

T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI



PSİKOTİK BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA AGRESYON
YÖNETİMİNDE BAKIM PAKETİ KULLANIMININ ETKİSİ

HEMŞİRELİK DOKTORA TEZİ

MELİSA BULUT

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Nazmiye YILDIRIM

BOLU, TEMMUZ 2025

KABUL VE ONAY SAYFASI

Melisa BULUT tarafından hazırlanan “**PSİKOTİK BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA AGRESYON YÖNETİMİNDE BAKIM PAKETİ KULLANIMININ ETKİSİ**” adlı tez çalışması jürimiz tarafından Hemşirelik Ana Bilim Dalı Doktora Programında Doktora Tezi olarak oy birliğiyle kabul edilmiştir. 17/07/2025

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman
Prof. Dr. Nazmiye YILDIRIM
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

.....

Üye (TİK)
Prof. Dr. Ayla KEÇECİ
Düzce Üniversitesi

.....

Üye (TİK)
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet KARAKAŞ
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

.....

Üye
Prof. Dr. Meral KELLEÇİ
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi

.....

Üye
Doç. Dr. Aysel KARACA
Düzce Üniversitesi

.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzu ve Şablonuna uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
 - Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
 - Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
 - Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
 - Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir
- aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Teze ilişkin Turnitin adlı programında enstitü müdürlüğünce belirlenen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan benzerlik raporuna göre, tezin benzerlik oranı %30'u geçmemektedir.

Bu çalışma için Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2024/117 sayısı ile etik izin alınmıştır.

.....
MELİSA BULUT

ÖZET

PSİKOTİK BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA AGRESYON YÖNETİMİNDE BAKIM PAKETİ KULLANIMININ ETKİSİ

DOKTORA TEZİ

MELİSA BULUT

BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

HEMŞİRELİK DOKTORA PROGRAMI

(TEZ DANIŞMANI: PROF. DR. NAZMİYE YILDIRIM)

BOLU, TEMMUZ - 2025

XI + 145 sayfa

Bu çalışmada yataklı psikiyatri kliniklerinde tedavi ve bakım gören şizofreni tanılı hastalarda agresyon yönetimi için bir bakım paketi geliştirmek ve klinik sonuçlarını değerlendirmek amaçlanmıştır. İki aşamada gerçekleştirilen çalışmada önce agresyon yönetimi bakım paketi Paket Tasarım Yönergeleri'ne göre geliştirilmiştir. Akabinde altı unsurlu bakım paketi, ardışık desenli randomize kontrollü yöntemle bir bölge hastanesinin psikiyatri erkek servisinde uygulanmış ve sonuçları değerlendirilmiştir. Çalışma 24 hasta (12 deney grubu ve 12 kontrol grubu) ile yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında Hasta Bilgi Formu, Buss- Perry Saldırganlık Ölçeği, Bröset Şiddet Listesi, Açık Agresyon Ölçeği, Paket Uyum Takip Çizelgesi kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Pearson ki-kare testi, bağımsız örneklem t-testi ve Mann-Whitney U testi, bağımlı örneklemde eşleştirilmiş t-testi, çoklu faktör analizlerinde iki yönlü ANOVA ve karma modeller için doğrusal karma model analizleri kullanılmıştır. Bulgulara göre, bakım paketi uygulanan deney grubunda Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği toplam puanı ve tüm alt boyutlarda anlamlı azalma görülmüştür ($p=0,001$). Kontrol grubunda ise toplam agresyon puanı ($p=0,007$), fiziksel agresyon ($p=0,001$) ve öfke puanları düşmüştür ($p=0,001$). Gruplar arası ön test-son test puan farkları deney grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Bröset Şiddet Listesi puanları her iki grupta da zamanla azalmış ancak gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Açık Agresyon Ölçeği'ne göre agresif olay sayısı (kontrol grubu:9, deney grubu:6) ve uygulanan müdahaleler açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Kontrol grubunda en sık sözel agresyon ($n=5$), deney grubunda en sık sözel agresyon ($n=3$) ve başkalarına karşı fiziksel agresyon ($n=3$) yaşanmıştır. Agresif olaylar karşısında kontrol grubunda en sık uygulanan girişim hastayla konuşma, deney grubunda hastayı tecrit etmeksizin izolasyon olmuştur. Bakım paketi %90,15 uyum oranıyla klinik açıdan kullanışlı bulunmuştur. Sonuç olarak, geliştirilen bakım paketi şizofreni tanılı erkek hastalarda agresyon yönetiminde etkili ve uygulanabilir olarak değerlendirilmiştir. Bakım paketinin farklı psikiyatrik tanılara sahip, daha geniş örnekleme ve kadın cinsiyette hastalarda uygulanması önerilmektedir.

ANAHTAR KELİMELE: Agresyon, Bakım paketi, Agresyon yönetimi, Şizofreni, Psikiyatri hemşireliği

ABSTRACT

EFFECT OF USING CARE BUNDLE IN THE AGGRESSION MANAGEMENT OF PATIENTS WITH PSYCHOTIC DISORDERS

PHD THESIS

MELİSA BULUT

BOLU ABANT İZZET BAYSAL UNIVERSITY

INSTITUTE OF GRADUATE STUDIES

DEPARTMENT OF NURSING

(SUPERVISOR: PROF. DR. NAZMİYE YILDIRIM)

BOLU, JULY 2025

XI + 145 pages

This study aimed to develop a care package for aggression management in patients diagnosed with schizophrenia receiving treatment and care in inpatient psychiatric clinics, and to evaluate its clinical outcomes. The study was conducted in two phases. First, the aggression management care bundle was developed according to the Package Design Guidelines. Then, the six-element care bundle was implemented in a male psychiatric ward of a regional hospital using a sequential randomized controlled trial design, and the outcomes were evaluated. The study was conducted with 24 patients (12 in the experimental group and 12 in the control group). Data were collected using the Patient Information Form, Buss-Perry Aggression Scale, Brøset Violence Checklist, Overt Aggression Scale, and Care Bundle Compliance Follow-up Schedule. Data were analyzed using Pearson's chi-square test, independent samples t-test, Mann-Whitney U test, paired samples t-test, two-way ANOVA for multifactor analyses, and linear mixed model analyses for mixed models. Findings indicated a significant reduction in the experimental group's total Buss-Perry Aggression Scale score and all subdimensions following care bundle implementation ($p=0,001$). The control group also exhibited decreases in total aggression ($p=0,007$), physical aggression ($p=0,001$), and anger scores ($p=0,001$). Intergroup pre-test–post-test differences were statistically significant in favor of the experimental group ($p<0,001$). Although Brøset Violence Checklist scores declined over time in both groups, no significant intergroup difference was observed ($p>0,05$). According to the Overt Aggression Scale, aggressive incidents (control: 9, experimental: 6) and interventions applied did not differ significantly between groups ($p>0,05$). Verbal aggression was most frequent in the control group ($n=5$), while the experimental group reported both verbal ($n=3$) and physical aggression against others ($n=3$). The predominant intervention in the control group was verbal de-escalation, whereas the experimental group most frequently employed non-isolative seclusion. The care bundle demonstrated high clinical utility, with a 90,15% compliance rate. In conclusion, the developed care bundle was found to be an effective and applicable for aggression management in male patients with schizophrenia. It is recommended that the care package be applied to larger samples, individuals with different psychiatric diagnoses, and female patients.

KEYWORDS: Aggression, Care bundle, Aggression management, Schizophrenia, Psychiatric nursing

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
TABLO LİSTESİ	ix
KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ	x
TEŞEKKÜR	xi
1. GİRİŞ.....	1
1.1 Problem Tanımı	1
1.2 Amaç.....	3
1.3 Araştırmanın Hipotezleri	3
1.4 Genel Bilgiler.....	3
1.4.1 Psikotik Bozukluklar ve Agresyon	3
1.4.2 Agresyon Yönetiminde Kullanılan Müdahaleler.....	6
1.4.3 Bakım Paketi Yaklaşımı	9
2. MATERYAL ve YÖNTEM.....	15
2.1 Aşama 1: Agresyon Yönetimi Bakım Paketinin Geliştirilmesi.....	15
2.2 Aşama 2: Agresyon Yönetimi Bakım Paketinin Klinikte Uygulanması ...	36
2.2.1 Araştırmanın Evreni	37
2.2.2 Araştırmanın Örneklemi	37
2.2.3 Örneklem Seçimi	38
2.2.4 Çalışmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	40
2.2.5 Veri Toplama Yöntemi ve Araçları	40
2.2.6 Etik Beyan	43
2.2.7 Müdahale	44
2.2.8 İstatistiksel Metod	54
2.2.9 Geçerlik ve Güvenirlik	55
3. BULGULAR	57
3.1 Katılımcıların Sosyodemografik ve Diğer Tanımlayıcı Verilerine Ait Bulgular	57
3.2 Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği'nden Elde Edilen Bulgular	64
3.3 Brøset Şiddet Listesi'nden Elde Edilen Bulgular	70
3.4 Açık Agresyon Ölçeği'nden Elde Edilen Bulgular	80
3.5 Paket Uyum Oranı	82
3.6 Uygulayıcıların Bakım Paketini Uygulama Yüzdeleri	85

4. TARTIŞMA	87
4.1 H ₁ : Agresyon Yönetimi Bakım Paketi Uygulanan ve Uygulanmayan Gruplar Arasında Agresyon Riski Düzeyleri Açısından İstatistiksel Olarak Anlamlı Bir Fark Vardır	87
4.2 H ₂ : Agresyon Yönetimi Bakım Paketi Uygulanan ve Uygulanmayan Gruplar Arasında Agresif Olay Sayı ve Niteliği Açısından İstatistiksel Olarak Anlamlı Bir Fark Vardır	95
4.3 H ₃ : Agresyon Yönetimi Bakım Paketi Uygulamasının Paket Uyum Yüzdesi %70-100 Arasındadır	98
4.4 H ₄ : Agresyon Yönetimi Bakım Paketi Uygulayıcıları Arasında Uygulama Yüzdeleri Arasında Açısından İstatistiksel Olarak Anlamlı Bir Uyum Vardır	100
5. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	102
5.1 Çalışmanın Sınırlılıkları.....	103
KAYNAKLAR	105
EKLER.....	116

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa

Şekil 2.1. Literatür tarama ve kanıtların seçim sürecini gösteren PRISMA diyagramı.....	17
Şekil 2.2. Çalışmanın CONSORT akış diyagram.....	39
Şekil 2.3. Araştırma akış şeması.....	45
Şekil 2.4. Agresyon yönetimi bakım paketi.....	48
Şekil 2.5. Bakım paketinin haftalık uygulama planı.....	48
Şekil 3.1. Kontrol ve deney gruplarının BPSÖ toplam puan ve alt boyut puanlarına ilişkin ön-test son-test grafikleri.....	68
Şekil 3.2 Kontrol grubuna ilişkin BVC toplam puanlarının zaman içerisindeki değişimi.....	73
Şekil 3.3. Deney grubuna ilişkin BVC toplam puanlarının zaman içerisindeki değişimi.....	73

TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 2.1. Kanıta dayalı bakım paketi bileşenlerinin seçimi için kanıtları dahil etme – dışlama kriterleri	16
Tablo 2.2. Kanıtların kalitelerinin değerlendirilmesi	19
Tablo 2.3. Sistematik gözden geçirilen çalışmalara ilişkin bilgiler.....	20
Tablo 2.4. Bakım Paketi unsurlarının kapsam geçerlik indeksleri.....	33
Tablo 3.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve homojenlik verileri	57
Tablo 3.2. Katılımcıların yaşam alanlarına ait tanımlayıcı özellikleri ve homojenlik verileri	58
Tablo 3.3. Katılımcıların sigara, alkol, madde kullanımı ve adli vaka öykülerine ait tanımlayıcı özellikleri ve homojenlik verileri	59
Tablo 3.4. Katılımcıların psikiyatrik hastalık öyküsü ile ilgili tanımlayıcı özellikleri ve homojenlik verileri	60
Tablo 3.5. Katılımcıların hastalık ve tedavi öyküleri ile ilgili tanımlayıcı özellikleri ve homojenlik verileri	61
Tablo 3.6. Katılımcıların araştırma sürecindeki tanımlayıcı özellikleri ve homojenlik verileri	62
Tablo 3.7. Katılımcıların mevcut semptomları ve homojenlik verileri	63
Tablo 3.8. Kontrol ve deney gruplarının BPSÖ toplam puan ve alt boyut puanlarına ilişkin ön test- son test puanlarının karşılaştırılması	66
Tablo 3.9. Kontrol ve deney gruplarının BPSÖ toplam puan ve alt boyut puanlarına ilişkin farkların farkının karşılaştırılması.....	67
Tablo 3.10. Gruplar arası müdahalelerin BPSÖ puanları üzerine etkisinin incelenmesi.....	69
Tablo 3.11. Kontrol ve deney gruplarının BVC toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması	71
Tablo 3.12. Kontrol ve deney gruplarında müdahalelerin BVC toplam ve alt boyut puanları üzerine etkisinin incelenmesi	72
Tablo 3.13. Katılımcıların LMM analizine göre BVC toplam ve alt boyut puanlarının başlangıç puanları, grup, zaman ve grup x zaman etkileşimine göre değişimi	74
Tablo 3.14. Katılımcıların LMM analizine göre BVC puanlarının bireysel, grup içi ve gruplar arası değişim hızları ve bu değişimi etkileyen faktörler.....	77
Tablo 3.15. Kontrol ve deney gruplarının AAÖ agresyon puanı, total agresyon puanı ve ölçek alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması.....	80
Tablo 3.16. Kontrol ve deney gruplarında AAÖ müdahale alt ölçeğine ilişkin frekans ve sıklık dağılımının detayları	81
Tablo 3.17. Kontrol ve deney gruplarında müdahalelerin AAÖ puanları üzerine etkisinin incelenmesi	82
Tablo 3.18. Bakım paketi ve unsurlarının katılımcılara uygulanma-uygulanmama oranları	84
Tablo 3.19. Uygulayıcı notlarına göre bakım paketinin uygulanamama nedenleri	85
Tablo 3.20. Uygulayıcıların bakım paketini uygulama yüzdeleri arasındaki uyum.....	86

KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ

AMSTAR-2 : A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews, version 2 (Randomize ve Randomize Olmayan Sağlık Müdahaleleri Çalışmalarını veya Her İkisini de İçeren Sistematiik İncelemeler için Kritik Bir Değerlendirme Aracı)

APNA : American Psychiatric Nurses Association (Amerikan Psikiyatri Hemşireleri Derneği)

CONSORT: Consolidated Standards of Reporting Trials (Çalışmaların Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar)

DGPPN : Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

IHI : The Institute for Healthcare Improvement (Sağlık Hizmetlerini İyileştirme Enstitüsü)

KGI : Kapsam Geçerlik İndeksi

LMM : Linear Mixed Model (Doğrusal Karma Model)

MINORS: The Methodological Index for Non-randomized Studies (Randomize Olmayan Çalışmalar İçin Metodolojik İndeks)

NICE : National Institute for Health and Care Excellence (Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü)

NIH : The National Institutes of Health (Ulusal Sağlık Araştırmaları Enstitüsü)

NIHR : National Institute for Health Research (Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Araştırmaları Enstitüsü)

PICO : Population, Intervention, Comparison, Outcome (Nüfus, Müdahale, Karşılaştırma, Sonuç)

PRISMA : Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (Sistematiik İncelemeler ve Meta-Analizler için Tercih Edilen Raporlama Öğeleri)

RoB 2 : Revised Tool for Risk of Bias in Randomized Trials (Randomize Çalışmalarda Yanlılık Riski için Gözden Geçirilmiş Araç)

SPSS. : Statistical Package for Social Sciences

SW : Shapiro-Wilk

UN : Unstructured Covariance (Yapılandırılmamış Kovaryans)

TEŞEKKÜR

Tez sürecim ve doktora eğitimimin her aşamasında bilgi ve deneyimiyle bana rehberlik eden, yolumu aydınlatan, sabırla bana destek olan ve yetiştiren değerli hocam, danışmanım sayın Prof. Dr. Nazmiye YILDIRIM'a

Tez sürecimde kıymetli katkılarıyla yanımda olan hocam sayın Prof. Dr. Ayla KEÇECİ'ye,

Tez sürecimin nihayete ermesinde değerli emekleri olan hocalarım sayın Prof. Dr. Meral KELLEÇİ ve sayın Doç. Dr. Aysel KARACA'ya,

Gerek tez sürecim gerekse çalışma hayatımda hoşgörüsü, bilgi ve deneyimiyle akademik gelişimime destek veren kıymetli hocam sayın Dr. Öğr. Üyesi Mehmet KARAKAŞ'a,

Tez çalışmamdaki iş birlikleri için sayın Doç. Dr. Ayşegül KOÇ ve sayın Sevinç ÇAPA'ya,

Tez çalışmam boyunca emeklerini esirgemeyen ve benimle çalışma arkadaşı olan başta sayın Rahşan ALKAYA olmak üzere, Erkek 1 servisinin kıymetli hemşireleri Dilek KOÇYİĞİT, Erdal UNAN, Erdoğan CANDEMİR, Kamil AÇIKGÖZ, Murat YEŞİL, Ömer YILMAZ, Seda METİN ve Tuğçe DÜVEN'e,

Her zaman desteğini hissettiğim dostum ve hocam sayın Doç. Dr. Nuh Osman YILDIZ'a,

Sevgi ve desteğiyle tüm zorluklarla daha iyi baş etmemi sağlayan sevgili Dr. Öğr. Üyesi Tayfun Gürkan BOSTANCI'ya,

Son olarak, varlıklarıyla bana güç veren ve bugünlerimin mimarı sevgili aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

1. GİRİŞ

Bu bölümde tez çalışmasının problem tanımı, amacı, hipotezleri ve konuyla ilgili genel bilgiler yer almaktadır.

1.1 Problem Tanımı

Psikotik bozukluklar, gerçeklikle bağın kopması ile karakterize edilen sanrılar, varsanılar, dezorganize konuşma ve davranışlar gibi belirtilerle seyreden ciddi ruhsal hastalıklar arasında yer almaktadır (American Psychiatric Association, 2013; 2020). Bu bozukluklar arasında yer alan şizofreni, yaklaşık 24 milyon kişiyi etkileyerek (WHO, 2022) önemli ölçüde bilişsel, duygusal ve toplumsal işlevselliği bozan, önde gelen engellilik nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Beyene vd., 2021; Fakorede vd., 2020). Psikotik bozukluk tanısı almış bireylerin büyük bir kısmı tedavi sürecinde en az bir kez psikiyatri servisinde yatarak bakım almaktadır (Ajnakina vd., 2020), bu da onları psikiyatri kliniklerinin en sık yatan hasta grubuna dönüştürmektedir (Pinho, vd., 2023; Jung vd., 2021).

Psikotik bozukluklar özellikle akut dönemlerde yüksek agresyon riski taşımakta; hastaların yaklaşık %33'ünde saldırgan davranışlara rastlanmakta, yatarak tedavi görenlerde bu oran %45'e kadar çıkmaktadır (Li vd., 2020). Şizofreni hastalarının saldırganlık gösterme riskinin, psikiyatrik tanısı olmayan bireylere göre dört kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (Girasek vd., 2022). Agresyonun şiddeti ve türü sözelden fiziksele, kendine zarar verici davranışlardan çevresine yönelik tehditlere kadar geniş bir yelpazede görülmekte; bu durum hem hasta hem de sağlık çalışanı açısından ciddi sonuçlar doğurmaktadır (Sebastian & Debnath, 2020; Liu, 2004). Psikotik semptomların yanı sıra dürtüsellik, paranoid düşünceler, komut halüsinasyonları gibi etkenler agresyon davranışını tetikleyen başlıca psikopatolojik faktörler arasında yer almaktadır (Weltens vd., 2021; Jang vd., 2022).

Agresyonun sıklığı ve yıkıcı sonuçları göz önüne alındığında, psikiyatri kliniklerinde etkili agresyon yönetimi klinik güvenliğin ve hasta bakım kalitesinin temel unsurlarından biri olarak öne çıkmaktadır. Ancak literatür, bu yönetimin çoğunlukla farmakolojik müdahaleler, fiziksel/mekanik kısıtlamalar ve tecrit gibi kısıtlayıcı yöntemlerle sağlandığını göstermektedir (Bowers vd., 1999; Orak vd., 2020). Bu yöntemler kısa vadede etkili gibi görünse de hastanın travmatizasyonu,

tedaviye direnç, sağlık çalışanında suçluluk hissi ve etik ikilemler gibi olumsuz etkiler yaratmaktadır (Tekkaş & Bilgin, 2010; Huckshorn, 2004). Bu nedenle alternatif, terapötik ve hasta merkezli agresyon yönetimi yaklaşımlarının geliştirilmesi kaçınılmaz hale gelmiştir (Ayhan & Hicdurmaz, 2020; Fernández-Costa vd., 2020).

Bu doğrultuda, uluslararası kılavuzlar incelendiğinde baskıcı, kısıtlayıcı ve zorlayıcı yöntemlerin yerine alternatif müdahalelerin kullanımının önerildiği görülmektedir (APNA, 2018; DGPPN, 2018; Ministry of Health Malaysia, 2016; NICE, 2024). Kılavuzlar alternatif müdahalelere geçişi önerse de klinik pratikte bu önerilerin tutarlı ve sistematik bir biçimde hayata geçirilemediği görülmektedir (Gautam vd., 2023; Lantta vd., 2020). Bu durum, kanıta dayalı, uygulanabilir ve sürdürülebilir agresyon yönetimi stratejilerine duyulan ihtiyaç ortaya koymaktadır.

Sağlık hizmetlerinde klinik sonuçları iyileştirmek ve bakımda standardizasyonu sağlamak amacıyla geliştirilen “bakım paketi” yaklaşımı (care bundles), bu noktada etkili bir çözüm aracı olarak değerlendirilmektedir (IHI, 2012). Sağlık Hizmetlerini İyileştirme Enstitüsü tarafından tanımlanan bu yaklaşım, belirli bir hasta popülasyonu için kanıta dayalı müdahaleleri tutarlı biçimde uygulayarak hasta sonuçlarını iyileştirmeyi hedeflemektedir (Resar vd., 2012; Candaş & Gürsoy, 2017). Ventilatör ilişkili pnömoniden cerrahi alan enfeksiyonlarına kadar birçok alanda etkinliği kanıtlanmış bakım paketlerinin, agresyon gibi karmaşık ve çok faktörlü sorunların yönetiminde de önemli katkı sağlayabileceği düşünülmektedir (Lavallée vd., 2017; Martinez-Reviejo vd., 2023).

Ancak, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği alanında bakım paketi uygulamaları oldukça sınırlıdır (Gillis vd., 2019; Lightbody vd., 2023; Tyler vd., 2023). Ayrıca agresyon yönetimi özelinde geliştirilen ve uygulanan bakım paketine rastlanmamaktadır. Oysaki, bakım paketi yaklaşımı ile agresyonun önlenmesi, şiddet olaylarının azaltılması ve terapötik çevrenin korunması mümkün olabilir. Psikiyatri kliniklerinde agresyonu yönetmeye duyulan ihtiyaç nedeniyle bu çalışma, yüksek kanıt düzeyine sahip terapötik müdahalelerle psikotik bozukluğu olan hastalarda agresyonu yönetmeyi hedefleyen ve hemşireler tarafından uygulanabilecek bir bakım paketi geliştirmeyi ele almıştır.

1.2 Amaç

Bakım paketlerinin hasta sonuçları üzerine olumlu etkileri ve psikiyatri kliniklerinde yüksek kanıt düzeyine sahip uygulanabilir agresyon yönetimi araçlarına olan ihtiyaç göz önüne alındığında, bu çalışmada psikiyatrik bakımda agresyon yönetimi bakım paketi yaklaşımının geliştirilmesi, kullanılması ve sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırma bu yönüyle ülkemizde ve dünyada bir ilk olma niteliği taşımaktadır.

1.3 Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Agresyon yönetimi bakım paketi uygulanan (deney) ve uygulanmayan (kontrol) gruplar arasında agresyon riski düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

H₂: Agresyon yönetimi bakım paketi uygulanan (deney) ve uygulanmayan (kontrol) gruplar arasında agresif olay sayı ve niteliği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

H₃: Agresyon yönetimi bakım paketi uygulamasının paket uyum yüzdesi %70-100 arasındadır.

H₄: Agresyon yönetimi bakım paketi uygulayıcıları arasında uygulama yüzdeleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir uyum vardır.

1.4 Genel Bilgiler

Aşağıda psikotik bozukluklar, psikotik bozukluklarda agresyon, psikiyatri kliniklerinde agresyon yönetiminde kullanılan müdahaleler ve bakım paketi yaklaşımı literatür bağlamında sunulmuştur.

1.4.1 Psikotik Bozukluklar ve Agresyon

Psikoz, beynin bilgiyi işleme biçiminin bozulması nedeniyle gerçeklikle bağın kopması ile karakterize edilen bir dizi semptomu ifade etmektedir (American Psychiatric Association, 2020). Psikotik bozukluklar Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'na göre “Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar” kategorisinde sanrılar, varsanılar, darmadağın konuşma, olağandışı psikodevinsel davranışlar ve negatif belirtilerle tanımlanan psikiyatrik bozukluklardır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre şizofreni dünya çapında yaklaşık 24 milyon kişiyi, yani her 300 kişiden birini (%0,32) etkilemektedir (WHO, 2022). Şizofreni diğer birçok psikiyatrik bozukluk

kadar yaygın görülmesi de bilişsel, duygusal, davranışsal, kişilerarası ve toplumsal işlevselliği önemli derecede etkilemekte ve önde gelen engellilik nedenleri arasında gösterilmektedir (Beyene vd., 2021; Fakorede vd., 2020). İlk atağını yaşayan psikotik bozukluğa sahip bireylerin %55'i hastaneye yatırılarak tedavi ve bakım altına alınmaktadır (Ajnakina vd., 2020).

Psikiyatri kliniklerinin temel işlevlerinden biri, ruhsal hastalık nedeniyle savunmasız durumdaki bireylere terapötik bir ortam sunmaktır (Jenkin vd., 2022). Hastalar tarafından gerçekleştirilen agresif olaylar yataklı psikiyatri kliniklerinde terapötik ortamı ve bakımı olumsuz etkileyen, karmaşık ve çözülmemiş bir endişe kaynağıdır. Agresyon sadece sağlık profesyonelleri için bir endişe yaratmamakta, aynı zamanda agresif olaya sebep olan hastalar ve diğerlerinin güvenliğini tehlikeye atmaktadır. Psikotik bozukluğa sahip bireyler en sık yatarak tedavi gören ve agresyonla ilişkilendirilen hastalardır (Pinho vd., 2023; Jang vd., 2022; Jung vd., 2021; Weltens vd., 2021).

Psikotik bozukluklarda agresyon uzun süreli hastanede kalışlara, tekrarlı yatışlara, yaralanmalara, yüksek maliyetlere, hastaların ve agresyondan etkilenenlerin daha fazla damgalanmasına ve acı çekmesine, bağımlılık yapan maddelerin daha sık kullanımına yol açan ve psikiyatri kliniklerinde sık karşılaşılan klinik bir zorluktur (Faay & Sommer, 2021; Pompili vd., 2017). Agresyon; saldırganlık, başkalarına fiziksel veya psikolojik olarak zarar vermeyi amaçlayan davranışlar, saldırgan davranış eylemi veya agresif eylem olarak tanımlanmaktadır (American Psychology Association, 2018). Agresyon klinik açıdan iki ana tipe ayrılmaktadır: İlki, duygusal ve dürtüsel nitelikte olan, genellikle tehdit algısı veya hayal kırıklığına karşı gelişen tepkisel (reaktif) agresyondur; diğeri ise, belirli bir hedefe ulaşmak için planlı ve kontrollü biçimde gerçekleştirilen araçsal (proaktif) agresyondur (Liu, 2004).

Agresyon psikolojik (bilinçdışı çatışmalar, dürtüler, güvensiz bağlanma, geçmiş yaşantı ve deneyimler, çocukluk çağı travmaları, gözlem ve agresif davranışları modelleme), sosyal (kişilerarası ilişkilerde sorunlar, ekonomik eşitsizlikler, olumsuz ve agresif davranışları etkileyebilecek kültürel koşullar) ve biyolojik (nörobiyolojik bozukluklar, genetik yatkınlık, metabolik bozukluklar, hormonal ve nörotransmitter dengesizlikler, bazı enfeksiyonlar veya fiziksel hastalıklar, ilaç etkileri, yetersiz beslenme) faktörlerle oluşabilmektedir (Açıkgöz & Gençarslan, 2019; Gautam vd., 2023; Soreff vd., 2023). Genç yaş, erkek cinsiyet,

agresyon geçmişi, düşük sosyoekonomik düzey, işsizlik, yakın zamanda boşanma veya ayrılık yaşama, yakın zamanda bir şiddetin kurbanı olma, çocukluk çağında aile içi şiddete veya fiziksel istismara maruz kalma, sabıkalı bir ebeveyne sahip olma, madde kullanımı ve kişilik bozuklukları ise agresyon riskini artırmaktadır (Sebastian & Debnath, 2020). Ayrıca agresyonun ortaya çıkışında psikopatolojinin varlığı önemli bir rol oynamakta (de Bles, 2023; Novaco, 2010; Wong vd., 2023); agresyona yol açan psikopatolojilerin başında ise psikotik bir bozukluk veya şizofreni tanısı gelmektedir (Dack vd., 2013; Jang vd., 2022; Weltens vd., 2021).

Bir sistematik incelemede 145 çalışma sonucuna göre, psikiyatri servislerinde saldırgan davranışların yaygınlığının %8-76 arasında değiştiği belirtilmektedir (Weltens vd., 2021). Bir başka sistematik inceleme ve meta-analizinde ise, 42 çalışma sonucuna göre psikiyatri servislerinde hastalar tarafından gerçekleştirilen agresif eylemlerin prevalansı %18 olarak bulunmuştur (di Giacomo vd., 2020). Şizofreni hastalarının ise, özellikle akut psikotik dönem sırasında agresif davranışlar sergileme eğiliminde oldukları ve psikiyatrik bir hastalık tanısı olmayan kişilere göre neredeyse dört kat daha fazla saldırgan davranış sergileme risklerinin olduğu belirtilmektedir. Bu durum psikopatolojinin derecesi, kendilerini şiddete başvurmaya teşvik eden komut halüsinasyonları gibi psikotik semptomlar, şüpheli veya düşmanca düşünceler, dürtüsellik, öfke ve ajitasyonla ilişkilendirilmektedir (Girasek vd., 2022; Sebastian & Debnath, 2020). Şizofreni hastalarında saldırganlığın yaygınlığını değerlendiren bir sistematik inceleme ve meta-analizde, 3929 hastayla yapılan 13 çalışma sonucuna göre şizofreni hastalarında saldırganlığın yaygınlığı %33,3 olarak belirlenmiştir. Toplumda yaşayan hastalarla karşılaştırıldığında ise, yatan şizofreni hastalarının saldırganlığa sahip olma olasılığı daha yüksek bulunmuştur (%45,1, $p<0,001$). Saldırganlığın içeriğinin ise %42,6 sözel, %23,8 eşyalara/mekâna yönelik, %23,5 kendine yönelik ve %23,7 fiziksel agresyon olduğu belirtilmiştir (Li vd., 2020). Şizofreni hastalarında agresyon nedeniyle kendine zarar verme ve intihar girişimi, daha uzun ve daha sık hastaneye yatış, taburculuk sonrası toplumda saldırgan davranışlar ve bunların olumsuz sonuçları ortaya çıkmaktadır (Girasek vd., 2022).

