabul etme, anda olma ve eleştirmeden kabul etme) anlatıldı. Akıntıdaki yapraklar, zırhın çıkarılması, gök yüzü, hava durumu, yalan makinası, sihirli değnek ve zehirli papağan gibi metaforlar kullanıldı. Metaforlar kişinin zihninde bir takım soru ve cevapları uyandırarak, danışanın kendi hızında ve farkında olarak ilerlemesini sağlar. Öfke yönetimi eğitiminde;

- Hastalara öfke duygusunu tanıyabilmeleri için öfkelenmeden önce hissettikleri duygular, vücudumuzdaki değişiklikler, öfkeyi tetikleyici düşünceler, öfkelenmekten sonra harekete geçme isteği ve öfke davranışının neler olduğu hakkında bilgiler verildi. Bunun için;
  - Öfke nedir?
  - Öfke duygusunun nedenleri nelerdir?

- Öfkelendiğimi nasıl anlarım?
- Öfke duygusunun ifade ediliş şekilleri nelerdir?
- Öfkenin sonuçları nelerdir?
- Öfke duygusunun olumlu ve olumsuz yönleri nelerdir? konuları hastalara anlatıldı.
- Problem çözme becerileri: Hastalara problem çözme becerisinin süreçleri (Problemin tanımlanması, problemin çözülmesi için neler yapılabilir, bu çözümlerin sonuçları neler olabilir, çözüm yollarının artı ve eksilerinin belirlenmesi, en uygun çözüm yolunu seçilmesi ve seçilen çözümün uygulanması) anlatıldı.
- Affetmek: Hastalara affetmenin önemi ve affedebilmek için kullanılacak yardımcı düşünceler anlatıldı.
  - Affetme davranışı bireyin kendini anlamasına ve tanınmasına katkı sağlamaktadır. Affetmek, iki alt boyutta ele alınmaktadır; Bireyin kendisini affetmesi, kişinin bilerek veya bilmeyerek yaptığı bir yanlışlıktan dolayı kendini suçlamaktan vazgeçmesi söz konusudur. Başkalarını affetmede ise kişinin kendisine zarar veren kişiyi affetmesi vardır. Affetme ile bireyler geçmişin yükünden kurtularak, geçmişe takılmak yerine hayatına devam edebilir. Çünkü kötü bir şey yapıldığında, hayatınızda ilerleyebilmek ve hataları onarabilmek için yapılacak tek şey affetmektir.
  - Affetmede yardımcı olabilecek bazı düşünceler vardır: *Olan olmuştur, olan olmuştur. Artık düzeltilemez, ne kadar uğraşırsanız uğraşın geçmişini değiştiremezsiniz. Bağışlayın ve bağışlanın*, kendimizin de affedilmeye ihtiyacımız olduğunu hatırlayarak daima affetmeliyiz. Başkasını affedemiyorsak, kendimizin bağışlanmasını bekleyemeyiz

- Atılgan İletişim: Hastalara öfkesini ifade ederken yapıcı ve olumlu iletişim becerilerini kullanabilme; öfkesini ben dili kullanarak ifade edebilme, öfkelenildiği kişi, olay ya da durum karşısında kişilerarası iletişimde etkin dinleme becerisini kullanabilme, atılgan davranışların kazanılması, empati kurabilme hakkında eğitim verildi.

Alıştırmalardan sonra, hastalardan egzersizle ilgili deneyimlerini değerlendirmeleri istendi. Hastalardan farkındalık uygulamalarını eğitimin olmadığı günlerde de yapmaları beklendiği için, hastalara gün içerisinde farkındalığı hatırlatıcı bir nesne (örn; farkındalık bilekliği, hatırlatıcı notlar asma..) kullanmaları önerildi. Bu amaçla hastalara farkındalık uygulamalarını hatırlatmak için küçük post-it kağıtlara hatırlatıcı notlar yazılarak verildi ve hastalardan odalarına asmaları istendi. Ayrıca nefes egzersizlerini yapabilmeleri için hastalara nefes egzersizini takip edebilecekleri döküman verildi.<sup>132</sup> Hastaların araştırma süresince motivasyonunu arttırmak ve çalışmaya devamlılığını sağlamak için eğitimlerde hastalara çeşitli ikramlar sunuldu. 8 haftalık eğitim oturumlarının içeriği aşağıdaki Tablo 3.1’de belirtilmiştir.

### **3.9. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırma sonucu elde edilen verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında, IBM SPSS (Statistical Package for Social Science) V23 programında analiz edilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen verilerin değerlendirilmesinde kullanılan analizler Tablo 3. 2’de gösterilmiştir.

### **3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri**

Araştırma için Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu’ndan onay (EK-3) ve araştırmanın gerçekleştirileceği hastanelerden yazılı izin alınmıştır (EK-10). Bilgi edinilen tüm araştırmalarda cevapların gönüllü olarak verilmesi gerektiği için araştırmaya alınacak hastaların gönüllü katılımlarına önem verilmiştir. Ayrıca, araştırmanın amacı ve elde edilen sonuçların hangi amaçlarla kullanılacağı açıklandıktan

sonra onayları (bilgilendirilmiş onay ilkesi) sözlü ve yazılı olarak alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere, kendileri ile ilgili bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı konusunda açıklama yapılacak ve “gizlilik ilkesine” uyulmuştur.

### **Tablo 3.1. Eğitim Programının İçeriği**

<b>1. Oturum</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tanışma ve grup kurallarının anlatılması</li><li>• Grup üyelerinin yaşamlarında öfke davranışı olmadığında daha iyi olacağını düşündükleri bir şeyi paylaşma</li><li>• Öfkenin analiz edilmesi (Tehdit ve savaş veya kaç tepkisi, öfkenin beş bileşeni)</li><li>• Öfkenin mitlerinin anlatılması</li><li>• Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) hakkında genel bir bilgi verilmesi</li><li>• Farkındalığa giriş</li><li>• Anda olma egzersizi: Nefese odaklanma</li></ul>
<b>2. Oturum</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Anda olma egzersizi: Beden taraması (Body scan)</li><li>• Yaratıcı umutsuzluğun oluşturulması</li><li>• Öfkenin Sonuçları nelerdir?</li><li>• Öfkenin Bedellerini Değerlendirilmesi</li></ul>
<b>3. Oturum</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Anda olma egzersizi: Düşüncelerin dikkatli gözlemlenmesi</li><li>• Zihnimizin ökeyi nasıl oluşturduğunun anlatılması</li><li>• Alternatif olarak ayrışma</li><li>• Düşüncelerden ayrışmanın yollarının anlatılması</li><li>• Alternatif davranışlar(Problem çözme, Değerlerin tanıtılması)</li></ul>
<b>4. Oturum</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Anda olma egzersizi: Farkında yeme egzersizi</li><li>• Alternatif olarak kabul (Kabulün tanımı, kabul nedir? ne değildir?)</li><li>• Kabulün uygulanması: Kabulün dört özelliği</li><li>• Kabul egzersizi</li><li>• Günlük yaşamda Kabul</li></ul>
<b>5. Oturum</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Anda olma egzersizi: Gökyüzü ve hava durumu metaforu</li><li>• Bağlamsal benlik(Gözlemleyen benlik) nedir?</li><li>• Değerler (Değerlere neden ihtiyaç duyarız, ACT’te değerlerin tanımlanması)</li><li>• En iyi anlar egzersizi</li><li>• Değerler kartlarının sıralanması</li></ul>
<b>6. Oturum</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Anda olma egzersizi</li><li>• Atılgan İletişim</li><li>• Affedicilik (ACT’te affetmenin tanımlanması)</li></ul>
<b>7. Oturum</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Anda olma egzersizi: Akıntıdaki yapraklar</li><li>• Değer odaklı eylemler</li><li>• Ödev: Değer odaklı davranışları kaydedin</li></ul>
<b>8. Oturum</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Anda olma egzersizi: Zırhın kaldırılması</li><li>• Değer odaklı eylemlerin önündeki engeller ve nasıl gevşetilirler</li><li>• Son farkındalık egzersizi</li></ul>

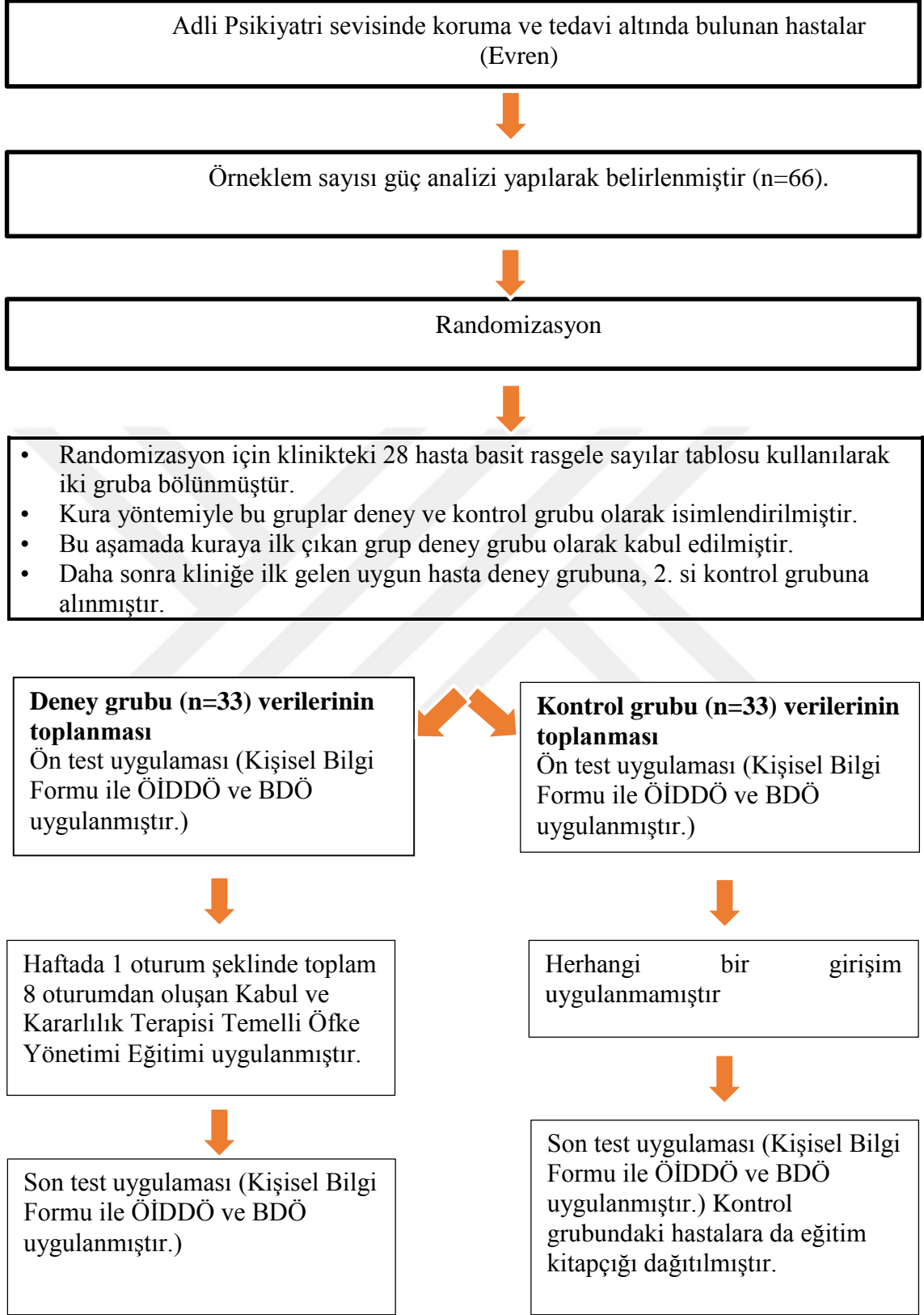
**Tablo 3.2. Çalışmada Kullanılan Analizler**

<b>Çalışmada Değerlendirmeye Alınan Özellikler</b>	<b>Kullanılan Analizler</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Yüzdelik dağılım</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Deney ve kontrol grubundaki hastaların tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ki-kare testi (<math>X^2</math>)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Deney ve kontrol grubundaki hastaların ÖİDDÖ ve BDÖ ön test- son test toplam puan ortalamalarının gruplar arasında karşılaştırılması</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Bağımsız gruplarda t testi</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Deney ve kontrol grubundaki hastaların ÖİDDÖ ve BDÖ ön test- son test toplam puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Bağımlı gruplarda t testi</li></ul>

### **3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği**

Araştırmanın tek bir merkezde yapılması, araştırmanın belli zaman aralığında başvuran hastaları kapsamaması bu araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Araştırma adli psikiyatri servisinde tedavi gören benzer özellikler taşıyan örneklem grubundaki tüm hastalara genellenebilir.

## ARAŞTIRMA PLANI



Şekil 3.1. Araştırmanın Akış Şeması

## 4. BULGULAR

**Tablo 4.1.** Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Test ve Önemlilik
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
<b>Yaş</b>					
30 ve altı yaş	12	36.4	10	30.3	$X^2 = 2.455$ $p = 0.293$
31- 40 yaş	10	30.3	16	48.5	
41 ve üzeri	11	33.3	7	21.2	
<b>Medeni Durum</b>					
Bekar	19	57.6	21	63.6	$X^2 = 1.500$ $p = 0.472$
Evli	10	30.3	6	18.2	
Boşanmış	4	12.1	6	18.2	
<b>Eğitim Durumu</b>					
Okur- yazar	5	15.2	5	15.2	$X^2 = 1.313$ $p = 0.726$
İlköğretim	21	63.6	17	51.5	
Lise	5	15.2	8	24.2	
Üniversite	2	6.1	3	9.1	
<b>Yaşanılan yer</b>					
Şehir	16	48.5	17	51.5	$X^2 = 0.078$ $p = 0.962$
İlçe- Kasaba	11	33.3	10	30.3	
Köy	6	18.2	6	18.2	
<b>Kiminle yaşıyor</b>					
Aile	30	90.9	32	97.0	$X^2 = 1.065$ $p = 0.362$
Yalnız	3	9.1	1	3.0	
<b>Mesleği</b>					
Çalışıyor	15	45.5	20	60.6	$X^2 = 6.850$ $p = 0.232$
Çalışmıyor	18	54.5	13	39.4	
<b>Gelir durumu</b>					
Düşük	15	45.5	10	30.3	$X^2 = 3.030$ $p = 0.220$
Orta	16	48.5	17	51.5	
İyi	2	6.1	6	18.2	
<b>Alkol – Madde kullanma öyküsü</b>					
Evet	9	27.3	9	27.3	$X^2 = 0.000$ $p = 1.000$
Hayır	24	72.7	24	72.7	
<b>Çocuklukta aile içi şiddet öyküsü</b>					
Evet	21	63.6	15	45.5	$X^2 = 1.528$ $p = 0.216$
Hayır	12	36.4	18	54.5	
<b>Daha önce adli serviste yatış</b>					
Evet	21	63.6	16	48.5	$X^2 = 1.538$ $p = 0.216$
Hayır	12	36.4	17	51.5	
<b>Hastalık Tanısı</b>					
Psikotik Bozukluklar	21	63.6	17	51.5	$X^2 = 1.036$ $p = 0.596$
Duygu durum bozuklukları	11	33.3	15	45.5	
Kişilik Bozuklukları	1	3.0	1	3.0	
<b>Hastalık Süresi</b>					
0-5 yıl	7	21.2	7	21.2	$X^2 = 1.926$ $p = 0.382$
6- 10 yıl	10	30.3	15	45.5	
11 yıl ve üzeri	16	48.5	11	33.3	
<b>Akrabada Psikiyatrik Hastalık Öyküsü</b>					
Evet	10	30.3	15	45.5	$X^2 = 1.030$ $p = 0.310$
Hayır	23	69.7	18	54.5	

Adli psikiyatri hastalarının tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde deney grubundaki hastaların 12’sinin (%36.4) 30 yaş ve

altı olduğu, 19'unun (%57.6) bekâr olduğu, 21'inin (%63.6) ilköğretim mezunu olduğu, 16'sının (%48.5) şehirde yaşadığı, 30'unun (%90.9) ailesi ile yaşadığı ve 18'inin (%54.5) çalışmadığı, 16'sının (%48.5) gelir düzeyinin orta olduğu, 24'ünün (%72.7) alkol-madde kullanım öyküsünün olmadığı, 21'inin (%63.6) aile içi şiddet öyküsünün olduğu, 21'inin (%63.6) daha öncede adli psikiyatri servisinde yattığı, 16'sının (%48.5) 11 yıldan daha fazla süredir psikiyatrik hastalığının olduğu ve 23'ünün (%69.7) ailelerinde psikiyatrik hastalık olmadığı belirlenmiştir. Deney grubundaki hastaların 21'inin (% 63.6) psikotik bozukluk, 11'inin (%33.3) duygu durum bozukluğu ve 1'inin (%3.0) ise kişilik bozukluğu tanısı ile takip edildiği belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların ise; 16'sının (%48.5) 31-40 yaş arası olduğu, 21'inin (%63.6) bekâr olduğu, 17'sinin (%51.5) ilköğretim mezunu olduğu, 17'sinin (%51.5) şehirde yaşadığı, 32'sinin (%97.0) ailesi ile yaşadığı, 13'ünün (%39.4) çalışmadığı, 17'sinin (%51.5) gelir düzeyinin orta olduğu, 24'ünün (%72.7) alkol-madde kullanım öyküsünün olmadığı, 15'inin (%45.5) aile içi şiddet öyküsünün olduğu, 16'sının (%48.5) daha öncede adli psikiyatri servisinde yattığı, 15'inin (%45.5) 6- 10 yıl arası psikiyatrik hastalığının olduğu ve 18'inin (%54.5) ailelerinde psikiyatrik hastalık olmadığı belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların 17'sinin (% 51.5) psikotik bozukluk, 15'inin (%45.5) duygu durum bozukluğu ve 1'inin (%3.0) ise kişilik bozukluğu tanısı ile takip edildiği belirlenmiştir. Deney ve kontrol gruplarındaki hastaların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı; her iki grubun benzer olduğu belirlenmiştir ( $p>0.05$ , Tablo 4.1).

Tablo 4. 2'de grupların ön test puan ortalamalarının dikkatle ilişkili dürtüsellik ve tasarlanmamış dürtüsellik alt boyutlarında ve dürtüsellik toplam puanında farklılık olduğu, gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Grupların ön test puan ortalamalarının ÖİDDÖ ve motor dürtüsellik alt boyutu puan

ortalamalarının ise benzer olduğu; aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu görülmüştür. ( $p>0.05$ )

**Tablo 4.2.** Gruplar arası ÖİDDÖ ve BDÖ ölçeklerinin ön test ve son test puan ortalamalarının karşılaştırılması

Ölçekler		Test	Kontrol X±SS	Deney X±SS	Test istatistiği	P
Öfkeye İlişkin Derin Düşünme Ölçeği (ÖİDDÖ)	Öfke sonrası	Ön test	18.0 ± 3.4	16.8 ± 3.3	t=1.389	0.170
	Düşünce	Son Test	16.4 ± 3.4	10.7 ± 2.5	t=7.710	<b>0.001</b>
	İntikam	Ön test	10.4 ± 3.4	9.5 ± 3.1	t=1.174	0.245
	Düşünceleri	Son Test	9.1 ± 3.3	5.7 ± 2.0	t=5.058	<b>0.001</b>
	Öfke Hatıraları	Ön test	15.1 ± 2.8	14.5 ± 2.9	t=0.870	0.387
		Son Test	14.0 ± 2.5	10.1 ± 2.4	t=6.568	<b>0.001</b>
	Nedenleri Anlama	Ön test	12.9 ± 2.2	12.2 ± 2.3	t=1.198	0.235
		Son Test	12.5 ± 2.1	9.2 ± 1.9	t=6.693	<b>0.001</b>
	Toplam	Ön test	56.3 ± 9.9	53.0 ± 9.0	t=1.447	0.153
		Son Test	52.0 ± 8.7	35.6 ± 7.1	t=8.379	<b>0.001</b>
Barrat Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ)	Dikkatle ilişkili dürtüsellik	Ön test	21.4 ± 5.0	18.1 ± 3.9	t=3.039	<b>0.003</b>
		Son Test	20.1 ± 4.5	14.1 ± 3.2	t=6.296	<b>0.001</b>
	Motor dürtüsellik	Ön test	25.8 ± 4.9	24.3 ± 5.1	t=1.196	0.236
		Son Test	24.0 ± 4.9	19.2 ± 4.6	t=4.075	<b>0.001</b>
	Tasarlanmamış dürtüsellik	Ön test	34.0 ± 4.5	30.3 ± 4.6	t=3.282	<b>0.002</b>
		Son Test	32.6 ± 5.0	23.1 ± 3.6	t=8.858	<b>0.001</b>
Toplam	Ön test	81.2 ± 12.6	72.7 ± 11.0	t=2.941	<b>0.005</b>	
	Son Test	76.7 ± 12.5	56.4 ± 8.4	t=7.732	<b>0.001</b>	

t: Bağımsız örnekler t test istatistiği

Deney grubu ÖİDDÖ son test alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde; öfke sonrası düşünce 10.7±2.5, intikam düşünceleri 5.7±2.0, öfke hatıraları 10.1±2.4, nedenleri anlama 9.2±1.9, ÖİDDÖ toplam puanı 35.6±7.1, kontrol grubunun ise öfke sonrası düşünce 16.4±3.4, intikam düşünceleri 9.1±3.3, öfke hatıraları 14±2.5, nedenleri anlama 12.5±2.1, ÖİDDÖ toplam puanı 52.0±8.7 olduğu belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların ÖİDDÖ toplam puanı ve tüm alt boyutları son test puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuş ( $p< 0.001$ ); deney grubundaki hastaların öfke sonrası düşünce, intikam düşünceleri, öfke hatıraları, nedenleri anlama ve

öfkeye ilişkin derin düşünce toplam puanlarının kontrol grubundan düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4. 2).

Deney grubu BDÖ son test alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde; dikkatle ilişkili dürtüsellik  $14.1 \pm 3.2$ , motor dürtüsellik  $19.2 \pm 4.6$ , tasarlanmamış dürtüsellik  $23.1 \pm 3.6$ , BDÖ toplam puanı  $56.4 \pm 8.4$ , kontrol grubunun ise dikkatle ilişkili dürtüsellik  $20.1 \pm 4.5$ , motor dürtüsellik  $24 \pm 4.9$ , tasarlanmamış dürtüsellik  $32.4 \pm 5.0$  ve BDÖ toplam puanı  $76.7 \pm 12.5$  olduğu belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların BDÖ toplam ve alt boyut son test puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuş ( $p < 0.001$ ); deney grubundaki hastaların dikkatle ilişkili dürtüsellik, motor dürtüsellik, tasarlanmamış dürtüsellik ve dürtüsellik toplam puanlarının kontrol grubundan daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4. 2).

Grup içi ÖİDDÖ ve BDÖ ön test- son test puan ortalamaları Tablo 4. 3' de verilmiştir. Deney grubu hastalarının ön test 'öfke sonrası düşünce' alt boyutu puan ortalamasının  $16.8 \pm 3.3$ , son test puan ortalamasının  $10.7 \pm 2.5$  olduğu; ön test 'intikam düşünceleri' alt boyutu puan ortalamasının  $9.5 \pm 3.1$ , son test puan ortalamasının  $5.7 \pm 2.0$  olduğu; ön test 'öfke hatıraları' alt boyutu puan ortalamasının  $14.5 \pm 2.9$ , son test puan ortalamasının  $10.1 \pm 2.4$  olduğu; ön test 'nedenleri anlama' alt boyutu puan ortalamasının  $12.2 \pm 2.3$ , son test puan ortalamasının  $9.2 \pm 1.9$  olduğu; ön test ÖİDDÖ toplam puan ortalamasının  $53.0 \pm 9.0$ , son test puan ortalamasının  $35.6 \pm 7.1$  olduğu belirlenmiş olup ve deney grubunda bulunan hastaların ÖİDDÖ toplam puanı ve tüm alt boyutlarının ön test ve son test ortalamalarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0.001$ ) (Tablo 4.3). ACT temelli öfke yönetimi eğitimi sonrası deney grubundaki hastaların öfke ile etkisiz baş etmelerine neden olabilecek öfke sonrası düşünce, intikam düşünceleri, öfke hatıraları, nedenleri anlama ve öfke ile ilgili derin düşünce puan ortalamalarının düştüğü belirlenmiştir.