Agresyonun hastalar için olumsuz sonuçları olduğu gibi ruh sağlığı çalışanları için de olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde psikiyatri kliniklerinde ruh sağlığı çalışanlarına yönelik saldırganlığı değerlendiren bir sistematik incelemede, ruh sağlığı çalışanlarının %25-85'inin son

bir yıl içinde bir fiziksel agresyon olayı bildirdiği belirlenmiştir (Odes vd., 2021). Bir sistematik incelemede 16 çalışma sonucuna göre psikiyatri kliniklerinde hemşirelere yönelik saldırganlığın yaygınlığının %11,4-97,6 arasında değiştiği, bildirilen fiziksel şiddet yaygınlığının %2,3-88,4, sözlü şiddet yaygınlığının ise %7,8-89,4 arasında değiştiği saptanmıştır (Jang vd., 2022). Bir başka çalışmada ise Çin'de görev yapan 387 psikiyatri hemşiresinden 319'unun (%82,4) son 6 ay içinde en az bir tür şiddet olayı yaşadığı; bunların sözlü (%78,6), fiziksel (%61,5) ve cinsel (%18,6) içerikte agresyon davranışları içerdiği raporlanmıştır. Ülkemizde yapılan çalışma sonuçlarına göre ise, psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin %63,2-90'ının şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (Coşkun & Öztürk, 2010; Gökçe & Dündar, 2008). Psikiyatri hemşirelerinde işyerinde maruz kaldıkları şiddet nedeniyle travma sonrası stres bozukluğu riski (Hilton vd., 2022; Wang vd., 2022), tükenmişlik (Wang vd., 2022), depresif belirtiler ve gelecekte şiddet yaşayacağına ilişkin korku (Fu vd., 2023), yaşam kalitelerinde azalma (Zeng vd., 2013) ve işten ayrılma niyeti (Jang vd., 2022) görülmektedir.

Literatürde psikiyatri kliniklerinde agresyona yol açan faktörler hastanın önceki yatışta kendine veya başkalarına karşı agresyon öyküsü (Dack vd., 2013; Weltens vd., 2021), hasta yaşının genç, cinsiyetinin erkek ve medeni durumunun bekar olması, istemsiz hastaneye yatış, daha önceki yatış sayısının fazla olması, madde bağımlılığı öyküsü (Dack vd., 2013), yakın zamanda madde kullanımı, akut şizofreni semptomları, sınırda veya antisosyal kişilik bozukluğu, davranış bozukluğu, yakın zamanda cinsel saldırıya maruz kalma öyküsü olarak bildirilmektedir (Gautam vd., 2023). Agresyon oluşumunda sağlık çalışanları ve personelle ilişkili risk faktörleri erkek cinsiyet, vasıfsız veya geçici personel olmak, iş yükü, iş veya yönetimden memnuniyetsizlik, tükenmişlik ve hastalar ile personel arasındaki etkileşimin kalitesinin olumsuz olması; servisle ilgili risk faktörleri ise daha yüksek yatak doluluğu, servis yoğunluğu, güvensiz bir ortam, kısıtlayıcı bir ortam, gün içinde servis aktivitelerinde yapılanma eksikliği, sigara içme ve mahremiyet eksikliği olarak belirtilmektedir (Weltens vd., 2021).

1.4.2 Agresyon Yönetiminde Kullanılan Müdahaleler

Agresyonun görülme sıklığı ve olumsuz sonuçları psikiyatri kliniklerinde etkin yönetimini önemli bir konu haline getirmektedir. Bu nedenle agresyon, ilişkili faktörler ve psikiyatri kliniklerindeki yönetimi ile ilgili sorunlar yıllardır

araştırmalara konu olmaktadır. Agresyon yönetimine yönelik kullanılan müdahaleler incelendiğinde, Bowers ve ark. (1999) Avrupa ülkelerindeki psikiyatri kliniklerinde görülen agresyon ve yönetimiyle ilgili yaptıkları araştırmalarına göre, psikiyatri kliniğinde hemşireler agresyonu yönetmek için hastaların ajite oldukları durumlarda ilk olarak farmakolojik tedaviye başvurumaktadırlar (Bowers vd., 1999). Ardından hastalarla müzakere, hastaların dinlendiklerini ve görüşlerinin anlaşıldığını hissetmelerini sağlamak için kişilerarası becerilerin kullanılması ve diğer sözel gerilimi azaltma becerileri üzerine iletişim yöntemlerini, bir hastayı diğer hastalardan ayırma gibi müdahaleleri kullanmaktadırlar. Bu yöntemler başarısız olduğunda, hastayı kontrol altına almak ve daha fazla yaralanmayı önlemek için farklı tecrit ve tespit yöntemleri kullanmaktadırlar. Bununla birlikte Norveç'te hemşireler tecriti, Finlandiya'da yüksek dozda nöroleptik ilaçları ve Birleşik Krallık'ta mekanik kısıtlamaları dehşet verici ve uygunsuz bulmaktadırlar. Yine de bu yöntemlerin her birini tamamen kabul edilebilir hemşirelik müdahaleleri olarak gören ve rutin olarak uygulayan Avrupa ülkeleri olduğu belirtilmiştir (Bowers vd., 1999). Tekkaş ve Bilgin (2010) psikiyatri kliniklerinde kullanılan profesyonel kontrol yöntemlerini gözden geçirmişler; kontrol yöntemleri arasında mekanik ve fiziksel kısıtlama, izolasyon, istem dışı intramüsküler sedasyon, gözlem ve lüzum hali ilaç uygulamasının en yaygın kullanılan yöntemler olduğunu belirtmişlerdir (Tekkaş & Bilgin, 2010). Ülkemizde Orak ve ark. (2020) yaptıkları çalışmaya göre, psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin hastaların agresif davranışlarını yönetmeye yönelik en çok fiziksel olarak elle tutma (%63,6), en az bir sağlık personeli ile kilitli bir alanda tutma (%60,2), kemer ve/veya kelepçe kullanma (%45,5), zorla/istem dışı intramüsküler sedasyon uygulama (%42), belli bir süre odasında kapı kilitlenmeden tutma (%36,4), lüzum hali ilaç uygulama (%36,4), beş-on dakika aralıklarla düzenli gözlemlleme (%30,7), bir odada kapıyı kilitleyerek tutma (%29,5) ve daima gözlemlleme ve hastaya kol mesafesinde olma (%25) yöntemlerini kullandıkları belirlenmiştir (Orak vd., 2020).

Zaman içerisinde, agresyon yönetiminde kısıtlayıcı yöntemlerin kullanımını önlemek ve azaltmak için alternatif müdahaleler ve modeller geliştirilmiştir. Agresyonu iletişim becerileri ve hastayı sakinleştirme yoluyla yönetmek konusunda personel eğitimi, risk değerlendirmesi, agresif olay sonrası verilerin toplanması ve değerlendirilmesi, şiddet raporlama sistemlerinin kullanılması, kliniğin fiziksel yapısının güvenli hale getirilmesi, hasta katılımı, terapötik ortam, grup

psikoterapötik müdahaleleri, organizasyonel değişiklikler ve bunlardan oluşan çoklu müdahaleler, Güvenli Servisler (karşılıklı beklentilerin netleştirilmesi, yumuşak sözler, sakin konuşma, pozitif dil, kötü haberi hafifletme, birbirini tanıma, karşılıklı yardım toplantısı, sakinleştirme yöntemleri, güvence, taburculuk mesajı) ve Altı Temel Strateji Modeli (liderlik ve organizasyon kültürünün değişimi, veriye dayalı uygulama, işgücünün geliştirilmesi, hasta katılımı, spesifik agresyon azaltma müdahaleleri ve araçları, bilgilendirme) geliştirilen alternatif uygulamalar ve modellerdir (Ayhan & Hicdurmaz, 2020; Bowers, 2014; Fernández-Costa vd., 2020; Gaynes vd., 2017; Huckshorn, 2004; Jang vd., 2022; Kernaghan & Hurst, 2023). Kısıtlayıcı yöntemlere kıyasla alternatif müdahalelerin tecrit ve tespit kullanımını azalttığı, kısıtlama saatlerinde azalma sağladığı bildirilmektedir (Dike vd., 2021; Gaynes vd., 2017; Guzman-Parra vd., 2021; Hvidhjelm vd., 2016;).

Agresyon yönetimi müdahale ve modellerini ele alan dünya genelinde kullanılan klinik kılavuzlar mevcuttur (Ünler, 2023). Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (NICE) yataklı kliniklerde agresyon yönetiminde sözel ve davranışsal sakinleştirme, hasta katılımı, çevresel düzenleme, risk değerlendirme, gözlem ve personel eğitimi gibi müdahaleleri öncelikli seçenekler olarak önermekte; kimyasal tespit yalnızca gerekli olduğunda, fiziksel kısıtlama ise son çare olarak ele alınmasını belirtmektedir (NICE, 2024). Malezya Sağlık Bakanlığı agresif hasta yönetimi kılavuzunda adımları hastanın tıbbi durumunu ve agresyon riskini değerlendirme, gerilimi azaltma tekniklerini kullanma, agresif olayı davranışsal olarak yönetme (kaçma, kendini savunma, hastayı tutma gibi), kimyasal tespit, ekip ve hastayla agresif olayın ardından görüşme yapma, olayı raporlama ve kök neden analizini sıralamakta; fiziksel ve mekanik kısıtlama kullanımını son çare olarak vurgulamaktadır (Ministry of Health Malaysia, 2016). Alman Psikiyatri, Psikoterapi ve Psikosomatik Derneği (DGPPN) agresif olayların sistematik kaydını tutma, agresif olay yönetimi için prosedürler kullanma, agresif olayları analiz etmek için rutin toplantılar, iki yılda bir tüm çalışanlara gerilimi azaltma teknikleri eğitimi verme, tespit ve tecrit sırasında sürekli gözlem yapma, agresif olay müdahalesinin ardından hem ekip hem de hastayla olayı değerlendirme, hastaya yönelik kriz planı oluşturma müdahalelerini önermektedir (DGPPN, 2018). Amerikan Psikiyatri Hemşireleri Derneği (APNA) ise baskıcı, kısıtlayıcı ve zorlayıcı müdahalelerin ancak en son çare olarak, asgari düzeyde ve kesinlikle cezalandırma amacı taşımadan kullanılması gerektiğini vurgulamaktadır. Ayrıca bu yöntemleri

azaltmak ve nihai olarak ortadan kaldırmak için kanıta dayalı önleyici stratejileri desteklediğini belirtmektedir (APNA, 2018). Kılavuzlar agresyon yönetiminde kullanılacak müdahalelerin kliniklerde bir protokol olarak belirlenmesini ve bu protokollerin standartlaştırılmasını önermektedir (Ünler, 2023).

Alternatif müdahalelerin olumlu sonuçlarına rağmen güncel çalışmalar ve uygulamalar incelendiğinde agresyon yönetiminde fiziksel, kimyasal ve mekanik tespit ve tecrit müdahalelerinin halen sık kullanıldığı görülmektedir (Gautam vd., 2023; Lantta vd., 2020). Bu nedenle psikiyatri kliniklerinde agresyonun yönetimi için güvenilir, kolay benimsenebilir ve uygulanabilir alternatif terapötik önlemlere ve tekniklere ihtiyaç vardır.

1.4.3 Bakım Paketi Yaklaşımı

Psikiyatri kliniklerinde agresyon yönetiminde kullanılması için alternatif stratejilere duyulan ihtiyaç, bakım paketi yaklaşımının agresyon yönetimi için uygulanabileceği düşünülmektedir.

Sağlık Hizmetlerini İyileştirme Enstitüsü, sağlık hizmeti sunumunun tutarlılığını ve güvenilirliğini artırmanın bir yolu olarak 2001 yılında “paket yaklaşımı (bundle approach), bakım paketi (care bundles), önlem paketi (prevention bundle)”ni uygulamaya koymuştur. Bakım paketi “tanımlanmış bir hasta popülasyonu ve bakım ortamı için kanıta dayalı küçük bir dizi müdahale” olarak tanımlanmaktadır (IHI, 2012). Bir paket, belirli bir hasta popülasyonu ve bakım ortamı için tasarlanmış, genellikle üç ila beş arası küçük bir dizi kanıta dayalı müdahaleden oluşmaktadır. Bu uygulamalar tam bir tutarlılıkla uygulandığında hasta sonuçlarını önemli ölçüde iyileştirmektedir. Paketin gücü, mevcut en iyi uygulamalara dayanması ve tüm hastalarda tek tip ve güvenilir uygulama sağlamasından kaynaklanmaktadır (IHI, 2012). Sağlık Hizmetlerini İyileştirme Enstitüsü Paket Tasarım Yönergeleri’ne göre (Candaş & Gürsoy, 2017; Resar vd., 2012);

Paket, popülasyon için uygun ve uygulanabilir olan üç ila beş müdahaleyi içerir

Amaç ne kapsamlı bir bakım protokolü oluşturmak ne de bireysel hastalara uygulanabilirliği değişen unsurları dahil etmek olmadığından, üç ila beş paket unsurunun kullanılması en başarılı yöntemdir.

Her paket ögesi nispeten bağımsızdır

Paketin her bir ögesi ayrı olarak uygulandığında da hastada olumlu sonuçlara yol açan, fakat bir paket halinde kullanıldığında en iyi sonucu veren müdahalelerdir. Paketteki herhangi bir unsurun kaldırılması aynı sonuçların alınamamasına neden olmaktadır. Paketin başarılı olabilmesi için tüm unsurların tamamlanması gereken tutarlı bir yapısı vardır. Bununla birlikte herhangi bir sebeple uygulanamayan bir madde için paketin diğer maddeleri uygulanmaya devam edebilir. Fakat bu durum paketin uyum yüzdesindeki ya hep ya hiç kuralına göre paket uygulanmadı olarak tanımlanmaktadır.

Paket, tek bir yerde tanımlanmış bir hasta popülasyonu ile kullanılır

Paketin hedef popülasyonu, uygulama ortamı, uygulayıcıları net olarak belirlenmelidir. Örneğin, acil servisteki septik hastaların yönetimi için kullanılan paketle, yoğun bakım ünitesindeki septik hastaların yönetimi için kullanılan paket farklı olacaktır.

Bakım paketinin uygulanması ekip yaklaşımıyla mümkündür

Paket uygulanırken iletişim ve ekip çalışması paketin başarısının temelidir. Bu durum paketin klinikte benimsenme, uygulanma, uyum ve başarı olasılığını artırmaktadır.

Paket öğeleri, uygulandığı kliniğe özgü ve klinik karara olanak sağlayan kurallardan çok tanımlayıcı girişimlerden oluşmalıdır

Paketteki müdahalelerin tanımı yapılmalı, sınırları belirtilmelidir. Paketin tüm unsurları kanıt düzeyi yüksek olan randomize kontrollü çalışmalara dayanmalıdır. Bu unsurlar bilimsel olarak kanıtlanmış ve kabul görmüş, herhangi bir şüphe veya tartışmaya imkân vermeyecek şekilde olmalıdır. Paket, en iyi bakımın nasıl sunulacağına odaklanırken uygulandığı klinik ve klinisyenlerin bunları uygulama konusunda fikir birliğine varmaları, paketin genel bakım unsurlarıyla çatışmaması, yerel hasta popülasyonu ve bakım ortamı için uygun formda olması gerekmektedir. Paket öğeleri makul bir şekilde uygulanmalı; klinik açıdan uygulanması mümkün olmadığında asla zorlanmamalı ve her zaman bir “devre dışı bırakma” seçeneği bulunmalıdır. Bu durumda paketin veya bileşenlerinin uygulanmama gerekçeleri belirtilmelidir.

Paketlere uyum, %95 veya daha yüksek bir hedefle ya hep ya hiç ölçümü kullanılarak ölçülür

Bakım paketinin uyumunu değerlendirmek için “ya hep ya hiç” kuralı kullanılır. Paketteki ifadeler net ve uygulanıp uygulanmadıklarına dair yanıtlar

“evet” veya “hayır” şeklindedir. Paketteki tüm girişimlerin uygulanması, paketin hastaya başarıyla uygulandığı anlamına gelir. Herhangi bir girişimin uygulanmamış olması durumunda, yapılan uygulamalar da yapılmamış sayılır ve paket uyumu %95'in altındaysa başarısız kabul edilir. Tek istisna, uygulanacak bir girişimin hastaya o an için zararlı olması durumudur; bu durumda girişim uygulanmış sayılarak uyum yanıtlanabilir.

Geliştirilen ilk bakım paketleri ventilatör bakım paketi ve santral venöz kateter bakım paketi iken; şu an çeşitli konularda bakım paketi geliştirilmekte ve kullanılmaktadır. Literatürde bakım paketlerinin hasta sonuçları üzerine etkilerini değerlendiren birçok çalışma bulunmaktadır. Sistematik inceleme ve meta-analizler incelendiğinde, ventilatör bakım paketlerinin ventilatör ilişkili pnömoni oranında azalma, yoğun bakımda ve hastanede kalış süresinde azalma, mekanik ventilasyonda kalınan gün sayısında azalma sağladığı (Martinez-Reviejo vd., 2023; Thapa vd., 2024) kalp ve ortopedik cerrahide stafilokok enfeksiyonlarının azaltılması için uygulanan bakım paketlerinin staphylococcus aureus cerrahi alan enfeksiyonlarında ve diğer tüm nedenlere bağlı cerrahi alan enfeksiyonlarında azalma sağladığı (Ma vd., 2017); kronik obstrüktif akciğer hastalığı hastalarına yönelik taburculuk bakım paketlerinin hastaneye yeniden yatışlarda azalma sağladığı (Ospina vd., 2017) görülmektedir. Bakım paketlerinin sağlık durumu (basınç ülseri, santral kateterle ilişkili dolaşım enfeksiyonları, ventilatörle ilişkili pnömoni ve diğer hasta sonuçları), bakım ortamı (yoğun bakım, travma merkezi ve diğer), bakım paketi unsuru sayısı (2, 3, 4 ve 5 unsurlu), davranış değiştirme tekniklerini esas alan paketler ve bakım paketine bağlılık gibi çeşitli grupları olduğu belirtilmektedir. Davranış değiştirme tekniklerini esas alan bakım paketlerinin etkisinin, öge sayısı arttıkça azaldığı (beş ögeli bakım paketlerinin RR'si 0,85 (%95 GA 0,66-1,1) (Lavallée vd., 2017); sağlık çalışanlarına bakım paketiyle ilgili eğitim faaliyetlerinin uygulanmasının paketin klinik sonuçlarını iyileştirdiği raporlanmıştır (Martinez-Reviejo vd., 2023). Bir kapsam incelemesinde, geliştirilen bakım paketlerinin en sık yedi unsur içerdiği, unsur sayısı arttıkça ve unsur karmaşıklıklaştıkça bakım paketi uyum oranının azaldığı, paket geliştirme ve uygulama sürecinde sırasıyla en sık başkaları tarafından geliştirilen bir paketin uygulanması, yeni baştan bir paket geliştirilmesi ve geliştirilen bir paketin uyarlanarak kullanılması yöntemlerinin yer aldığı belirtilmiştir. Geliştirilen ve çalışma sonuçları sunulan bakım paketlerinin geliştirme, uygulama ve

değerlendirme sürecinde önemli sayıda düşük kaliteli çalışma olduğu (literatür taraması olmadan paket geliştirme, randomize kontrollü çalışma tasarımlarının olmaması vb.) ifade edilmiştir (Gilhooly vd., 2019).

Ülkemizdeki tezler incelendiğinde bakım paketlerinin hemşirelik esasları, iç hastalıkları hemşireliği ve cerrahi hemşireliği alanlarında; girişim öncesi-girişim sonrası bakım, ventilatör bakımı, kateter bakımı, kafaiçi basıncı önleme, üriner sistem enfeksiyonlarını önleme konularında geliştirildiği veya uygulandığı görülmektedir. Ülkemizde henüz ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği alanında konu ile ilgili bir tez çalışması yürütülmemiştir. Literatür incelendiğinde ise psikiyatri alanında bakım paketinin geliştirildiği ve uygulandığı çalışma sayısının oldukça sınırlı olduğu görülmektedir. Bu çalışmalar aşağıda sıralanmıştır:

Gillis ve ark. (2019) gebelik izlemi sırasında hemşirelerin perinatal depresyon hakkında resmi bir araçları olmaması nedeniyle hemşirelerin eğitim materyalleri ve ruh sağlığı kaynaklarını içeren bir perinatal depresyon bakım paketini kullanmalarını teşvik etmek amacıyla, eğitici bir broşür, perinatal depresyon hakkında hemşirenin sunduğu kısa bir tartışma/bilgilendirme, yerel ve çevrimiçi ruh sağlığı kaynaklarının listelerinden oluşan bir perinatal depresyon bakım paketini 24 ila 29. gebelik haftaları arasındaki kadınlara uygulamışlardır. Hemşireler uygulama öncesi bakım paketi ile ilgili bir eğitim almışlardır. Uygulamayı doğum öncesi bakım veren 16 hemşire, dört hafta boyunca muayenehanede gerçekleştirmiş ve uygulama verilerini kayıt altına almışlardır. Araştırmacı her hafta hemşirelerin sorularını yanıtlamak için uygulama kliniğini ziyaret etmiştir. Hemşirelerin bakım paketine uyumlarını değerlendirmek amacıyla dört haftanın sonunda araştırmacı uygulama verilerini toplamış ve değerlendirmiştir. Uygulama süresince 478 doğum öncesi ziyaret gerçekleştiği, hemşirelerin ilk hafta perinatal depresyon bakım paketini uygulama uyumlarının %30,8, son hafta %46,7 olduğu; çalışma boyunca bakım paketi uygulama uyumunun %43,1 olduğu belirtilmiştir. Hemşirelerin giderek artan uyumları, bakım paketinde uyum kriteri olan %95 oranının yakalanması için umut verici olarak yorumlanmıştır (Gillis vd., 2019).

Psikiyatri alanındaki diğer bir bakım paketi çalışması ruh sağlığı sorunları nedeniyle pediatrik acil servise başvuran çocukların triyajda risk değerlendirmesini standart hale getirmeye yönelik kullanılan, intihar tarama soruları ve HEADS-ED (ev, eğitim, faaliyetler, akranlar, uyuşturucu, alkol, duygu, davranış, deşarj

kaynakları) değerlendirmelerini içeren acil servis ruh sağlığı hemşireleri tarafından uygulanan bir bakım paketi çalışmasıdır. Bakım paketinin uygulanması sürecinde, 1.251 başvurunun %80,3'ünün intihar değerlendirmesine alındığı, 36 aileden 20'sine (%61,0) acil randevu teklif edildiği ve randevuların %95'inin 96 saat içinde planlandığı, tüm ailelerin randevularına katıldığı ve hiçbir hastanın güvenlik endişesiyle acil servise tekrar yönlendirilmediği belirtilmiştir. Başvuruların %87'sinde HEADS-ED kullanıldığı, 256 kişinin %52,3'üne psikiyatri konsültasyonu yapıldığı, %47,7'sine hemşire tarafından kapsamlı değerlendirme yapıldığı belirtilmiştir. Acil servisten taburcu olan ve hâlihazırda bir ruh sağlığı uzmanı bulunmayan 159 hastanın tamamına (%100) acil psikiyatri randevusu teklif edildiği, bu randevuların %89,3'ünün acil servis ziyaretinden sonraki 96 saat içinde ayarlandığı görülmüştür. 132 uygun randevunun %98,5'i için vaka formülasyonları tamamlanmış; randevu sonunda 76 aile devam eden tedaviyle ilgilendiğini ifade etmiş ve hepsi sevk edilmiştir. Paketin kullanımı ile acil servis bekleme süresinin azalacağı, aile merkezli bakımın iyileşeceği, acil servise psikiyatrik sorunlarla başvuran hastaları tarama, risk değerlendirmesini ve takibi iyileştirmeye yönelik güvenilir ve pediatriye özgü ruh sağlığı değerlendirme aracı sağlanacağı öngörülmüştür (Lightbody vd., 2023).

Başka bir bakım paketi çalışması ise yetişkin ve ergen ruh sağlığı hizmetlerinden taburcu olurken hasta güvenliğini artırmak için tasarlanmış bir bakım paketinin değerlendirilmesini içeren randomize olmayan bir fizibilite çalışması protokolüdür. Protokole göre, araştırmacılar psikiyatri kliniklerinde yatan yetişkin ve genç hastalar için beş maddelik SAFER bakım paketini SAFER Ruh Sağlığı Bakım Paketi'nin genç ve yetişkin iki versiyonu olacak şekilde uyarlamışlardır. 14-18 yaş arası ve 18 yaş üzeri katılımcılara bakım paketleri uygulanıp, ön test – son test ile değerlendirilecektir. Bakım paketinin fizibilitesini ve kabul edilebilirliğini değerlendirmek için hastalar ve bakım verenlerle (taburcu olduktan sonraki 3 ay içinde) ve ruh sağlığı uzmanlarıyla (6 haftalık müdahale aşamasının tamamlanmasından sonraki 1 ay içinde) bireysel çevrimiçi görüşmelerle nicel (örneğin, anketler, formlar) ve nitel (örneğin, görüşmeler, süreç değerlendirmesi) veri toplama yöntemleri kullanılarak veri toplanacaktır. Protokolde, Müdahale Tedbirinin Kabul Edilebilirliği, Akıl Sağlığı Bakım Planlamasında Kullanıcı ve Bakıcı Katılımının Hasta Tarafından Bildirilen Sonuç Ölçütünün Değerlendirilmesi ve Ölçülmesi, Müdahale Tedbirinin Fizibilitesi,

Müdahale Uygunluk Ölçüsü araçları ile veri toplanacağı bildirilmektedir (Tyler vd., 2023).

Yukarıda belirtildiği üzere, agresyon yönetimi psikiyatri klinikleri için güncelleğini ve klinik önemini koruyan bir sorundur. Yataklı psikiyatri kliniklerinde agresyon görülme riski açısından ilk sırada psikotik bozukluğa sahip olan hastalar gelmektedir. Bu nedenle, psikiyatri kliniklerinde uygulanabilir kanıta dayalı bir agresyon yönetimi aracına ihtiyaç olduğu ve bu aracın öncelikli olarak psikotik bozukluğa sahip hastaları merkezine alması gerektiği görülmektedir. Bakım paketi yaklaşımının tüm yönleriyle bu klinik ihtiyaca cevap vereceği düşünülmektedir.



2. MATERYAL ve YÖNTEM

Araştırma iki aşamalı bir çalışmadır. Araştırmanın birinci aşamasında agresyon yönetimi bakım paketi geliştirilmiş, ikinci aşamasında geliştirilen bakım paketi klinikte uygulanmış ve sonuçları değerlendirilmiştir. Aşağıda sırasıyla Aşama 1 ve Aşama 2 açıklanmıştır.

2.1 Aşama 1: Agresyon Yönetimi Bakım Paketinin Geliştirilmesi

Bakım Paketi Geliştirmede Teorik Adımlar (Fulbrook & Mooney, 2003) ve Sağlık Hizmetlerini İyileştirme Enstitüsü Paket Tasarım Yönergeleri'ne (IHI, 2012) göre yapılan bakım paketi geliştirilmesi süreci aşağıda açıklanmıştır.

Bakım temasını belirleyin

Araştırmanın gerekçesi ve bilimsel dayanağında belirtildiği üzere agresyon, yataklı psikiyatri kliniklerinde önemli bir klinik problemdir. Araştırmanın yürütüleceği hastanede pilot çalışma yürütülmüş ve psikiyatri klinik hemşirelerinin bakım verirken zorlandıkları klinik durumlar belirlenmiştir. Pilot çalışma kesitsel desende tasarlanmış ve araştırma verilerinin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, araştırmacılar tarafından kapsam geçerliliği yapılan ve psikiyatrik bakımla ilişkili 28 klinik durumun yer aldığı Psikiyatri Servisinde Karşılaşılan Klinik Durumlar Anketi kullanılmıştır. Pilot çalışmaya 52 hemşire katılmıştır. Pilot çalışma sonuçlarına göre hemşirelerin, hemşirelik bakımı sunarken en çok “başkalarına zarar verme riski ve girişi” ($2,60 \pm 0,85$), “kendine zarar verme riski ve girişi” ($2,54 \pm 0,92$) ile “intihar riski ve girişi” ($2,48 \pm 0,92$) karşısında zorlandıkları ortaya çıkmıştır (Yıldırım & Bulut, 2024). Literatür ve pilot çalışma sonuçları göz önüne alındığında psikiyatri kliniklerinde agresyon yönetimi için güvenilir, kolay uygulanabilir alternatif müdahalelere ihtiyaç olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle, agresyon yönetimi için bakım paketi geliştirilmesine karar verilmiştir.

Tema dahilinde bir dizi müdahale/uygulama belirleyin

Agresyon yönetiminde baskıcı, zorlayıcı ve kısıtlayıcı yöntemlere (açık alan-kapalı alan tecritleri, kimyasal/fiziksel/mechanik tespitler) karşın risk değerlendirmesi, gözlem, sakinleştirme yöntemleri, personel eğitimi, agresif olay sonrası verilerin toplanması ve değerlendirilmesi, hasta katılımı, bireysel veya grup psikoterapileri, kliniğin fiziksel yapısının güvenli hale getirilmesi ve terapötik ortam müdahaleleri gibi alternatif yöntemler geliştirilmiştir. Bakım paketi

bileşenleri agresyonu yönetmeyi amaçlayan kanıta dayalı ve hemşireler tarafından uygulanabilir alternatif yöntemlere odaklanacaktır. Müdahalelerin kapsamı PICO formatında yapılandırılmıştır (Tablo 2.1.).

Tablo 2.1. Kanıta dayalı bakım paketi bileşenlerinin seçimi için kanıtları dahil etme – dışlama kriterleri

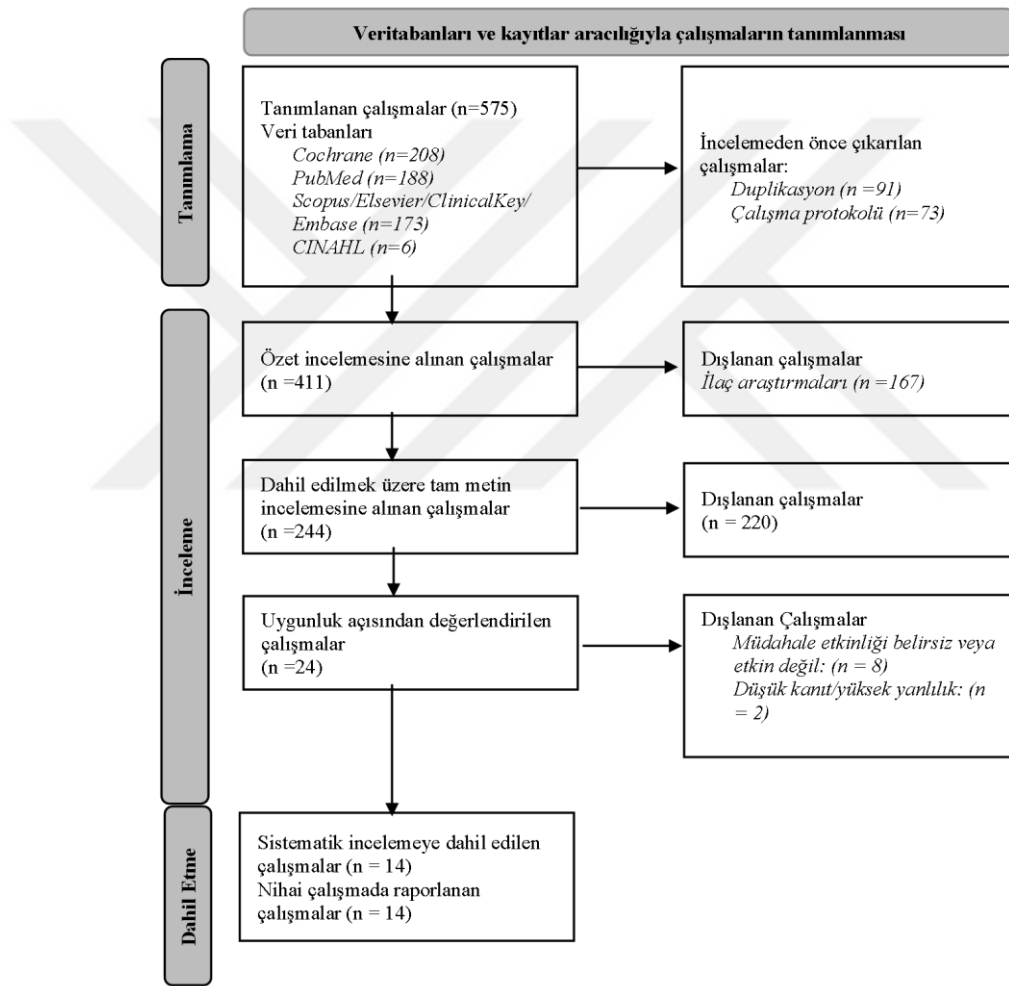
Dahil Etme Kriterleri	Dışlama Kriterleri
<i>P: Population/Patient/Problem/Nüfus/Hasta/Sorun</i> - Psikotik bozukluk - Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar - Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi ve bakım gören hastalar 18 yaş ve üzerindeki hastalar - Agresyon (aggression) - Şiddet (violence) - Düşmanlık (hostility) - Agresyon riski <i>I: Intervention/Müdahale</i> - Seviye 1) randomize kontrollü deneysel çalışmaların sistematik incelemeleri veya meta analizler, seviye 2) randomize kontrollü deneysel çalışmalar, seviye 3) randomize olmayan iyi tasarlanmış deneysel çalışmalardan elde edilen kanıt düzeyine sahip baskıcı/zorlayıcı/kısıtlayıcı olmayan agresyon yönetimi müdahaleleri <i>C: Comparison/Karşılaştırma</i> - Baskıcı, zorlayıcı veya kısıtlayıcı müdahaleler Standart tedavi veya bakım - Karşılaştırma grubu yok (öncesi-sonrası test) <i>O: Outcome/Sonuç</i> - Agresyonun önlenmesi - Agresyon riskinin azaltılması - Psikiyatri servislerinde agresif olayların sayısının azaltılması	- Ayaktan tedavi gören hastalarla yürütülen çalışmalar - Çocuk ve adolesanlar ile yürütülen çalışmalar - İlaç araştırmaları - İlaç, EKT, TMS gibi biyolojik tedavilerin agresyona etkilerini değerlendiren çalışmalar - Tamamlanmamış çalışmalar - Araştırma protokolleri - Hayvan araştırmaları - Tam metnine erişilemeyen çalışmalar

İlgili tüm araştırmaları belirlemek için literatür taraması yapın

Literatür taraması Scopus/Elsevier/ClinicalKey/Embase, PubMed, Cochrane Library, CINAHL veritabanlarında, 27.03.2024 – 10.05.2024 tarihleri arasında, “aggression, violence, hostility, self-injur, aggression management, psychosis, schizophrenia, NOT (child, adolescent)” anahtar kelimeleri ve birbirleriyle eşleştirilmeleri kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırma literatürünü çıkarın

Literatür taraması, belirlenen dahil etme ve dışlama kriterlerine göre gerçekleştirilmiştir (Tablo 2.1.). Dahil etme kriterlerini PICO formatına göre belirlenen müdahaleler ve kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarında kullanılması için kabul gören kanıt hiyerarşisine göre en yüksek kanıt düzeyine sahip çalışma tasarımları oluşturmuştur (Melnik & Fineout-Overholt, 2022). Literatür tarama ve kanıtların seçim süreci PRISMA diyagramı ile gösterilmiştir (Page vd., 2020) (Şekil 2.1.). Buna göre 24 çalışma kanıt kalitesi değerlendirme sürecine dahil edilmiştir.