**Tablo 4.3.** Grup içi ÖİDDÖ ve BDÖ ön test ve son test ortalamalarının karşılaştırılması

Grup	Ölçek	Alt boyut	Ön test X± SS	Son test X± SS	Test istatistiği	p
Kontrol Grubu	Öfkeye ilişkin Derin Düşünme Ölçeği (ÖİDDÖ)	Öfke sonrası Düşünce	18.0 ± 3.4	16.4 ± 3.4	t=2.011	0.053
		İntikam Düşünceleri	10.4 ± 3.4	9.1 ± 3.3	t=1.821	0.078
		Öfke Hatıraları	15.1 ± 2.8	14.0 ± 2.5	t=1.768	0.087
		Nedenleri Anlama	12.9 ± 2.2	12.5 ± 2.1	t=0.830	0.413
		Toplam	56.3 ± 9.9	52.0 ± 8.7	t=2.119	0.042
	Barrat Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ)	Dikkatle ilişkili dürtüsellik	21.4 ± 5.0	20.1 ± 4.5	t=1.081	0.288
		Motor dürtüsellik	25.8 ± 4.9	24.0 ± 4.9	t=1.627	0.114
		Tasarlanmamış dürtüsellik	34.0 ± 4.5	32.6 ± 5.0	t=1.218	0.232
		Toplam	81.2 ± 12.6	76.7 ± 12.5	t=1.486	0.147
		Deney Grubu	Öfkeye ilişkin Derin Düşünme Ölçeği (ÖİDDÖ)	Öfke sonrası Düşünce	16.8 ± 3.3	10.7 ± 2.5
İntikam Düşünceleri	9.5 ± 3.1			5.7 ± 2.0	t=5.507	<b>0.001</b>
Öfke Hatıraları	14.5 ± 2.9			10.1 ± 2.4	t=7.722	<b>0.001</b>
Nedenleri Anlama	12.2 ± 2.3			9.2 ± 1.9	t=5.639	<b>0.001</b>
Toplam	53.0 ± 9.0			35.6 ± 7.1	t=9.296	<b>0.001</b>
Barrat Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ)	Dikkatle ilişkili dürtüsellik		18.1 ± 3.9	14.1 ± 3.2	t=4.804	<b>0.001</b>
	Motor dürtüsellik		24.3 ± 5.1	19.2 ± 4.6	t=3.954	<b>0.001</b>
	Tasarlanmamış dürtüsellik		30.3 ± 4.6	23.1 ± 3.6	t=5.811	<b>0.001</b>
	Toplam		72.7 ± 11.0	56.4 ± 8.4	t=6.145	<b>0.001</b>

t: Bağımlı örnekler t test istatistiği

Deney grubundaki hastaların ‘dikkatle ilişkili dürtüsellik’ ön test puan ortalamasının 18.1±3.9, son test puan ortalamasının 14.1±3.2 olduğu; ön test ‘motor dürtüsellik’ puan ortalamasının 24.3±5.1, son test puan ortalamasının 19.2±4.6 olduğu; ön test ‘tasarlanmamış dürtüsellik’ puan ortalamasının 30.3±4.6, son test puan ortalamasının 23.1±3.6 olduğu; ön test BDÖ toplam puan ortalamasının 72.1±11.0, son test puan ortalamasının 56.4±8.4 olduğu belirlenmiş olup ve BDÖ toplam puanı ve tüm alt boyutlarının ön test ve son test ortalamalarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p<0. 001) (Tablo 4.3). ACT temelli öfke yönetimi eğitimi sonrası

deney grubundaki hastaların dürtüsellik düzeylerinin, dikkatsizlik, plan yapmama, motor dürtüsellik ve dürtüsellik toplam puan ortalamalarının düştüğü belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki hastaların ÖİDDÖ ve BDÖ tüm alt boyut ve toplamalarının ön test- son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4.3).



## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde Adli Psikiyatri hastalarına verilen kabul ve karalılık terapisi temelli öfke yönetimi eğitiminin öfke ruminasyonu ve dürtüsellik düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Deney ve kontrol grubunun ÖİDDÖ ön test puan ortalamalarından ölçeğin kesme noktası olmadığı için ruminasyonun derecesi ile ilgili tahmin yapılamamakla birlikte madde puan ortalamaları dikkate alındığında her iki gruptaki adli psikiyatri hastalarının önemli derecede öfke ruminasyonlarının olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2). Yani bu çalışmanın sonuçlarına göre adli psikiyatri hastalarının işlevsel davranışlarının azaldığı, anla temaslarının kaybolduğu ve öfke ile ilgili ruminatif düşüncelerinin fazla olduğu söylenebilir. Öfke ruminasyonu, geçmiş öfke uyandıran deneyimler hakkında kaçınılmaz tekrarlayan düşünme süreciyle öfke yönetimini ve kontrolünü azaltır.<sup>14</sup> Kontrolsüz öfke hem birey hem de toplum üzerinde inanılmaz olumsuz etkilere neden olmaktadır. Kişilerarası sorunlu ilişkilere, suç işlemeye, boşanmaya, çalışma yaşamında üretkenliğin ve işlevselliğin bozulması gibi sorunlara neden olabilmektedir.<sup>79</sup> Bu çalışmada adli psikiyatri hastalarının öfke ruminasyonlarının yüksek olduğu görülmüştür.

Öfke, adli psikiyatri hastaları için dinamik risk faktörlerinden biri olarak algılanmaktadır.<sup>11,133</sup> Bu nedenle adli psikiyatri hastalarının öfkelerini yönetebilmeleri oldukça önemlidir. Adli psikiyatri hastalarının deney ve kontrol grubuna ait son test öfkeye ilişkin derin düşünce toplam ve alt boyut puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılmasında adli psikiyatri hastalarının eğitim sonrası deney grubunun öfke ile ilgili toplam ruminatif düşüncelerinin ve tüm alt boyutlarının kontrol grubu son test verilerine göre puanlarının düştüğü ve kontrol grubu ile arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p < 0.001$ ) kontrol grubunda ise öfkeye ilişkin derin düşünme toplam ve alt boyut puan ortalamalarında dikkate değer bir değişikliğin olmadığı

belirlenmiştir (Tablo 4. 2). Yapmış olduğumuz bu çalışmanın sonuçları ACT temelli öfke yönetimi programının adli psikiyatri hastalarında etkili olduğunu göstermektedir. Farklı gruplarda yapılan çalışmalarda da ACT temelli öfke programlarının etkili olduğu belirlenmiştir. Örneğin Tabrizi ve Nameghi'nin (2017)<sup>18</sup> Tahran'daki sağır çocukları olan anneler arasında kabul ve kararlılık terapisinin psikolojik iyi oluş ve öfke azaltma üzerindeki etkisini değerlendirmek için yapmış oldukları çalışmada, kabul ve kararlılık terapisinin, sağır çocuğu olan anneler arasında psikolojik iyi oluş ve öfke azaltımını etkilediği belirtilmiştir. Benzer şekilde Chang ve Hwang'da<sup>23</sup> yaptıkları çalışmada genç tekvando oyuncularını için ACT'ye dayalı bir müdahale programının gençlere yönelik öfke yönetimi üzerinde olumlu bir etkisi olabileceğini bildirmişlerdir.

Adli psikiyatri hastalarının öfkeye ilişkin derin düşünme toplam ve alt boyut puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılmasında (Tablo 4. 3) deney grubundaki hastaların ACT temelli öfke yönetimi eğitimi sonrası ÖİDDÖ ve alt boyutları ile BDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının ön test ve son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.001$ ). Peckham and Johnson'da<sup>134</sup> yaptıkları çalışmada bilişsel kontrol eğitiminin duyguya ilişkin dürtüselliği azaltmada etkili olduğunu aynı zamanda ruminatif düşüncelerde de düşüş olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmanın sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir. Literatür taramasında adli psikiyatri hastalarında ACT temelli öfke yönetimi eğitiminin etkisinin değerlendirildiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte, adli psikiyatri hastalarına farklı yöntemlerle öfke yönetimi eğitiminin değerlendirildiği çalışmalar yapılmıştır.<sup>11,26,27</sup> Örneğin; Hakvoort ve ark.'nın<sup>11</sup> müzik terapisi tedavisinin, adli psikiyatri hastalarının baş etme becerileri, öfke yönetimi ve disfonksiyonel davranışlarında olumlu değişimlere katkıda bulunup bulunmadığını araştırmak için yapmış oldukları çalışmada, deney grubuna standartlaştırılmış bir müzik terapi öfke yönetimi programı; kontrol grubuna iş

plansız, bir saldırganlık yönetim programı uygulamışlar ve müzik terapisinin uygulandığı deney grubu katılımcılarının, pozitif başa çıkma becerilerinin geliştirilmesinde ve baş etme becerisi olarak kaçınma oranının azalmasında daha büyük değişiklikler gösterdiği bildirilmiştir.

Taylor ve ark.'nın<sup>26</sup> zihinsel engelli hastalarla adli hastane servisinde yapmış oldukları çalışmada, saldırgan ve şiddetli olaylarda, öfke terapisinin ardından değerlendirme aralıklarında önemli azalmalar olduğunu göstermiştir.

Yip ve ark.'nın<sup>27</sup> yüksek güvenli bir hastanede tutulan 59 erişkin (30 deney grubu, 29 kontrol grubu) hastada, şiddetli akıl hastalığı olan suçlulara uyarlanmış Akıl Yürütme ve Rehabilitasyon programının etkinliğini değerlendirmişlerdir. Araştırmanın sonuçlarına göre program şiddet içeren tutumlar, sosyal problem çözme ve başa çıkma süreçlerinde etkili olmuştur ve çalışmacılar randomize kontrollü çalışma önermişlerdir.

Yapılan literatür taramasında adli psikiyatri hastalarında ACT temelli öfke yönetimi eğitiminin öfke ruminasyonuna ve dürtüsellğe etkisini inceleyen bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu çalışma ülkemizde adli psikiyatri hastalarında öfke yönetimi eğitiminin öfke ruminasyonuna etkisini inceleyen ilk çalışma olması açısından önem taşımaktadır.

Girişim sonucunda deney gurubunun öfke ruminasyonlarında azalma olduğu ve 'öfke sonrası düşünce', 'intikam düşünceleri', 'öfke hatıraları', nedenleri anlama', 'öfke ile ilgili toplam ruminatif düşüncelerinin' puan ortalamalarında düşüşün olması bu araştırma hipotezlerinden olan **H<sub>1</sub>: 'Kabul ve kararlılık terapisi temelli verilen öfke yönetimi eğitimi, adli psikiyatri hastalarının öfke ruminasyonlarını etkiler'** hipotezini doğrulamaktadır.

Deney ve kontrol grubunun BDÖ ön test puan ortalamalarından ölçeğin kesme noktası olmadığı için dürtüsellğin derecesi ile ilgili tahmin yapılamamakla birlikte

madde puan ortalamaları dikkate alındığında her iki gruptaki adli psikiyatri hastalarının dürtüsellik düzeylerinin düşük olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4. 2). Adli psikiyatri hastalarında zayıf bir dürtü kontrolü ve yüksek derecede dürtüsellik sorunlarının olduğu bilinmektedir.<sup>135,136</sup> Şüküroğlu yaptığı çalışmada, suç isleyen ve suç işlemeyen olguları dürtüsel davranış açısından karşılaştırdığında alt skalalar ve toplam puanda anlamlı fark olduğunu, suç isleyen grubun daha dürtüsel olduğunu belirtmiştir.<sup>137</sup> Dolan ve Fullam<sup>138</sup> yapmış oldukları çalışmada Kişilik bozukluğu ve şiddet içeren suç geçmişi olan dürtüsellliği yüksek olan erkek suçluların kurum içinde daha tepkisel şiddet gösterme eğiliminde olduklarını belirtmişlerdir. Daederman ve ark.<sup>139</sup> dürtüsellüğün çocuğun suç işlemesinde temel risk faktörlerinden biri olduğunu belirtmişlerdir. Yapmış olduğumuz bu çalışmanın bulguları dikkate alındığında literatürle uyumlu bir şekilde adli psikiyatri hastalarının dürtüsellüğün alt faktörü olarak sayılan yaşamı planlamalarında istikrarsızlık, daha dikkatsiz davranışlar sergileme ve hızlı kararlar verme, motor hareketlerde artma ve kişinin düşünmeden eylemlerde bulunma gibi davranışlarının fazla olduğu belirlenmiştir. Dürtüsellüğün bazı işlevsel ve uyum sağlayıcı yönleri olduğu öne sürülse de genelde suç, şiddet, kendine fiziksel olarak zarar verme, kabul gören sosyal standartlara uyumsuzluk gibi davranışlarla ilişkili işlevsel olmayan bir özelliği ifade eder.<sup>140</sup> Adli psikiyatrik bakımın genel hedeflerinden biri, yeni suçları önlemek ve hastalar tarafından uygulanan şiddet eylemlerini en aza indirmektir.<sup>141,142</sup> Bu sebeple adli psikiyatri hastalarının dürtüselliklerinin azaltılmasına yönelik girişimler oldukça önem taşımaktadır.