Şekil 2.1. Literatür tarama ve kanıtların seçim sürecini gösteren PRISMA diyagramı

Mevcut araştırmaları kalitesine göre sınıflandırın

Kanıtların değerlendirilmesinde sistematiik incelemeler ve meta-analizlerin değerlendirilmesi için AMSTAR-2, randomize kontrollü deneysel çalışmaların

değerlendirilmesi için RoB 2, randomize olmayan deneysel çalışmaların değerlendirilmesi için MINORS ve ön test-son test kontrol grupsuz deneysel çalışmaların değerlendirilmesi için NIH ön-test son-test araştırmalar için kalite değerlendirme araçları kullanılmıştır (Ma vd., 2020; Shea vd., 2017; Slim vd., 2003; Sterne vd., 2019). Literatür tarama ve kanıtların kalitesini değerlendirme süreçleri çalışmanın sorumlu araştırmacıları tarafından yürütülmüştür.

***Yeterli kanıta dayalı olmayan müdahaleleri/ uygulamaları listenizden
silin***

Kanıt değerlendirme sürecine dahil edilen 24 çalışmadan kanıt kalitesi orta ve/veya yüksek olup, değerlendirilen müdahalenin etkin olarak raporlandığı çalışma sayısı 14 olarak belirlenmiştir. Sekiz çalışmanın müdahale etkinliği “belirsiz” veya “etkin değil” olarak raporlanmıştır. İki çalışma ise müdahaleyi etkin olarak raporlamasına rağmen kanıt kalitelerinin düşük olması sebebiyle elenmişlerdir (Şekil 2.1., Tablo 2.2., Tablo 2.3.). Nihai dahil edilen 14 çalışmadan ikisi sistematik inceleme, 11 tanesi randomize kontrollü deneysel çalışma ve bir tanesi randomize olmayan kontrollü deneysel çalışma tasarımıdır.

Tablo 2.2. Kanıtların kalitelerinin değerlendirilmesi

Yazar	Ülke	Çalışma Tasarımı	Kanıt Kalitesi Değerlendirme Aracı	Kanıt Düzeyi	Müdahalenin Etkinliği	Dahil edildi / Dışlandı
Hsu & Ouyang, 2021	Taiwan	RKÇ	RoB 2	Yüksek	Etkin	Dahil edildi
Hsu & Ouyang, 2022	Taiwan	RKÇ	RoB 2	Yüksek	Etkin	Dahil edildi
Hvidhjelm vd., 2022	Danimarka	RKÇ	RoB 2	Yüksek	Etkin	Dahil edildi
Bhat vd., 2020	Hindistan	Randomize Olmayan Kontrollü Deneysel Çalışma	MINORS	Yüksek	Etkin	Dahil edildi
Kayo vd., 2020	Brezilya	RKÇ	RoB 2	Yüksek	Etkin	Dahil edildi
Celofiga vd., 2022	Slovenya	RKÇ	RoB 2	Orta	Etkin	Dahil edildi
Ahmed vd., 2018	ABD	RKÇ	RoB 2	Yüksek	Etkin	Dahil edildi
Ahmed vd., 2019	ABD	RKÇ	RoB 2	Orta	Etkin	Dahil edildi
Ahmed vd., 2017	ABD	RKÇ	RoB 2	Orta	Etkin	Dahil edildi
Ahmed vd., 2015	ABD	RKÇ	RoB 2	Yüksek	Etkin	Dahil edildi
Khan vd., 2023	ABD	RKÇ	RoB 2	Yüksek	Etkin	Dahil edildi
Wang vd., 2024	Çin	RKÇ	RoB 2	Orta	Etkin	Dahil edildi
Ahmed vd., 2016	ABD	RKÇ	RoB 2	Düşük	Etkin	Dışlandı
Du vd., 2017	Çin	Sistematik Derleme	AMSTAR-2	Yüksek	Belirsiz	Dışlandı
Muralidharan & Fenton, 2006	İngiltere	Sistematik Derleme	AMSTAR-2	Yüksek	Belirsiz	Dışlandı
Rambling vd., 2016	İngiltere	Sistematik Derleme	AMSTAR-2	Yüksek	Belirsiz	Dışlandı
Välimäki vd., 2024	Finlandiya	Sistematik Derleme	AMSTAR-2	Yüksek	Belirsiz	Dışlandı
Darmedru vd., 2017	Fransa	Sistematik Derleme	AMSTAR-2	Yüksek	Etkin	Dahil edildi
Gaynes vd., 2017	ABD	Sistematik Derleme	AMSTAR-2	Yüksek	Etkin değil	Dışlandı
Fernández-Costa vd., 2020	İspanya	Sistematik Derleme	AMSTAR-2	Yüksek	Etkin	Dahil edildi
Kernaghan & Hurst, 2023	İngiltere	Kontrol Grupsuz Ön Test-Son Test Yarı Deneysel Çalışma	NIH Quality Assessment Tool For Before-After Study With No Control Group	Düşük	Etkin	Dışlandı
Välimäki vd., 2022	Finlandiya	RKÇ	RoB 2	Orta	Etkin değil	Dışlandı
Hvidhjelm vd., 2016	Danimarka	RKÇ	RoB 2	Yüksek	Belirsiz	Dışlandı
Hamann vd., 2020	Almanya	RKÇ	RoB 2	Orta	Etkin değil	Dışlandı

RKÇ: Randomize Kontrollü Çalışma, RoB 2: revised tool for Risk of Bias in randomized trials, AMSTAR-2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both, MINORS: The Methodological Index for Non-randomized Studies, NIH: The National Institutes of Health

Tablo 2.3. Sistematik gözden geçirilen çalışmalara ilişkin bilgiler

Yazar	Örneklem	Ölçüm Araçları	Müdahaleler	Sonuçlar
Hsu & Ouyang, 2021	20-65 yaş aralığında, 2 yıl ≥ süredir şizofreni tanısı almış 60 hasta Deney grubu: 30, Kontrol grubu: 30	Bilişsel Başarısızlıklar Anketi (CFQ) Rasyonel-Deneyimsel Envanter (REI) Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS-20) Atıf Anketi (AQ) Değiştirilmiş Açık Agresyon Ölçeği (MOAS) Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (AGQ) Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)	Deney Grubu: Bütünleşik Bilişsel Tabanlı Şiddet Müdahale Programı Şizofren hastalarında saldırgan davranışları bilişsel ve duygu düzenleme becerilerini geliştirerek azaltmak için her biri 1-1,5 saatten oluşan 4 modüllük müdahale programı. Her modül giriş, uygulama, tartışma/geri bildirim oturumlarından oluşur. Bilişsel kapasiteyi (işleme hızı, uyarıcı durumlarda bilişsel kontrol), temel duyguları tanımayı, çevresel uyaranların manipülasyonunu ve bilişsel esnekliği, problem çözmeyi, gerçekleri ve varsayımları ayırt etmeyi, kişisel özelliklerin saldırgan olaylara yol açmasını önlemeyi, iletişim ve dürtü kontrol becerilerini geliştirmeye yardımcı olmayı geliştirmek için bireysel stratejiler geliştirmeye odaklanır. Rol yapma, günlük hayata aktarma egzersizleri yapılır. Kontrol Grubu: Olağan Tedavi ve Bakım (standart ilaç, grup/bireysel terapi, vaka yönetimi, vb.)	Müdahale, kontrol grubuna kıyasla dürtüselliği, saldırganlığı, öfkeyi, fiziksel saldırganlığı, şüpheciliği ve düşmanlığı önemli ölçüde azalttı ($p < 0,05$); sözlü saldırganlığı etkilemedi ($p > 0,05$); pozitif semptomları, genel psikopatolojiyi ve toplam semptom şiddetini azalttı ($p < 0,05$); bilişsel hataları, rasyonel düşünmeyi, aleksitimiyi ($p = 0,001$) ve duygu düzenlemesini ($p < 0,05$) iyileştirdi. Deneysel müdahale şizofreni hastalarında saldırganlığı, klinik semptomları, bilişsel işlevleri ve duygu düzenlemesini olumlu yönde etkiledi.

Tablo 2.3. (devam). Sistematik gözden geçirilen çalışmalara ilişkin bilgiler

Hsu & Ouyang, 2022	65 yaş altı 2 yıl $\geq$ süredir şizofreni tanısı almış 43 hasta Deney grubu: 21, Kontrol grubu: 22	Rasyonel-Deneyimsel Envanter (REI) Değiştirilmiş Açık Agresyon Ölçeği (MOAS) Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (AGQ) Uyarlanmış Sosyo-Ahlaki Yansıma Ölçümü (SRMAV) Çok Boyutlu Etik Ölçeği (MES) Rahim Örgütsel Çatışma Envanteri-II (ROCI-II) On Maddeli Kişilik Envanteri (TIPI)	Deney Grubu: Ahlaki Muhakeme Geliştirme Müdahalesi (MRDI) Ahlaki muhakeme, öfke yönetimi stratejileri, problem çözme ve sosyal beceri bileşenlerini içeren 1-1,5 saatlik seanslar içerir. Öfke, öfke yönetimi, dürtüsellik, duygu düzenleme, hastaların kişilerarası ilişkilere ilişkin anlayışlarını artırma, sosyal beceriler ve empati gibi ahlaki muhakeme için gerekli becerileri sağlamak için rol yapma (örneğin, uygun dil kullanma, bir talebi kabul etme veya reddetme, birini eleştirme, eleştiriye yanıt verme, kendi fikrini ifade etme) ve diğer öğretim teknikleri kullanılır. Kontrol Grubu: Olağan Tedavi ve Bakım (standart ilaç, grup/bireysel terapi, vaka yönetimi, vb.)	Müdahale, kontrol grubuna kıyasla ahlaki muhakeme, etik değerlendirme, rasyonel düşünme stili, uzlaşmacı çatışma yönetimi ve kişilik özelliklerini (duygusal istikrar, vicdanlılık, deneyime açıklık, uyumluluk) olumlu yönde etkiledi. Saldırganlığı, şüphesizliği ve düşmanlığı azalttı ($p < 0,001$); ancak sözel agresyon üzerinde hiçbir etkisi olmadı ($p=0,406$). Genel agresyon puanları deney grubunda önemli ölçüde azaldı ($p<0,001$); kontrol grubunda değişmedi.
Hvidhjelm vd., 2022	28-35 yaş aralığındaki şizofreni, şizotipal veya sanrısız bozukluk tanısı almış, agresyon riski taşıyan adli psikiyatri servisinde yatan 136 hasta Deney grubu: 42, Kontrol grubu: 94	Revize Personel Agresyon Gözlem Ölçeği (SOAS-R) Broset Broset Şiddet Listesi (BVC)	Deney Grubu: Kısa Dönemli Risk ve Tedavi Edilebilirlik Değerlendirmesi 20 maddelik profesyonel değerlendirme aracı riskleri (başkalarına karşı agresyon, kendine zarar verme, intihar, kaçış, kendini ihmal etme, madde bağımlılığı, başkaları tarafından ihmal-istismar) ve durumları (içgörü, tutum, duygudurum, duygulanım, madde kullanımı, dürtü kontrolü, tedavi edilebilirlik, planlar, dış tetikleyiciler, sosyal destek, finansal kaynaklar, ilişkiler, sosyal ve mesleki beceriler, eğlence aktiviteleri, kurallara uyma, başa çıkma, bakım, davranış) değerlendirmek için yapılandırılmıştır. Araç her hasta için 30 dakikalık START değerlendirmesinde kullanılır. Kontrol Grubu: START değerlendirmesine tabi tutulmayan hastalar	Çalışmada toplam 5 yıllık hasta değerlendirme verileri incelendi. Deney grubunda mekanik kısıtlama kullanım oranı kontrol grubuna göre %82 daha düşük ($p<0,01$); mekanik kısıtlamanın süresi %99 daha kısa ($p<0,01$); toplam kısıtlayıcı müdahaleler (fiziksel kısıtlama, zorunlu ilaç, gözlem, mekanik kısıtlama) deney grubunda %63 daha azdı ($p < 0,01$). BVC skorunun >2 olması (yüksek agresyon riski) deney grubunda %36 daha düşüktü ($p = 0,01$).

Tablo 2.3. (devam). Sistematik gözden geçirilen çalışmalara ilişkin bilgiler

Bhat vd., 2020	20-60 yaş aralığında şizofreni tanısı almış 100 hasta Deney grubu: 50, Kontrol grubu: 50 Koşullar rastgele olmayan bir şekilde deney ve kontrol gruplarına ayrılmıştır.	Hasta Personeli Çatışma Kontrol Listesi (PSCC)	Deney Grubu: Ortam Terapisi 15 gün boyunca uygulanan çevresel değişiklik, koşulların yapılandırılması, hasta ile etkili etkileşim, bakım verenlere hastanın çatışma davranışlarını yönetme konusunda eğitim verilmesi müdahaleleri yapıldı. Kontrol Grubu: Rutin tedaviler ve hemşirelik bakımı (ilaç yönetimi, bireysel psikoeğitim, günlük yaşam aktivitelerine yönelik bakım, eğlence ve dikkat dağıtıcı aktiviteler vb.)	Deney grubunda agresyon, kendine zarar verme ve genel kural ihlali davranışlarında istatistiksel olarak anlamlı azalmalar vardı ($p<0,001$). Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, deney grubundaki hastalar 15 gün sonra daha az agresyon, kendine zarar verme ve kural ihlali sergilediler ($p<0,001$).
Kayo vd., 2020	Tedaviye dirençli şizofreni tanısı alan ve ciddi negatif semptomları olan 62 hasta Deney grubu: 29, Kontrol grubu: 33	Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI) Sosyal Beceriler Envanteri (SSI)	Deney Grubu: Sosyal Beceri Eğitimi (SST) Müdahalede 20 hafta boyunca her biri 60 dakika süren gevşeme egzersizleri, ödev incelemesi, rol yapma aktiviteleri, hastalardan geri bildirim ve ödev verilmesinden oluşan 20 seans uygulandı. Kontrol Grubu: Aynı süre boyunca SST aktiviteleri olmadan hastaların sorularını dinleme ve cevaplama seansları.	Deney grubunda agresyon kontrolünde iyileşme gözlemlendi (20. Hafta $d=0,445$, takip $d=0,682$). Deney grubunda negatif semptom puanlarında anlamlı bir iyileşme yoktu ($p=0,162$). Gruplar arasında negatif semptom puanlarında fark yoktu ($p=0,864$).
Celofiga vd., 2022	Altı hastanedeki on iki akut psikiyatri servisi rastgele deney ve kontrol gruplarına atandı. Çalışmaya toplam 6.401 hasta dahil edildi. Deney grubu: 3 hastane, Kontrol grubu: 3 hastane	Revize Personel Agresyon Gözlem Ölçeği (SOAS-R) Fiziksel kısıtlama sayılarının (hasta sayısı, kısıtlama sayısı, kısıtlama süresi) kaydedilmesi	Deney Grubu: Personel için sözlü ve sözsüz gerginliği azaltma teknikleri (psikiyatrik bozukluğu olan kişilerde saldırgan davranış, iletişim yöntemleri, gerginliği azaltma, gerginliği azaltmak için güvenli bir ortam oluşturma, sözsüz gerginliği azaltma teknikleri, sözlü gerginliği azaltma teknikleri, kaçınılacak davranışlar) konusunda eğitim 16 saatlik eğitim ve 5 ay süren takip yapıldı. Kontrol Grubu: Personel eğitilmemiştir.	Deney grubunda, müdahaleden sonra 100 tedavi günü başına saldırgan olayların, şiddetli saldırgan olayların ve fiziksel kısıtlamaların görülme oranları önemli ölçüde azaldı. Deney grubunda saldırgan olayların görülme oranları kontrol grubuna kıyasla %73 daha düşüktü (IRR = 0,268, %95 CI [0,221; 0,342]). Deney grubunda agresyon nedeniyle fiziksel kısıtlamaların görülme oranları kontrol grubuna kıyasla %30 daha düşüktü (IRR = 0,304, %95 CI [0,238; 0,386]). Agresyonla ilgisi olmayan nedenlerle uygulanan kısıtlamaların görülme oranında bir azalma gözlenmedi. Müdahaleden sonra agresif olayların şiddetinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma ($p<0,001$) gözlemlendi, ancak kısıtlama müdahalelerinin ortalama süresi azalmadı.

Tablo 2.3. (devam). Sistematik gözden geçirilen çalışmalara ilişkin bilgiler

Ahmed vd., 2018	Şizofreni veya şizoaffektif bozukluk tanısı almış 28 hasta Deney grubu: 14, Kontrol grubu: 14	Olumlu ve Olumsuz Duygulanım Ölçeği (PANAS) Açık Agresyon Ölçeği (OAS) Uluslararası Duygusal Resim Sistemi (IAPS) MATRICES Konsensüs Bilişsel Bataryası (MCCB) Gözlerden Zihni Okuma Testi Penn Duygu Tanıma Görevi (ER-40) Yap/Yapma Görevi Duygusal Durdurma Sinyali Görevi Nokta Çıkarma Agresyon Paradigması (PSAP) Taylor Agresyon Paradigması (TAP)	Deney Grubu: Bilişsel İyileştirme Eğitimi + Sosyal Biliş Eğitimi (CRT+SCT) (36 saat) Kontrol Grubu: Sadece Bilişsel İyileştirme Eğitimi (CRT)	Her iki grup da bilişsel iyileşme gösterdi, iyileşme CRT+SCT grubunda biraz daha fazlaydı (Cohen'in $d = 0,22$). Her iki grup da agresyonda azalma gösterdi ama grupların birbirlerinden üstünleri yoktu. CRT+SCT grubu duygu tanımada (Cohen'in $d = 0,21$) ve zihinsel eşirmede (Cohen'in $d = 0,39$) daha fazla gelişme gösterdi. Her iki grup da olumsuz duygulanımda azalma gösterdi (Cohen'in $d = -0,48$), ama bu azalma CRT+SCT grubunda daha fazlaydı (Cohen'in $d = -0,24$). CRT+SCT grubu (Cohen'in $d = -1,74$) Yap/Yapma görevinde kontrol grubuna kıyasla (Cohen'in $d = 0,49$) daha fazla dürtü kontrolü gösterdi. Duygu düzenleme görevi ilgili beyin bölgelerini harekete geçirdi.
-----------------	---	---	---	---

Tablo 2.3. (devam). Sistematik gözden geçirilen çalışmalara ilişkin bilgiler

Ahmed vd., 2019	Şizofreni veya şizoaffektif bozukluk tanısı almış ve agresyon öyküsüne sahip 90 hasta Deney grubu: 45, Kontrol grubu: 45	Açık Agresyon Ölçeği (OAS) Nokta Çıkarma Agresyon Paradigması (PSAP) Taylor Agresyon Paradigması (TAP) Yap/Yapma Görevi Agresyon Yaşamı Öyküsü (LHA) Uluslararası Duygusal Resim Sistemi (IAPS) Olumlu ve Olumsuz Duygulanım Ölçeği (PANAS) Duygu düzenleme kapasitesiyle ilgili veriler (kalp atış hızı, solunum ve deri iletkenliği)	Deney Grubu: Bilişsel İyileştirme Eğitimi + Sosyal Biliş Eğitimi (CRT+SCT) (36 saat) Kontrol Grubu: Sadece Bilişsel İyileştirme Eğitimi (CRT)	Her iki grup da negatif duygulanımda azalma gösterdi, fakat gruplar arası fark küçüktü. Her iki grup da kalp hızı değişkenliğinde ve cilt iletkenliğinde azalma gösterdi, fakat gruplar arası fark küçüktü (Cohen'in $d=-0,83$). Her iki grup da Yap/Yapma Görevi'nde dürtü kontrolünde iyileşme gösterdi ($d=-1,74$), CRT+SCT grubu kontrol grubuna kıyasla biraz daha fazla iyileşme gösterdi ($d=0,27$). Her iki grup da TAP, PSAP ve OAS'de agresyonda azalma gösterdi ($p<0,05$). CRT+SCT grubu TAP ve OAS'de biraz daha iyi performans gösterdi. Negatif duygulanım, dürtü kontrolü ve agresyon ölçümleri arasında ilişkiler vardı.
-----------------	--	--	---	---

Tablo 2.3. (devam). Sistematik gözden geçirilen çalışmalara ilişkin bilgiler

Ahmed vd., 2017	Şizofreni veya şizoaffektif bozukluk tanısı almış 24 hasta Deney grubu: 12, Kontrol grubu: 12	Açık Agresyon Ölçeği (OAS) MATRICES Konsensüs Bilişsel Bataryası (MCCB) Gözlerden Zihni Okuma Testi Penn Duygu Tanıma Görevi (ER-40) Olumlu ve Olumsuz Duygulanım Ölçeği (PANAS) Uluslararası Duygusal Resim Sistemi (IAPS) Yap/Yapma Görevi Duygusal Durdurma Sinyali Görevi Nokta Çıkarma Agresyon Paradigması (PSAP) Taylor Agresyon Paradigması (TAP)	Deney Grubu: 24 saatlik Bilişsel İyileştirme Eğitimi + 12 saatlik Sosyal Biliş Eğitimi (CRT+SCT) (36 saat) Kontrol Grubu: 24 saatlik Bilişsel İyileştirme Eğitimi (CRT) ve 12 saat sıradan bilgisayar aktiviteleri	Agresyon: Açık Agresyon Ölçeği (OAS) ($d=-0,98$) ve Nokta Çıkarma Agresyon Paradigması (PSAP) ($d=-0,39$) ile ölçüldüğünde agresyon olaylarında bir azalma görüldü. Deney ve kontrol grupları arasında agresyondaki azalmada minimal farklar vardı. Biliş: Her iki bilişsel eğitim grubu da başlangıç seviyesine göre ($d=0,78$) bilişsel becerilerde iyileşmeler gösterse de CRT+SCT grubu bilişsel beceri puanlarında ($d=0,22$) daha büyük iyileşmeler gösterdi. Duygu Tanıma: Her iki grup da başkalarındaki yüz ifadelerini tanıma yeteneklerinde ($d=1,26$) ve zihinsel eştirme kapasitelerinde ($d=1,27$) iyileşmeler gösterdi. Deney grubu başkalarındaki yüz ifadelerini tanıma yeteneklerinde ($d=0,21$) ve zihinsel eştirme kapasitelerinde ($d=0,39$) daha büyük iyileşmeler gösterdi. Duygu Düzenleme: Her iki grup da PANAS negatif duygulanım puanlarında başlangıç seviyesine göre düşüşler gösterse de ($d=-0,48$), düşüşler deney grubunda daha fazlaydı ($d=-0,24$). Dürtüsellik: Her iki grup da dürtüsellikte düşüşler gösterdi ($d=-1,74$). Düşüşler deney grubunda kontrol grubundan daha fazlaydı ($d=0,49$), bu da deney grubunun dürtü kontrolünde daha fazla iyileşme gösterdiğini göstermektedir.
-----------------	---	---	--	--

Tablo 2.3. (devam). Sistematik gözden geçirilen çalışmalara ilişkin bilgiler

Ahmed vd., 2015	Şizofreni tanısı almış adli psikiyatri servisinde ve psikiyatri servisinde yatan 78 hasta. 15 hasta çalışmayı tamamlamamış. Deney grubu: 37, Kontrol grubu: 26	Wechsler Kısaltılmış Zekâ Ölçeği (WASI-II) MATRICES Konsensüs Bilişsel Bataryası (MCCB) Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) Açık Agresyon Ölçeği (OAS) Performansa Dayalı Beceri Değerlendirmesi (UPSA) Maryland Ciddi Ruhsal Hastalıklarda İyileşme Değerlendirmesi Ölçeği (MARS)	Deney Grubu: Bilgisayar tabanlı bilişsel iyileştirme egzersizleri ve bilişsel becerilere odaklanan köprü grup tartışmaları. Bilişsel beceriler ve günlük aktivitelerle, mesleki/egitimsel ilgi alanlarıyla, sosyal etkileşimlerle ve yaşam hedefleriyle ilgili bilişsel beceriler. Köprü oturumları ayrıca günlük olarak bilişsel eksiklikleri telafi etmek için stratejileri tartışmaya ve uygulamaya odaklanır (50 saat). Kontrol Grubu: Bilgisayar oyunları ve sağlıklı davranış tartışmaları (50 saat).	Deney grubu, kontrol grubuna kıyasla dikkat, çalışma belleği, sözel öğrenme ve genel bilişsel işlevlerde daha fazla gelişme gösterdi ($p<0,05$). Deney grubu, kontrol grubuna kıyasla daha düşük negatif ve heyecan/aktivasyon semptomları gösterdi ($p<0,05$). Deney grubu, UPSA'nın aktarma ve planlama/anlama alanlarında kontrol grubundan daha iyi performans gösterdi. Deney ve kontrol grupları arasında deneyimsel gelişme açısından bir fark yoktu. Deney grubu, sözel ve fiziksel saldırganlığın sıklığında daha fazla azalma gösterdi ($p<0,001$). Kendine veya nesnelere yönelik agresyon bir değişiklik olmadı. Bilişsel gelişmedeki değişiklikler, sözel ($r=0,36$, $p=0,001$) ve fiziksel agresyonda ($r=0,23$, $p=0,039$) azalmalarla ilişkilendirildi.
Wang vd., 2024	18-60 yaş aralığındaki şizofreni tanılı ve yüksek agresyon puanına sahip 80 hasta Deney grubu: 40, Kontrol grubu: 40	Değiştirilmiş Açık Agresyon Ölçeği (MOAS) Uykusuzluk Şiddeti Endeksi (ISI) Pittsburgh Uyku Kalitesi Endeksi (PSQI) Psikotik Semptom Değerlendirme Ölçekleri (PSYRATS) Kaygı Duyarlılığı İndeksi (ASI)	Deney Grubu: Standart ilaç ve bakımla birlikte haftada 2 kez toplam 8 seanstan oluşan bilgisayar destekli bilişsel eğitim (giriş uygulaması, algısal eğitim, dikkat eğitimi, hafıza eğitimi, mantıksal hesaplama eğitimi, bilişsel esneklik eğitimi ve duyu yönetimi eğitimi) ve uyku davranışı müdahalesi (yatakta geçirilen süreyi sınırlama, sadece yatakta uyuma ve günlük gevşeme egzersizleri) Kontrol Grubu: Standart ilaç tedavisi ve bakım.	Her iki grupta da saldırgan davranışlar, uyku kalitesi, psikotik semptomlar ve anksiyete düzeylerinde iyileşme olduğu görüldü ($p<0,05$). Ancak, deney grubu sözel agresyon, eşyalara saldırma ve başkalarına fiziksel saldırı açısından kontrol grubundan daha fazla iyileşme gösterdi ($p=0,000$). Uyku kalitesi, PSQI toplam puanı, sanırlar ve anksiyete düzeylerindeki iyileşme deney grubunda daha belirgindi.

Tablo 2.3. (devam). Sistematik gözden geçirilen çalışmalara ilişkin bilgiler

Ahmed vd., 2016	Şizofreni veya şizoaffektif bozukluk tanısı almış 78 hasta. Hastaların suç işleyenler ve işlemeyenler, deney grubu, kontrol grubu olarak ayrıldığını söylüyor fakat gruplar net olarak açıklanmıyor.	Wechsler Kısaltılmış Zekâ Ölçeği (WASI-II) MATRICS Konsensüs Bilişsel Bataryası (MCCB) Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) Açık Agresyon Ölçeği (OAS)	Deney Grubu: Bilgisayar tabanlı bilişsel iyileştirme (sırasıyla Posit Science Brain Fitness Program 2.0 ve Insight'tan sesli ve görsel eğitim aktiviteleri) (50 saat). Kontrol Grubu: Bilgisayar oyunu (50 saat).	Tüm örnekleme, çalışma belleği, sözel öğrenme ve genel biliş, PANSS heyecan/ajitasyon faktörü ve agresyon olaylarıyla küçük ila orta düzeyde ilişkiye sahipti. Deney grubuna atanan bireyler, PANSS heyecan/ajitasyon faktöründe daha büyük azalmalar gösterdi. Deney grubunun, tedavi sonrası üç haftalık aşamada daha az sözel ve fiziksel agresyon olayı yaşadığı bulundu. Çalışmada hiçbir sayı, değer veya aralık verilmedi.
Du vd., 2017	Psikozda agresyon veya ajitasyonu azaltmak için gerilimi azaltma tekniklerini kullanan 2016'ya kadar yapılan ve gözden geçirilen 345 çalışmadan, sadece 1'i dahil edildi, incelendikten sonra randomize kontrollü bir çalışma olmadığı için hariç tutulduğu raporlandı.	PRISMA (Sistematik İncelemeler ve Meta-Analizler için Tercih Edilen Raporlama Öğeleri) kullanılmamıştır. PICO (Patient, Intervention, Comparison, Outcomes) verilmiştir.	Psikozun neden olduğu agresyon veya ajitasyon için gerilimi azaltma teknikleri incelendi. Sözlü iletişim teknikleri, beden dilinin kullanımı, önleme ve tanıma stratejileri (risk değerlendirme araçları), personelin tutumları, bilgi ve becerileri, hastaların takip edeceği sınırların belirlenmesi, saldırganlığın yönetimi için çevrenin düzenlenmesi (ışık, gürültü, konuşmaların en aza indirilmesi vb.)	Psikozun neden olduğu agresyon veya ajitasyonu olan kişilerde gerilimi azaltma tekniklerinin kullanılması iyi klinik uygulama olarak kabul ediliyor gibi görünmektedir ancak randomize çalışmalardan elde edilen kanıtlarla desteklenmemektedir.
Muralidharan & Fenton, 2006	Ciddi / kronik psikiyatrik hastalık ve psikotik bozukluğa sahip, yatarak tedavi ve bakım gören, kendilerine veya başkalarına zarar verme riski taşıyan hastalarda kontrol altına alma stratejilerini inceleyen 1997-2006 arasında yapılan 2808 çalışmadan 6'sı kanıt incelemesine alındı, hepsi dışlandı. Randomize değillerdi veya nonfarmakolojik yöntemlere odaklanmadılar.	PRISMA (Sistematik İncelemeler ve Meta-Analizler için Tercih Edilen Raporlama Öğeleri) kullanılmamıştır. PICO (Patient, Intervention, Comparison, Outcomes) verilmiştir.	Sınırlama stratejileri, gözlem seviyelerinde veya personel-hasta oranlarında değişiklikler, kapalı/kilitli servisler, gerginliği azaltma teknikleri, davranışsal sözleşmeler ve standart bakım müdahaleleri	İncelenen hiçbir çalışma ciddi psikiyatrik hastalığı olan kişilerde agresyonu veya kendine zarar vermeyi kontrol altına almak için farmakolojik olmayan yöntemlere odaklanmadı. Rahatsız edici veya agresif davranışların kontrol altına alınmasına yönelik mevcut farmakolojik olmayan yaklaşımlar, kontrollü çalışmalardan elde edilen kanıtlarla desteklenmemektedir.
Rampling vd., 2016	Ciddi / kronik psikiyatrik hastalık (özellikle psikoz ve/veya kişilik bozukluğu) olan kişilerde agresyonun (fiziksel, sözel, agresif tutumlar) tekrarını azaltmaya yönelik farmakolojik olmayan müdahalelerin değerlendirilmesi için 15610 çalışma gözden geçirilmiş, elenenlerin ardından 23 çalışma incelemeye alınmış.	PRISMA (Sistematik İncelemeler ve Meta-Analizler için Tercih Edilen Raporlama Öğeleri)	Bilişsel Davranışçı Terapi, Muhakeme ve Rehabilitasyon Programı, Diyalektik Davranış Terapisi, Gelişmiş Düşünme Beceriler, Öfke/ Agresyon Odaklı Terapi, Şema Terapi, Hayvan Destekli Terapi, Yapılandırılmış risk değerlendirmesi	Erkek hastalar için Bilişsel Davranışçı Terapi veya Muhakeme ve Rehabilitasyon Programı'na yönelik kısa/orta vadeli agresyonda azalma olduğuna dair bazı kanıtlar var, ama yeterli değil. Sadece kadınları inceleyen iki çalışma var, ikisi de müdahalelerin etkililiğine dair ikna edici kanıtlar sunmuyor.

Tablo 2.3. (devam). Sistematik gözden geçirilen çalışmalara ilişkin bilgiler

Välimäki vd., 2024	Şizofreni hastalarında agresif veya şiddet içeren davranışların değerlendirilmesi için standart profesyonel bakıma eklenen yapılandırılmış risk değerlendirme yöntemlerini standart profesyonel bakımla karşılaştıran tüm randomize kontrollü araştırmalar dahil edildi. Bazı çalışmalarda dahil edilen katılımcı sayısı, bazılarında ise yalnızca hasta günleri belirtildiği için toplam katılımcı sayısı belirlenemedi.	PRISMA (Sistematik İncelemeler ve Meta-Analizler için Tercih Edilen Raporlama Öğeleri)	Yapılandırılmış Risk Değerlendirmesi	Bir çalışma, şiddetli agresyon olaylarının oranıyla ölçülen, agresif/şiddet içeren davranışlarda standart profesyonel bakıma göre yapılandırılmış risk değerlendirmesinin olumlu bir etkisi olmasını muhtemel olarak raporladı (RR 0,59, %95 GA 0,41 – 0,85). Bir çalışma, standart profesyonel bakımla karşılaştırıldığında yapılandırılmış risk değerlendirmesinin, tecrit odasının gün olarak kullanımını azaltma (RR 0,92, %95 GA 0,27 – 3,07; N = 20; düşük kanıt) üzerinde çok az etkisi olabilir veya hiç etkisi olmayabilir olarak raporladı.
Darmedru vd., 2017	Şizofrenide şiddet içeren ve agresif davranışların yönetiminde bilişsel iyileştirmenin ve sosyal bilişsel eğitimin etkinliğinin sistematik bir incelemesinde 604 çalışma gözden geçirilmiş, 11 çalışma dahil edilmiş.	PRISMA (Sistematik İncelemeler ve Meta-Analizler için Tercih Edilen Raporlama Öğeleri)	Bilişsel İyileştirme Eğitimi, Sosyal Bilişsel Eğitim	Sonuçlar, bu programların agresif tutumların ve fiziksel agresif olayların kontrolü ve azaltılması üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğunu gösterdi. Terapötik hedefler, kişilerarası ilişkilerin ve dürtüsellik özelliğinin iyileştirilmesi yoluyla sırasıyla sosyal biliş ve yürütücü işlevlerdi.
Gaynes vd., 2017	Tecrit ve tespit kullanımını azaltmaya yönelik müdahaleler de dahil olmak üzere, akut bakım ortamlarındaki psikiyatri hastalarında agresif davranışların önlenmesi ve azaltılmasına yönelik stratejilerin etkinliğini karşılaştırmak için 1991-2016 arasında yapılan 17 çalışma dahil edildi.	PRISMA (Sistematik İncelemeler ve Meta-Analizler için Tercih Edilen Raporlama Öğeleri) kullanılmamıştır. PICO (Patient, Intervention, Comparison, Outcomes) verilmiştir.	Müdahaleler beş kategoriye ayrıldı: personel eğitimi, risk değerlendirmesi, çok modelli programlar, çevresel veya grup psikoterapötik müdahaleleri, ilaç protokolleri.	Çalışmaların hepsinin kanıt gücü düşüktü. Risk değerlendirme müdahaleleri; agresyonu önleme, tespit ve tecrit kullanımını azaltma konusunda fayda sağladı ama düşük kanıt sundu. Kişilerarası iletişim konusunda personel eğitimi; daha az tecrit ve tespit kullanımı sağladı ama düşük kanıt sundu.
Fernández-Costa vd., 2020	Psikiyatri hastalarında ajitasyon veya saldırganlığın yönetiminde mekanik kısıtlamaların kullanımına alternatifler yöntemleri değerlendirmek için 21 çalışma incelendi.	PRISMA (Sistematik İncelemeler ve Meta-Analizler için Tercih Edilen Raporlama Öğeleri)	Personel eğitimi, risk değerlendirmesi, agresif olayların kaydının tutulması, psikososyal ve davranışsal terapiler, hastanın kararlara katılımı, kapalı veya açık klinik olması, Güvenli Servisler, katılım modeli, 6 Temel Strateji Modeli,	Gerginliği azaltma teknikleri, risk değerlendirmesi ve “altı temel strateji” veya “Güvenlik Hizmetleri” programının uygulanması konusunda eğitim, saldırgan davranışları ve zorlayıcı önlemlerin kullanımını azaltmaya yönelik en çok değerlendirilen ve etkili müdahalelerdi.

Tablo 2.3. (devam). Sistematik gözden geçirilen çalışmalara ilişkin bilgiler

Kernaghan & Hurst, 2023	6 ay boyunca ayda ortalama 21.3 şiddet ve agresyon olayı bildiren bir erkek akut psikiyatri servisi. Hem hastaları hem de personeli kapsayan, vaka sayısına dayalı bir kalite iyileştirme müdahalesi yapılmıştır, katılımcı sayısı verilmemiştir.	Birincil sonuç ölçütü: Şiddet ve saldırgan davranış olaylarının sayısı Süreç ölçütleri: Güvenli Servisler eğitimini tamamlayan personelin yüzdesi, Güvenli Servisler müdahalelerinin elektronik notlara kaydedilmesi Denge ölçütleri: Personelin koğuş güvenliği değerlendirmeleri, kısıtlayıcı uygulama oranları	İki müdahale test edildi: Güvenli Servisler Eğitim Paketi: Personel, dört güvenlik müdahalesini (sakinleştirme teknikleri, konuşma, yumuşak sözler, kötü haber yönetimi) kapsayan bir saatlik eğitim aldı. Güvenlik Çarpıları: Serviste şiddet/saldırgan davranış olaylarının olduğu günler kırmızıyla, olmadığı günler ise yeşille işaretlendi. Ayrıca son olaydan bu yana kaç gün geçtiğini gösteren bir kutu da vardı.	Başlangıçta haftada ortalama 2,5 şiddet/ agresyon olayı vardı, ancak projenin sonunda bu sayı 2,0'a düştü (%20 azalma). Kaydedilen Güvenli Servisler müdahalelerinde artış oldu (başlangıçta 2,9'dan sonunda 5,4'e). Personelin kendini güvende hissetme oranı %7'den %27'ye çıktı. Kısıtlayıcı uygulamalarda bir değişiklik olmadı.
Välimäki vd., 2022	2658 hemşire ve koğuş rastgele seçildi. Deney grubu: 13 koğuş, 1410 hemşire, Kontrol grubu: 15 koğuş, 1248	Geriye dönük hastane kısıtlama kayıtları İleriye dönük kısıtlama kayıtları Küresel Değerlendirme Ölçeği (GAS) Hasta Memnuniyeti Anketi (CSQ-8) Yaşam Kalitesi, Keyif ve Memnuniyet Anketi (Q-LES-Q)	Deney Grubu: Eğitim (psikiyatrik bakımda şiddeti ve baskıyı azaltmak için kanıta dayalı yöntemler, kanıta dayalı karar alma, farklı uygulama stratejileri, klinik uygulamada değişiklik ihtiyaçlarını belirleme ve analiz etme, klinik uygulamada değişiklikleri kolaylaştırma, klinik uygulamada değişiklikleri değerlendirmek için sonuç ölçümleri, kanıta dayalı uygulama için olumlu bir kültür oluşturma) (8 ay eğitim, 10 ay takip) Kontrol Grubu: Rutin tedavi ve bakım	Tecrit odalarının kullanımı müdahale grubunda %15,1'den %14,3'e düşerken, kontrol grubunda %13,9'dan %18,7'ye yükseldi (p=0,003). İki grup arasında fiziksel kısıtlama sıklığı, fiziksel olarak kısıtlanan hastaların oranı veya olay başına düşen süre açısından fark yoktu (p=0,34, p=0,22, p=0,13). Eğitim müdahalesinin hasta tecritinin sıklığındaki değişim üzerinde sınırlı bir etkisi vardı, zorla enjeksiyon kullanımı ise deney grubunda önemli ölçüde arttı (p<0,001). Fonksiyonel kapasite (VAS) (p=0,18), tedavi memnuniyeti (CSQ-8) (p=0,03) veya yaşam kalitesi (Q-LES-Q) (p=0,03) açısından fark yoktu.
Hvidhjelm vd., 2016	Karma hasta popülasyonu, çoğunlukla şizofreni tanısı almış 2.030 hasta Deney grubu: 7 koğuş, toplam 519 hasta, Kontrol grubu: 8 koğuş, toplam 595 hasta	Agresyon Gözlem Kısa Formu (AOS) Bröset Şiddet Listesi (BVC)	Deney Grubu: BVC kullanımıyla ilgili eğitim koğuşlarda sağlandı ve her vardiyada tüm hastalar için BVC puanlaması yapıldı. (3 aylık başlangıç aşaması, eğitim ve müdahale dönemi, 3 aylık takip dönemi, toplam 52 hafta) Ek olarak kullanılan yöntemler şunlardı: Hastayla konuşma (%87,5), sınır koyma (%30,2), hastayı izole etme (%26,2), ilaç önerme (%23,7), hastayı kendi odasında izole etme (%19,0), psikiyatrist (%8,5), fiziksel aktivite (%7,6), zorla ilaç verme (%4,3), kemer sabitleme (%2,4), diğer (%1,7), artırılmış gözlem (%1,6), müdahale yok (%5,7) Kontrol Grubu: Rutin tedavi ve bakım	Ana sonuç agresyon riskinde %45'lik bir azalmaydı, ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi (Odds Ratio 0.55, %95 CI 0.21-1.43). Deney grubunda 1 veya daha yüksek BVC puanına sahip 1.735 kayıt vardı. En yaygın önleyici müdahale hasta ile konuşmaktı. Yapılandırılmış bir risk değerlendirme aracının (BVC) kullanımının istatistiksel olarak anlamlı olmasa da agresyon sıklığını azaltmaya katkıda bulunabileceği sonucuna varıldı.

Tablo 2.3. (devam). Sistematik gözden geçirilen çalışmalara ilişkin bilgiler

Hamann vd., 2020	18-65 yaş aralığında şizofreni veya şizoaffektif bozukluk tanısı almış belirlenen 4 psikiyatri hastanesinin 12 akut psikiyatri servisinde yatan 305 hasta Deneyel grubu: 122, Kontrol grubu: 120	Değiştirilmiş Açık Agresyon Ölçeği (MOAS) Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI) Özerklik Tercih Endeksi MacArthur Kabul Deneyimi Anketi Birchwood İlgörü Ölçeği Ortak Karar Verme Anketi (SDM-Q-9) Hasta Memnuniyet Anketi (ZUF 8) İlaç Uyumu Derecelendirme Ölçeği (MARS)	Deney Grubu: Hasta ile ortak karar alma – personel ve hasta eğitimi, ortak karar alma tekniklerinin öğretimi (SDM-PLUS), hastanede yatış süresince en az iki seansa katılma zorunluluğu olmak üzere 60 dakikalık haftada iki seanstan oluşan grup seansları. Seans içeriği: grup eğitimi, motivasyonel görüşme, servis turları ve bireysel danışmanlıklar için soru kılavuzunun kullanımı. Kontrol Grubu: Rutin tedavi ve bakım	Deney grubunda müdahalenin hastaların karar alma sürecine katılımını, tedavi memnuniyetini ve terapötik ittifakı olumlu yönde etkilediği bulundu ($p < 0,05$). Ancak, müdahalenin hasta saldırganlığı, mekanik kısıtlama veya zorla ilaç verilmesi üzerinde önemli bir etkisi olmadı ($p > 0,05$). Müdahale sonrası dönemde hasta saldırganlığı ve kısıtlayıcı önlemler üzerinde önemli bir etki gözlenmedi ($p > 0,05$). Kısıtlayıcı önlemlerin hastaların karar alma sürecine katılımını etkilemediği bulundu.
------------------	--	--	--	--

Tablo 2.3. (devam). Sistematik gözden geçirilen çalışmalara ilişkin bilgiler

Khan vd., 2023	18-60 yaş aralığında şizofreni veya şizoaffektif bozukluk tanısı almış 130 hasta. Deney grubu: 45, Kontrol grubu:34	Agresyon Yaşamı Öyküsü (LHA) Değiştirilmiş Açık Agresyon Ölçeği (MOAS) Geniş Kapsamlı Başarı Testi-III Taylor Agresyon Paradigması (TAP) MATRICS Konsensus Bilişsel Bataryası (MCCB) Penn Duygu Tanıma Görevi (ER-40) Gözlerden Zihni Okuma Testi Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)	Deney Grubu: 24 seans Bilişsel İyileştirme Eğitimi (CRT) + 12 seans bilgisayarlı Sosyal Biliş Eğitimi (SCT) Kontrol Grubu: 24 seans Bilişsel İyileştirme Eğitimi (CRT) + 12 seans bilgisayar tabanlı oyun	Her iki grupta saldırgan olayların toplam sayısında iyileşmeler görüldü (deney: Estimate=-0,71; %95 GA: -1,17, -0,25; p=0,0027; kontrol: Estimate=-0,88; %95 GA: -1,41, -0,36; p=0,0013). Her iki grup da agresyon ölçeklerinde bazı iyileşmeler gösterdi ancak gruplar arasında anlamlı bir fark yoktu. Her iki grup da PANSS toplam ve alt ölçek puanlarında iyileşmeler gösterdi. Deney kontrol grubuna göre nörobilişsel işlevlerde (MCCB) ve sosyal bilişte (ER-40, Eyes Test) daha fazla iyileşme gösterdi.
----------------	---	--	--	---

***Analiz edilen araştırma kanıtlarına dayanarak kanıta dayalı
müdahaleler/uygulamalar geliştirin***

Araştırmacılar tarafından kanıt değerlendirmesinde orta ve/veya yüksek kanıt düzeyine sahip ve etkin olarak değerlendirilen müdahaleler bakım paketinin oluşturulması için bir araya getirilmiştir. Aşağıdaki ilkeler göz önüne alınarak bakım paketinin klinik uygulama öncesi son halini alması sağlanmıştır.

Paket, popülasyon için uygun ve uygulanabilir olan üç ila beş müdahaleyi içerir: Kanıtlardan elde edilen müdahaleler sentezlenmiş ve bakım paketinde yer alan altı unsorda toplanmıştır. Paketin her bir unsurunun anlaşılabilirliğini, klinik uygulanabilirliğini, kapsamlılığını, esnekliğini ve sürdürülebilirliğini değerlendirmek için uzman görüşlerine başvurulmuştur. Uzmanlara geliştirilen bakım paketinin amacı, kapsamı, geliştirilme yöntemi, hedef popülasyonu, nerede ve kimler tarafından uygulanacağı hakkında bilgi verilmiştir. Uzmanlara oluşturulan bakım paketi taslağı ile paketin her bir unsurunun anlaşılabilirliğini, klinik uygulanabilirliğini, kapsamlılığını, esnekliğini ve sürdürülebilirliğini Davis tekniğine göre değerlendirebilecekleri bir uzman görüşü formu iletilmiştir. Davis tekniği kapsam ve içerik geçerliliğini değerlendirmek için kullanılan sistematik ve pratik bir yöntemdir (Davis, 1992). Bu tekniğe göre maddeleri değerlendirme üzere alanında uzman en az üç en fazla yirmi kişi belirlenmekte, uzmanlardan her bir maddeyi bir ila dört arasında puanlamaları istenmektedir. Puanlama sonucunda her madde için üç ila dört puan veren uzman sayısı toplam uzman sayısına bölünerek maddenin sıfır-bir arasında bir değer alan Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) hesaplanmaktadır. Bir maddenin geçerli olabilmesi için KGİ'sinin 0,80 veya üzerinde bir değere sahip olması beklenmektedir (Yusoff, 2019). Bu değer altında kalan maddelerin çıkarılması veya düzenlenmesi gerekmektedir. Bakım paketi unsurlarını değerlendirmek üzere psikiyatri hemşireliği alanında uzman 12 kişinin görüşü alınmıştır (Ek-1). Uzmanların altısı klinisyen, altısı ise akademisyen olarak görev yapan, en az yüksek lisans eğitimine sahip kişilerdir. Uzmanlardan her bir unsura ve unsorda uygulanması planlanan müdahalelere Davis tekniğine göre “(1) uygun değil, (2) madde gözden geçirilmeli, (3) uygun ancak küçük değişiklikler gerekli, (4) uygun” anlamına gelen puanlar vermeleri istenmiştir. Ayrıca uzmanlardan düzeltilmesini/değiştirilmesini önerdikleri paket unsuruna yönelik görüşlerini iletmeleri istenmiştir. Uzmanlar bakım paketiyle ilgili değerlendirmelerini 16 Ağustos 2024–11 Ekim 2024 tarihleri arasında iletmışlerdir.

Ardından araştırmacılar tarafından bakım paketi unsurlarının Davis tekniğine göre puanlanması yapılmış ve uzmanların önerileri değerlendirilmiştir. Hesaplamaya göre bakım paketinde yer alan her bir unsur ve bu unsurlarda uygulanması planlanan müdahalelerin KGİ değeri 0,83-1 arasında bir değer almıştır (Tablo 2.4.). Bu değerler göz önüne alındığında bakım paketinden herhangi bir unsur çıkarılmamıştır. Bakım paketinin KGİ değeri ise 0,95 olarak belirlenmiştir. Ayrıca uzmanların düzeltilmesini/değiştirilmesini önerdikleri hususlar değerlendirilmiştir. Öneriler, unsurlarda yer alan ifadeler ve kelimelerin anlaşılabilirliği ile ilgili olmuştur. Değiştirilmesi önerilen ifadeler dikkate alınmış, öneri sunulan unsurlar ve içeriklerindeki kelime değişiklikleri gerçekleştirilmiştir.

Tablo 2.4. Bakım Paketi unsurlarının kapsam geçerlik indeksleri

Bakım Paketi Unsurları	Anlaşılabilirlik (Talemlat uygulayıcılar ve hastalar için anlaşılabilir mi?)	Klinik Uygulanabilirlik (Mevcut sağlık sistemi içinde uygulanabilir mi?)	Kapsamlılık (Agresyon yönetimine yönelik hedef aldığı konuyla ilgili hasta ihtiyaçlarını karşılayabilir mi?)	Esneklik (Hastaların farklı ihtiyaçlarına ve değişen koşullara uyum sağlayabilir mi?)	Sürdürülebilirlik (Uzun vadede uygulanabilir mi?)
	Kapsam Geçerlik İndeksi Değeri				
Unsur 1. Risk Değerlendirmesi: Yapılandırılmış bir araçla rutin risk değerlendirmesi yapılmalı.	0.91	0.91	0.83	0.83	0.83
➤ Bröset Şiddet Listesi (Bröset Violence Checklist)	1	1	0.91	0.91	0.91
Unsur 2. Bilişsel İyileştirme Eğitimi: Hastanın temel bilişsel işlevleri geliştirilmeli.	0.91	0.91	0.91	0.91	0.91

Tablo 2.4. (devam). Bakım paketi unsurlarının kapsam geçerlik indeksleri

➤ Algı, muhakeme, bellek, dikkat ve bilişsel esneklik alıştırımları	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83
➤ Duygu tanıma çalışmaları	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83
➤ Stres yönetimi ve gevşeme egzersizleri	1	1	1	1	0,91
➤ Öfke yönetimi ve dürtü kontrolü çalışmaları	0,91	0,91	0,91	0,91	0,91
Unsur 3. Sosyal Beceri Eğitimi: Hastanın kişilerarası ilişkilere ilişkin anlayışı artırılmalı ve sosyal becerileri geliştirilmeli.	0,91	0,83	0,91	0,91	0,83
➤ Ben dilini kullanma	0,91	0,83	0,91	0,91	0,83
➤ Bir istekte bulunma veya reddetme	0,91	0,83	0,91	0,91	0,83
➤ Birini eleştirme	0,91	0,83	0,91	0,91	0,83
➤ Eleştiriye yanıt verme	0,91	0,83	0,91	0,91	0,83
➤ Çatışma çözme	0,91	0,83	0,91	0,91	0,83
➤ Fikrini belirtme	0,91	0,83	0,91	0,91	0,83
Unsur 4. Gerginliği Azaltma Teknikleri: Hastayı sakinleştirmek için gerginliği azaltma teknikleri uygulanmalı.	1	1	1	1	1
➤ Kişisel alana saygı duymak	1	1	1	1	1
➤ Provokatif olmamak	1	1	1	1	1
➤ Sözlü iletişim kurmak	1	1	1	1	1
➤ Öz olmak ve basit tutmak	1	1	1	1	1
➤ İstekleri ve duyguları belirlemek	1	1	1	1	1
➤ Hastanın söylediklerini dinlemek	1	1	1	1	1
➤ Kabul etmek veya kabul etmemek	1	1	1	1	1
➤ Kural koymak ve net sınırlar belirlemek	1	1	1	1	1
➤ Seçenekler ve iyimserlik sunmak	1	1	1	1	1
➤ Hasta ve personeli bilgilendirmek	1	1	1	1	1
Unsur 5. Ortam Terapisi: Klinikte terapötik ortam oluşturulmalı.	1	1	1	1	1
➤ Çevresel düzenleme	1	1	1	1	1
➤ Servis aktivitelerini yapılandırma	1	1	1	1	1
➤ Hasta ile etkili iletişim	1	1	1	1	1
➤ Çalışanlara çatışma davranışlarını öğretmek	1	1	1	1	1
Unsur 6. Uykuyu İyileştirmek: Hastaya uyku hijyeni müdahaleleri uygulanmalı.	1	1	1	1	1
➤ Davranışsal uyku müdahaleleri ve uyku hijyeni eğitimi	1	1	1	1	1

Her paket ögesi nispeten bağımsızdır: Bakım paketinde yer alması için belirlenen altı unsurun her biri bağımsız, birbirinde ayrı ve farklı zamanlarda

uygulanabilen, hasta bireyde geliştirmeyi hedefledikleri yönler birbirinden farklı olan unsurlardır. Bu unsurlar ayrı ayrı uygulandığında da hasta sonuçlarına olumlu etki etmesi beklenen kanıta dayalı müdahalelerdir. Bununla birlikte bakım paketinin amacına uygun olarak birlikte uygulandıklarında hedef popölasyonda agresyon yönetimine en üst düzeyde olumlu etki etmesi beklenen, birbirini tamamlayıcı müdahalelerdir.

Paket, tek bir yerde tanımlanmış bir hasta popölasyonu kullanılır: Geliştirilen bakım paketinin uygulama ortamı ve hedef popölasyonu PICO formatıyla detaylı olarak yapılandırılmıştır (Tablo 2.1.). Buna göre paket, agresyon riski olan şizofreni tanılı yetişkin hastalara yataklı psikiyatri servislerinde kaldıkları süre boyunca agresyon yönetiminde bir bakım aracı olarak uygulanacaktır.

Bakım paketinin uygulanması ekip yaklaşımıyla mümkündür: Bakım paketinin klinik uygulanabilirliği, sürdürülebilirliği ve hemşirelerin bakım paketine uyumları ekip çalışmasından etkilenecektir. Bu nedenle çalışmanın deney aşamasına geçilmeden önce uygulama ekibinin hazırlığı sağlanmışır. Uzman görüşü doğrultusunda son hali verilen bakım paketi için bir uygulama kılavuzu oluşturulmuştur. Kılavuzda her bir unsur ve girişim tanımlanmış; girişimlerin amacı, nasıl uygulanacakları, girişimler sırasında kullanılacak materyaller ve uygulamaya yardımcı olabilecek örnekler sıralanmışır. Bu kılavuz klinikte kolay erişilebilmesi ve uygulama sırasında rehberlik edebilmesi için yazılı ve görsel materyal şeklinde basılmış; her bir hemşireye kılavuzları teslim edilmiştir (Ek-2). Ayrıca bakım paketinin unsurlarının kolay hatırlanabilmesi için renkli görselleri hazırlanmış ve hemşire panolarına asılmışır. Klinik hemşirelerinin çalışma vardiyaları göz önüne alınarak farklı günlerde iki ayrı eğitim oturumu ile bakım paketi ve kullanımı ile ilgili hemşirelere eğitim verilmiştir. Eğitimde araştırma tasarımı, veri toplama yöntemleri ve araçları da tanıtılmışır. İlk eğitim oturumu 11.12.2024 tarihinde beş hemşirenin katılımıyla; ikinci eğitim oturumu ise 18.12.2024 tarihinde üç hemşirenin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Eğitimler araştırmacılar tarafından hastanenin eğitim salonunda gerçekleştirilmiş, eğitim oturumlarının her biri iki saat sürmüştür. Eğitim materyali olarak bakım paketinin kullanımına yönelik oluşturulan kılavuz ve bilgisayar sunumu kullanılmışır. Eğitimler hemşirelerin aktif katılımı, soru sormaları, deneyim paylaşımları teşvik edilerek tüm hemşirelerin katılmasıyla tamamlanmışır (Ek-3).

Paket öğeleri, uygulandığı kliniğe özgü ve klinik karara olanak sağlayan kurallardan çok tanımlayıcı girişimlerden oluşmalıdır: Geliştirilen bakım paketi altı unsur ve her bir unsurun birbirini tamamlayan girişimlerinden oluşmaktadır. Unsurlar, paketin uygulanacağı kliniğin ihtiyaçlarına ve imkanlarına uygun olarak tasarlanmıştır. Geliştirilen paket kliniğin fiziksel, finansal ve insan kaynaklarının sınırlarını aşmamaktadır. Unsurlar direktif veren katı kurallardan ziyade, agresyon yönetimine yönelik girişimlerin genel bir çerçevesini çizmekte ve hemşirelere yol göstermektedir. Bu anlamda hemşirelerin vakaya özgü koşulları değerlendirerek klinik karar verme özgürlüğünü kısıtlamamaktadır.

Paketlere uyum, %95 veya daha yüksek bir hedefle ya hep ya hiç ölçümü kullanılarak ölçülür: Geliştirilen bakım paketine uyum “Paket Uyum Takip Çizelgesi” kullanılarak her bir unsurun hastaya uygulanıp uygulanmadığı ya hep ya hiç kuralına göre ölçülmektedir (Ek-4). Paketin uygulandığı her hasta için bir Paket Uyum Takip Çizelgesi kullanılıp, unsurun uygulanıp uygulanmadığı hemşire tarafından işaretlenmektedir. Çizelgede, unsur uygulanamamışsa nedenlerinin ve hemşirenin geribildirimini yazılabileceği bir not alanı bulunmaktadır. Böylece uygulayıcılar arası uyum ve pakete uyumu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

2.2 Aşama 2: Agresyon Yönetimi Bakım Paketinin Klinikte Uygulanması

Araştırmanın birincil sonuç ölçütleri hastaların hastanede yattıkları süre içinde agresyon risklerindeki değişim ve agresif olay sayısındaki değişimdir. İkincil sonuç ölçütü ise geliştirilen bakım paketinin uygulanabilirliğini değerlendirmek için paket uyum oranı ve uygulayıcılar arası uyum oranıdır. Araştırmanın klinik uygulama aşaması ardışık desen randomize kontrollü klinik çalışma tasarımıdır. Araştırmanın kontrol ve deney uygulamaları aynı klinikte art arda gerçekleştirilmiştir. Agresyon gelişiminde sağlık personeli ve kliniğe özgü faktörlerin deney ve kontrol grupları üzerine etkileri arasında fark olmamasını, aynı kliniğe benzer özelliklerle yatışı yapılan hastalar olması nedeniyle homojenliği sağlamak amacıyla bu desen tercih edilmiştir.

2.2.1 Araştırmanın Evreni

Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'ne psikiyatrik bozukluk tanısı ile yatırarak tedavi ve bakım görmek için gelen hastalar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi iki erkek, iki kadın, bir adli ve bir erişkin arındırma merkezi olmak üzere beş yataklı kliniğe ve 110 yatak kapasitesine sahip bir dal ve bölge hastanesidir. Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nden alınan verilere göre, hastaneye 2023 yılı içerisinde 1338 hastanın yatışı yapılmıştır. Bu hastalardan 125 kişi Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Bozukluklar kapsamında bir tanı almıştır. Hastane verilerine göre bir yıl içerisinde 104 yatan hastaya fiziksel veya mekanik kısıtlama yöntemi uygulanmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü süreçte 108 hastanın psikiyatrik bozukluk tanısı ile yatışı yapılmış ve bu hastalar evreni oluşturmuştur (Şekil 2.2.).

2.2.2 Araştırmanın Örneklemi

Literatüre göre, şizofreni tanısı ve erkek cinsiyet agresyon için bir risk faktörüdür (Dack vd., 2013; Gautam vd., 2023; Sebastian & Debnath, 2020). Bu nedenle, Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde şizofreni tanısına sahip hastaların tedavi ve bakım gördüğü, en yüksek agresif olay görülme oranına sahip olan bir erkek kliniği seçilmiştir. Bu klinikte yatırarak tedavi gören ve psikiyatrik bozukluk tanısı alan hastalardan araştırmaya katılmak için onam veren, araştırmanın dahil olma/dışında tutma kriterlerini karşılayan hastalar araştırmanın örneklemi oluşturmuştur.