Adli psikiyatri hastalarının deney ve kontrol grubuna ait son test dürtüsellik toplam ve alt boyut puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılmasında adli psikiyatri hastalarının ACT temelli öfke yönetimi eğitimi sonrası deney grubunun dürtüsellik toplam ve alt boyut puan ortalamalarının, kontrol grubu son test puan ortalamalarından düşük olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4. 2). Yani ACT temelli öfke yönetimi eğitim programı, adli psikiyatri hastalarının

dürtüsellik düzeylerini azaltmıştır. Lievaart ve ark.<sup>10</sup> yapmış oldukları çalışmada adli bir popülasyonda öfkenin, özellikle düşmanca bağlamlarda, dürtü kontrolü ile ters ilişkili olduğu fikrini desteklemektedirler. Yüksek düzeyde öfkeyle ilgili bir uyarılma, bilişsel kontrol süreçleri üzerindeki olumsuz etkisi nedeniyle dürtüsel davranışın belirleyicisi olarak kabul edilir.<sup>128,143</sup> Psikososyal tedavilerden oluşan bazı bilişsel-davranışsal yaklaşımların, daha iyi dürtü kontrolü ve reaksiyon öncesi değerlendirme kabiliyetinin artmasını sağladığı bilinmektedir.<sup>144</sup> Yapılan literatür taramasında, adli psikiyatri hastalarında ACT temelli öfke yönetimi eğitiminin dürtüsellik etkisini inceleyen çalışma olmamakla birlikte farklı gruplarda dürtüsellik azaltmaya yönelik girişimsel çalışmalar yapıldığı belirlenmiştir. Örneğin Tangül Özcan ve ark.'nın<sup>145</sup> Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı olan çocuklara uyguladıkları ben sorun çözebilirlik eğitimi sonrasında hiperaktivite/dürtüsellik gibi sorunların azaldığını belirtmişlerdir. Peckham and Johnson<sup>134</sup> yaptıkları çalışmada bilişsel kontrol eğitiminin duyguya ilişkin dürtüsellik azaltmada etkili olabileceğini göstermişlerdir. Zhu ve ark.<sup>146</sup> yapmış oldukları çalışmada yeni tasarlanmış bilgisayarlı bilişsel bağımlılık tedavisi' nin bilişsel bozulma ve dürtüsel kontrolün iyileştirilmesine yardımcı olabileceğini bildirmişlerdir. Bu çalışma ülkemizde adli psikiyatri hastalarında öfke yönetimi eğitiminin dürtüsellik etkisini inceleyen ilk çalışma olması açısından önem taşımaktadır. ACT temelli öfke yönetimi eğitimi sonrasında deney gurubunun dürtüsellik düzeyindeki bu azalma araştırma hipotezlerinden olan **H<sub>2</sub>: 'Kabul ve kararlılık terapisi temelli verilen öfke yönetimi eğitimi, adli psikiyatri hastalarının dürtüselliklerini etkiler'** hipotezini doğrulamaktadır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre ACT temelli öfke yönetimi eğitiminin adli psikiyatri hastalarının dürtüselliklerinden kaynaklanan olumsuz sonuçları azaltacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın sonuçları ACT temelli verilen öfke yönetimi eğitiminin adli psikiyatri hastalarının öfkeye ilişkin ruminasyonlarının ve dürtüsellik düzeylerinin

azaltılmasında etkili olduğunu ve medikal tedavinin yanında adli psikiyatri hastalarının öfkeyle ilgili ruminatif düşüncelerinin ve dürtüsellik düzeylerinin azaltılması amacıyla kullanılabileceğini düşündürmektedir. Son 20 yılda yapılan çalışmalarda psikiyatrik hastalığı olanlarda suç ve şiddet davranış sıklığının genel popülasyona göre daha yüksek olduğunu bildiren çalışmaların sayısı artmıştır.<sup>147</sup> Bu çalışmada ACT temelli öfke yönetimi eğitimi sonrasında ruminasyonun ve dürtüsellik azalmasının, adli psikiyatri hastalarında şiddet davranışlarının ortaya çıkmasında önleyici rolü olacağı düşünülmektedir.

Adli psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin öfkeli hastaya yaklaşıma ilişkin farkındalıklarını, bilgi ve uygulamalarını geliştirmeye yönelik hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi ve belirli aralıklarla tekrarlanması büyük önem taşımaktadır. Adli psikiyatri hastalarına yönelik verilecek eğitimin hastaların zorunlu tedavi sürelerinin kılınmasında etkin rol oynayacağı düşünülmektedir. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği uygulamaları, bilimsel gelişmeler, hemşirelik bilgi birikimindeki gelişmeler ve değişen sosyo-ekonomik koşullara bağlı olarak hastaların gereksinim duyduğu bütüncül bakım doğrultusunda sürekli olarak gelişmektedir. Böylece ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin geleneksel işlevleri olan; hastaların fiziksel ve davranışsal açıdan değerlendirilmesi, hastaların güvenliklerinin sağlanması, gözlem yapma, ilaç tedavilerinin uygulanması, hijyenik bakım, kayıtların tutulması gibi geleneksel işlevlerinin yanı sıra, sağlığın korunması ve yükseltilmesi, hasta eğitimi ve rehabilitasyonu gibi işlevlerinde de değişim ve gelişmeler yaşanmaktadır.<sup>25</sup> Kabul ve kararlılık terapisi temelli öfke yönetimi eğitiminin öfke ruminasyonu ve dürtüsellik üzerindeki etkisi, adli psikiyatri ve adli psikiyatri hemşireliği alanında yenilikçi bir konudur. Bu çalışmanın Adli psikiyatri hastalarına yönelik Hemşirelik bakım ve tedavi hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesine de katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Adli Psikiyatri hastalarına verilen kabul ve karalılık terapisi temelli öfke yönetimi eğitiminin öfke ruminasyonu ve dürtüsellik düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılan ön test - son test uygulamalı kontrol gruplu deneysel randomize bir çalışma olan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır:

- Eğitim sonrası deney grubunun öfke ile etkisiz baş etmelerine neden olabilecek ‘öfke sonrası düşünce’, ‘intikam düşünceleri’, ‘öfke hatıraları’, ‘nedenleri anlama’ ve ‘öfkeye ilişkin derin düşünce toplam puanlarının’ düştüğü yani ACT temelli öfke yönetimi eğitiminin hastaların öfkeye ilişkin ruminasyonlarını azaltmada etkili olduğu,
- Eğitim sonrası deney grubunun ‘dikkatle ilişkili dürtüsellik’, ‘motor dürtüsellik’, ‘tasarlanmamış dürtüsellik’ ve ‘dürtüsellik toplam puanlarının’ düştüğü yani ACT temelli öfke yönetimi eğitiminin hastaların dürtüselliklerini azaltmada etkili olduğu,
- Kontrol grubunda yer alan hastaların öfke ruminasyonlarında bir değişikliğin olmadığı,
- Kontrol grubunda yer alan hastaların dürtüsellik düzeylerinde bir değişikliğin olmadığı saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Alanda çalışan psikiyatri hemşireleri ve adli psikiyatri hemşireleri öfke ruminasyonu ve dürtüsellığe bağlı şiddet olaylarını azaltma ve ya önleme çalışmaları kapsamında bu programdan yararlanabilirler.
- Bu çalışmada, uygulama sonrasında bir izleme ölçümü ve değerlendirmesi yapılmamıştır. Yapılacak benzer çalışmalarda uygulamanın çalışma

bitimindeki etki süresini görebilmek için izleme ölçümünün yapılması önerilmektedir

- Konuyla ilgili farklı psikiyatrik gruplarda ACT temelli öfke yönetimi eğitim programının değerlendirildiği çalışmaların yapılması önerilmektedir.



## KAYNAKLAR

1. Yanık M. Türkiye ruh sağlığı sistemi üzerine değerlendirme ve öneriler, ruh sağlığı eylem planı önerisi. *Reviews, Cases and Hypotheses in Psychiatry*, 2007, Özel sayı: 24-26.
2. Schanda H, Stompe T, Ortwein-Swoboda G. Increasing criminality in patients with schizophrenia: Fiction, logical consequence or avoidable side effect of the mental health reforms? *Neuropsychiatr*, 2010, 24: 170-81.
3. Volavka J. Violence schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatria Danubina*, 2013, 25: 24–33.
4. Coid J, Yang M, Roberts A, Ullrich S, Moran P, Bebbington P, Brugha, T, Jenkins R, Farrell M, Lewis G, Singleton N. Violence and psychiatric morbidity in a national household population-a report from the itish household survey. *Am J Epidemiol*, 2006, 164: 1199-1208.
5. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 2012, 200: 364-73.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Çeviri Köroğlu E. *Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, 5. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2014.
7. Iancu I, Bodner E, Roitman S, Piccone Sapir A, Poreh A, Kotler M. Impulsivity, aggression and suicide risk among male schizophrenia patients. *Psychopathology*, 2010, 43: 223-229.
8. Köroğlu E. *Klinik psikiyatri el kitabı*, 2. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2012.

9. Güzel Özdemir P, Selvi Y, Aydın A. Dürtüsellik ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2012, 4: 293-314.
10. Lievaart M, Van Der Veen FM, Huijding J, Hovens JE, Franken IHA. The relation between trait anger and impulse control in forensic psychiatric patients: an EEG study. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 2018, 43: 131–142.
11. Hakvoort L, Bogaerts S, Thaut MH, Spreen M. Influence of music therapy on coping skills and anger management in forensic psychiatric patients: an exploratory study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 2014, 20: 1-27.
12. Fernandez E. Anger dysfunction and its treatment. In: Fernandez E. (ed.), *Treatments For Anger in Specific Populations: Theory, Application, and Outcome*, 1<sup>st</sup> ed. Oxford, Oxford University Press, 2013:1-14.
13. Eifert GH, Forsyth JP. The application of acceptance and commitment therapy to problem anger. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2011, 18: 241–250.
14. Besharat MA, Pourbohloul S. Mediation effect of anger rumination on the relationship between dimensions of anger and anger control with mental health. *International Journal of Psychological Research*, 2012, 5: 24-36.
15. Stuart, GW. *Preventing and managing aggressive behavior*, principles and practices of psychiatric nursing, 10<sup>th</sup> ed. Mosby, Elsevier, 2013.
16. Partlak Günüşen, N. Öfke, saldırganlık ve psikiyatri hemşireliği. *Türkiye Klinikleri J Psikiyatr Nurs-Special Topics*, 2016, 2: 36-43.
17. Acker RV. Antisocial, aggressive and violent behavior in children and adolescents within alternative education settings: prevention and intervention. *Preventing Scholl Failure*, 2007, 51: 5-10.

18. Tabrizi F, Nameghi AN. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological well-being and anger reduction among mothers with deaf children in Tehran. *Aud Vest Res*, 2017, 26: 151-156.
19. Yavuz KF. Kabul ve kararlılık terapisi (ACT): Genel bir bakış. *Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 2015, 8: 21-27.
20. Honarparvaran N. The efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on forgiveness and marital adjustment among women damaged by marital infidelity. *Journal of Woman and Society*, 2014, 5: 135-150.
21. Harris R. ACT Made Simple. Çeviri: Karatepe HT, Yavuz KF. *ACT'i Kolay Öğrenmek*, 2. Baskı. İstanbul: Litera Yayıncılık; 2017.
22. Ruiz FJ. A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2010, 10: 125-62.
23. Chang D, Hwang S. The development of anger management program based on acceptance and commitment therapy for youth taekwondo players. *Journal of Exercise Rehabilitation*, 2017, 13: 160-167.
24. Akköz Çevik S, Başer M. Adli hemşirelik ve çalışma alanları. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 21: 143-152.
25. Demirkıran F. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği ve psikoterapi uygulamaları. *Turkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics*, 2016, 2: 1-8.
26. Taylor JL, Novaco RW, Brown T. Reductions in aggression and violence following cognitive behavioural anger treatment for detained patients with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2016, 60: 126-133.

27. Yip VCY, Gudjonsson GH, Perkins D, Doidge A, Gareth Hopkin G, Young S. A nonrandomised controlled trial of the R&R2MHP cognitive skills program in high risk male offenders with severe mental illness. *BMC Psychiatry*, 2013, 13: 267-278.
28. Baysan Arabacı L, Çam MO. Adli psikiyatri hastalarına yönelik hemşire tutum ölçeği geliştirme. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2011, 48: 175-83.
29. Duran A, Demirel ÖF. Yetişkinde ceza sorumluluğu. *Türkiye Klinikleri J Foren Med-Special Topics*. 2016, 2: 8-13.
30. Soysal H. *Adli Psikiyatri*, Güncellenmiş Basım. İstanbul, Özgür Yayınları, 2012.
31. T.C. Resmi gazete. Ceza genel kurul kararı. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/10/20041012.htm> 8 Haziran 2019.
32. Öncü F, Ger C. Zorunlu Tedavi. İçinde: Sercan M (editör). *Adli Psikiyatri Uygulama Klavuzu*, 1. Baskı. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2007: 51-69.
33. Oluk Ö. Koruma ve Tedavi Sürecindeki Şizofreni Olgularında Yatış Sürelerinin Klinik ve Suç Özellikleri ile İlişkisi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul: 2011.
34. Lamb HR, Weinberger LE, Gross BH. Community treatment of severely mentally ill offenders under the jurisdiction of the criminal justice system: A review. *Psychiatric Services*, 1999, 50: 907-913.
35. Rutherford M, Duggan S. Forensic mental health services facts and figures on current provision. [http://www. Centre for mental health. org.uk/pdfs/ scmh\\_forensic\\_factfile](http://www.Centre for mental health.org.uk/pdfs/scmh_forensic_factfile). 27 Mayıs 2018.

36. Baysan Arabacı L, Çam MO. Türkiye’de psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelerin adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumlarını etkileyen faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2013, 24: 1-7.
37. Bowring-Lossock, E. The forensic mental health nurse-a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2006, 13: 780-785.
38. Dikeç G, Baysan Arabacı L, Taş G. Adli psikiyatri hemşirelerinin rol ve sorumlulukları: Sistematik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2017, 8: 157–164.
39. Kutlu Y, Bilgin H. Adli psikiyatri servislerinde hemşirelik: Roller ve yaşanan güçlükler. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 2011, 4: 67-72.
40. Ançel G. Adli psikiyatri hemşireliği. *Adli Psikiyatri Dergisi*, 2005, 2: 29-34.
41. Mason T, Lovell A, Coyle D. Forensic psychiatric nursing: skills and competencies: I role dimension. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2008, 15: 118-130.
42. Lyons T. Role of forensic psychiatric nurse. *Journal of Forensic Nursing*, 2009, 5: 53-57.
43. Mason T, King L, Dulson J. Binary construct analysis of forensic psychiatric nursing in the UK: High, medium, and low security services. *Int J Ment Health Nurs*, 2009, 18: 216- 224.
44. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 2004, 35: 639-665.
45. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*, 2<sup>nd</sup> ed. UK, Guilford Press, 2012.