Dahil olma kriterleri

- 18-65 yaş arasında olması,
- Türkçe konuşabiliyor, anlayabiliyor olması,
- Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Bozukluklardan birine sahip olması,
- Araştırmanın başlatıldığı tarih itibariyle kliniğe yatışı yapılmış olması,
- Brøset Şiddet Listesi'nden 1 puan üzerinde ve Buss- Perry Saldırganlık Ölçeği'nden 65 puan ve üzerinde puan almış olması.

Dışında tutma kriterleri

- Yazılı olarak bilgilendirilmiş onam verememesi,

- Psikiyatri kliniğine ilk yatışı olması,
- Gelişimsel gecikme veya başka herhangi bir önemli organik beyin patolojisi olması.

2.2.3 Örneklem Seçimi

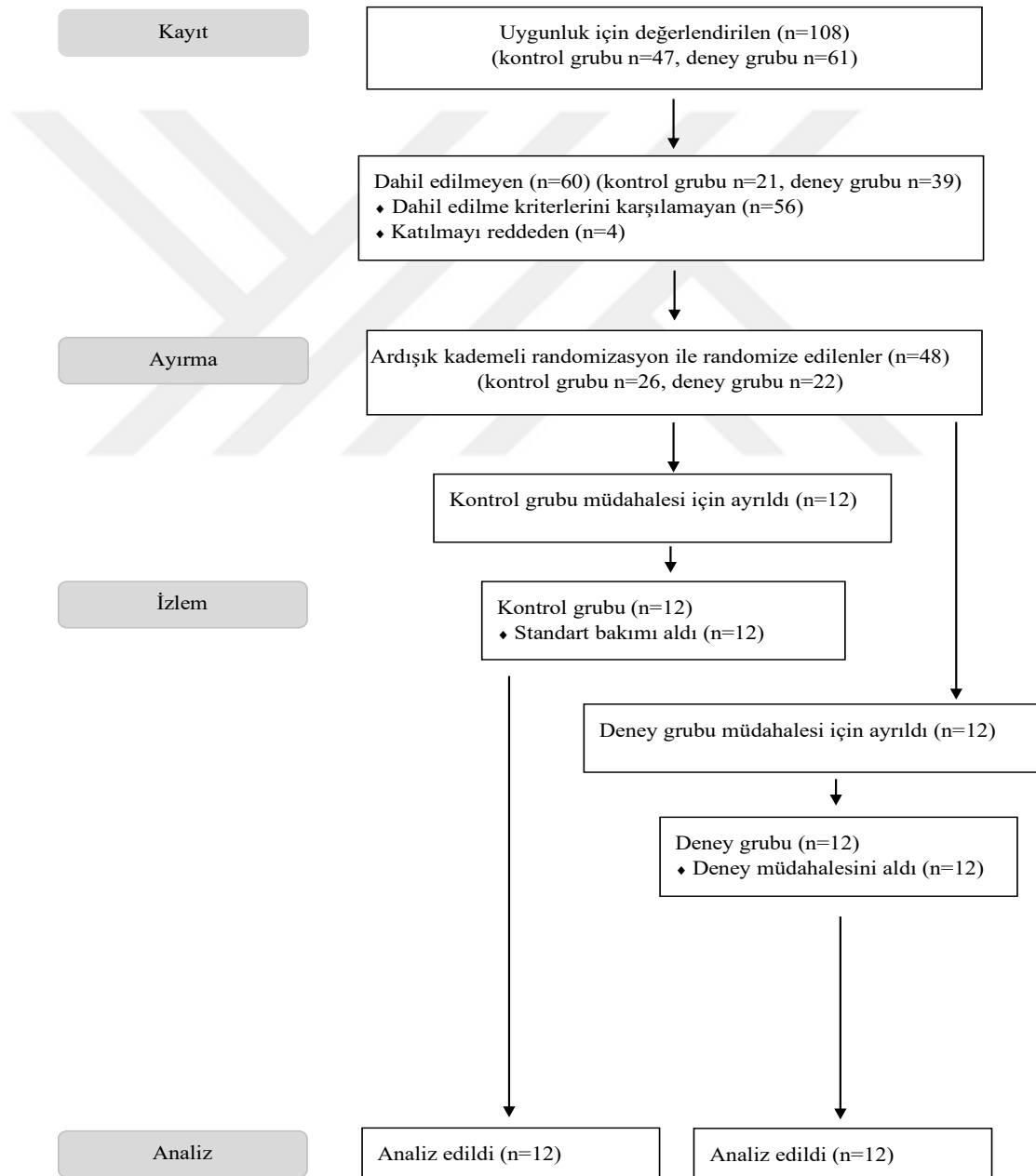
Araştırmanın örneklem büyüklüğü Chaiyagad ve ark. (2023) çalışmalarında ortaya konan müdahale ve kontrol gruplarına ait ortalama, standart sapma ve etki büyüklüğü esas alınarak G*Power 3.1 Statistical Power Analyses programı kullanılarak hesaplanmıştır (Chaiyagad vd., 2023). Bağımsız iki grup arasındaki farkı tespit edebilmek için İki yönlü (two-tailed) bağımsız örneklem t-testi, $\alpha=0,05$, $(1-\beta)=0,95$, Cohen's $d=1,61$ kullanılarak analizde, her grupta 12 katılımcı olmak üzere toplam 24 katılımcının belirtilen etkiyi %95 güçle tespit etmek için yeterli olduğunu göstermiştir. Buna göre araştırmanın örneklemi deney grubu ($n=12$) ve kontrol grubu ($n=12$) toplam 24 kişinin oluşturacağı belirlenmiştir. Çalışmanın tamamlanabilmesi için gerekli örneklem sayısının 24 olduğu göz önüne alındığında hastane olanakları çalışmanın tamamlanabilmesi için yeterli görülmüştür.

Hastaların araştırmanın dahil etme/dışında tutma kriterlerine göre değerlendirilmesinin ardından basit rasgele atama (Simple Randomization) yöntemi ile randomizasyon yapılmıştır. Bunun için çevrimiçi bir randomizasyon hizmetinden faydalanılmıştır (<https://www.random.org/diceroller>).

Buna göre, araştırma sürecinde kliniğe yeni yatışı olan toplam 108 hasta dahil etme ve dışında tutma kriterlerine göre değerlendirilmiştir. Kontrol grubu uygulaması aşamasında toplam 47 hasta ilk yatış günlerinde uygunluk için değerlendirilmiştir. Bu hastalardan 18'i dahil etme ve dışında tutma kriterlerine göre, üçü ise katılmayı reddettiği için randomizasyona dahil edilememiştir. Hastaların 26'sı randomize edilmiş ve 12. hastanın kontrol grubuna atanmasının ardından hastaların uygunluk için değerlendirilme ve randomize edilme süreci sonlandırılmıştır. Kontrol grubunda yer alan 12 hastadan kontrol grubu müdahalesi boyunca herhangi bir sebeple çalışmadan ayrılan olmamıştır (Şekil 2.2.). Kontrol grubunun tamamlanmasının ardından, deney grubuna atanması için toplam 61 hasta ilk yatış günlerinde uygunluk için değerlendirilmiştir. Bu hastalardan 38'i dahil etme ve dışında tutma kriterlerine göre, biri ise katılmayı reddettiği için randomizasyona dahil edilememiştir. Hastaların 22'si randomize edilmiş ve 12. hastanın deney grubuna atanmasının ardından hastaların uygunluk için

değerlendirilme ve randomize edilme süreci sonlandırılmıştır. Deney grubunda yer alan 12 hastadan deney grubu müdahalesi boyunca herhangi bir sebeple çalışmadan ayrılan olmamıştır (Şekil 2.2.). Deney grubuna atanan katılımcılara klinikte yatış süreleri boyunca Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Agresyon Yönetiminde Bakım Paketi uygulanmıştır (Ek-2).

Örneklem seçimi, katılımcıların gruplara atanma, uygulama ve analiz aşamaları CONSORT akış diyagramı ile gösterilmiştir (Şekil 2.2.) (Montgomery vd., 2018; Schulz vd., 2010).



Şekil 2.2. Çalışmanın CONSORT akış diyagramı

2.2.4 Çalışmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma Bolu ili, Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde, Temmuz 2024-Nisan 2025 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın yürütüldüğü klinik 18 yatak kapasitesine sahiptir. Klinikte 08-16 ve 16-08 veya 24 saatlik vardiyalar ile toplam sekiz hemşire görev yapmaktadır. Hemşirelerin biri yüksek lisans, diğerleri ise lisans mezunudur. Kliniğe çoğunlukla Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikoza Giden Diğer Bozukluklar tanılarında herhangi birini alan hastaların yatışı yapılmaktadır. Klinikte bir meşguliyet ve aktivite odası bulunmaktadır. Kliniğin rutin sürecinde bu oda hastaların birlikte vakit geçirebildiği, oyunlar oynayabildiği, kitap okuyabildiği, dinlenebildiği, televizyon izleyebildiği bir odadır. Ayrıca klinik içi grup eğitimleri, günaydın toplantıları ve rehabilitasyon aktiviteleri bu odada gerçekleştirilmektedir. Klinik sorumlu hemşiresi tarafından meşguliyet ve aktivite odasında bu etkinliklerden sorumlu hemşirelerin çalışma programı haftalık olarak yapılmaktadır. Her gün farklı bir klinik hemşiresi programa göre etkinlikleri bu alanda yürütmektedir. Bakım paketinin uygulanması sürecinde paketin unsurları, her gün bir uygulayıcı hemşire tarafından yürütülmek üzere bu programa entegre edilmiştir. Böylece, grup çalışması içeren paket unsurlarının uygulama alanı olarak meşguliyet ve aktivite odası kullanılmıştır.

2.2.5 Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Araştırma verilerini toplamak için Hasta Bilgi Formu (Ek-5), Buss- Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ) (Ek-6), Bröset Şiddet Listesi (BVC) (Ek-7), Açık Agresyon Ölçeği (AAÖ) (Ek-8), Paket Uyum Takip Çizelgesi (Ek-4) kullanılmıştır. Katılımcılardan ayrıca Aydınlatılmış Onam Hasta Formu (Ek-9) alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklere ait gerekli izinler araştırmacılar tarafından elektronik posta yoluyla yazılı olarak alınmıştır (Ek-10).

2.2.5.1 Hasta Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan form 25 soru içermektedir (Arya vd., 2025; Dack vd., 2013; Gautam vd., 2023; Kayongo vd., 2025; Sebastian & Debnath, 2020). Form, katılımcılara ait sosyodemografik verileri (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi vb.) ve hastaneye yatış süreci ile ilgili

(yatış tarihi, yatış nedeni, tanı, uygulanan tedavi vb.) verileri elde etmek için uygulanmıştır.

2.2.5.2 Buss- Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ) (Buss-Perry

Aggression Questionnaire- BAQ)

Buss ve Perry tarafından (1992) uyarlanan 29 maddeden oluşan ve saldırganlığın dört alt boyutunu (fiziksel agresyon, sözel agresyon, düşmanlık ve öfke) beşli likert türünde değerlendiren bir ölçektir (Buss & Perry, 1992). Fiziksel agresyon alt ölçeği, başkalarına fiziksel olarak zarar verme ile ilişkili dokuz soru; sözel agresyon alt ölçeği, başkalarını sözel yolla incitmeyi içeren beş soru; öfke alt ölçeği, saldırganlığın duygusal boyutunu ölçmeyi hedefleyen yedi soru; düşmanlık alt ölçeği ise saldırganlığın bilişsel boyutunu ölçmeyi hedefleyen sekiz sorudan oluşmaktadır. Toplam puan 29-145 arasındadır. Puan arttıkça agresyon riski yüksek olarak yorumlanmaktadır. Ölçeğin bir kesme puanı yoktur. Puanlarının yorumlanması spesifik araştırmaya veya klinik bağlama ve değerlendirmenin amacına bağlıdır. Araştırmacılar, amaçlarına ve örnekleme bağlı olarak farklı kesme noktaları veya puanlama kriterleri kullanabilirler. Jeyagurunathan ve ark. (2023) şizofreni hastalarında BPSÖ ortalama puanını 65,45 (SS = 21,6) bulmuşlardır (Jeyagurunathan vd., 2023). Madran tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan aracın Cronbach alfa değeri 0,85 olarak raporlanmıştır (Madran, 2012). Araç psikiyatri kliniklerinde agresyon riskini değerlendirmek için kullanılmaktadır.

2.2.5.3 Brøset Şiddet Listesi (Brøset Violence Checklist) (BVC)

Akut psikiyatri kliniklerinde 24 saatlik süre içindeki şiddeti tahmin etmek için Almvik ve Woods tarafından (1998) geliştirilen bir risk değerlendirme aracıdır (Almvik & Woods, 1998). Listelenen altı davranıştan her birinin hemşire tarafından gözlemlenerek durumun yokluğunda sıfır puan, varlığında bir puan verilmektedir. Puanlar toplanarak toplam puan hesaplanmaktadır ve maksimum puan altıdır. İki puan değeri kesme noktası olarak belirlenmiştir. Sıfır puan şiddet riskinin düşük olduğunu, bir ve iki puan şiddet riskinin orta olduğunu ve önleyici tedbirler alınması gerektiğini, iki ve üzeri puan ise şiddet riskinin yüksek olduğunu, önlemlerin alınması gerektiğini ve olası bir saldırıya karşı eylem planlarının etkinleştirilmesi gerektiğini göstermektedir. Moursel ve ark. (2019) tarafından Türkçe geçerlik ve

güvenirlilik çalışması yapılan aracın Cohen Kappa katsayısı 0,93; iki puanlık kesme noktasında %52 duyarlılık ve %100 özgüllük raporlanmıştır (Moursel vd., 2019).

2.2.5.4 Açık Agresyon Ölçeği (AAÖ) (The Overt Aggression Scale) (OAS)

Yudofsky ve ark. (1986) tarafından psikiyatri kliniklerinde agresyonun sağlık profesyonelinin gözlemi ile objektif değerlendirmesinde kullanmak için geliştirilmiştir (Yudofsky vd., 1986). Ölçek agresyonun çeşidini, şiddetini, süresini, zamanını, sağlık profesyonellerinin girişimlerini ve yorumlarını içeren Agresif Davranış ve Girişimler olmak üzere iki bölüm ve 27 maddeden oluşmaktadır. Agresif davranışlar; sözel agresyon, eşyalara karşı fiziksel agresyon, kendisine karşı fiziksel agresyon, başkalarına karşı fiziksel agresyon kategorilerinden oluşmaktadır. Ölçek doğrudan bir profesyonel gözlemci tarafından, bir profesyonel tarafından gözlem yapan kişilerden (hasta ailesi, sağlık elemanları vb.) bilgilerin sözlü olarak alınması veya yazılı kayıtlardan alınan bilgilerle doldurulabilmektedir. Ölçekte agresyonun her bir tipi ve davranışı için bir ağırlık puanı bulunmakta; maddeler çeşidine göre hafif, orta, ağır ve şiddetli şeklinde sıralanmaktadır. Sözel agresyon bir puandan dört puna, eşyalara karşı fiziksel agresyon iki puandan beş puana, kendisine ve başkalarına karşı fiziksel agresyon üç puandan altı puana kadar puanlanmaktadır. Girişimler ise bir puandan beş puna kadar puanlanmaktadır. Ölçek Total Agresyon Skoru ve Agresyon Skoru olarak puanlanmaktadır. Total Agresyon Skoru; en kısıtlayıcı ya da ciddi girişim için belirlenen ağırlık puanına her bir kategori içindeki en ciddi davranışlar (sözel agresyon, fiziksel agresyon-eşyalara, kendisine ve başkalarına karşı) için belirlenen ağırlık puanı eklenerek elde edilmektedir ve maksimum puan 26'dır. Agresyon Skoru; agresyonun global ölçümüdür ve her bir agresyon davranış kategorisinde bulunan en ciddi davranışların ağırlık puanlarının toplanması ile elde edilmektedir, maksimum agresyon skoru 21'dir. Ölçeğin bir kesme noktası yoktur. Bunun yerine bireylerde belirli bir dönemdeki saldırgan davranışların şiddetini ve sıklığını ölçmek için kullanılır. Kutlu ve Aştı (2019) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,76 olarak raporlanmıştır (Kutlu & Aştı, 2019).

2.2.5.5 Paket Uyum Takip Çizelgesi

Bakım paketi uyum oranının ve uygulayıcılar arası güvenilirliğin hesaplanabilmesi için deney grubunda yer alan ve bakım paketinin uygulandığı katılımcılara paketin hangi unsurlarının uygulandığının kaydedileceği çizelgedir. Bakım paketine uyum oranı = (bakım paketi tüm girişimlerinin uygulandığı hasta sayısı / bakım paketi tüm girişimlerinin uygulanması gereken hasta sayısı) x 100 formülü ile hesaplanmaktadır (Candaş & Gürsoy, 2017). Paketin klinikte kullanılabilirliğini ve uygunluğunu değerlendirmek için bu oran takip edilmektedir. Uygulayıcılar arası güvenilirlik ise aynı bakım paketinin farklı uygulayıcılar tarafından uygulanması ve aralarındaki korelasyona bakılması ile ölçülmektedir. Bakım paketi unsurlarının uygulanması kategorik (evet/hayır) olduğu için uygulayıcılar arası uyum yüzde (%) olarak rapor edilmektedir (Acemoğlu & Aktürk, 2012).

2.2.5.6 Aydınlatılmış Onam Hasta Formu

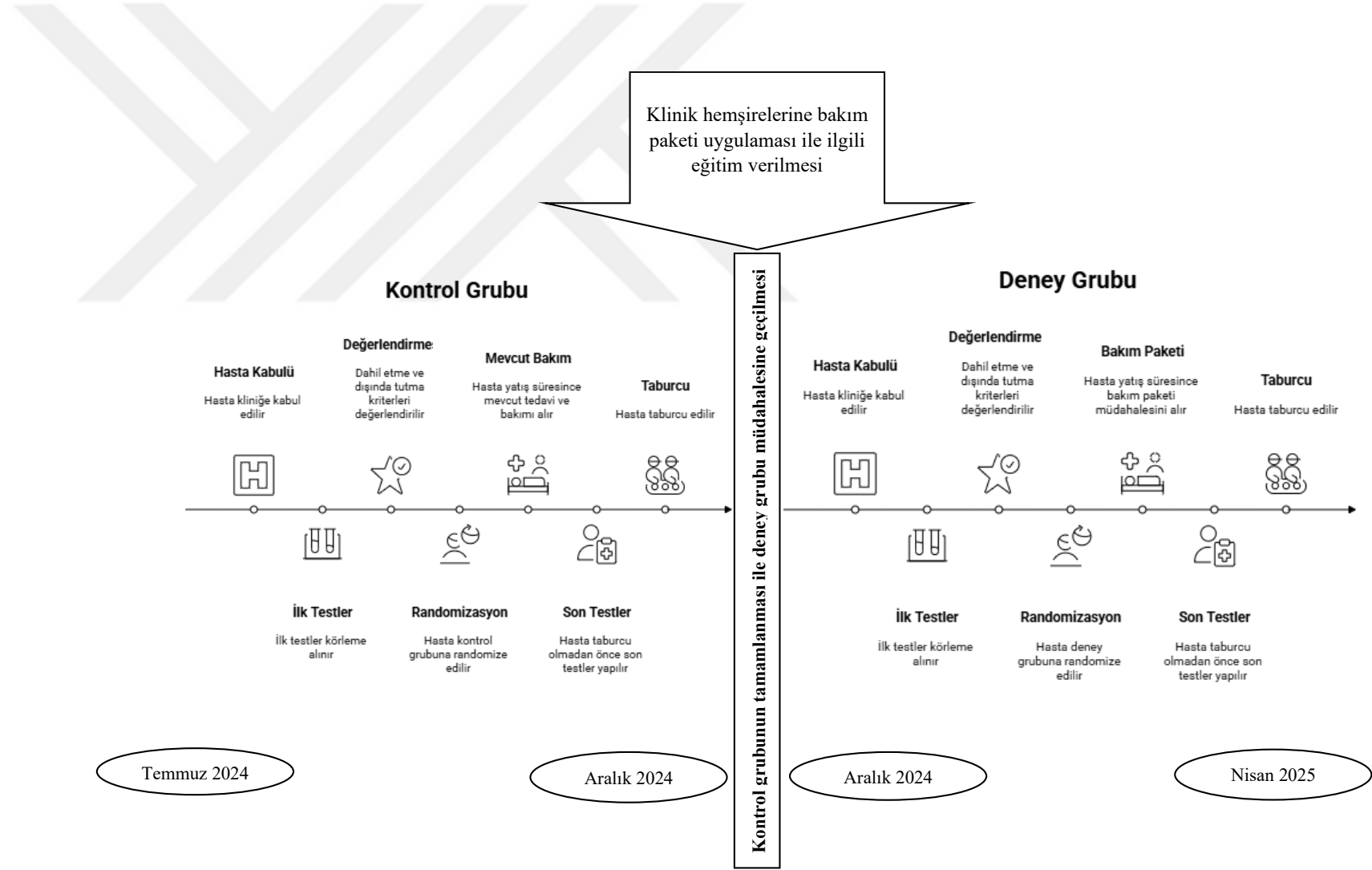
Araştırmanın kapsamını, içeriğini, uygulama sürecini, özgün yönünü, klinik ve bireysel faydasını, etik yönünü, araştırmacıların sorumluluklarını ve iletişim ilgilerini açıklayan aydınlatılmış onam formu araştırmaya davet edilen hastalara sunulmuştur. Onam formu doğrultusunda araştırmaya katılmak için gönüllü olan bireylerin yazılı onamlarının alınmasının ardından ilgili ölçeklerle değerlendirilerek araştırmaya dahil edilmeleri sağlanmıştır. Katılımcılar gönüllülük esasında araştırmada yer alıp; istedikleri zaman araştırmadan çekilme hakkına sahip olmuşlardır.

2.2.6 Etik Beyan

Araştırmanın yapılacağı Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı izin alınmıştır. Araştırma Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 21.05.2024 tarihli 2024/117 karar numaralı izni ve Bolu İl Sağlık Müdürlüğü 28.06.2024 tarihli onayı ile yürütülmüştür. Araştırmanın ilk aşamasında gerçekleştirilen literatürün sistematik gözden geçirilmesi NIHR uluslararası sistematik incelemelerine kayıtlıdır (PROSPERO no: CRD42024579465). Araştırma Ulusal Tıp Kütüphanesi Protokol Kayıt ve Sonuç Sistemi'ne kayıtlıdır (NCT06661824).

2.2.7 Müdahale

Araştırmanın müdahale basamağı ardışık desen randomize kontrollü çalışma tasarımına göre önce kontrol grubuna kliniğin mevcut bakım uygulamaları, ardından deney grubuna bakım paketi uygulaması ile gerçekleştirilmiştir (Suresh, 2011) (Şekil 2.3.). Her bir hastanın kliniğe yatışının ardından hemşireler tarafından diğer değerlendirme formlarıyla beraber agresyon riskini belirlemek için BPSÖ ve BVC uygulanmıştır. Ölçeklerin sonucuna göre hastanın çalışmaya katılmasının uygun olup olmadığına karar verilmiştir. Eğer hasta çalışmaya katılmaya uygun ise randomizasyon yapılarak çalışma grubuna atanıp atanmayacağı belirlenmiştir. Böylece hem hasta hem de araştırmacı çalışmaya grubuna atanıp atanmayacağı belirlenmeden önce BPSÖ ve BVC uygulanmış, burada körleme sağlanmıştır. Uygulanan ölçekler ilk test olarak değerlendirilmiştir. Ardından Hasta Bilgi Formu doldurulmuştur. Tüm hastalara klinikte kaldıkları her gün BVC tekrarlanmış, ortaya çıkan her agresif olayda AAÖ doldurulmuş ve her bir hastaya taburculuklarında BPSÖ son testi uygulanmıştır. Deney grubunda yer alan hastalar için kontrol grubundan farklı olarak müdahale süresince Paket Uyum Takip Çizelgesi doldurulmuştur.



Şekil 2.3. Araştırma akış şeması

Kontrol Grubu

İlk olarak kontrol grubuna hasta alımı gerçekleştirilmiş, böylece klinik hemşireleri agresyon yönetimi bakım paketini öğrenmeden mevcut tedavi ve bakım olağan akışında devam etmiştir. Kontrol grubuna ilk hastanın alınması ile süreç başlamıştır. Kontrol grubuna hasta alımı, yeni hasta yatışı oldukça gerçekleştirilmiştir. Bunun nedeni, müdahalelerin ve ölçümlerin hastaların yatış günü ile başlayıp taburculukları ile son bulmasıdır. Her bir hastanın farklı bakım ve tedaviye başlama zamanları ve klinikte kalma süreleri olması beklenen ve bilinen bir durumdur. Bu nedenle, mevcut bakım ve tedavi devam ederken, yeni hastaların katılımı ve öte yandan bakım ve tedavisi tamamlanan hastaların taburculukları eş zamanlı olarak ilerlemiştir. Kontrol grubuna atanan hastalara hastanede kaldıkları süre içerisinde klinik hemşireleri tarafından klinikteki mevcut bakım uygulamaları yapılmıştır. Klinikte agresyon riski veya agresif olay gözlemlenen hastalarla ilk olarak sözlü iletişime geçilmektedir. Temel terapötik iletişim yöntemleri ile (etkin dinleme, empati kurma vb.) sorunu anlamaya, çözüm üretmeye ve hastayı sakinleştirmeye çalışılmaktadır. Hastaya klinik psikoloğuyla görüşmek isteyip istemediği teklif edilmektedir. Hastanın tercihi doğrultusunda psikoloğa yönlendirilmektedir. Agresyon riskinin devam etmesi veya agresif bir eyleme dönüşmesi durumunda hekim bilgilendirilmektedir. Hekim istemi doğrultusunda agresif hastaya kimyasal tespit, kapalı alan tecriti veya mekanik tespit uygulanmaktadır. Klinikte sadece fiziksel agresyon olaylarının ardından istenmeyen olay bildirimi yapılmaktadır. Ayrıca klinikte sadece mekanik tespit yapılırsa kısıtlama tespit listesi doldurulmaktadır.

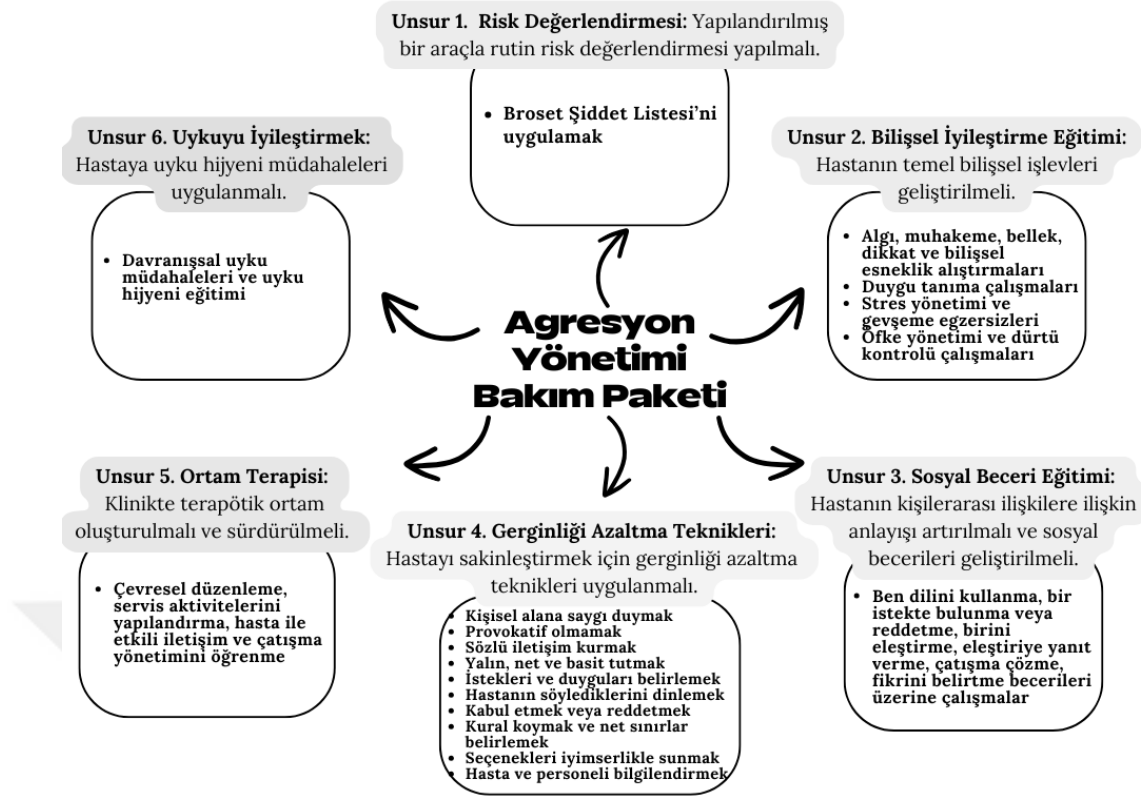
Kontrol grubunda yer alan hastaların agresyon riskini değerlendirmek için her gün araştırmacı ve hemşireler tarafından BVC; klinikte kaldıkları süre içerisinde gösterdikleri her agresif olay ve bu olay karşısında uygulanan girişimleri değerlendirmek için AAÖ doldurulmuştur. Kontrol grubunda yer alan hastaların her birine kendi taburculuklarının olduğu gün BPSÖ son testi uygulanmıştır. Kontrol grubu müdahalesi on ikinci hastanın da taburcu olması ile sonlandırılmıştır.

Deney Grubu

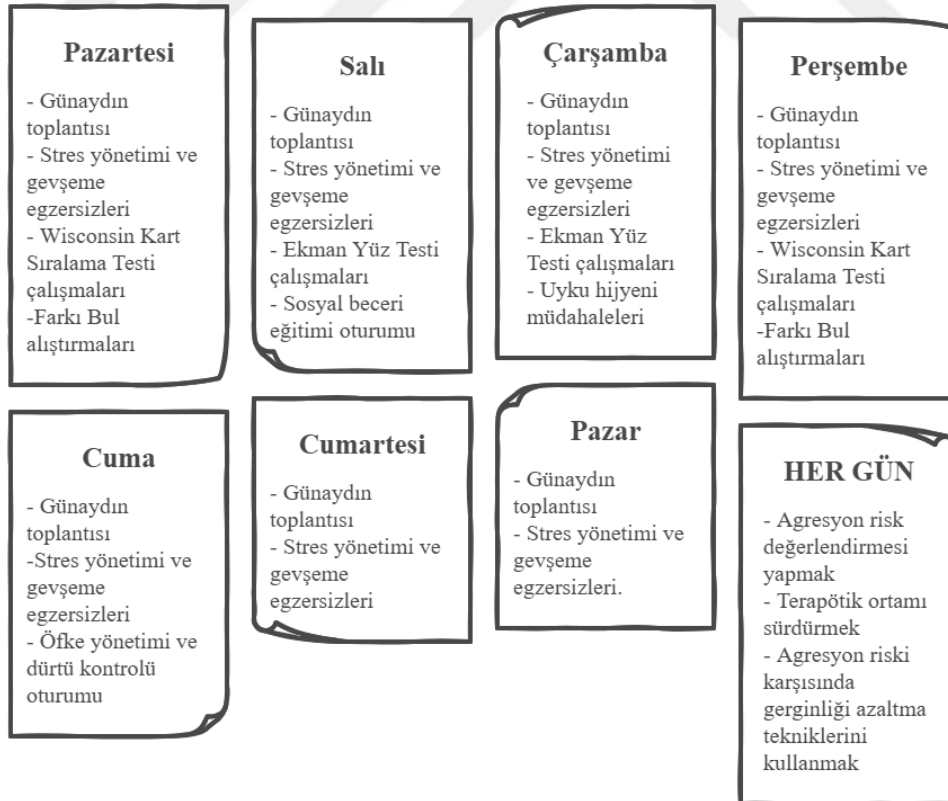
Kontrol grubunda yer alması hedeflenen örneklem sayısına ulaşılmasının ardından, geliştirilen bakım paketi ve nasıl uygulanacağıyla ilgili klinik hemşirelerine eğitim verilmiştir. Eğitimin ardından çalışmanın deney grubuna uygulama yapılmaya başlanmıştır (Şekil 2.3.).

Deney grubuna ilk hastanın katılımı ile bakım paketi uygulaması başlamıştır (Şekil 2.4.). Yeni hastalar kliniğe yatışları ile deney grubuna dahil oldukça bakım paketi müdahalelerine de dahil olmuşlardır. Bakım paketindeki birçok unsur bu nedenle açık grup oturumu şeklinde planlanmış ve yürütülmüştür. Yeni yatışı olan ve deney grubuna katılan hastalar açık grup oturumlarına ve diğer bakım paketi müdahalelerine dahil olmaya devam etmiştir. Bakım paketi uygulaması devam ederken, yeni hastaların katılımı ve öte yandan bakım ve tedavisi tamamlanan hastaların taburculukları eş zamanlı olarak ilerlemiştir. Araştırmacı, sorumlu hemşire ve klinik hemşireleri ile birlikte paketin hangi unsurlarının haftanın hangi günü ve zamanında uygulanacağı kararlaştırılmıştır. Bu program bir tabloya yazılmış ve bakım paketinin ortam terapisi unsuruyla uyumlu olarak hem çalışanların hem de hastaların görebileceği bir konuma asılmıştır. Bu yol ile, çalışanlar ve hastalar programı gün gün takip edebilmişlerdir (Şekil 2.5.).

Bakım paketinin uygulanması sürecinde araştırmacı, klinik sorumlu hemşiresi ve klinik hemşireleri uygulayıcı olarak süreci yürütmüşlerdir. Uygulama sürecinde araştırmacı hem uygulayıcı görevi hem de diğer uygulayıcı hemşirelere bakım paketi unsurlarının uygulanmasında danışmanlık görevi üstlenmiştir. Klinik sorumlu hemşiresi ise deney grubuna alınacak hastaların değerlendirilmesi, sürecin koordinasyonu ve programın yapılmasında rol almış, aktif hasta takibi gerçekleştirmemiştir. Böylece, araştırmacı ve yedi klinik hemşiresi bakım paketi unsurlarının uygulanmasını gerçekleştirmiştir. Bu süreçte bakım paketinin unsurları haftalık programına uygun olarak 123 gün boyunca uygulanmıştır. Deney grubunda yer alan hastaların agresyon riskini değerlendirmek için her gün araştırmacı ve hemşireler tarafından BVC; deney müdahalesinin uygulandığı süre içerisinde gösterdikleri her agresif olay ve uygulanan girişimleri değerlendirmek için AAÖ doldurulmuştur. Deney grubunda yer alan hastaların her birine kendi taburculuklarının olduğu gün BPSÖ son testi uygulanmıştır. Ayrıca deney grubunda yer alan hastalara uygulanan bakım paketi unsurlarının takip edilebilmesi adına her hasta için uygulamanın ardından Paket Uyum Takip Çizelgesi doldurulmuştur. Agresyon yönetimi bakım paketi bir klinik bakım aracıdır. Bu nedenle hastaların kliniğe yatışı ve agresyon riski nedeniyle deney grubuna atanmaları itibarıyla başlayan süreç, taburculukları ile tamamlanmıştır. Deney grubu müdahalesi on ikinci hastanın taburcu olması ile sonlandırılmıştır.



Şekil 2.4. Agresyon yönetimi bakım paketi



Şekil 2.5. Bakım paketinin haftalık uygulama planı

Bakım paketinde yer alan altı unsurun uygulanması ile ilgili kapsamlı açıklamalar aşağıda sunulmuştur:

Unsur 1. Risk Değerlendirmesi: Yapılandırılmış bir araçla rutin risk değerlendirilmesi yapılmalı

Unsurda kullanılan BVC, oldukça kısa bir agresyon riski değerlendirme aracıdır. Araştırma tasarımına göre hastaların şiddet risklerinin her gün değerlendirilmesi amaçlanmıştır ve ölçek bu anlamda kısa olmasıyla klinik kullanımda kolaylık sağlamıştır. Ekip üyeleri tarafından ölçek maddeleri ve agresyonu değerlendirme yöntemi benimsense de ölçek çoğunlukla araştırmacı tarafından kayıt altına alınmıştır. Hemşireler tarafından kullanılması gereken diğer kayıt formlarının çokluğu ve doküman işlerinin yoğunluğu bunun nedeni olarak görülmüştür. Ölçeğin her gün kullanılması doküman işleri yoğunluğunu artırması yönüyle bir dezavantaj olarak görülmüştür. Bununla birlikte günlük hasta gözlemine yapılandırılmış bir araç sağlaması ve agresyonu öngörülebilir hale getirmesi önemli bir avantaj olmuştur. Örneğin, birkaç gün üst üste ölçekten sıfır puan alıp herhangi bir şiddet riski bulunmayan hastalar, sakin geçen birkaç günün ardından ölçekten yüksek puan alıp, agresif bir olay gerçekleştirmişlerdir. Bu durumda ölçeğin günlük olarak doldurulmasının, agresyon riskini değerlendirmede ve hastayı yakın gözleme alıp müdahale edebilmede önemli olduğu gözlenmiştir.

Unsur 2. Bilişsel İyileştirme Eğitimi: Hastanın temel bilişsel işlevleri geliştirilmeli

Unsur, günlük, haftada iki ve haftalık uygulamalar içeren farklı bileşenlerden oluşmaktadır. Deney müdahalesinde hastalar ve uygulama ekibi tarafından en çok benimsenen ve istekle uygulanan müdahalelerin bu unsurdaki müdahaleler olduğu gözlemlenmiştir. Algı, muhakeme, bellek, dikkat ve bilişsel esneklik alıştırmaları basitten karmaşığa doğru, her hasta ile bireysel olarak uygulanmıştır. Hastalar tarafından ilk uygulamalar oldukça basit bulunmuş ve kolayca tamamlanmıştır. Birçok hasta daha ileri ve zor düzeyde bir alıştırma istemiştir. Duygu tanıma çalışmaları her hasta ile bireysel olarak uygulanan bir diğer müdahaledir ve hastalar tarafından kolay anlaşıldığı ve çabuk adapte olduğu gözlemlenmiştir. Hastaların duygu tanımayla ilgili alıştırmalarda sorun yaşamadıkları görülmüştür. Aleksitimik bir hastaya rastlanmamıştır. Hastalar bu uygulamaların hepsinde zamanla daha iyi performans sergilemeye başlamışlardır. Özellikle başardıkları ve tamamladıkları alıştırmalar için pozitif geri bildirim

verilmesi, hastaların bir sonraki egzersiz için kendilerinin istekte bulunmasına katkı sağlamıştır. Bu egzersizlerin uygulanması ortalama 10 dakika sürmüştür.

Unsurda yer alan stres yönetimi ve gevşeme egzersizleri kliniğin günlük rutin uygulaması haline gelmiştir. İlk günlerde müziksiz yapılan uygulama, hastalardan gelen istek üzerine fonda sakinleştirici bir meditasyon müziği ile gerçekleştirilmeye başlanmıştır. Egzersizler sırasında müzik kullanımının stresi yönetme ve gevşemeye olumlu katkı sağladığı gözlemlenmiştir. Yine ilk günlerdeki uygulamalarda hastalar bu egzersizlerin uykularını getirdiğini ifade etmiş; bu nedenle öğle yemeğinin ardından egzersizlerin yapılmasını önermişlerdir. Böylece klinikte öğle yemeğinin ardından rutin olarak uyumak isteyen hastalar, uyku için egzersizlerin faydasını keşfetmişler ve ilerleyen günlerde bu anlamda faydalanmışlardır. Gevşeme egzersizleri açık grup oturumları şeklinde yürütülmüştür ve her oturum ortalama on beş dakika sürmüştür. Deney grubuna yeni hastalar katıldıkça grupla tanıştırılıp egzersizlere dahil olmuşlardır. İlk birkaç uygulamadan sonra hastaların gevşeme egzersizlerini öğrendikleri ve gece uyumadan önce yaptıkları gözlemlenmiştir. Birkaç hasta günlük rutinine dahil ederek grup oturumlarının dışında hasta odalarında bireysel uygulamalarını gerçekleştirmiş, stresli veya gergin olduklarını hissettiklerinde uyguladıklarını belirtmişlerdir.

Öfke yönetimi ve dürtü kontrolü çalışmaları açık grup oturumları şeklinde yürütülmüştür. Deney grubuna yeni hastalar katıldıkça grupla tanıştırılıp oturumlara dahil olmuşlardır. Hastalar grup oturumlarında grup kurallarına uymada (söz hakkı isteme, diğer hastaların sözünü kesmeme gibi) herhangi bir sorun yaşamamışlardır. Gruba yeni katılan veya akut semptomları olan hastalar ilk oturumlarda bu kurallarla ilgili uyarı almışlardır. Oturumlara ilk kez katılan hastalar paylaşım yapmakta tereddüt göstermiş; zamanla duygu, düşünce ve deneyimlerini paylaşmaya başlamışlardır. Şüphelilik semptomları olan hastaların ise diğer hastalara kıyasla grup oturumuna katılma konusunda daha isteksiz ve tereddütlü olma eğiliminde oldukları gözlemlenmiştir. Hastalar oturumlarda özellikle öfkenin faydaları – zararları tartışmalarına hayatlarından örneklerle katılmışlar; öfke yönetiminde bu unsurun bir diğer müdahalesi olan gevşeme tekniklerini kullanmayı öğrenmişlerdir. Hastalar öfkenin tetikleyicilerini ve erken belirtilerini tanımada önemli yol katetmişlerdir. Bunun sonucunda, öfkenin erken belirtilerini fark eden hastalar ortamdaki uzaklaşmak ve sakinleşmek için istemli

olarak izolasyon odasında bir süre kalmak istemişlerdir. Müdahalenin, hastalara öfke yönetim tekniklerini kazandırdığı gözlemlenmiştir. Bu unsur müdahalesinde, ekip üyeleri çoğunlukla araştırmacının rehberliğine ihtiyaç duymuşlardır ve müdahale oturumlarının çoğu araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Bunun nedeni olarak, öfke yönetimi ve dürtü kontrolü çalışmalarının psikiyatri hemşiresinin bireysel ve grup danışmanlığı becerileriyle ilişkili olması ve bu becerilerin klinik hemşireleri için gelişime açık bir yön olması gözlemlenmiştir.

Unsur 3. Sosyal Beceri Eğitimi: Hastanın kişilerarası ilişkilere ilişkin

anlayışı artırılmalı ve sosyal becerileri geliştirilmeli

Unsur, hastaların aktif rol aldığı müdahaleler içermektedir. Bu müdahale çalışmaları açık grup oturumları şeklinde yürütülmüştür deney grubuna yeni hastalar katıldıkça grupla tanıştırılıp oturumlara dahil olmuşlardır. Hastalar ve uygulama ekibi, sosyal beceri eğitimi için oluşturulan örnek senaryoları sık karşılaşılabilecek durumları açıklayıcı ve anlaşılması kolay olarak değerlendirmişlerdir. Hastalar oturumlarda bu senaryolarla sınırlı kalmamış, kendi hayatlarından örnekleri paylaşmışlardır. Hastaların diğer hastalardan grup içinde öğrenme ve farkındalık kazandıkları gözlemlenmiştir. Hatta ilerleyen oturumlarda daha deneyimli ve ilerleme kaydeden hastalar, yeni hastalara kendi öğrendiklerini anlatma ve senaryolardaki örnek cümleleri söyleme eğiliminde olmuşlardır. Öfke yönetimi ve dürtü kontrolü çalışmaları ile benzer şekilde, şüphecilik hezeyanları olan hastaların sosyal beceri eğitimi grup oturumlarına katılmakta daha isteksiz oldukları gözlemlenmiştir. Bu hastalarla başlangıçta bireysel görüşmelerle oturumlar gerçekleştirilmiş, kendilerini hazır hissettiklerinde gruba dahil edilmeleri sağlanmıştır. Hastaların rol oynama yöntemiyle senaryolara katılmayı tercih etmedikleri, bunun yerine benzer senaryolar ve iletişim örnekleriyle ilerlemek istedikleri gözlemlenmiştir.

Unsur 4. Gerginliği Azaltma Teknikleri: Hastayı sakinleştirmek için

gerginliği azaltma teknikleri uygulanmalı

Unsur, sadece agresif bir olayla karşılaşıldığında değil, aynı zamanda hemşirelerin klinik içerisinde hastaya yaklaşırken benimsemeleri hedeflenen terapötik iletişim teknikleri ve yaklaşımları içermektedir. Bu hedefle uyumlu olarak, klinik hemşireleri bakım paketiyle ilgili verilen eğitimin ardından gerginliği azaltma teknikleri ve terapötik ilkelerini hızla benimsemişlerdir. Bunun nedeni olarak, unsurun öğelerinin klinik hemşirelerinin hali hazırda sahip oldukları

terapötik iletişim becerileri ve ajite hastaya yaklaşımları ile paralel olması gözlemlenmiştir. Deney grubu müdahalesi süresince agresif bir olayla karşılaştığı zaman hemşireler, bu unsorda yer alan bileşenleri etkin kullanabilmiş ve olay özelinde hangi bileşeni kullandıklarıyla ilgili araştırmacıya geribildirim verebilmişlerdir. Geribildirimlerinde hemşireler, daha önce agresif hastaya fiziksel olarak çok yaklaştıklarını ve aralarına mesafe koymadıklarını belirtmişlerdir. Deney müdahalesi süresince hem agresif hastanın kişisel alanını hem de kendi kişisel alanlarını korumayı öğrendikleri ve uyguladıkları görülmüştür. Unsurun hastayı ve personeli bilgilendirme bileşeni ise rutin uygulamaya göre değişim ve gelişim gösteren bir diğer alan olmuştur. Agresif olayların ardından hasta ile olayın nedenleri, tekrarlamaması için yapılabilecekler, öğrendiği öfke yönetimi ve dürtü kontrolü yöntemlerini uygulayıp uygulayamayacağı üzerine konuşmalar yapılmıştır. Ayrıca ekibin artık agresif olayların ardından olayı nasıl önleyebilecekleri, güvenlik önlemleri ve iyileştirmeler üzerine tartıştıkları gözlemlenmiştir.

Unsur 5. Ortam Terapisi: Klinikte terapötik ortam oluşturulmalı

Unsur ve bileşenleri kliniğin rutin uygulamalarına kolaylıkla entegre edilmiştir. Klinikte tüm ekip üyelerinin benimsediği en önemli ilkenin güvenlik ilkesi olduğu gözlemlenmiştir. Ortam terapisi unsurunun güvenliği sağlamaya yönelik bileşenleri halihazırda uygulanmaktadır. Kliniğe her yeni yatışta üst araması yapılmaktadır. Hastanın kendisine veya başkasına zarar vermesine yol açabilecek eşyaları teslim alınmaktadır. Klinikte hasta odaları, tuvalet, banyo ve ortak alanlar kesici ve delici aletlerin varlığı açısından düzenli aralıklarla değerlendirilmektedir. Klinikte hasta odaları, tuvalet ve banyoların haricinde güvenlik kameraları bulunmakta ve bu yolla hemşire bankosundan hastaların sürekli gözlemi sağlanmaktadır.

Deney müdahalesi süresince hastalarla meşguliyet ve aktivite odasında yapılan etkinliklerde güvenlik nedeniyle uygun materyaller tercih edilmiştir. Örneğin yazı yazma veya işaretlemeler için yumuşak mum kalemler kullanılmıştır. Uygulamaların ardından ortamda kesici ve delici aletlerin varlığı değerlendirilmiştir.

Deney müdahalesine başlarken uygulama ekibiyle birlikte, tüm klinik aktiviteleri yapılandırılmıştır. Uygulama ve aktivitelerin günlerini gösteren bir tablo oluşturulmuştur. Bu tablo hem hastalar hem de personelin görebileceği bir

konuma asılmıştır. Hastalar böylece etkinliklerin günlerini takip edebilmişlerdir. Ayrıca bu panoya klinik içindeki grup norm ve kuralları eklenmiştir. Böylece tüm hastalar klinik kurallarını okuyabilmişlerdir. Tüm etkinliklere başlamadan önce uygulama ekibi tarafından hastaların davet edildiği, pozitif geribildirimlerle katılımlarının teşvik edildiği gözlemlenmiştir. Klinikte yine yemek saatlerini, bahçe saatlerini, telefon saatlerini, kantin saatlerini ve ezan saatlerini gösteren bilgilendirmeler tüm hastaların görebileceği şekilde yazılı olarak asılıdır. Yine bu saatler geldiğinde uygulama ekibi tarafından hastaların davet edildiği gözlemlenmiştir.

Unsur 6. Uykuyu İyileştirmek: Hastaya uyku hijyeni müdahaleleri uygulanmalı

Kliniğe yeni yatışı olan her hastanın uyku sağlığı değerlendirilmiştir. Hastaların bir bölümü yatış sırasında uykusuzluk ve gece sık uyanma şikâyeti yaşadığını belirtmiştir. Bu hastalara yatışlarıyla birlikte uyku hijyeni eğitimi verilmiştir. Başlangıçta uyku sorunu yaşayan hastaların klinikte gün içinde yataktan çıkmak istemedikleri gözlemlenmiştir. Hastalar, uygulama ve etkinliklere istikrarlı bir şekilde davet edilmeye ve uyku hijyenine uyma durumları değerlendirilmeye devam edilmiştir. Gün içinde yatakta geçirilen vakitleri sınırlandırılmaya çalışılmış ve bunun yerine bahçe saatlerinde açık havaya çıkmaları, güneş ışığına maruz kalmaları, meşguliyet ve aktivite odasında vakit geçirmeleri teşvik edilmiştir. Uykuyu iyileştirmeye yönelik anahtar müdahaleler klinik uygulama tablosuna yazılmıştır. Böylece, hastaların gün içinde uykuyu iyileştirecek hatırlatmalara ulaşabilmeleri hedeflenmiştir. Her gün uygulanan stres yönetimi ve gevşeme egzersizleri öncesinde, bu egzersizlerin uyku sağlığına olumlu katkıları belirtilmiş, uykuya dalmayı kolaylaştıracak bilgisi verilmiştir. Hastalara öğrendikleri egzersizleri gece uyumadan önce uygulayabilecekleri düzenli olarak hatırlatılmıştır. Hastaların stres yönetimi ve gevşeme egzersizlerinin sakinleştirme ve uykuya eğilimi artırma etkilerini deneyimlemelerinin ardından, uykudan önce bireysel olarak stres yönetimi ve gevşeme egzersizlerini uygulayan hasta sayısı artmış ve olumlu geribildirimlerini iletmışlerdir. Gece uyumada zorluk çeken hastalara hemşireleri tarafından bu egzersizler ilk müdahale olarak uygulanmıştır. Bununla birlikte klinikte uykuyu olumsuz etkileyebilecek bazı faktörler gözlemlenmiştir. Hasta odaları altı kişiliktir ve bu durum bazı hastalar için uykuya dalmayı ve sürdürmeyi zorlaştırmaktadır. Bununla baş edebilmek için uyku

saatlerinde odalarda gürültü yapılmamasına ve ışıkların söndürülmesine dikkat edilmektedir. Bu sebeplerle uyku sorunu yaşayan hastaların oda değişikliklerine olumlu yanıt verilmeye çalışılmaktadır. Ayrıca hastaların gün içerisindeki sigara tüketimlerinin uyku hijyeni eğitimine rağmen halen çok sık olduğu gözlemlenmiştir.

2.2.8 İstatistiksel Metod

Verilerin analizinde SPSS 24.0 paket programı kullanılmıştır. İlk olarak kayıp veri ve uç değer incelemeleri (Z skor) yapılmıştır. İnceleme sonrasında kayıp veri tespit edilmemiştir. Uç değer incelemesinde ise Field (2009) tarafından ifade edilen Z skor incelemesinde değerlerin ± 2.58 aralığında olduğu tespit edilmiştir (Field, 2009). Tanımlayıcı istatistikler için ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler, frekans ve yüzde değerleri incelenmiştir. Verilerin normal dağılımlarının tespitinde çalışma grubu 30 birimin altında olduğu için Shapiro-Wilk (SW) testi ($p > 0.05$) yapılmıştır (Habibzadeh, 2024; Karagöz, 2021). Deney ve kontrol grubundaki hastaların atama yanlılığını sınanması ve homojenliğinin test edilmesi için kategorik değişkenlere ait sayısal ortalamaların karşılaştırılması analizinde Pearson Ki-kare ile analiz yapıp, ikili kategorik değişkenlerin (cinsiyet gibi) analiz sonuçları Fisher's Exact Test, ikiden fazla kategoriye sahip değişkenlerin analiz sonuçları Monte Carlo yöntemi ile desteklenmiştir (Campbell, 2007; IBM SPSS Statistics, 2021). Müdahale sonunda deney ve kontrol grubuna ait normal dağılım gösteren değişkenlerin (yaş, mevcut tedavi ve bakımda hastanede yatılan gün sayısı) analizi için bağımsız gruplar için t testi (Independent Samples T-Test); normal dağılım göstermeyen verilerin (hastalık süresi, daha önceki psikiyatri servisine yatış sayısı) sıra ortalamalarını karşılaştırmak için Mann Whitney U testi kullanılmıştır (Hair vd., 2022). Deney ve kontrol gruplarının normal dağılım gösteren ölçek verilerinin analizinde, grup içi tekrarlı testleri ve ortalamalar arası farkı karşılaştırmak için bağımlı örnekler t testi (Paired Samples t-test); gruplar arası ortalamalar arası farkı karşılaştırmak için bağımsız gruplar için t testi yapılmıştır. Normal dağılım göstermeyen ölçek verilerinin analizinde gruplar arası ortalamalar arası farkı karşılaştırmak için Mann Whitney U testi, grupların ön test ve son test puanlarının zaman ve grup etkileşimine göre karşılaştırılması için iki yönlü varyans analizi (Two-way ANOVA) uygulanmıştır. Gruplar arası ortalamaların farkına göre etki büyüklüğünü değerlendirmek için Cohen's d

hesaplanmış ve 0,20 küçük, 0,05 orta, 0,80 büyük etki düzeyi aralıkları referans alınarak raporlanmıştır (Cohen, 1988). Varyanslara göre etki büyüklüğünü değerlendirmek için eta kare (η^2) hesaplanmış ve 0,01 küçük, 0,06 orta, 0,14 büyük etki düzeyi aralıkları referans alınarak raporlanmıştır (Cohen, 1988). Günlük ölçülen verilerin analizinde (BVC) doğrusal karma model (LMM) analizi yapılmıştır. Model, hastalar arasındaki ölçüm farkını sorun etmeden hem her hastanın zaman içindeki BVC puan değişimini, hem de gruplara göre klinikte yatılan süre boyunca BVC puan değişimlerini ve gruplar arası karşılaştırmaları yapabilmektedir. Bu puan değişimlerinin müdahaleden veya rastgele etkilerden oluşup oluşmadığını değerlendirebilmektedir. Modele göre BVC puanlarının zaman içindeki ve gruplar arası değişimi karşılaştırmaları ve yapılandırılmamış kovaryans (Unstructured covariance UN), varyans bileşenleri (residual, intercept, slope, covariance) analiz sonuçları sunulmuştur. Residual varyans (artık varyans) değeri ne kadar yüksekse, modelin varyans bileşenlerinin etkisini açıklama gücü o kadar düşüktür. Residual varyans değeri düştükçe modelin veriyi açıklama gücünün arttığı ve varyansın çok azının açıklanamadığı anlamına gelmektedir. Intercept varyans (sabit etki varyansı) katılımcılar arası sabit etki varyansını göstermektedir ve değer yükseldikçe katılımcılar arası başlangıç düzeyi farkının büyüdüğünü; değer düştükçe katılımcıların başlangıç düzeyi farkının azaldığını/benzediklerini göstermektedir. Slope varyans (zaman etkisinin varyansı) zamanla değişim eğimidir ve yüksekse değişim katılımcılar arasında hızlıdır, düşükse tüm katılımcılarda zamanın etkisi benzerdir. Covaryans (intercept + slope kovaryansı) başlangıç düzeyi ile değişim hızı arasında ilişki olup olmadığını göstermektedir. Sıfıra yaklaştıkça başlangıç düzeyi ile değişim arasında ilişki olmadığı; negatifse yüksek başlayan hastaların zamanla yavaş değiştiği; pozitifse yüksek başlayanların değerinin zamanla arttığı anlamına gelmektedir. Bu değerler için bir değer aralığı olmamakla birlikte, ± 2 değerler uç değer olarak kabul edilmekte ve dışlanmaktadır (Liu, 2016). Verilerin analizinde hipotez testi için anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

2.2.9 Geçerlik ve Güvenirlik

Araştırma bünyesinde geliştiren bakım paketi iki araştırmacı tarafından gerçekleştirilen literatürün sistematik incelenmesi sonucu oluşturulmuştur. Sistematik incelemede kanıtların seçimi için geçerlik ve güvenliği kabul edilen

kanıt ve yanlılık değ erlendirme araçları kullanılmıştır. Bu nedenle en yüksek kanıt düzeyine sahip uygulamalar seçilmiştir. Ardından bakım paketinin unsurları uzman görüşlerine sunulmuş ve kapsam geçerlik değ erlendirmesine alınmıştır. Araştırmanın klinik uygulama aşamasında ardışık desen randomize kontrollü desen seçilerek müdahalenin tek bir klinikte yapılması sağlanmış, fiziki koşullar ve personelle ilişkili karıştırıcı faktörler en aza indirilmeye çalışılmıştır. Araştırmada kullanılan tüm  l me araçları, literatürde benzer örnekleme yaygın olarak kullanılan ve geçerlik ve güvenirliği yapılan araçlardır. Kontrol ve deney grubundaki tüm katılımcıların ilk ölümleri, araştırmacı tarafından araştırma grubuna dahil olup olmayacakları bilinmeden k rleme olarak alınmıştır. Katılımcıların randomizasyonun  evrimi i bir araçla bilgisayar üzerinden yapılması sağlanmış, böylece katılımcıların atanmasında yanlılık riski ortadan kaldırılmıştır. Verilerin analizine son katılımcının deneyinin sonlanması itibariyle başlanmış, böylece araştırmacıların sonuçları müdahale bitmeden önce görmesi  nlenmiştir.

3. BULGULAR

Aşağıda kontrol ve deney gruplarına uygulanan Hasta Bilgi Formu, BPSÖ, BVC, AAÖ ve Paket Uyum Takip Çizelgesi'nden elde edilen verilere ait çalışma bulguları sunulmuştur.

3.1 Katılımcıların Sosyodemografik ve Diğer Tanımlayıcı Verilerine Ait Bulgular

Aşağıda katılımcıların sosyodemografik, psikiyatrik hastalık öyküsü ve mevcut klinik özelliklerine ilişkin frekans ve yüzde değerlerine ait tanımlayıcı bilgiler sunulmuştur. Kontrol ve deney gruplarındaki katılımcıların bu özellikler açısından benzer olup olmadıklarını değerlendirmek için homojenlik analizleri yapılmıştır. Yaş değişkeni normal dağılım gösterdiği için grupların yaş ortalamaları arasındaki fark bağımsız gruplarda t testi ile; kategorik değişkenlerin bağımsız gruplardaki homojenliği ki kare test ile analiz edilip, ikili kategorik değişkenlerin (cinsiyet gibi) analiz sonuçları Fisher'in kesinlik testi ile, ikiden fazla kategoriye sahip değişkenlerin analiz sonuçları Monte Carlo yöntemi ile desteklenmiştir (Campbell, 2007; IBM SPSS Statistics, 2021) (Tablo 3.1., Tablo 3.2., Tablo 3.3., Tablo 3.4., Tablo 3.5.).

Tablo 3.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve homojenlik verileri

		Kontrol Grubu (n=12)			Deney Grubu (n=12)			Anlamlılık
		n	%	$\bar{X} \pm SS$	n	%	$\bar{X} \pm SS$	
Yaş (yıl)		12	100	45,16±10,36	12	100	39,41±11,43	^a p=0,21
Medeni durum	Bekar	9	75		12	100		$\chi^2=0,06$
	Evli	3	25		0	0		^b p=0,21
Eğitim durumu	Okuryazar	1	8,3		1	8,3		$\chi^2=0,68$
	İlköğretim	5	41,7		6	50		^c p=0,82
	Lise	6	50		4	33,4		
	Ön lisans	0	0		1	8,3		
Çalışma durumu	Çalışmıyor	11	91,7		8	66,7		$\chi^2=0,13$
	Çalışıyor	1	8,3		4	33,3		^b p=0,31
Gelir durumu	Gelir giderden az	8	66,7		9	75		$\chi^2=0,65$
	Gelir gidere eş	4	33,3		3	25		^b p=1

n: sayı, %: yüzde, $\bar{X}$: ortalama, SS: standart sapma, χ^2 : Pearson Ki- kare test, ^aIndependent Samples T-Test, ^bFisher's Exact Test, ^cMonte Carlo (10.000 örneklem ile hesaplanmıştır), p<0,05

Araştırmaya 12 kontrol, 12 deney olmak üzere 24 hasta dahil edilmiştir. Kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması $45,16 \pm 10,36$ (25-61 yıl), deney grubundaki hastaların $39,41 \pm 11,43$ (18-56 yıl)'tür. Kontrol ve deney grubundaki tüm hastalar erkektir. Kontrol grubundaki hastaların %75'i bekar, %25'i evlidir. Deney grubundaki hastaların ise tamamı bekardır (%100). Kontrol grubundaki hastaların %50'si lise ve %41,7'si ilköğretim mezunuyken, %8,3'ü okuryazardır. Deney grubundaki hastaların %50'si ilköğretim, %33,4'ü lise, %8,3'ü ön lisans mezunuyken, %8,3'ü okuryazardır. Kontrol grubundaki hastaların %91,7'si; deney grubundaki hastaların ise %66,7'si herhangi bir işte çalışmamaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %66,7'sinin geliri giderlerinden az, %33,3'ünün geliri giderlerine eşittir. Deney grubundaki hastaların ise %75'inin geliri giderlerinden az, %25'inin geliri giderlerine eşittir (Tablo 3.1.).

Tablo 3.2. Katılımcıların yaşam alanlarına ait tanımlayıcı özellikleri ve homojenlik verileri

		Kontrol Grubu (n=12)		Deney Grubu (n=12)		Anlamlılık
		n	%	n	%	
Yaşanılan yer	Ev	12	100	10	83,3	$\chi^2=0,14$ ^b p=0,47
	Bakım evi	0	0	2	16,7	
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	3	25	2	16,7	$\chi^2=0,11$ ^c p=0,5
	Anne-baba	7	58,3	9	75	
	Eş-çocuklar	2	16,7	0	0	
	Aile büyükleri (dede, anneanne vb.)	0	0	1	8,3	
Bakım verene ihtiyaç duyma ve bakım veren olması durumu	Evet	1	8,3	0	0	$\chi^2=0,30$ ^b p=1
	Hayır	11	91,7	12	100	

n: sayı, %: yüzde, χ^2 : Pearson Ki- kare test, ^bFisher's Exact Test, ^cMonte Carlo (10.000 örneklem ile hesaplanmıştır), p<0,05

Kontrol grubundaki hastaların tamamı evde yaşarken; deney grubundaki hastaların %16,7'si bakım evinde yaşamaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %58,3'ü anne ve babaları ile birlikte, %16,7'si eş ve çocukları ile birlikte, %25'i ise yalnız yaşamaktadır. Deney grubundaki hastaların %83,4'ü anne ve babaları ile, %8,3'ü aile büyükleri ile ve %8,3'ü kardeşleriyle birlikte yaşamaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %8,3'ü bakım veren birine ihtiyaç duyuyor ve bir bakım

verenleri varken; deney grubundaki hastaların hiçbirisi bakım verene ihtiyaç duymamaktadır (Tablo 3.2.).