46. Davies J, Nagi C. *Individual Psychological Therapies in Forensic Settings: Research and Practice*, 1<sup>th</sup> ed. UK, Taylor & Francis, 2017: 503-593.
47. Harris R. Embracing your demons: an overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Australia*, 2006, 12: 2–8.
48. Vatan S. Bilişsel davranışçı terapilerde üçüncü kuşak yaklaşımlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 2016, 8: 190-203.
49. Hayes SC, Luoma J, Bond F, Masuda, A, Lillis J. acceptance and commitment therapy: model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 2006, 44: 1-25
50. Ercengiz M, Şar AH. Kabul ve kararlılık terapisi yönelimli karar verme becerisi psikoeğitim programının karar verme stilleri üzerindeki etkisi. *Sakarya University Journal of Education*, 2018, 8: 109-130.
51. Bal U, Çakmak S, Yılmaz E, Tamam L, Onur Karaytuğ MO. Kabul ve kararlılık terapisiyle sigara bırakma: olgu sunumu. *Cukurova Medical Journal*, 2015, 40: 841-846.
52. Gillanders DT, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, Flaxman PE, Campbell L, Kerr S, Tansey L, Noel P, Ferrenbach C, Masley S, Roach L, Lloyd J, May L, Clarke S, Remington B. The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior therapy*, 2014, 45: 83-101.
53. Nalbant A, FK Yavuz. Dil kozasından çıkış: bilişsel ayrışma. *JCBPR*, 2019, 8: 58–62.
54. Yıldız E. Şizofreni Hastalarında Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli ve Motivasyonel Görüşme Destekli Danışmanlığının İşlevsel İyileşme ve Motivasyon Düzeylerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2019.

55. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion- regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*, 2010, 30: 217-237.
56. Plumb JC, Stewart I, Dahl J, Lundgren T. In search of meaning: Values in modern clinical behavior analysis. *Behavior Analyst*, 2009, 32: 85-103.
57. Aydın Y, Aydın G. Değer verme ölçeğini (valuing questionnaire) Türk kültürüne uyarlama çalışması. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2017, 17: 64-77.
58. KF Yavuz, Karatepe HT. Travma sonrası stres bozukluğunun psikoterapisi. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 2015, 8: 44-52.
59. Çekici F, Aydın Sünbül Z, Malkoç A, Gördesli A, Arslan R. Değer odaklı yaşam ölçeği: Türk kültürüne uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Turkish Studies*, 2018, 13: 459-471.
60. Dalrymple KL, Herbert JD. Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: a pilot study. *Behav Modif*, 2007, 31: 543-568.
61. Sharp K. A review of acceptance and commitment therapy with anxiety disorders. *Int J Psychol Psychol Ther*, 2012, 12: 359-372.
62. Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for chronic skin picking. *Behav Res Ther*, 2006, 44: 1513–1522.
63. Gifford EV, Kohlenberg BS, Hayes SC, Antonuccio DO, Piasecki MM, RasmussenHall ML, MP Kathleen. Acceptance theory-based treatment for smoking cessation. *Behav Ther*, 2004, 35: 689-705.
64. Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: acceptancebased therapies. In: O'Donohue W, Fisher JE (eds). *General Principles*

- and Empirically Supported Techniques of Cognitive Behavior Therapy, 1th ed. Hoboken, Wiley, 2009: 77-101.
- 65.** Montesinos F. ACT, orientación sexual y disfunción eréctil: Un estudio de caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 2003, 27: 503-524.
- 66.** Baer RA, Fischer S, Huss DB. Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *J Ration Emot Cogn Behav Ther*, 2005, 23: 281-300.
- 67.** Bach P, Hayes SC. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 2002, 70: 1129–1139.
- 68.** A-Tjak JGL, Davis ML, Morina N, Powers MB, Smiths JAJ, Emmelkamp PMG. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2015, 84: 30-36.
- 69.** Ost LG. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 2008, 46: 296-321.
- 70.** Kaya Akdemir M. Kabul ve Kararlılık Terapisi Yönelimli Psiko-Eğitim Programının Başa Çıkma Yeterliği Üzerindeki Etkisi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Sakarya: Sakarya Üniversitesi, 2018.
- 71.** Usta F. Kabul ve Kararlılık Terapisi Yönelimli Psiko-Eğitim Programının Ergenlerin Sosyal Görünüş Kaygısı ve Kabul ve Eyleme Geçme Düzeylerine Etkisi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Sakarya: Sakarya Üniversitesi, 2017.

72. Kaya N, Kaya H, Yalçın Atar N, Turan N, Eskimez Z, Palloş A, Aktaş A. Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin öfke ve yalnızlık özellikleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2012, 9: 18-26.
73. Beyazaslan T. Öfke Kontrol Eğitiminin Hipertansiyon Tanısı Alan Hastaların Öfke ve Duygu Kontrol Durumlarına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2012.
74. Soykan C. Öfke ve öfke yönetimi. *Kriz Dergisi*, 2003, 11: 19-27.
75. Karataş Z. Bilişsel davranışsal teknikler kullanılarak yapılan öfke yönetimi programının ergenlerin saldırganlığını azaltmadaki etkisi. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2009, 26: 12-24.
76. T.C Başbakanlık. Türk Dil Kurumu. <http://www.tdk.gov.tr/>. 27 Mayıs 2018.
77. Spielberger CD, Crane RS, Kearns WD. Anger and anxiety in essential hypertension. In: Spielberg CD (ed). *Stress and Emotion: Anxiety, Anger and Curiosity*, 1<sup>th</sup> ed. New York, Taylor Francis, 1991.
78. Öztürk, E. İlköğretim Kurumlarında Çalışan Öğretmenlerin Öfke nedenleri ve Öfke Kontrol Yöntemleri (Elazığ İli Örneği). Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Yönetimi, Teftişi, Planlaması ve Eko. Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi, 2012.
79. Tatlılıoğlu K, Karaca M. Öfke olgusu hakkında sosyal psikolojik bir değerlendirme. *International Journal of Social Science*, 2013, 6: 1101-1123.
80. Zorlu E. Öfke Denetimi Eğitim Programının Lise Öğrencilerinin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzlarına Etkisi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi, 2017.
81. Şahin NH, Balkaya F. Çok boyutlu öfke ölçeği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2003, 14: 192-202.

82. Luhn RR. Managing Anger. Çeviri: Orçan Y. *Kızgınlıkla Başa Çıkma*. İstanbul, Alfa Basın Yayım Dağıtım, 2004.
83. Goleman D. Emotional Intelligence. Çeviri: Seçkin Yüksel B. *Duyusal Zeka*. İstanbul, Varlık Yayınları, 2007: 89-104.
84. Demir B. Hemodiyaliz Hastalarında Gevşeme Egzersizlerinin Öfke ve Öfke Kontrolü Üzerine Olan Etkisinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2009.
85. Öz F. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Ankara, İmaj İç ve Dış Ticaret AS, 2004: 157-165.
86. Bilge A, Ünal G. Öfke, öfke kontrolü ve hemşirelik yaklaşımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2005, 21: 189-196.
87. Hogan EK. Anger management 1: an overview for counselors. *ERIC Clearinghouse on Counseling and Student Services Greensboro NC* (1-6). <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED482767.pdf>. 13 Haziran 2019.
88. Tuna D. Çözüm Odaklı Kısa Süreli Yaklaşım Dayalı Öfke Kontrolü Eğitim Programının Lise Öğrencilerinin Öfke Kontrolü ve İletişim Becerileri Düzeylerine Etkisi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2012.
89. Baltaş A. Baltaş Z. *Stres ve başa çıkma yolları*, 29. Basım. İstanbul, Remzi Kitabevi, 2012.
90. Merriam- Webster. <https://www.merriam-webster.com/>. 13 Haziran 2019.
91. Online Etymology Dictionary website. <https://www.etymonline.com/>. 13 Haziran 2019.

92. Abramowitz JS, McKay D, Taylor S. *Obsessive-compulsive disorder: subtypes and spectrum conditions*, 2<sup>th</sup> ed. Michigan, Elsevier, 2008: 55.
93. Nolen-Hoeksema S. Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. *Psychological bulletin*, 1987, 101: 259-282.
94. Bugay A, Erdur Baker Ö. Eşli ruminasyon ölçeğinin türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2015, 5: 106-114.
95. Kaya EÜ. Kendine odaklı tekrarlı olumsuz (ruminatif) ve kendine odaklı iç gözlemsel (refleksif) düşünme tarzlarının başarı hedef yönelimlerine etkileri: üniversite öğrencileri örneği. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2018, 28: 199-210.
96. Erdur Baker Ö, Özgülük SB, Turan N, Demirci Danışık N. Ergenlerde görülen psikolojik belirtilerin yordayıcıları olarak ruminasyon ve öfke/ öfke ifade tarzları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2009, 4: 43-53.
97. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 2008, 3: 400-424.
98. Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S. Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 2003, 27: 247-259.
99. Sukhodolsky DG, Golub A, Cromwell EN. Development and validation of the Anger Rumination Scale. *Pers Individ Differ*, 2001, 31: 689-700.
100. Fitzgibbons RP. The cognitive and emotive use of forgiveness in the treatment of anger. *Psycho-therapy: Theory, Research, Practice, Training*, 1986, 23: 629-633.
101. Lyubomirsky S, Nolen-Hoeksema S. Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *J Pers Soc Psychol*, 1995, 69: 176-190.

102. Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnorm Psychol*, 1991, 100: 569-582.
103. Langlois R, Freeston MH, Ladouceur R. Differences and similarities between obsessive intrusive thoughts and worry in a non-clinical population: study 1. *Behav Res Ther*, 2000, 38:157-173.
104. McCullough ME, Bellah CG, Kilpatrick SD, Johnson JL. Vengefulness: Relationships with forgiveness, rumination, well-being, and the big five. *Pers Soc Psychol Bull*, 2001, 27: 601-610.
105. Roberts JE, Gilboa E, Gotlib IH. Ruminative response style and vulnerability to episodes of dysphoria: gender, neuroticism, and episode duration. *Cogn Ther Res*, 1998, 22: 401-423.
106. Segerstrom SC, Stanton AL, Alden LA, Shortridge BE. A multidimensional structure for repetitive thought: What's on your mind, and how, and how much? *J Pers Soc Psychol*, 2003, 85: 909-921.
107. Jessup SC, Knowles KA, Berg H, Olatunji BO. Anger rumination is not uniquely characteristic of obsessive-compulsive disorder. *Pers Individ Dif*, 2019, 140: 10-14.
108. Silveira ÉM Júnior, Passos IC, Scotti Bristot G, Scotton E, Teixeira Mendes LS, Umpierre Knackfuss AC, Gerchmann L, Fijtman A, Trasel AR, Salum GA, Kauer-Sant'Anna M. Decoding rumination: A machine learning approach to a transdiagnostic sample of outpatients with anxiety, mood and psychotic disorders. *J Psychiatr Res*, 2020, 121: 207-213.
109. Cui Y, Kim SW, Lee BJ, Kim JJ, Yu JC, Lee KY, Won S, Lee SH, Kim SH, Kang SH, Kim E, Piao YH, Kang NI, Chung YC. Negative Schema and Rumination as

- Mediators of the Relationship Between Childhood Trauma and Recent Suicidal Ideation in Patients With Early Psychosis. *J Clin Psychiatry*, 2019, 80: 1-10.
110. Yıldız M, Eldeleklioğlu J. Üniversite öğrencilerinin depresyon düzeylerinin ruminasyon ve problem çözme becerileriyle ilişkisi. *Kalem Eğitim ve İnsan Bilimleri Dergisi*, 2019, 9: 27-46.
111. Satıcı SA. Öfkeye ilişkin derin düşünme ölçeği: Türkçe formunun psikometrik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2014, 15: 328-334.
112. Şimşek N, Tel H. Yapılandırılmış bir eğitimin sosyal hizmetler kurumu'ndan yardım almakta olan ergenlerin öfke kontrolü, atılganlık ve benlik saygısı düzeyine etkisi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017, 6: 22-29.
113. Starner TM, Peters RM. Anger expression and blood pressure in adolescents. *The Journal of School Nursing*, 2004, 20: 335-342.
114. Lulofs RS, Cahn DD. *Conflict from theory to action*, 2<sup>nd</sup> ed. United States of America, Aperson Education Company, 2000.
115. Özmen, A. Öfkeyle başa çıkma eğitiminin ve etkileşim grubu uygulamasının içe yönelik öfke üzerindeki etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2006, 30: 175-185.
116. Cartıllı K. Öfke ile Başa Çıkma Eğitiminin Tek Ebeveynli Öğrencilerin Öfke ve Olumlu Duygularına Etkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Konya: Mevlana Üniversitesi, 2016.
117. Taşçı Eser D, Üstün B. Psikiyatrik bozukluğu olan ergen ve ebeveynlerinin öfke ifade biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2011, 2: 111-116.

118. Albayrak B, Kutlu Y. Ergenlerde öfke ifade tarzı ve ilişkili faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009, 2: 57-69.
119. Gültekin F. Saldırganlık ve Öfkeyi Azaltma Programının İlköğretim İkinci Kademe Öğrencilerinin Saldırganlık ve Öfke Düzeyleri Üzerindeki Etkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Doktora Tezi Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2008.
120. Adana F, Arslantaş H. Ergenlikte öfke ve öfkenin yönetiminde okul hemşiresinin rolü. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2011, 12: 57 – 62.
121. Tamam L, Güleç H, Karataş G. Barratt dürtüsellik ölçeği kısa formu (BIS-11-KF) Türkçe uyarlama çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2013, 50: 130-134.
122. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, et al. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry*, 2001, 158: 1783- 1793
123. Kısa C, Yıldırım SG, Göka E. Ataklık ve ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2005: 16: 46-54.
124. Çırakoğlu E. Suç İşleyen ve İşlemeyen Erkek Şifreni Hastalarında Dürtüsellik ve Suç İşlemeye Etkisi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul: 2013.
125. Torregrossa MM, Quinn JJ, Taylor JR. Impulsivity, compulsivity, and habit: The role of orbitofrontal cortex revisited. *Biol Psychiatry*, 2008, 63: 253-255.
126. Hollander E, Evers M. New developments in impulsivity. *Lancet*, 2001, 358: 949-950.
127. Yazıcı K, Yazıcı AE. Dürtüsellğin nöroanatomik ve nörokimyasal temelleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2010, 2: 254-280.

128. Zwets AJ, Hornsveld RHJ, Muris P, Kanters T, Langstraat E, Van Marle HJC. Psychomotor therapy as an additive intervention for violent forensic psychiatric inpatients: A Pilot Study. *International Journal of Forensic Mental Health*, 2016, 15: 222-234.
129. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *J Clin Psychol*, 1995, 51: 768-774.
130. Güleç H, Tamam L, Güleç MY, Turhan M, Karakuş G, Zengin M, Stanford MS. Psychometric properties of the Turkish version of the Barratt Impulsiveness Scale-11. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2008, 18: 251-258.
131. Foret MM. Acceptance and Commitment Therapy Anger Group. Created December 2014.  
<https://contextualscience.org/files/ACT%20for%20Anger%20Group%20FINAL.pdf> 4 Kasım 2019.
132. Şehit Burhan, H. Nefes Egzersizi. [www.baglamsalbilimler.org](http://www.baglamsalbilimler.org) 16 Aralık 2018.
133. Douglas KS, Skeem JL. Violence risk assessment: Getting specific about being dynamic. *Psychology, Public Policy, and Law*, 2005, 11: 347-383.
134. Peckham AD, Johnson SL. Cognitive control training for emotion-related impulsivity. *Behaviour Research and Therapy*, 2018, 105: 17–26.
135. Kamphuis J, Dijk DJ, Spreen M, Lancel M. The relation between poor sleep, impulsivity and aggression in forensic psychiatric patients. *Physiology & Behavior*, 2014, 123: 168–173.
136. Klein Tuente S, Bogaerts S, Jzendoorn SVI, Veling W. Effect of virtual reality aggression prevention training for forensic psychiatric patients (VRAPT): study protocol of a multi-center RCT. *BMC Psychiatry*, 2018, 18: 251

137. Şüküroğlu S. Suç İşleyen ve İşlemeyen Bipolar I Bozukluğu Olan Hastalarda Dürtüsellik ve Suç İşlemeye Etkisi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul: 2010.
138. Dolan M, Fullam R. Behavioral and psychometric measures of impulsivity in a personality disordered population. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 2004, 15: 426–450.
139. Dåderman AM, Meurling AW, Levander S. Speedy action over goal orientation: Cognitive impulsivity in male forensic patients with dyslexia. *Dyslexia*, 2012, 18: 226–235.
140. Verdejo-García A, Lawrence AJ, Clark L. Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neurosci Biobehav Rev*, 2008, 32: 777-810.
141. Horberg U, Sjogren R, Dahlberg K. To be strategically struggling against resignation: The lived experience of being cared for in forensic psychiatric care. *Issues in Mental Health Nursing*, 2012, 33: 743–751.
142. Askola R, Nikkonen M, Paavilainen E, Soininen P, Putkonen H, Louheranta O. Forensic psychiatric patients' perspectives on their care: A narrative View. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2016, 54: 1–10.
143. Olson MA, Fazio RH. Implicit and explicit measures of attitudes: The perspective of the MODE model. In: Petty RE, Fazio RH, Bri~nol P (eds). *Attitudes: Insights From The New Implicit Measures*. New York, Psychology Press, 2009: 19-63.

144. Caldwell CL, Wasson D, Anderson MA, Brighton V, Dixon L. 3rd. Development of the nursing outcome (NOC) label: hyperactivity level. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 2005, 18: 95-102
145. Özcan CT, Oflaz F, Türkbay T, Freeman Clevenger SM. The effectiveness of an interpersonal cognitive problem-solving strategy on behavior and emotional problems in children with attention deficit hyperactivity. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2013, 50: 244-251
146. Zhu Y, Jiang H, Su H, Zhong N, Li N, Li X, Chen T, Tan H, Du J, Xu D, Yan H, Xu D, Min Zhao M. A newly designed mobile-based computerized cognitive addiction therapy app for the improvement of cognition impairments and risk decision making in methamphetamine use disorder: randomized controlled trial. *JMIR Mhealth Uhealth*, 2018, 6: 1-14.
147. İnan S, Yıldızhan E, Öncü F. İnsana yönelik ciddi suç işleyen adli psikiyatri olgularının hastalık öyküleri, sosyodemografik ve suç özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2018, 29: 258-268.

## EKLER

### EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
<p><b>Adı Soyadı:</b> Hatice POLAT <b>Doğum tarihi:</b> 25.01.1987 <b>Doğum yeri:</b> Malatya <b>Medeni hali:</b> Bekar <b>Uyruğu:</b> T.C. <b>Adres:</b> Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi  <b>Tel:</b> 0506 988 76 69 <b>Faks:</b> <b>E-mail:</b> hatice_ce.polat@hotmail.com</p>
Eğitim
<p><b>Lise:</b> Kubilay Lisesi (2003) <b>Lisans:</b> İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü <b>Yüksek lisans:</b> Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı (2012-2015) <b>Doktora:</b> Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı (2016-2019)</p>
Yabancı Dil Bilgisi
<p>İngilizce: Orta Derecede (YDS 66.25, Ekim 2015) _____</p> <p>Almanca: ..... _____</p> <p>Rusça: ..... _____</p>
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
İlgi Alanları ve Hobiler

## EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

**T.C.**  
**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ**

**ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU**

Doktora Tezi olarak Doç. Dr. Sibel Asi KARAKAŞ danışmanlığında sunulan “Adli Psikiyatri Hastalarında Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Öfke Yönetimi Eğitiminin Dürtüsellik ve Öfke Düzeylerine Etkisi” başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	0	15
Genel Bilgiler	12	30
Materyal ve Metod	14	35
Bulgular	9	10
Tartışma	8	15

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. .... / ..... / 20....

Öğrenci Adı-Soyadı

İmza

Hatice POLAT

KARAKAŞ

Danışman Adı-Soyadı

İmza

Doç. Dr. Sibel ASİ

\* Tez ile ilgili YÖKTEZ’de yayınlamasına ilişkin bir engelleme var ise aşağıdaki alanı doldurunuz.

Tezle ilgili patent başvurusu yapılması / patent alma sürecinin devam etmesi sebebiyle Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../... tarih ve ..... sayılı kararı ile teze erişim 2 (iki) yıl süreyle engellenmiştir.

Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../... tarih ve ..... sayılı kararı ile teze erişim 6 (altı) ay süreyle engellenmiştir.

## EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU



### ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ETİK KURUL RAPORU


Sayı: 2018-6/2

Tarih: 11.06.2018

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu Hatice POLAT, Sibel ASİ KARAKAŞ isimli araştırmacılar tarafından yapılması planlanan “Adli Psikiyatri Hastalarında Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Öfke Yönetimi Eğitiminin Dürtüsellik ve Öfke Düzeylerine Etkisi” başlıklı araştırmayı etik açıdan **oy çokluğu ile uygun bulmuştur.**

  
Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI  
Başkan

  
Prof. Dr. Duygu ARIKAN  
Üye

  
Prof. Dr. Neziha KARABULUT  
Üye

  
Prof. Dr. Reva BALCI AKPINAR  
Üye

  
Prof. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ  
Üye

## EK-4. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

- 1) Yaşınız : .....
- 2) Medeni durumunuz:  
(1) Bekar (2) Evli (3) Boşanmış
- 3) Eğitim Durumunuz:  
(1) Okur-yazar (2) ilköğretim mezunu (3) lise mezunu (4) Üniversite mezunu
- 4) Hastaneye gelmeden önce yaşadığınız yer:  
(1) Şehir (2) İlçe-kasaba (3) Köy
- 5) Daha önce kiminle yaşıyordunuz?  
(1) Aile (2) Yalnız (3) Arkadaş (4) Diğer
- 6) İş durumunuz nedir?  
(1) memur (2) esnaf (3) işçi (4) serbest meslek (5) emekli (6) çalışmıyor  
(7) Öğrenci (8) diğer
- 7) Gelir durumunuz?  
(1) düşük (2) orta (3) iyi
- 8) Alkol madde kullanımı alışkanlığınız var mı?  
(1) Evet (2) Hayır
- 9) Çocuklukta aile içi şiddet öykünüz var mı?  
(1) Evet (2) Hayır
- 10) Daha Önce adli psikiyatri servisinde yattınız mı?  
(1) Evet (2) Hayır
- 11) Hastalık tanınız .....
- 12) Kaç yıldır tedavi görüyorsunuz.....
- 13) Birinci derece akrabalarınız arasında psikiyatrik hastalığı olan var mı?  
(1) Evet (2) Hayır

## EK-5. ÖFKEYE İLİŞKİN DERİN DÜŞÜNME ÖLÇEĞİ (ÖİDDÖ)

Bu anketlerden elde edilen sonuçlar bilimsel bir çalışmada kullanılacaktır. Lütfen doğru veya yanlış cevap olmadığını unutmayınız. Her bir cümleye katılma ya da katılmama durumunuzu en iyi şekilde gösteren numarayı işaretleyiniz. Her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederim.		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Her zaman
1	<b>Geçmiş yaşamımda beni öfkeliendiren yaşantıları derin biçimde düşünürüm.</b>	1	2	3	4
2	Bana yapılan haksızlıkları tüm detaylarıyla ölçüp biçerim.	1	2	3	4
3	<b>Beni uzun süre kızdıran olayları uzun süre düşünürüm.</b>	1	2	3	4
4	Bir tartışmadan sonra uzun süre intikam hayalim devam eder.	1	2	3	4
5	<b>Uzun zaman önce başıma gelen bazı olayları düşündükçe öfkelenirim.</b>	1	2	3	4
6	Bana zarar veren insanları affetmekte zorlanırım.	1	2	3	4
7	<b>Bir tartışma bittikten sonra, o kişiyle hayalimde tartışmaya devam ederim</b>	1	2	3	4
8	Uykuya dalmadan önce beni gerginleştiren ve kızdıran anılar aniden zihnimde canlanır.	1	2	3	4
9	<b>Öfkeliendiğimde, zihnim bir süreliğine o öfkeyle meşgul olur.</b>	1	2	3	4
10	Bazen zihnim belirli bir problemle meşgul olmasını önleyemem.	1	2	3	4
11	<b>Beni öfkeliendiren olayları incelerim.</b>	1	2	3	4
12	İnsanların bana neden kötü davrandıklarını düşünürüm.	1	2	3	4
13	<b>Hayal ve rüyalarım şiddet içerir.</b>	1	2	3	4
14	Yaşamımdaki belli şeyler için öfkelenirim.	1	2	3	4
15	<b>Birisi beni sinirlendirdiğinde, ondan nasıl intikam alacağımı düşünmeden duramam.</b>	1	2	3	4
16	Birileri beni tahrik ettiğinde, bunun neden benim başıma geldiğini merak ederim.	1	2	3	4
17	<b>Küçük tatsız anıları hatırlamak bir süreliğine canımı sıkır.</b>	1	2	3	4
18	Bir şey beni öfkeliendirdiğinde bu konuyu zihnimde tekrar tekrar düşünürüm.	1	2	3	4
19	<b>Beni öfkeliendiren bir olaydan sonra, zihnimde o olayı tekrar canlandırırım.</b>	1	2	3	4