Tablo 3.3. Katılımcıların sigara, alkol, madde kullanımı ve adli vaka öykülerine ait tanımlayıcı özellikleri ve homojenlik verileri

		Kontrol Grubu (n=12)		Deney Grubu (n=12)		Anlamlılık
		n	%	n	%	χ^2 , p
Sigara kullanımı	Var	10	83,3	7	58,3	$\chi^2=0,035$ ^b p=0,89
	Yok	2	16,7	5	41,7	
Alkol kullanımı	Var	2	16,7	1	8,3	$\chi^2=0,53$ ^b p=1
	Yok	10	83,3	11	91,7	
Adli vaka geçmişi	Var	5	41,7	2	16,7	$\chi^2=0,17$ ^b p=0,37
	Yok	7	58,3	10	83,3	

n: sayı, %: yüzde, χ^2 : Pearson Ki- kare test, ^bFisher's Exact Test, p<0.05

Kontrol ve deney gruplarındaki katılımcıların hiçbirisi madde kullanmamaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %83,3'ü sigara ve %16,7'si alkol kullanmaktadır. Deney grubundaki hastaların %58,3'ü sigara ve %8,3'ü alkol kullanmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %41,7'sinin adli vaka geçmişi varken; deney grubundaki hastaların %16,7'sinin adli vaka geçmişi bulunmaktadır (Tablo 3.3.).

Tablo 3.1., Tablo 3.2. ve Tablo 3.3'te görüldüğü gibi, randomize seçilen deney ve kontrol grupları arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, yaşanılan yer, birlikte yaşanılan kişiler, bakım verene ihtiyaç duyma ve bakım veren olması durumu, sigara ve alkol kullanımı, adli vaka geçmişi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05). Gruplar bu açılardan homojen dağılmıştır. Bu durum, çalışmada kontrol ve deney grubuna atanan katılımcıların benzer sosyodemografik özelliklere sahip olduğunu, çalışma sonuçlarını etkileyebilecek herhangi bir atama yanlılığı olmadığını, gruplar arası sonuçların uygulanan müdahaleden kaynaklandığını destekleyen iç geçerliliği güçlendirdiği, böylece demografik özelliklerden ziyade deney müdahalesinin sonuçlarının gruplar arası karşılaştırılabilirliğinin arttığını desteklemektedir.

Tablo 3.4'te katılımcıların psikiyatrik hastalık öykülerine ilişkin frekans ve yüzde değerlerine ait tanımlayıcı bilgiler sunulmuştur. Kontrol ve deney gruplarındaki katılımcıların bu özellikler açısından benzer olup olmadıklarını

değerlendirmek için homojenlik analizleri yapılmıştır. Katılımcıların hastalık süreleri ve daha önceki psikiyatri servisine yatış sayıları normal dağılım göstermediği için, grupların bu özellikler açısından karşılaştırılmasında bağımsız iki grup arasındaki ortalama farkını karşılaştırmak için Mann-Whitney U test kullanılmış; sıra numara ortalamaları ve en az-en çok değerler verilmiştir (Tablo 3.4).

Tablo 3.4. Katılımcıların psikiyatrik hastalık öyküsü ile ilgili tanımlayıcı özellikleri ve homojenlik verileri

		Ort. Sıra	Sıra Toplamı	U	Z	p
Hastalık süresi (yıl)	Kontrol Grubu (n=12)	13,50	162,00	60	-0,695	p=0,48
	Deney Grubu (n=12)	11,50	138,00			
Daha önceki psikiyatri servisine yatış sayısı	Kontrol Grubu (n=12)	12,04	144,50	66,5	-0,333	p=0,73
	Deney Grubu (n=12)	12,96	155,50			

n: sayı, U: Mann-Whitney U test, Z: Z skoru, p<0,05

Kontrol grubundaki hastaların hastalık süresi ortalamaları $11,34 \pm 10,8$ (1-43 yıl, sıra numaralarının ortalamaları:13,50), deney grubundaki hastaların ise $9,5 \pm 7,8$ (iki ila dokuz yıl, sıra numaralarının ortalamaları:11,50) değişmektedir. Kontrol grubundaki hastaların daha önce psikiyatri servisine yatış sayısı ortalaması $2,25 \pm 0,8$ (bir ila dört defa, sıra numaralarının ortalamaları:12,04), deney grubundaki hastaların ise $3,08 \pm 2,5$ (1-9 defa, sıra numaralarının ortalamaları:12,96) arasındadır (Tablo 3.4).

Aşağıda katılımcıların hastalık ve tedavi öykülerine ilişkin frekans ve yüzde değerlerine ait tanımlayıcı bilgiler sunulmuştur. Bu özelliklere ait kategorik değişkenlerin bağımsız gruplardaki homojenliği ki kare test ile analiz edilmiştir (Tablo 3.5).

Kontrol ve deney gruplarındaki hastaların tamamı şizofreni tanılıdır (%100). Kontrol grubundaki hastaların %75'inin psikiyatrik hastalığa ek olarak herhangi bir tıbbi tanısı bulunmamakta; %8,3'ünün hipotiroid, %8,3'ünün ASD, %8,3'ünün SVO tanıları bulunmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %8,3'ü levotiron, %8,3'ü ecopirin, %8,3'ü rexapin kullanmaktadır. Deney grubundaki hastaların %91,7'sinin psikiyatrik hastalığa ek olarak herhangi bir tıbbi tanısı bulunmamakta; %8,3'ünün DM tanısı bulunmaktadır. Deney grubundaki hastaların %8,3'ü rexapin, %8,3'ü risperdal, %8,3'ü ozaprin, %8,3'ü gyrex, %8,3'ü insülin

kullanılmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %25'inin aile üyelerinde bir psikiyatrik hastalık tanısı; deney grubundaki hastaların ise %33,3'ünün aile üyelerinde bir psikiyatrik hastalık tanısı bulunmaktadır.

Tablo 3.5. Katılımcıların hastalık ve tedavi öyküleri ile ilgili tanımlayıcı özellikleri ve homojenlik verileri

		Kontrol Grubu (n=12)		Deney Grubu (n=12)		Anlamlılık
		n	%	n	%	χ^2, p
Psikiyatrik hastalık tanısı	Şizofreni	12	100	12	100	
Diğer tıbbi tanılar	Yok	9	75	11	91,7	$\chi^2=0,38$ ^c p=0,58
	Hipotiroid	1	8,3	0	0	
	ASD	1	8,3	0	0	
	SVO öyküsü	1	8,3	0	0	
	DM	0	0	1	8,3	
Sürekli kullanılan ilaçlar	Yok	9	75	7	58,3	$\chi^2=0,51$ ^b p=0,80
	Var	3	25	5	41,7	
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	Var	3	25	4	33,3	$\chi^2=0,65$ ^b p=1
	Yok	9	75	8	66,7	

ASD: atriyal septal defekt, SVO: serebrovasküler hastalık, DM: diabetes mellitus, n: sayı, %: yüzde, χ^2 : Pearson Ki- kare test, ^bFisher's Exact Test, ^cMonte Carlo (10.000 örneklem ile hesaplanmıştır), p<0,05

Tablo 3.4. ve Tablo 3.5.'te görüldüğü gibi, randomize seçilen deney ve kontrol grupları arasında psikiyatrik hastalık öyküsü ile ilgili olarak psikiyatrik hastalık süresi, daha önceki psikiyatri kliniğine yatış sayısı, psikiyatrik hastalık tanısı, diğer tıbbi tanılar, sürekli kullanılan ilaçlar, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05). Gruplar bu açılardan homojen dağılmıştır. Bu durum, çalışmada kontrol ve deney grubuna atanan katılımcıların benzer psikiyatrik hastalık öyküsü ve özelliklerine sahip olduğunu, çalışma sonuçlarını etkileyebilecek herhangi bir atama yanlılığı olmadığını, gruplar arası sonuçların uygulanan müdahaleden kaynaklandığını destekleyen iç geçerliliği güçlendirdiği, böylece hastalık öyküsünden ziyade deney müdahalesinin sonuçlarının gruplar arası karşılaştırılabilirliğinin arttığını desteklemektedir.

Tablo 3.6. ve Tablo 3.7.'de katılımcıların araştırma sürecindeki klinik özelliklerine ilişkin frekans ve yüzde değerlerine ait tanımlayıcı bilgiler

sunulmuştur. Kontrol ve deney gruplarındaki katılımcıların bu özellikler açısından benzer olup olmadıklarını değerlendirmek için homojenlik analizleri yapılmıştır. Mevcut tedavi ve bakımda hastanede yatılan gün sayısı değişkeni normal dağılım gösterdiği için grupların yatış süresi ortalamaları arasındaki fark bağımsız gruplarda t testi ile; kategorik değişkenlerin bağımsız gruplardaki homojenliği ki kare test ile analiz edilip, ikili kategorik değişkenlerin (semptom varlığı -var, yok gibi) analiz sonuçları Fisher’ın kesinlik testi ile desteklenmiştir (Tablo 3.6., Tablo 3.7.).

Tablo 3.6. Katılımcıların araştırma sürecindeki tanımlayıcı özellikleri ve homojenlik verileri

		Kontrol Grubu (n=12)			Deney Grubu (n=12)			Anlamlılık
		n	%	$\bar{X} \pm SS$	n	%	$\bar{X} \pm SS$	
Mevcut tedavi ve bakımda hastanede yatılan gün sayısı (gün)		12	100	31,16±9,05	12	100	34,66±9,35	^a p=0,36
Hastaneye başvurma şekli	Ayaktan / Poliklinikten	4		33,3	6		50	$\chi^2=0,40$ ^c p=0,58
	Acil servisten	3		25	4		33,3	
	Adli vaka	5		41,7	2		16,7	
Yatış şekli	İstemli	4		33,3	5		41,7	$\chi^2=0,38$ ^c p=0,46
	Zorla	5		41,7	2		16,6	
	Zorunlu	3		25	5		41,7	

n: sayı, %: yüzde, $\bar{X}$: ortalama, SS: standart sapma, χ^2 : Pearson Ki- kare test, ^aIndependent Samples T-Test, ^bFisher’s Exact Test, ^cMonte Carlo (10.000 örneklem ile hesaplanmıştır), p<0,05

Kontrol grubundaki hastaların mevcut tedavi bakım için hastanede yattıkları gün sayısı ortalaması 31,16±9,05 (14-44 gün), deney grubundaki hastaların ise 34,66±9,35 (15-50 gün) gündür. Kontrol grubundaki hastaların %41,7’sinin hastaneye başvurma şekli adli vaka sonucu, %33,3’ünün ayaktan/poliklinikten, %25’inin acil servistendir. Deney grubundaki hastaların %50’sinin hastaneye başvurma şekli ayaktan/poliklinikten, %33,3’ünün acil servisten, %16,7’sinin adli vaka sonucudur. Kontrol grubundaki hastaların %41,7’si zorla, %33,3’ü istemli ve %25’i zorunlu yatırır. Deney grubundaki hastaların %41,7’si istemli, %41,7’si zorunlu ve %16,6’sı zorla yatırır (Tablo 3.6.). Hastaların klinikteki mevcut tedavileri incelendiğinde, kontrol grubunda en çok gyrex (%50), deney grubunda

ise en çok rexin (50) reçete edildiği görülmektedir. Kontrol ve deney gruplarının farmakolojik tedavileri homojen dağılmaktadır ($p>0,05$).

Tablo 3.7. Katılımcıların mevcut semptomları ve homojenlik verileri

		Kontrol Grubu (n=12)		Deney Grubu (n=12)		Anlamlılık
		n	%	n	%	χ^2 , p
Hezeyan	Var	9	75	3	25	$\chi^2=1$
	Yok	3	25	9	75	
Halüsinasyon	Var	10	83,3	6	50	$\chi^2=0,83$ $^b p=0,19$
	Yok	2	16,7	6	50	
Dağınık konuşma	Var	5	41,7	3	25	$\chi^2=0,38$ $^b p=0,66$
	Yok	7	58,3	9	75	
İleri derece dağınık davranış	Var	6	50	3	25	$\chi^2=0,20$ $^b p=0,40$
	Yok	6	50	9	75	
Silik, negatif belirtiler, duygusal katılımda azalma	Var	3	25	1	8,3	$\chi^2=0,27$ $^b p=0,59$
	Yok	9	75	11	91,7	
Öz bakımda azalma	Var	8	66,7	5	41,7	$\chi^2=0,21$ $^b p=0,41$
	Yok	4	33,3	7	58,3	
Uyku sorunları	Var	5	41,7	3	25	$\chi^2=0,38$ $^b p=0,66$
	Yok	7	58,3	9	75	
Beslenme sorunları	Var	0	0	1	8,3	$\chi^2=0,30$ $^b p=1$
	Yok	12	100	11	91,7	
Kendine zarar verme	Var	2	16,7	1	8,3	$\chi^2=0,53$ $^b p=1$
	Yok	10	83,3	11	91,7	
Başkalarına zarar verme	Var	4	33,3	3	25	$\chi^2=0,65$ $^b p=1$
	Yok	8	66,7	9	75	
Obsesyon	Var	0	0	4	33,3	$\chi^2=0,028$ $^b p=0,093$
	Yok	12	100	8	66,7	

n: sayı, %: yüzde, χ^2 : Pearson Ki- kare test, ^{b} Fisher's Exact Test, $p<0,05$

Hastaların kliniğe yatış sırasındaki semptomları incelendiğinde, kontrol grubundaki hastaların %83,3'ünde halüsinasyon, %75'inde hezeyan, %66,7'sinde öz bakımında azalma, %58,3'ünde dağınık konuşma, %50'sinde ileri derece dağınık davranış, %41,7'sinde uyku sorunları, %33,3'ünde başkalarına zarar verme, %25'inde silik, negatif belirtiler ve duygusal katılımda azalma, %16,7'sinde kendine zarar verme semptomları bulunmaktadır (Tablo 3.7.).

Deney grubundaki hastaların ise %50'sinde halüsinasyon, %41,7'sinde öz bakımında azalma, %33,3'ünde obsesyon, %25'inde hezeyan, %25'inde dağınık konuşma, %25'inde ileri derece dağınık davranış, %25'inde uyku sorunları,

%25'inde başkalarına zarar verme, %8,3'ünde beslenme sorunları, %8,3'ünde kendine zarar verme, %8,3'ünde silik, negatif belirtiler ve duygusal katılımda azalma semptomları bulunmaktadır.

Tablo 3.6. ve Tablo 3.7.'de görüldüğü gibi, randomize seçilen deney ve kontrol grupları arasında araştırma sürecindeki özellikleriyle ilgili olarak mevcut tedavi ve bakımda hastanede yatılan gün sayısı, hastaneye başvurma şekli, yatış şekli, mevcut semptomlar ve mevcut tedavi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Gruplar bu açılardan homojen dağılmıştır. Bu durum, çalışmada kontrol ve deney grubuna atanan katılımcıların benzer yatış, semptom ve tedavi özelliklerine sahip olduğunu, çalışma sonuçlarını etkileyebilecek herhangi bir atama yanlılığı olmadığını, gruplar arası sonuçların uygulanan müdahaleden kaynaklandığını destekleyen iç geçerliliği güçlendirdiği, böylece klinik özelliklerinden ziyade deney müdahalesinin sonuçlarının gruplar arası karşılaştırılabilirliğinin arttığını desteklemektedir.

3.2 Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği'nden Elde Edilen Bulgular

Katılımcıların agresyon riskini değerlendiren Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği'nin ön test Cronbach's alpha değeri 0,907, son test Cronbach's alpha değeri 0,919 olarak hesaplanmıştır. Cronbach's alpha'nın kabul edilebilir değeri için kriterler değişebilmekte; bazı araştırmacılar kabul edilebilir değer olarak 0,70'i önerirken (Al-Somali, 2011), bazı araştırmacılar (Hinton vd., 2004) mükemmel güvenilirlik (0,90 ve üzeri), yüksek güvenilirlik (0,70-0,90), orta güvenilirlik (0,50-0,70) ve düşük güvenilirlik (0,50 ve altı) aralıklarını önermektedir. Buna göre ölçek yüksek düzeyde güvenilirlik göstermiştir.

Örneklem büyüklüğü 24 olduğu için, normallik varsayımı SW testi (ön test toplam puanları: $p=0,57$, son test toplam puanları: $p=0,71$, tüm alt boyutlar $p>0,05$) ve Q-Q plot ile doğrulanmıştır (Habibzadeh, 2024). Levene testi ile (ön test toplam puanları: $p=0,15$, son test toplam puanları: $p=0,59$, tüm alt boyutlar $p>0,05$) varyans homojenliği varsayımı doğrulanmıştır. Bu doğrultuda ölçeğin deney ve kontrol gruplarına ait sonuçlarını analiz etmek için parametrik testler kullanılmıştır. Katılımcıların ön test ve son test puanlarının kontrol ve deney gruplarının kendi içlerinde karşılaştırılması için ilişkili örneklem t testi kullanılmıştır. Katılımcıların ön test ve son test puanlarının arasındaki farkların (son test – ön test = fark puanı) grup değişkenine göre analiz edilmesi için bağımsız gruplarda t testi

kullanılmıştır. Son olarak hem tüm katılımcıları içeren grup içi hem de grupların kendilerine ait ön test ve son test puanlarının birlikte karşılaştırılması için tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi testi kullanılmıştır.

Tablo 3.8.'de kontrol ve deney gruplarının kendi içlerinde ön test – son test ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın bağımlı gruplarda t testi analiz sonuçları sunulmuştur. Böylece grupların kendi içinde ön test – son test arasındaki geçen sürede puan değişimleri ve bu değişimin anlamlılığı değerlendirilmiştir.

Tablo 3.8. incelendiğinde, deney ve kontrol gruplarının kendi içlerinde ön test – son test ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın bağımlı gruplarda t testi analiz sonuçlarına göre, hem deney ($M=46,42$, $SD=12,21$, $t(11)=13,17$, $p=0,001$, $d=3,80$, %95 GA [38,66; 54,17]) hem de kontrol ($M=10,08$, $SD=10,58$, $t(11)=3,39$, $p=0,007$, $d=0,95$, %95 GA [3,35; 16,80]) grubundaki katılımcıların ön test – son test agresyon puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş olduğu görülmüştür (Tablo 3.8).

Kontrol grubundaki katılımcıların ölçek alt boyutlarındaki ön test-son test puan farkları değerlendirildiğinde, fiziksel agresyon ($t(11)=4,96$, $p=0,001$, $d=0,45$) ve öfke ($t(11)=4,64$, $p=0,001$, $d=1,34$) alt boyutlarında hem istatistiksel hem de klinik olarak anlamlı düşüşler olduğu belirlenmiştir. Sözel agresyon alt boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı bir düşüş olmazken ($t(11)=1,54$, $p=0,152$, $d=1,43$) klinik olarak yüksek etki büyüklüğünde bir değişim olduğu belirlenmiştir (Cohen, 1988). Düşmanlık alt boyutunda ise hem istatistiksel hem de klinik açıdan anlamlı herhangi bir değişim olmadığı görülmüştür ($t(11)=-0,07$, $p=0,94$, $d=-0,02$).

Kontrol grubuna uygulanan klinikteki mevcut bakım uygulamalarının agresyon, fiziksel agresyon ve öfke üzerine istatistiksel ve klinik anlamda etkisi olurken; sözel agresyon üzerine sadece klinik anlamda yüksek düzeyde etkisi olduğu, düşmanlık üzerine ise istatistiksel veya klinik anlamda herhangi bir etkisi olmadığı belirlenmiştir (Şekil 3.1., Tablo 3.8.).

Deney grubundaki katılımcıların ölçek alt boyutlarındaki ön test-son test puan farkları değerlendirildiğinde; sözel agresyon ($t(11)=4,89$, $p=0,001$, $d=1,41$), fiziksel agresyon ($t(11)=12,71$, $p=0,001$, $d=3,67$), öfke ($t(11)=9,05$, $p=0,001$, $d=2,61$) ve düşmanlık ($t(11)=7,93$, $p=0,001$, $d=2,29$) alt boyutlarında hem istatistiksel hem de klinik olarak anlamlı düşüşler olduğu belirlenmiştir. Deney grubundaki müdahalenin en büyük etkisinin toplam agresyon ($d=3,80$) ve fiziksel agresyon ($d=3,67$) üzerine olduğu görülmüştür. Deney grubuna uygulanan

müdahalenin agresyon ve tüm alt boyutlarında istatistiksel ve klinik anlamda etkili olduğu belirlenmiştir (Cohen, 1988) (Tablo 3.8.).

Tablo 3.8. Kontrol ve deney gruplarının BPSÖ toplam puan ve alt boyut puanlarına ilişkin ön test- son test puanlarının karşılaştırılması

Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ)	Kontrol Grubu					Deney Grubu				
	Ön test ($\bar{X} \pm SS$)	Son test ($\bar{X} \pm SS$)	t ($df=11$)	Paired t-test (p)	Cohen' s d*	Ön test ($\bar{X} \pm SS$)	Son test ($\bar{X} \pm SS$)	t ($df=11$)	Paired t-test (p)	Cohen' s d*
Agresyon	95,16± 18,09	85± 12,56	3,29	0,007	0,95	111± 10,08	64,58± 16,48	13,17	0,001	3,80
Sözel agresyon	15,58± 3,42	14,41± 2,31	1,54	0,152	1,43	17,25± 2,26	11,75± 2,89	4,89	0,001	1,41
Fiziksel agresyon	32,83± 6,46	28,16± 6,47	4,96	0,001	0,45	38± 3,76	19,58± 6,72	12,71	0,001	3,67
Öfke	24± 5,22	19,66± 4	4,64	0,001	1,34	27,41± 4,68	15,91± 5,10	9,05	0,001	2,61
Düşmanlık	22,75± 5,10	22,83± 2,94	-,07	0,94	-,02	28,33± 4,03	17,33± 4,55	7,93	0,001	2,29

$\bar{X}$: ortalama, SS: standart sapma, df: serbestlik derecesi, *Cohen's d = Mean Difference / Std. Deviation, Paired Sample t Test, $p<0,05$

Deney ve kontrol grubu katılımcılarının BPSÖ toplam ve alt boyutlarından elde edilen ön test ve son test puanları karşılaştırıldığında her iki grubun da istatistiksel açıdan anlamlı olarak puanlarında bir düşüş tespit edilmiştir. Bu noktada deney grubuna uygulanan bakım paketi müdahalesinin istatistiksel ve klinik düzeyde olumlu anlamda etkili olduğu anlaşılmıştır. Fakat, hangi grubun agresyon açısından daha fazla iyileşme sağladığına ilişkin detaylı bir analiz yapmak, katılımcıların ön test ve son test puanları arasındaki farkı gruplar açısından karşılaştırmak, bakım paketinin agresyon düzeyine etkisi açısından daha detaylı

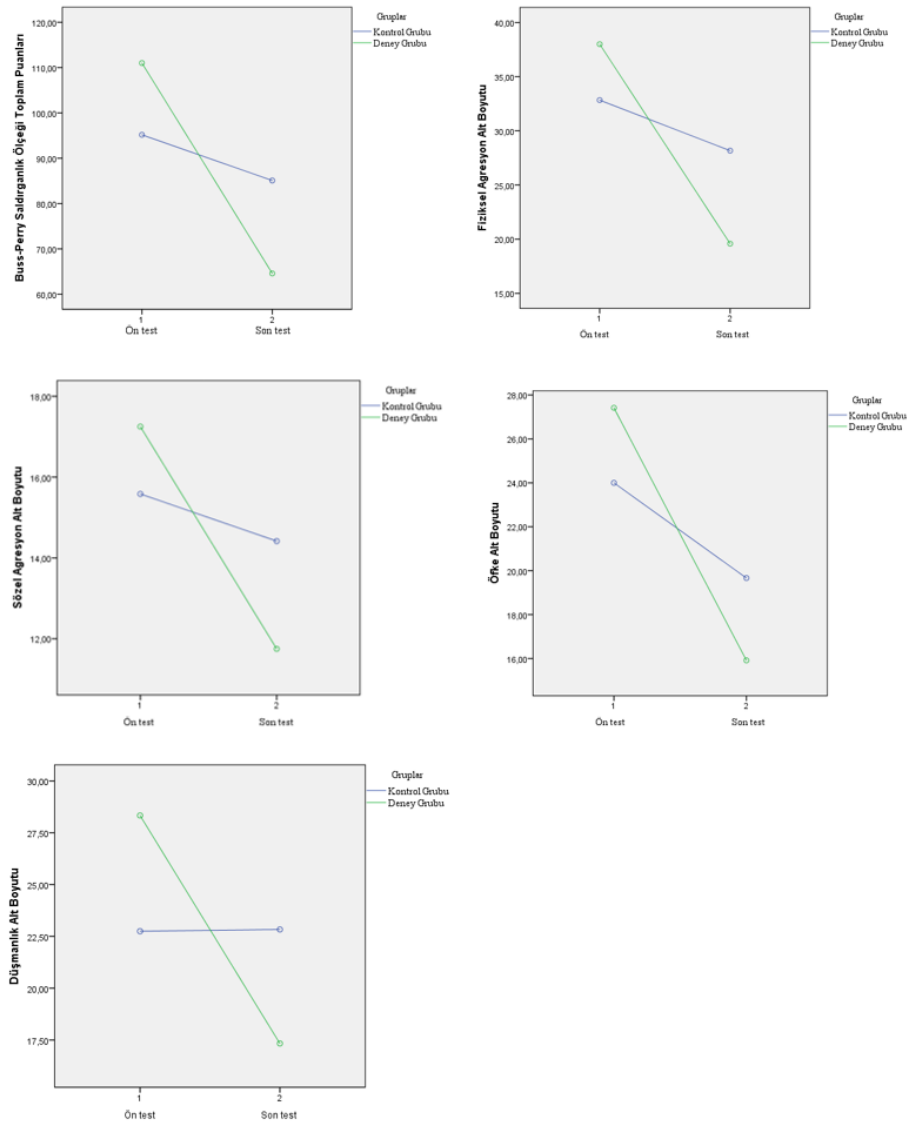
incelenmesine olanak sağlayacaktır. Bu nedenle iki grubun ön test – son test puanlarının analizinde farkların farkı karşılaştırması yapılmıştır (Tablo 3.9.).

Tablo 3.9. Kontrol ve deney gruplarının BPSÖ toplam puan ve alt boyut puanlarına ilişkin farkların farkının karşılaştırılması

Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ)	Kontrol grubu (<i>ön test – son test puan ortalamaları farkı</i> ($\bar{X} \pm SS$))	Deney grubu (<i>ön test – son test puan ortalamaları farkı</i> ($\bar{X} \pm SS$))	df	t	p
Agresyon	10,08±10,58	46,42±12,21	22	7,790	0,001
Sözel agresyon	1,16±2,62	5,50±3,89	22	3,196	0,004
Fiziksel agresyon	4,66±3,25	18,41±5,01	22	7,963	0,001
Öfke	4,33±3,22	11,5±4,4	22	4,549	0,001
Düşmanlık	-0,083±3,87	11±4,8	22	6,221	0,001

X: ortalama, SS: standart sapma, df: serbestlik derecesi, t: Independent Samples T-Test p<0,05.

Tablo 3.9. incelendiğinde, deney ve kontrol gruplarının ön test- son test ölçek puan ortalamaları arasındaki farkların farkının karşılaştırılmasını analiz etmek için yapılan bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına göre, iki grup arasındaki ön test – son test puan ortalamaları arasındaki farkın, ölçek toplam puanları ve alt ölçekleri için istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Buna göre deney grubu müdahalesi katılımcıların BPSÖ toplam agresyon, sözel agresyon, fiziksel agresyon, öfke ve düşmanlık puanlarını ön test – son test arasında kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak azaltmıştır. Kontrol ve deney gruplarındaki katılımcıların sözel agresyon puan ortalamaları arasındaki farkın, ölçek toplam puan ve diğer alt ölçek puan ortalamaları arasındaki farka kıyasla, istatistiksel olarak anlamlılık sınırına en yakın olan boyut olduğu görülmektedir ($p=0,004$). Bu durum, kontrol ve deney gruplarındaki müdahalelerin katılımcıların sözel agresyon düzeylerine birbirlerine yakın derecede etki ettiği şeklinde yorumlanabilir (Tablo 3.9.).



Şekil 3.1. Kontrol ve deney gruplarının BPSÖ toplam puan ve alt boyut puanlarına ilişkin ön-test son-test grafikleri

Deney ve kontrol gruplarının ön test-son test süresince geçen zamana göre ölçek toplam puan ve alt ölçek puanları değişimlerinin, bu değişimin zamana ve gruplar arası müdahale farklılıklarına göre incelenmesi için çift yönlü varyans analizi testi kullanılmıştır (Tablo 3.10.). Böylece iki ölçüm arasındaki zaman etkisinin, aynı zamanda zaman x grup (müdahale) etkisinin incelenmesi mümkün olmuştur.

Tablo 3.10. Gruplar arası müdahalelerin BPSÖ puanları üzerine etkisinin incelenmesi

Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ)	Etki Türü	df	F	*p	η^2
Agresyon	ZE	1	146,73	<0,001	0,870
	ZxGE	1	60,68	<0,001	0,734
Sözel agresyon	ZE	1	24,176	<0,001	0,524
	ZxGE	1	10,214	0,004	0,317
Fiziksel agresyon	ZE	1	178,704	<0,001	0,890
	ZxGE	1	63,408	<0,001	0,742
Öfke	ZE	1	100,992	<0,001	0,821
	ZxGE	1	20,69	<0,001	0,485
Düşmanlık	ZE	1	37,551	<0,001	0,631
	ZxGE	1	38,707	<0,001	0,638

ZE: zaman etkisi, GE: grup etkileşimi, df: serbestlik derecesi, F: varyans oranı, η^2 = eta kare etki büyüklüğü, *Two-way ANOVA, $p<0,05$.

Müdahale öncesinde, her iki grubun BPSÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F(1,22)=0,18$, $p=0,676$, $\eta^2=0,008$). Bu durum, başlangıçta deney ve kontrol gruplarındaki katılımcıların agresyon puanlarının benzer seviyelerde olduğunu göstermektedir. Yani, gruplara atamada herhangi bir yanlılık olmadığı, her iki grupta da başlangıç puanları açısından homojen puana sahip katılımcıların yer aldığı belirlenmiştir.

Tablo 3.10. incelendiğinde, BPSÖ toplam puanlarının çift yönlü varyans analizi testi sonuçlarına göre, tüm katılımcıların ön test – son test arasındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı, zamanın bağımlı değişken üzerindeki etkisi anlamlıdır ($F(1,22)=146,73$, $p<0,001$, $\eta^2=0,87$). Grupların ön test – son test puanları arasındaki değişim kıyaslandığında, deney grubundaki agresyon puanındaki düşüş, kontrol grubuna kıyasla anlamlı şekilde daha yüksektir. ($F(1,22)=60,68$, $p<0,001$, $\eta^2=0,73$). Bu sonuç deney grubuna uygulanan müdahalenin, örneklemenin agresyon toplam puanlarını azaltma üzerine istatistiksel olarak anlamlı ve güçlü bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir (Tablo 3.10).

Sözel agresyon alt boyutu ön test-son test puanlarındaki değişim incelendiğinde, tüm katılımcıların ön test-son test sözel agresyon puanları arasındaki değişim istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(1,22)=24,18$, $p<0,001$, $\eta^2=0,52$). Ön test- son test sözel agresyon puanlarındaki değişim, deney grubunda kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede farklıdır

($F(1,22)=10,21$, $p=0,004$, $\eta^2=0,32$). Buna göre müdahale sonucunda, deney grubundaki katılımcıların sözel agresyon puanları kontrol grubundaki katılımcılara kıyasla anlamlı derecede ve güçlü etki düzeyinde azalmıştır (Tablo 3.10).

Fiziksel agresyon alt boyutu ön test-son test puanlarındaki değişim incelendiğinde, tüm katılımcıların ön test-son test sözel agresyon puanları arasındaki değişim istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(1,22)=178,70$, $p<0,001$, $\eta^2=0,89$). Ön test- son test fiziksel agresyon puanlarındaki değişim, deney grubunda kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede farklıdır ($F(1,22)=63,41$, $p<0,001$, $\eta^2=0,74$). Buna göre müdahale sonucunda, deney grubundaki katılımcıların fiziksel agresyon puanları kontrol grubundaki katılımcılara kıyasla anlamlı derecede ve güçlü etki düzeyinde azalmıştır (Tablo 3.10.).