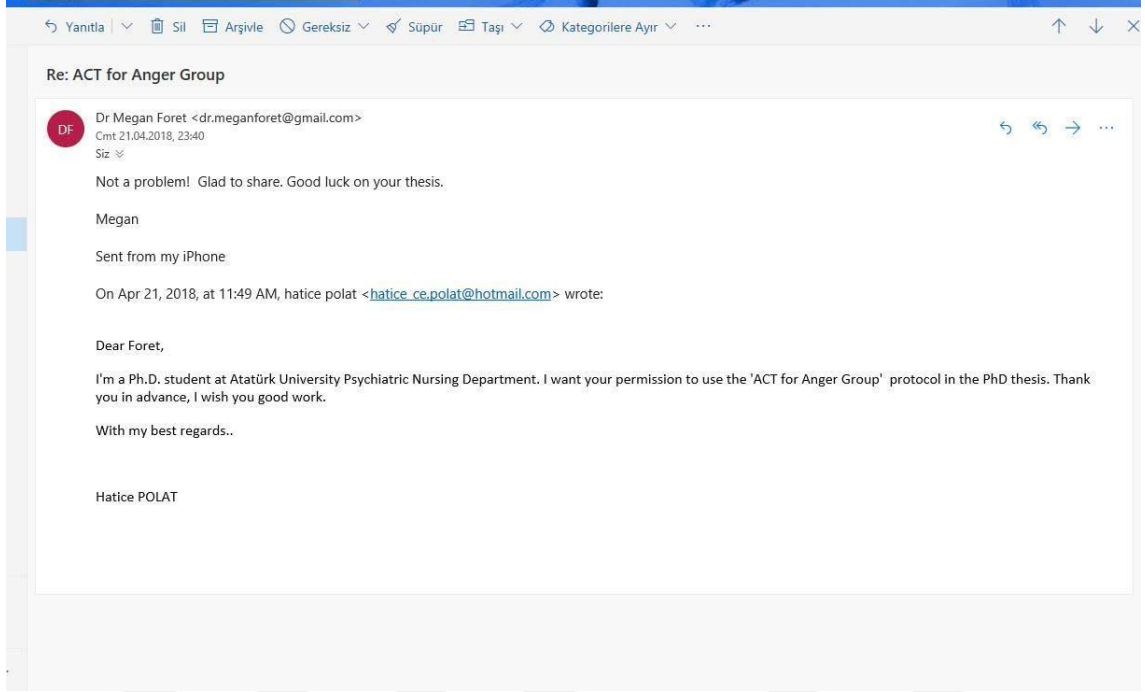
## EK-6. BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ (BDÖ)

**Açıklamalar:** İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir. Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine (X) koyunuz. Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

		Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1	İşlerimi dikkatle planlarım				
2	Düşünmeden iş yaparım				
3	Hızla karar veririm				
4	Hiç bir şeyi dert etmem				
5	Dikkat etmem				
6	Uçuşan düşüncelerim var				
7	Seyahatlerimi çok önceden planlarım				
8	Kendimi kontrol edebilirim.				
9	Kolayca konsantre olurum				
10	Düzenli para biriktirim				
11	Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam				
12	Dikkatli düşünen birisiyim				
13	İş güvenliğine dikkat ederim				
14	Düşünmeden bir şeyler söylerim				
15	Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim.				
16	Sık sık iş değiştiririm				
17	Düşünmeden hareket ederim				
18	Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım.				
19	Aklıma estiği gibi hareket ederim				
20	Düşünerek hareket ederim				

		<b>Nadiren/ Hiçbir zaman</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Hemen her zaman</b>
21	Sıklıkla evimi değiştiririm				
22	Düşünmeden alışveriş yaparım				
23	Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim.				
24	Hobilerimi değiştiririm				
25	Kazandığımdan daha fazla harcarım.				
26	Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur.				
27	Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim.				
28	Derslerde veya sinemada rahat oturamam.				
29	Yap-boz/puzzle çözmeyi severim				
30	Geleceğini düşünen birisiyim				

# EK-7. ÖFKE GRUBU İÇİN KABUL VE KARARLILIK TERAPİ (ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY ANGER GROUP) PROTOKOLÜ KULLANMA İZİNİ



## EK-8. KABUL VE KARARLILIK TERAPİSİ KATILIM BELGESİ



## EK-9. KABUL VE KARARLILIK TERAPİSİ TEMELLİ ÖFKE YÖNETİMİ EĞİTİMİNİN OTURUMLARI

### 1. Oturum

- Eğitim ile ilgili bilgilendirme ve hastalarla tanışma,
- Eğitim günlerinin belirlenmesi ve grup kurallarının ve formatının anlatılması,
- Eğitimlere düzenli ve zamanında katılımın önemini vurgulanması,
- Eğitime sürekliliği ve devamlılığı sağlamak amacıyla hastalara çeşitli ikramların sunulması (Her oturumda),
- Öfke duygusu hakkında hastaları bilgilendirme: Savaş ve ya kaç tepkisi ve öfke duygusunu beş bölümü (1.Öfke Öncesi Duygular, 2. Tetikleyici Düşünceler, 3. Öfke Hissi, 4. Harekete Geçme Dürtüsü (İsteği), 5. Öfke Davranışı) ve öfkenin mitlerinin hastalara anlatılması,
- Kabul ve Kararlılık Terapisi hakkında genel bilgilendirmenin yapılması: Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) adını iki temel mesajından alır: kişisel kontrolünüzün dışında kalanları kabul edin ve hayatınızı geliştiren ve zenginleştiren değer odaklı davranışlar sergileyin,
- Farkındalığa Giriş: Farkındalık, dikkatinizi sadece şimdiki ana bilerek odaklama ve onu yargısız kabul etme pratiğidir.
- Hastalarla birlikte Anda Olma Egzersizi: *Nefese Odaklanma egzersizinin yapılması*
- Ödevin verilmesi: Günlük Farkındalık Egzersizini Kaydetme

(Hastalara nefes egzersizini okuyarak yapabilecekleri ve deneyimlerini kaydedebilecekleri dökümanlar verilmiştir)

**Lütfen aşağıdaki metni size aşına gelene kadar okuyun daha sonra yönergeleri kendinize göre uygulayın.**

Vücudunuzun çevre ile olan ilişkisinin farkına varın. Sandalyeye oturduğunuzu, ayaklarınızın yere dokunduğunu, eklemlerinizin açılanmasını, vücudunuza temas eden kıyafetlerinizi hissedin. Hafifçe etrafınızı gözden geçirin ve çevrenizde duyduğunuz tüm seslere dikkatinizi verin. Ayaklarınız yere basar ve gövdeniz dik bir şekilde sandalyenizde rahat edeceğiniz bir pozisyonda oturun.

Dikkatinizi çevrenizdeki seslerden alıp burnunuzun ucuna verin ve havanın burun deliklerinden içeri ve dışarı hareket ettiğinin farkına varın. Aldığımız havanın ve verdiğimiz havanın arasındaki sıcaklık farkını hissedin. Nazikçe nefesinizi izleyin ve aynı zamanda göğsünüzün ve karnınızın yukarı ve aşağı hareketini takip edin. Rahatça nefes alın ve verin. Nefes alıp verirken kendinizi zorlamayın, nefes alıp verişinizin doğal olmasına izin verin.

Eğer düşünceler ile dikkatiniz dağılırsa bunu fark edin ve tekrar nefesinize odaklanın. Yüzlerce kez dikkatiniz dağılırsa da problem değil, kendinize kızmayın, bu durumu fark ettiğiniz için kendinizi tebrik edin ve tekrar dikkatinizi nefesinize verin.

Şimdi birkaç dakika dikkatimizi tamamen nefesimize verelim. Şimdi dikkatinizi nefesinizden alın ve çevrenizdeki seslere odaklanın. Sonra tekrar dikkatinizi vücudunuzdaki duyularınıza yöneltin. Hazır olduğunuz zaman bulunduğunuz odaya odaklanın ve izleyin. İsterseniz vücudunuzu esnetin ve günlük işlerinize devam edin.

Hazırlayan: Dr. Hüseyin Şehit Burhan İstanbul, 2015 [www.baglamsalbilimler.org](http://www.baglamsalbilimler.org)



## **2. Oturum**

- Hastalarla birlikte Anda Olma Egzersizi: *Beden taraması egzersizinin yapılması*
- Ev ödevlerinin incelenmesi ve geçen haftanın kısaca hatırlatılması
- Yaratıcı umutsuzluğun oluşturulması: Öfke ortaya çıktığında, bu duygu ve düşüncelerle ne yaparsınız? Önceki baş etme stratejileri hakkında bir tartışma başlatılması ve bu baş etme stratejilerinin işe yarayıp yaramadığının konuşulması,
- Öfkenin sonuçları (Öfke duygusunun bazı olumlu ve olumsuz yönlerinin anlatılması)

- Öfkenin maliyetlerinin değerlendirilmesi: Kişilerarası(toplumsal), kariyer, sağlık (hipertansiyon, kalp hastalığı, kimyasal madde kullanımı), enerji, duygusal (azaltılmış sosyal destek, yalnızlık)
- Problem Kontrol Etmektir: Hastalara duygu, düşüncelerini (kalem örneği) ve başkalarını kontrol edemeyecekleri ancak davranışlarını kontrol edebileceklerinin anlatılması
- Ödevin verilmesi: Öfke davranışlarının maliyetlerinin kaydedilmesi

### **3. Oturum**

- Ana Odaklanma Egzersizi: *Düşüncelerin dikkatli gözlemlenmesi egzersizinin yapılması,*
- Ev ödevlerinin incelenmesi ve geçen haftanın kısaca hatırlatılması,
- Öfkenin zihnimizde nasıl oluştuğunun anlatılması,
- Öfkeyi duygusunu oluşturacak ya da artıracak düşüncelerin anlatılması: Yargılama, sebep ve sonuç ilişkisini anlamaya çalışma ve zehirli ve genel etiketler kullanma.
- Alternatif olarak ayrışma: ayrışma yollarının anlatılması,
- Hastalarla birlikte ayrışma egzersizinin yapılması: Anlamalarını kaybedene kadar canınızı sıkan sizi üzen düşünceyi yüksek sesle söylemek (Önce limon, daha sonra öfke kelimelerin hastalarla birlikte anlamalarını yitirinceye kadar söylenmesi)
- Alternatif olarak harekete geçme: Hastalara problem çözmenin tanımlanması ve problem çözme becerilerinin basamaklarının anlatılması,
- Değerlere Giriş: Öfkeli davranışlardansa başka davranışları seçmek için motivasyonumuz değerlerimize odaklanmaktır. Sihirli değnek metaforunun uygulanması ve değerler yazıtının doldurulması,
- Problem çözmenin tanımlanması ve problem çözme sürecinin basamaklarının anlatılması

- Ödevin verilmesi: Değerler yazıtının tamamlanması ve ayrışma egzersizinin uygulaması ve kaydedilmesi

#### **4. Oturum**

- Ana Odaklanma Egzersizi: Farkında yeme (Hastalara kuru üzüm dağıtılarak, hastalardan dikkatlerini kuru üzümün rengine, şekline vermeleri ağza alındıktan sonra da tadına ve ağızda parçalanmasına odaklanarak yemeleri ve bu uygulama esnasında akıllarına gelen düşünceleri yargılamadan, değiştirmeden tekrar dikkatlerini etkinliğe vermelerinin istenmesi.)
- Ev ödevlerinin incelenmesi ve geçen haftanın kısaca hatırlatılması
- Alternatif olarak kabul: kabulün tanımının yapılması
- Kabulün uygulanması: Kabulün dört özelliği (dikkatini vermek, kararlılık, şimdiki anda olmak, peşin hükümlü olmamak)
- Kabul egzersizinin uygulanması: duyguların dikkatli kabul edilmesi
- Günlük yaşamda kabulün uygulanması için
  - **S:** her ne yapıyorsan dur.
  - **T:** Öfke dürtüleri ve öfke davranışları arasındaki boşluğun genişlemesine izin vermek için bir nefes alın.
  - **O:** Her ne hissediyorsanız gözlemleyin. Düşüncelerinize, hislerinize ve bedensel duyularınıza gönüllülük, nezaket ve merak duygusu getirmeye çalışın.
  - **P:** Otomatik öfke davranışlarınız yerine denemek için bir davranış seçin (mesela öfkelendiğimde şunu yapacağım). Eğer aklına gelen bir davranış yoksa, bir kişinin öfkesini bastırırken veya dışa vurduğunuzda davrandığının tam tersi olabilecek basit bir şey yapın. Örneğin: Gülümseyin, sakince konuşun, rahatlayın, (saldırıdan ziyade) ortamdan ayrılın, (yargılamak/eleştirmek yerine)

empati kurun. Hastalardan uygulayabilecekleri başka alternatif davranışları düşünmelerinin istenmesi.

- Ödev: Gönüllük egzersinin yapılması ve kaydedilmesi

### **5. Oturum**

- Ana odaklanma egzersizi: Gökyüzü ve hava durumu egzersizinin yapılması
- Ev ödevlerinin incelenmesi ve geçen haftanın kısaca hatırlatılması
- Gözlemleyen benliğin tanımının yapılması ve gözlemleyen benliği incelemenin faydalarının konuşulması.
- Değerlere neden ihtiyaç duyarız, ACT'ye göre değerlerin tanımlanması
- En iyi anlar egzersizinin uygulanması: hastalardan hayatlarının belirli dönemlerinde (çocukluk, ergenlik, 20'li yaşlar v.s) hatırladıkları en iyi anılarını düşünmeleri ve daha sonra bir kaç önemli noktayı kağıda not etmeleri istenir ve hayatlarını yaklaşık 5-10 yıllık dönemlere bölerek bunu tüm yaşamları için yapmaları istenir. Hepsi bittiğinde, bu anların her birine bakılır. Herhangi bir tema veya ortak nokta olup olmadığı sorulur. Bunlar yaşamlarındaki değerleri ile ilgili önemli noktalarlardır.
- Değer Kartlarının Sıralanması: Hastalardan değer kartlarını önce çok önemli, biraz önemli veya önemli değil olarak sıralaması istenir daha sonra ise çok önemli bölümündekileri öncelik sırasına göre yeniden düzenlemeleri istenir.
- Ödev: Değerleri Açıklığa Kavuşturma Günlüğünün kaydedilmesi



## **6. Oturum**

- Ana odaklanma egzersizi: Gerçekler egzersizinin uygulanması; hastalardan haksızlığa uğradıkları ve kırgınlık yaşadıkları bir durumu kağıda yazmaları istenir. Daha sonra bu kağıdı işaret parmakları ile duvara sabitlemeleri istenir ve bunun için zorlanmaları istenir. Kırgınlığı yaşarken de böyle zorlandıklarını hatırlamaları ve bu durumun kime zarar verdiğini düşünmeleri istenir. Ayrıca kağıdı duvara tutarken başka bir şey yapamayacaklarına ve az ya da hiç özgürlüklerinin olmadığına dikkat çekilir. Daha sonra hastalardan gerçekleri duvara tutmak ile ellerinde tutmak arasındaki farkı paylaşımları istenir.
- Ev ödevlerinin incelenmesi ve geçen haftanın kısaca hatırlatılması
- Affedicilik: Bağışlanmanın tanımının yapılması
- Kanca metaforunun uygulanması: bize kırgınlık yaşatan kişiye karşı intikam alma düşüncesinin aslında kırgın olduğumuz kişiden uzaklaşmak yerine ona kanca ile takılıp kalmak gibi olduğunun, ancak affetmeyi seçtiklerinde bu kancadan kurtulabileceklerinin anlatılması. Affetmenin diğer insanlara değil kendimize bir armağan olduğunun belirtilmesi. Ne hissettiğinizi, nasıl düşündüğünüzü veya olanları onaylayıp onaylamadığınızı değiştirmenizi gerektirmeden diğer insanların gitmelerine izin vermek için affetmenin bir seçim olarak kabul edilmesi,
- Hastalara atılğan iletişimin anlatılması: durumu tanımlamak, ifade etmek, empati kurmak, ne istediğimizi açıkça belirtmek ve sonuçların hem olumlu hem de olumsuz yanlarını paylaşılması,
- Ödev: Affetmenin uygulanması ve kaydedilmesi

## **7. Oturum**

- Ana Odaklanma egzersizi: Akıntıdaki yapraklar: Hastalardan sandalyelerine rahat bir şekilde oturarak gözlerini kapatmaları istenir. Hastalara suyun yüzeyinde

yaprakları olan bir nehir kenarında oturduklarını hayal etmeleri söylenir. Daha sonra akıllarına gelen her düşünceyi yaprağa yazarak, yaprağı akıntıya bırakmaları ve yaprağın akıntıda süzülmesini izlemeleri istenir.

- Ev ödevlerinin incelenmesi ve geçen haftanın kısaca hatırlatılması
- Değer odaklı davranışların tanımının yapılması
- Değer odaklı davranış için yapılması gerekenler
  - Değişim için yüksek öncelikli bir yaşam alanı seçin.
  - Bu alanda takip edilecek değerleri seçin.
  - Bu değerler tarafından yönlendirilen hedefler geliştirin.
  - Dikkatli bir şekilde harekete geçin.
  - Zorlansanız bile her adımı atın.
- Hedeflerin belirlenmesinde göz önünde bulundurulması gerekenlerin hastalara anlatılması. Etkin bir şekilde harekete geçmek için akıllı hedeflerin somut, anlamlı, uyarlanabilen, gerçekçi ve zaman sınırlı olması gerektiğinin paylaşılması. Belirlenen hedefler doğrultusunda atılacak olan adımların belirlenmesinin ve mantıksal sırada düzene sokulmasının önemini anlatılması.
- Ödev: Değer odaklı davranışların kaydedilmesi

### **8. Oturum**

- Ana odaklanma Egzersizi: Zırhın Çıkarılması egzersizinin uygulanması
- Ev ödevlerinin incelenmesi ve ilk haftadan itibaren tüm anlatılanların kısaca hatırlatılması
- Değer odaklı davranışların önündeki engellerin ve engellerden kurtulmanın yollarının anlatılması:
  - Negatif düşünceler için bahanelerden ayrışma

- Rahatsızlıktan kaçınmak için zor durumda olmanın kabul edilmesi ve bunun için gönüllüğün geliştirilmesi,
  - Motivasyonunuzu kaybetmemek için, değerlerin netleştirilmesi, sosyal desteğin sağlanması, hedefleriniz için hatırlatıcıların kullanılması ve erişilemeyecek (aşırı) hedeflerden kaçınılması.
- Son farkındalık: Bataklık ve Nilüfer çiçeği: Hastalardan dev bir bataklığın kenarında olduklarını hayal etmeleri istenir. Günlük yaşamınızda karşılaştığınız düşünceler, duygular ve bedensel duyumlardan bazıları rahatsız edici olduğu vurgulanır ve bataklıktaki çamura benzetilir. Ama bu bataklıkta her çiçeğin yüzlerce yaprakları üzerinde güzel nilüfer çiçekleri de vardır. Hastalardan bu çiçeklerden her birinin değerlerinden birini temsil ettiğini hayal etmesi ve her bir yaprağı, yaşam değerlerine doğru atabileceği değerler doğrultusunda bir adım olarak düşünmesi istenir.

## EK-10. KURUM İZİNİ



### ELAZIĞ FETHİ SEKİN ŞEHİR HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde Hemşire olarak çalışmaktayım. Atatürk Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında Doktora öğrencisiyim. Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde bulunan Adli Psikiyatri servisi hastanenize taşınmıştır. Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde yapmakta olduğum 'Adli Psikiyatri Hastalarında Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Öfke Yönetimi Eğitiminin Dürtüsellik ve Öfke Düzeylerine Etkisi' başlıklı doktora tez çalışmamın devam edebilmesi için gerekli izinlerin tarafıma verilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim. 24/09/2018

Hatice POLAT



Adres: Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi  
Telefon no: 0506 988 76 69  
Email: hatice\_ce.polat@hotmail.com

#### Ekler:

- Ek 1: Atatürk Üniversitesi Etik Kurul Formu
- Ek 2: Kişisel Bilgi Formu
- Ek 3: Öfkeye İlişkin Derin Düşünme Ölçeği (ÖİDDÖ)
- Ek 4: Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ)
- Ek 5: Kabul ve Kararlılık Terapisi eğitimi katılım belgesi
- Ek 6: Bilimsel Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü

  
Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi  
Başhekimliği - FETHİ SEKİN  
Şehir Hastanesi  
Diyarbakır Tıp Fakültesi  
Diyarbakır Tıp Fakültesi No: 4178




**T.C.**  
**SAĞLIK BAKANLIĞI**  
**ELAZIĞ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**  
**Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Başhekimliği**

**BİLİMSEL ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ**

- 1) **Taraflar:** Bu protokol Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ve Hatice POLAT arasında düzenlenmiştir.
- 2) **Çalışmanın gerçekleştirileceği bağlı sağlık tesisi/tesisleri:** ERSH
- 3) **Çalışmanın Adı:** Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Öfke Yönetimi Eğitiminin Dürtüsellik ve Öfke Düzeylerine Etkisi
- 4) **Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler:** Hatice POLAT
- 5) **Protokol Hükümleri**
  - a) Bu protokol Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket veya bilimsel çalışmaları kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
  - b) Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilecektir.
  - c) Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
  - d) Veri toplama sırasında Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi personelinin de yararlanılacaksa bunun için ayrıca Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığından onay alınacaktır.
  - e) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık tesisinin yönetimi ve ARGE birimi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Yasal mevzuat ve hastanemiz hizmet gerekleri açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.
  - f) Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra kitapçık halinde ve ayrıca elektronik ortamda CD/DVD üzerine kayıtlı olarak Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi AR-GE birimine teslim edilecektir.
  - g) Çalışmayı yapacak olan kişi (e) ve (f) maddelerini yerine getirmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs. gibi bilimsel çalışmada kullanılmayacaktır.
  - h) Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse de etik kuruldan onay alınacaktır.
  - i) Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında kurumumuzun ismi zikredilmeyecektir.
  - j) Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması, girişim veya anket uygulamaları için hastanın kendisi ya da yasal vasisinden Aydınlatılmış Onam Formu alınacaktır.
- 6) **Protokolün Süresi:**
  - a) Bu çalışmanın yürütücüsü hastanemizde 6 ay süre ile çalışmasını yürütecektir.
  - b) **Başlangıç:** Temmuz 2018 **Bitiş:** Şubat 2019
  - c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
  - d) Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak imzalanmış olan mevcut protokolü daha önceden de sonlandırılacaktır.
- 7) **Sözleşme Şartlarına Aykırılık:**
- 8) Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler protokolde ismi belirtilen aynı kişiler olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dâhil edilmesi ancak Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nin onayı ile mümkün olabilecektir. İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokolde imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi: kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davrandığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.
- 9) **İhtilafların Çözümü:**
- 10) Protokolün uygulanması ile ilgili oluşabilecek sorunların çözümü konusunda, idari olarak Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, adli hususlarda ise Elazığ Mahkemeleri yetkilidir.
- 11) **Protokol Kapsamı:**

9 madde ve 1 sayfadaki iş bu protokol taraflar arasında her sayfası imzalı olmak üzere iki nüsha olarak imza altına alınmıştır.

İlgili protokol hükümlerini okudum ve kabul ettim.

10...07/2018  
Başvuru Sahibinin  
Adı Soyadı  
  
Hatice POLAT

OLUR  
.../.../2018  
Uzm. Dr. Nülüfer KILIC  
Başhekim

.../.../2018  
Uzm. Dr. D. Gün ŞİMŞEK  
Başhekim Yardımcısı

# EK-11. TEZ ADI DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU



**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
Graduate School of Health Sciences

## TEZ ADI DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU

Öğrencinin Adı ve Soyadı	Hatice POLAT
Ana Bilim Dalı	Psikiyatri Hemşireliği
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Doktora

### Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı Başkanlığına

Danışmanlığımı yürüttüğüm ve yukarıda bilgileri yazılı olan bilim dalımız öğrencisinin Tez adı aşağıda belirtilen şekilde değiştirilmiştir. Bilgilerinize arz ederim. Tarih girnek için burayı tıklayın.

Danışman Adı ve Soyadı yazmak için tıklayınız  
Doç. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ  
İmza

Değişiklik Türü	Tez Adı Değişikliği <input checked="" type="checkbox"/>
Tezin Eski Adı	Adli Psikiyatri Hastalarında Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Öfke Yönetimi Eğitiminin Dürtüsellik ve Öfke Düzeylerine Etkisi
Tezin Yeni Adı	Adli Psikiyatri Hastalarında Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Öfke Yönetimi Eğitiminin Öfke Rumuzları ve Dürtüsellik Düzeylerine Etkisi
Tezin İngilizce Adı	The Effect of Acceptance and Commitment Therapy based Anger Rumination and Impulsiveness Levels on Forensic Psychiatric Patients
Değişikliğin Gerekçesi	Eski başlığın içeriği tam belirtilmediği için değiştirildi.

Tez Savunma Jüri Üyeleri			İmza
1	Prof. Dr. Ayşe OKANLI	İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Psikiyatri Hemşireliği	
2	Doç. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ	Atatürk Üniversitesi, Psikiyatri Hemşireliği	
3	Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK	Atatürk Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği	
4	Dr. Öğr. Üyesi Hatice DURMAZ	Atatürk Üniversitesi, Psikiyatri Hemşireliği	
5	Dr. Öğr. Üyesi Yalçın KANBAY	Artvin Çoruh Üniversitesi, Psikiyatri Hemşireliği	

OF29\_V1\_08.01.2020

**EK-12. ADLİ PSİKİYATRİ HASTALARI İÇİN ÖFKE YÖNETİMİ  
EĞİTİM KİTAPÇIĞI**

**ADLİ PSİKİYATRİ HASTALARI İÇİN  
ÖFKE YÖNETİMİ EĞİTİMİ**

**Doç. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ  
Uzm. Hemşire Hatice POLAT**

**Erzurum  
2019**