Öfke alt boyutu ön test – son test puanlarındaki değişim incelendiğinde, tüm katılımcıların ön test – son test öfke puanları arasındaki değişim istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(1,22)=100,99$, $p<0,001$, $\eta^2=0,82$). Ön test- son test öfke puanlarındaki değişim, deney grubunda kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede farklıdır ($F(1,22)=20,69$, $p<0,001$, $\eta^2=0,49$). Buna göre müdahale sonucunda, deney grubundaki katılımcıların öfke puanları kontrol grubundaki katılımcılara kıyasla anlamlı derecede ve güçlü etki düzeyinde azalmıştır (Tablo 3.10).

Düşmanlık alt boyutu ön test-son test puanlarındaki değişim incelendiğinde, tüm katılımcıların ön test-son test düşmanlık puanları arasındaki değişim istatistiksel olarak anlamlıdır ($F(1,22)=100,99$, $p<0,001$, $\eta^2=0,82$). Ön test- son test düşmanlık puanlarındaki değişim, deney grubunda kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede farklıdır ($F(1,22)=20,69$, $p<0,001$, $\eta^2=0,49$). Buna göre müdahale sonucunda, deney grubundaki katılımcıların düşmanlık puanları kontrol grubundaki katılımcılara kıyasla anlamlı derecede ve güçlü etki düzeyinde azalmıştır (Tablo 3.10).

3.3 Bröset Şiddet Listesi'nden Elde Edilen Bulgular

Katılımcıların agresyon riskini değerlendiren BVC hem kontrol hem de deney grubundaki katılımcılar için her gün doldurulmuş; her iki gruptaki katılımcılara yatışları ile başlayıp, taburcu oldukları güne kadar her gün uygulanmıştır. Buna göre, katılımcıların klinikte yatış süreleri farklı olduğu için her

hastaya farklı sayıda BVC uygulanmış ve farklı sayıda sonuç elde edilmiştir. Örneğin, 50 gün klinik yatışı olan hastaya ölçek 50 defa, 35 gün klinik yatışı olan hastaya ölçek 35 defa uygulanmıştır. Bu nedenle farklı yatış süreleri nedeniyle BVC uygulanmayan günlerin kayıp veri olarak değerlendirilmemesi için verilerin analizinde önce her hasta için ayrı puan hesabı yapılarak fark testi için Mann-Whitney U, ardından hasta yatış gününü değerlendirmede günlük veri sayısı farklılığını göz önüne alabilecek bir test olan LMM analizi yapılmıştır (Field, 2009; Liu, 2016, Muth vd., 2015).

Ölçeğin Cronbach's alpha değeri $0,50 \leq \alpha \leq 0,74$ arasında değişmiştir. Buna göre ölçek orta düzeyde güvenilirlik göstermiştir. Spearman-Brown Tahmin Formülü'ne göre ölçeğin güvenilirliği madde sayısının az oluşundan etkilenebilir (de Vet vd., 2017). BVC altı maddeli bir ölçektir ve Spearman-Brown Tahmin Formülü'ne göre ölçeğin madde sayısı artarsa bu çalışmada Cronbach's alpha değeri $0,67 \leq \alpha \leq 0,85$ arasında değişmektedir.

Tablo 3.11. Kontrol ve deney gruplarının BVC toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması

Bröset Şiddet Listesi (BVC)	Kontrol (n=12)		Deney (n=12)	
	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max
BVC Toplam Puanı	0,490±0,214	0,227-0,833	0,378±0,221	0,139-0,736
Konfüzyon	0,283±0,202	0-0,608	0,130±0,106	0-0,387
İrritabilite	0,241±0,290	0-0,566	0,176±0,112	0-0,394
Taşkınlık	0,037±0,078	0-0,275	0,071±0,108	0-0,297
Sözel tehdit	0,004±0,011	0-0,033	0,011±0,020	0-0,068
Fiziksel tehdit	0,002±0,007	0-0,027	0,000±0,000	0-0
Objelere saldırı	0,000±0,000	0-0	0,002±0,007	0-0,027

n: agresif olay sayısı, $\bar{X}$: ortalama, SS: standart sapma, Min./Max: en az/en çok değer

Tablo 3.11'de kontrol ve deney gruplarındaki katılımcıların BVC toplam puan ve alt boyut puanlarına ait tanımlayıcı veriler sunulmuştur. Buna göre, kontrol grubundaki katılımcıların BVC ölçek toplam puan ortalaması $0,490 \pm 0,214$, deney grubundaki katılımcıların ise $0,378 \pm 0,221$ 'dir. Ölçek alt boyutları toplam puan ortalamaları incelendiğinde, kontrol grubundaki katılımcıların en yüksek konfüzyon ($0,283 \pm 0,202$), deney grubundaki katılımcıların ise en yüksek iritabilite ($0,176 \pm 0,112$) alt boyut puanlarına sahip olduğu görülmektedir. Kontrol grubundaki katılımcılar objelere saldırı alt boyutundan hiç puan almazken, deney

grubundaki katılımcılar fiziksel tehdit alt boyutundan hiç puan almamıştır (Tablo 3.11.).

BVC ölçek puanlarının normallik varsayımı SW testi ile değerlendirilmiş ve normallik varsayımı reddedilmiştir ($p<0,05$) (Habibzadeh, 2024). Buna göre, kontrol ve deney gruplarının puan farklarını karşılaştırmak için Mann-Whitney U testi yapılmıştır (Tablo 3.12.).

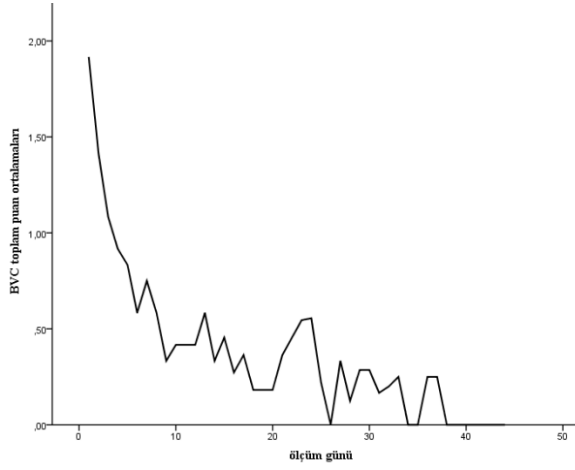
Tablo 3.12. Kontrol ve deney gruplarında müdahalelerin BVC toplam ve alt boyut puanları üzerine etkisinin incelenmesi

Bröset Şiddet Listesi (BVC)		Ort. Sıra	Sıra Toplamı	U	Z	p
BVC Toplam Puanı	Kontrol Grubu (n=12)	14,50	174,00	48,00	-1,38	0,166
	Deney Grubu (n=12)	10,50	126,00			
Konfüzyon	Kontrol Grubu (n=12)	15,08	181,00	41,00	-1,79	0,073
	Deney Grubu (n=12)	9,92	119,00			
İrritabilite	Kontrol Grubu (n=12)	11,67	140,00	62,00	-0,57	0,564
	Deney Grubu (n=12)	13,33	160,00			
Taşkınlık	Kontrol Grubu (n=12)	11,38	136,50	58,50	-0,83	0,405
	Deney Grubu (n=12)	13,63	163,50			
Sözel tehdit	Kontrol Grubu (n=12)	11,50	138,00	60,00	-0,91	0,362
	Deney Grubu (n=12)	13,50	162,00			
Fiziksel tehdit	Kontrol Grubu (n=12)	13,00	156,00	66,00	-1,00	0,317
	Deney Grubu (n=12)	12,00	144,00			
Objelere saldırı	Kontrol Grubu (n=12)	12,00	144,00	66,00	-1,00	0,317
	Deney Grubu (n=12)	13,00	156,00			

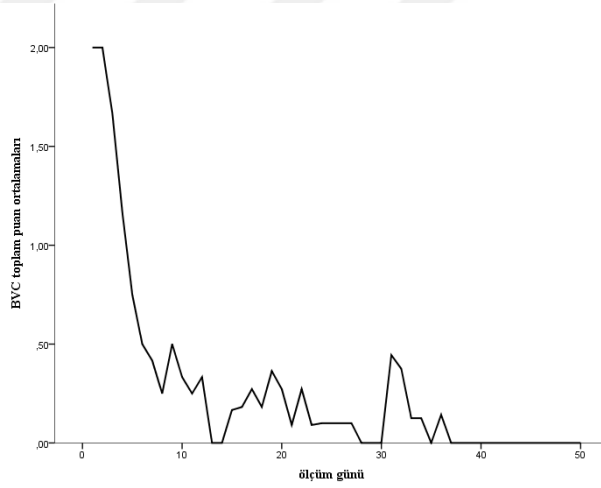
U: Mann-Whitney U, W: Wilcoxon W, Z: z skoru, $p<0,05$

Analiz sonucuna göre, kontrol ve deney grupları arasında BVC ölçek toplam puanları ($U=48,00$, $Z=-1,28$, $p=0,166$) ve konfüzyon ($U=41,00$, $Z=-1,79$, $p=0,564$), iritabilite ($U=58$, $Z=-0,57$, $p=0,564$), taşkınlık ($U=58,50$, $Z=-0,83$, $p=0,405$), sözel tehdit ($U=60,00$, $Z=-0,91$, $p=0,362$), fiziksel tehdit ($U=66,00$, $Z=-1,00$, $p=0,317$), objelere saldırı ($U=66,00$, $Z=-1,00$, $p=0,317$) alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. İki grup arasında anlamlı farka en yakın alt boyut konfüzyon ($p=0,073$) iken; en uzak boyut iritabilite olmuştur ($p=0,564$). Bunun anlamı, iki grup arasında puan farkı en çok konfüzyon, en az iritabilite puanları arasında; deney grubuna uygulanan müdahale kontrol grubundaki klinikteki mevcut bakım uygulamalarından farklı olarak en çok konfüzyon, en az iritabiliteye etki etmiştir (Tablo 3.12.).

Aşağıda her hastadaki günlük ölçülen BVC puanlarının zaman içindeki değişimi, kontrol ve deney gruplarında zaman içindeki puan değişimi ve bu değişimin gruplar arası karşılaştırmaları sunulmuştur (Şekil 3.2., Şekil 3.3., Tablo 3.13.).



Şekil 3.2 Kontrol grubuna ilişkin BVC toplam puanlarının zaman içerisindeki değişimi



Şekil 3.3. Deney grubuna ilişkin BVC toplam puanlarının zaman içerisindeki değişimi

Tablo 3.13. Katılımcıların LMM analizine göre BVC toplam ve alt boyut puanlarının başlangıç puanları, grup, zaman ve grup x zaman etkileşimine göre değişimi

Bröset Şiddet Listesi (BVC)	Açıklayıcı Değişken	df	SE	t	p
BVC Toplam	Başlangıç	21,671	0,334	2,80	<0,001
	Grup	21,671	0,087	0,29	0,779
	Gün	20,849	0,002	-10,86	<0,001
	GrupxGün	20,849	0,004	0,40	0,933
Konfüzyon	Başlangıç	21,528	36080,0	0,00	<0,001
	Grup	21,528	0,000	0,00	0,132
	Gün	16,383	0,001	-9,01	<0,001
	GrupxGün	16,383	0,002	-2,80	0,269
İrritabilite	Başlangıç	21,063	1,740	0,24	<0,001
	Grup	21,063	0,049	-1,84	0,471
	Gün	18,622	0,001	-8,57	<0,001
	GrupxGün	18,622	0,002	1,86	0,496
Taşkınlık	Başlangıç	21,748	0,023	6,97	0,005
	Grup	21,748	0,023	3,30	0,169
	Gün	19,116	0,000	-4,89	0,017
	GrupxGün	19,116	0,001	2,70	0,122
Sözel Tehdit	Başlangıç	806,929	0,008	1,13	0,268
	Grup	806,929	0,012	-0,28	0,968
	Gün	24904,577	0,000	0,27	0,970
	GrupxGün	24904,577	0,000	-0,27	0,775
Fiziksel Tehdit	Başlangıç	828,312	0,003	0,00	0,453
	Grup	828,312	0,005	0,75	0,453
	Gün	85122,939	0,000	0,00	0,893
	GrupxGün	85122,939	0,000	-0,13	0,893
Objelere Saldırı	Başlangıç	711,790	0,004	1,23	0,389
	Grup	711,790	0,006	-0,86	0,389
	Gün	1734,331	0,000	-0,80	0,584
	GrupxGün	1734,331	0,000	0,54	0,584

LMM: Linear Mixed Method, Intercept: başlangıç düzeyi, df: serbestlik derecesi, SE: standart hata, t=katsayıların anlamlılığı, p<0,05.

LMM analizine göre, her iki gruptaki katılımcıların başlangıçta BVC toplam puanları sıfırdan anlamlı derecede farklıdır ($F(1,21)=143,301$, $t=2,80$, $p<0,001$). Tüm katılımcıların BVC toplam puanları klinikte yatılan süre boyunca istatistiksel olarak anlamlı şekilde azalmıştır ($F(1,20)=76,964$, $t=-10,86$, $p<0,001$). Kontrol ve

deney grupları arasında BVC toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($F(1,21)=0,080$, $t=0,29$, $p=0,779$). Ayrıca klinikte yatılan süre boyunca BVC toplam puanlarındaki değişim gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F(1,20)=0,007$, $t=0,40$, $p=0,933$) (Tablo 3.13.).

Katılımcıların konfüzyon alt boyut puanları incelendiğinde, her iki gruptaki katılımcıların başlangıçta konfüzyon alt boyutu toplam puanları sıfırdan anlamlı derecede farklıdır ($F(1,21)=57,589$, $t=0,00$, $p<0,001$). Tüm katılımcıların konfüzyon alt boyut toplam puanları klinikte yatılan süre boyunca istatistiksel olarak anlamlı şekilde azalmıştır ($F(1,16)=42,301$, $t=-9,01$, $p<0,001$). Kontrol ve deney grupları arasında konfüzyon alt boyutu toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($F(1,21)=2,453$, $t=0,00$, $p=0,132$). Ayrıca klinikte yatılan süre boyunca konfüzyon alt boyutu toplam puanlarındaki değişim gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F(1,16)=1,311$, $t=-2,80$, $p=0,269$) (Tablo 3.13).

Katılımcıların iritabilite alt boyut puanları incelendiğinde, her iki gruptaki katılımcıların başlangıçta iritabilite alt boyutu toplam puanları sıfırdan anlamlı derecede farklıdır ($F(1,21)=55,787$, $t=0,24$, $p<0,001$). Tüm katılımcıların iritabilite alt boyut toplam puanları klinikte yatılan süre boyunca istatistiksel olarak anlamlı şekilde azalmıştır ($F(1,18)=38,885$, $t=-8,57$, $p<0,001$). Kontrol ve deney grupları arasında iritabilite alt boyutu toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($F(1,21)=0,539$, $t=-1,84$, $p=0,471$). Ayrıca klinikte yatılan süre boyunca iritabilite alt boyutu toplam puanlarındaki değişim gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F(1,18)=0,483$, $t=1,86$, $p=0,496$) (Tablo 3.13).

Katılımcıların taşkınlık alt boyut puanları incelendiğinde, her iki gruptaki katılımcıların başlangıçta taşkınlık alt boyutu toplam puanları sıfırdan anlamlı derecede farklıdır ($F(1,21)=9,709$, $t=0,24$, $p=0,005$). Tüm katılımcıların taşkınlık alt boyut toplam puanları klinikte yatılan süre boyunca istatistiksel olarak anlamlı şekilde azalmıştır ($F(1,19)=6,862$, $t=-4,89$, $p=0,017$). Kontrol ve deney grupları arasında taşkınlık alt boyutu toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($F(1,21)=2,024$, $t=3,30$, $p=0,169$). Ayrıca klinikte yatılan süre boyunca taşkınlık alt boyutu toplam puanlarındaki değişim gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F(1,19)=2,621$, $t=2,70$, $p=0,122$) (Tablo 3.13).

Katılımcıların sözel tehdit alt boyut puanları incelendiğinde, her iki gruptaki katılımcıların başlangıçta sözel tehdit alt boyutu toplam puanları sıfıra yakındır ve

bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F(1,806)=1,231$, $t=1,13$, $p=0,268$). Tüm katılımcıların sözel tehdit alt boyut toplam puanları klinikte yatılan süre boyunca istatistiksel olarak değişmemiştir ($F(1, 24904)=0,001$, $t=0,27$, $p=0,970$). Kontrol ve deney grupları arasında sözel tehdit alt boyutu toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($F(1,21)=2,024$, $t=-0,28$, $p=0,169$). Ayrıca klinikte yatılan süre boyunca sözel tehdit alt boyutu toplam puanlarındaki değişim gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F(1, 24904)=0,082$, $t=-0,27$, $p=0,775$) (Tablo 3.13).

Katılımcıların fiziksel tehdit alt boyut puanları incelendiğinde, her iki gruptaki katılımcıların başlangıçta fiziksel tehdit alt boyutu toplam puanları sıfıra yakındır ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F(1,828)=0,564$, $t=0,00$, $p=0,453$). Tüm katılımcıların fiziksel tehdit alt boyut toplam puanları klinikte yatılan süre boyunca istatistiksel olarak değişmemiştir ($F(1, 85122)= 0,018$, $t=0,00$, $p=0, 893$). Kontrol ve deney grupları arasında fiziksel tehdit alt boyutu toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($F(1, 828)=0,564$, $t=0,75$, $p=0,453$). Ayrıca klinikte yatılan süre boyunca fiziksel tehdit alt boyutu toplam puanlarındaki değişim gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F(1,85122)=0,018$, $t=-0,13$ $p=0,893$) (Tablo 3.13).

Katılımcıların objelere saldırı alt boyut puanları incelendiğinde, her iki gruptaki katılımcıların başlangıçta objelere saldırı alt boyutu toplam puanları sıfıra yakındır ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F(1,711)=0,741$, $t=1,23$, $p=0,389$). Tüm katılımcıların objelere saldırı alt boyut toplam puanları klinikte yatılan süre boyunca bir düşüş gösterse de ($t=-0,80$) bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F(1,1734)= 0,300$, $p=0,584$). Kontrol ve deney grupları arasında objelere saldırı alt boyutu toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($F(1,711)=0,741$, $t=-0,86$, $p=0,389$). Ayrıca klinikte yatılan süre boyunca objelere saldırı alt boyutu toplam puanlarındaki değişim gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F(1,1734)=0,300$, $t=0,54$, $p=0,584$) (Tablo 3.13).

Tablo 3.14.'te LMM analizine göre yapılandırılmamış kovaryans ve varyans bileşenleri analiz sonuçları sunulmuştur.

Tablo 3.14. Katılımcıların LMM analizine göre BVC puanlarının bireysel, grup içi ve gruplar arası değişim hızları ve bu değişimi etkileyen faktörler

Parametren tahmini/Estimate	BVC Toplam	Konfüzyon	İrritabilite	Taşkınlık	Sözel Tehdit	Fiziksel Tehdit	Objelere Saldıırı
Residual Variance	0,350	0,089	0,103	0,044	0,008	0,001	0,001268
UN(1,1) = Intercept	0,129	0,101	0,057	0,028	1,072	0,0000032	0,000139
UN(2,2) = Slope	0,00025	0,00018	0,0000759	0,0000256	0,0000158	0,0000050	0,0000003
UN(2,1) = Covariance	- 0,0045	- 0,0040	- 0,0016	- 0,0007	0,00001301342	0,000004	-0,000007
Toplam varyans üzerinden boyutun varyansını açıklama oranı (≈%)	%26,96	%53,17	%35,65	%38,91	%99,26	%0,81	%9,9

BVC: Bröset Şiddet Listesi, LMM Unstructured covariance table, Residual: artık (kalıntı) varyans, Intercept: sabit etki varyansı, Slope: zaman etkisinin varyansı, Covariance: intercept + slope kovaryansı, %: yüzde

Buna göre, katılımcıların klinikte yattıkları süre boyunca BVC toplam puanlarının değişimi incelendiğinde, katılımcıların BVC toplam puanlarını modelin iyi açıklayamadığı ve puanların dalgalı seyrettiği görülmektedir (residual=0,350). Her katılımcının başlangıç BVC toplam puanı düzeyinin birbirlerinden farklı olduğu (UN(1,1)=0,129) görülmektedir. Katılımcıların birey içi BVC toplam puanlarındaki dalgalanmalar, bireylerarası farklılıklardan büyük olduğu için (0,350>0,129) BVC toplam puanlarının katılımcıların standart ve kalıcı özelliklerinden ziyade günlük/anlıksal değişimlerinden etkilendiği görülmektedir. Her katılımcının klinikte yattığı süre içinde BVC toplam puanındaki değişim hızı birbirlerinden istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklıdır (UN(2,2)=0,00025). Bu farklılık incelendiğinde, kliniğe yatışta BVC puanı daha yüksek olan katılımcıların BVC puanlarının zaman içinde daha yavaş değiştiği görülmektedir (UN(2,1)=-0,0045) (Tablo 3.14.).

Katılımcıların konfüzyon alt boyutu toplam puanlarını model orta düzeyde açıklamaktadır (residual=0.089). Her katılımcının başlangıç konfüzyon alt boyutu toplam puanı düzeyinin farklı olduğu ($UN(1,1)=0,101$) görülmektedir. Katılımcıların birey içi konfüzyon puanlarındaki dalgalanmalar, bireylerarası farklılıklardan küçük olduğu için ($0,89<0,101$) konfüzyon puanlarının katılımcıların günlük/anlıksal değişimlerinden etkilenmediği, katılımcıların standart ve kalıcı özelliklerine göre oluştuğu görülmektedir. Her katılımcının klinikte yattığı süre içinde konfüzyon alt boyutu toplam puanındaki değişim hızı istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklıdır ($UN(2,2)=0,00018$). Bu farklılık incelendiğinde, kliniğe yatışta konfüzyon alt boyut toplam puanı daha yüksek olan katılımcıların konfüzyon alt boyut puanlarının zaman içinde daha yavaş değiştiği görülmektedir ($UN(2,1)=-0,0040$) (Tablo 3.14.).

Katılımcıların iritabilite alt boyutu toplam puanlarını model orta düzeyde açıklamaktadır (residual=0,103). Her katılımcının başlangıç iritabilite alt boyutu toplam puanı düzeyinin farklı olduğu ($UN(1,1)=0,057$) görülmektedir. Katılımcıların birey içi iritabilite puanlarındaki dalgalanmalar, bireylerarası farklılıklardan büyük olduğu için ($0,103>0,057$) iritabilite puanlarının katılımcıların standart ve kalıcı özelliklerinden ziyade günlük/anlıksal değişimlerinden etkilendiği görülmektedir. Her katılımcının klinikte yattığı süre içinde iritabilite alt boyutu toplam puanındaki değişim hızı birbirlerinden istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklıdır ($UN(2,2)=0,0000759$). Bu farklılık incelendiğinde, kliniğe yatışta iritabilite alt boyut toplam puanı daha yüksek olan katılımcıların iritabilite alt boyut puanlarının zaman içinde daha yavaş değiştiği görülmektedir ($UN(2,1)=-0,0016$) (Tablo 3.14.).

Katılımcıların taşkınlık alt boyutu toplam puanlarını model orta düzeyde açıklamaktadır (residual=0.044). Her katılımcının başlangıç taşkınlık alt boyutu toplam puanı düzeyinin farklı olduğu ($UN(1,1)=0,028$) görülmektedir. Katılımcıların birey içi taşkınlık puanlarındaki dalgalanmalar, bireylerarası farklılıklardan büyük olduğu için ($0,044>0,028$) taşkınlık puanlarının katılımcıların standart ve kalıcı özelliklerinden ziyade günlük/anlıksal değişimlerinden etkilendiği görülmektedir. Her katılımcının klinikte yattığı süre içinde taşkınlık alt boyutu toplam puanındaki değişim hızı birbirlerinden istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklıdır ($UN(2,2)=0,0000256$). Bu farklılık incelendiğinde, kliniğe yatışta taşkınlık alt boyut toplam puanı daha yüksek olan katılımcıların taşkınlık alt boyut

puanlarının zaman içinde daha yavaş değiştiği görülmektedir ($UN(2,1)=-0,0007$) (Tablo 3.14.).

Katılımcıların sözel tehdit alt boyutu toplam puanlarındaki değişimi model yüksek düzeyde açıklamaktadır ($residual=0,008$). Her katılımcının başlangıç sözel tehdit alt boyutu toplam puanı düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı şekilde büyüktür ($UN(1,1)=1,072$). Katılımcıların birey içi sözel tehdit puanlarındaki dalgalanmalar, bireylerarası farklılıklardan küçük olduğu için ($0,008<1,072$) sözel tehdit puanlarının katılımcıların günlük/anlıksal değişimlerinden etkilenmediği, standart ve kalıcı özelliklerine göre oluştuğu görülmektedir. Her katılımcının klinikte yattığı süre içinde sözel tehdit alt boyutu toplam puanındaki değişim hızı istatistiksel olarak birbirine oldukça yakındır, yani zamanın etkisi tüm katılımcıların sözel tehdit puanı üzerine benzerdir ($UN(2,2)=0,0000158$). Başlangıç puanları ile değişim hızı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlılığı çok zayıftır ($UN(2,1)=0,00001301342$). Yani, puanı yüksek veya düşük başlayan katılımcıların puanlarının zaman içinde daha hızlı veya daha yavaş değiştiği ile ilgili yorum yapılamamaktadır (Tablo 3.14.).

Katılımcıların fiziksel tehdit alt boyutu toplam puanlarındaki değişimi model çok düşük düzeyde açıklamaktadır ($residual=0,001$). Her katılımcının başlangıç fiziksel tehdit alt boyutu toplam puanı düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak yok denecek azdır ($UN(1,1)= 0,0000032$), yani tüm katılımcılar fiziksel tehdit puanı açısından birbirine yakındır. Katılımcıların birey içi fiziksel tehdit puanlarındaki dalgalanmalar, bireylerarası farklılıklardan büyük olduğu için ($0,001>0,0000032$) fiziksel tehdit puanlarının katılımcıların standart ve kalıcı özelliklerinden ziyade günlük/anlıksal değişimlerinden etkilendiği görülmektedir.

Her katılımcının klinikte yattığı süre içinde fiziksel tehdit alt boyutu toplam puanındaki değişim hızı istatistiksel olarak birbirine oldukça yakındır, yani zamanın etkisi tüm katılımcıların fiziksel tehdit puanı üzerine benzerdir ($UN(2,2)=0,0000050$). Başlangıç puanları ile değişim hızı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlılığı çok zayıftır ($UN(2,1)=0,0000040$). Yani, puanı yüksek veya düşük başlayan katılımcıların puanlarının zaman içinde daha hızlı veya daha yavaş değiştiği ile ilgili yorum yapılamamaktadır (Tablo 3.14.).

Katılımcıların objelere saldırı alt boyutu toplam puanlarındaki değişimi model zayıf düzeyde açıklamaktadır ($residual=0,001268$). Her katılımcının başlangıç objelere saldırı alt boyutu toplam puanı düzeyi arasındaki fark istatistiksel

olarak azdır ($UN(1,1)=0,000139$), yani tüm katılımcılar objelere saldırı puanı açısından birbirine yakındır. Katılımcıların birey içi objelere saldırı puanlarındaki dalgalanmalar, bireylerarası farklılıklardan büyük olduğu için ($0,001268>0,000139$) objelere saldırı puanlarının katılımcıların standart ve kalıcı özelliklerinden ziyade günlük/anlıksal değişimlerinden etkilendiği görülmektedir. Her katılımcının klinikte yattığı süre içinde objelere saldırı alt boyutu toplam puanındaki değişim hızı istatistiksel olarak birbirine oldukça yakındır, zamanın etkisi tüm katılımcıların objelere saldırı puanı üzerine benzer ve neredeyse sabittir ($UN(2,2)=0,0000003$). Başlangıç puanları ile değişim hızı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlılığı çok zayıftır ($UN(2,1)=-0,000007$). Yani, puanı yüksek veya düşük başlayan katılımcıların puanlarının zaman içinde daha hızlı veya daha yavaş değiştiği ile ilgili yorum yapılamamaktadır (Tablo 3.14.).

3.4 Açık Agresyon Ölçeği'nden Elde Edilen Bulgular

Katılımcıların agresif olay sayı ve niteliğini değerlendiren Açık Agresyon Ölçeği hem kontrol hem de deney grubunda gerçekleşen agresif olayların ardından doldurulmuştur. Bu olaylar AAÖ'ye göre birden fazla agresif olay niteliği içerebilmektedir. Örneğin bir agresif olay hem sözel agresyon hem de eşyalara karşı agresyon niteliği taşıyabilmektedir. Ölçeğin Cronbach's alpha değeri $0,52 \leq \alpha \leq 0,83$ arasında değişmiştir. Buna göre ölçek orta-yüksek düzeyde güvenilirlik göstermiştir.

Tablo 3.15. Kontrol ve deney gruplarının AAÖ agresyon puanı, total agresyon puanı ve ölçek alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırması

Açık Agresyon Ölçeği (AAÖ)	Kontrol			Deney		
	<i>n</i>	$\bar{X} \pm SS$	<i>Min-Max</i>	<i>n</i>	$\bar{X} \pm SS$	<i>Min-Max</i>
Agresyon skoru	-	3,2 $\pm$ 5,1	0-16	-	1,83 $\pm$ 2,7	0-7
Total agresyon skoru	-	4,16 $\pm$ 6,8	0-22	-	3,41 $\pm$ 5,48	0-15
Sözel agresyon	5	1,66 $\pm$ 3,02	0-4	3	0,91 $\pm$ 2,1	0-4
Eşyalara karşı fiziksel agresyon	4	0,66 $\pm$ 0,9	0-2	1	0,16 $\pm$ 0,57	0-2
Kendisine karşı fiziksel agresyon	1	0,33 $\pm$ 1,1	0-4	0	0	0
Başkalarına karşı fiziksel agresyon	2	0,58 $\pm$ 0,39	0-4	3	0,75 $\pm$ 1,35	0-3
Müdahale	9	0,91 $\pm$ 1,72	0-4	6	1,58 $\pm$ 2,81	0-5

n: agresif olay sayısı, $\bar{X}$: ortalama, SS: standart sapma, Min./Max: en az/en çok değer

Kontrol grubunda, bir hastada en çok dört defa agresif olay gerçekleşmiş ve ölçek bir hastada en çok dört defa doldurulmuştur. Kontrol grubunda toplam dokuz agresif olay (n=9) gerçekleşmiştir. Deney grubunda bir hastada en çok iki defa agresif olay gerçekleşmiş ve ölçek bir hastada en çok iki defa doldurulmuştur. Deney grubunda toplam altı agresif olay (n=6) gerçekleşmiştir (Tablo 3.15.).

Tablo 3.15'te kontrol ve deney gruplarında gerçekleşen agresif olaylara ait özellikler AAÖ'ye göre toplam ve alt boyut puanlarının tanımlayıcı verileri sunulmuştur. Kontrol grubunda en sık gerçekleşen agresif olay sözel agresyon (n=5), deney grubunda en sık gerçekleşen agresif olay ise sözel agresyon (n=3) ve başkalarına karşı fiziksel agresyon (n=3) olduğu görülmektedir. Kontrol grubundaki katılımcıların AAÖ agresyon skoru ortalaması $3,2 \pm 5,1$; deney grubundaki katılımcıların ise $1,83 \pm 2,7$ 'dir. Kontrol grubundaki katılımcıların AAÖ total agresyon skoru ortalaması $4,16 \pm 6,8$; deney grubundaki katılımcıların ise $3,41 \pm 5,48$ 'dir (Tablo 3.15.).

Tablo 3.16. Kontrol ve deney gruplarında AAÖ müdahale alt ölçeğine ilişkin frekans ve sıklık dağılımının detayları

Müdahalelerin niteliği	Kontrol Grubu		Deney Grubu	
	n=9	%	n=6	%
Girişim yok	0	0	0	0
Hastayla konuşma	8	88,9	2	33,3
Yakın gözlem	0	0	0	0
Hastayı tutarak engelleme	1	11,1	0	0
Acil olarak ağız yoluyla ilaç verme	0	0	0	0
Acil olarak enjeksiyon yoluyla ilaç verme	0	0	0	0
Hastayı tecrit etmeksizin izolasyon (Süre koymadan)	0	0	3	50
Hastayı tecrit etme	0	0	1	16,6
Kısıtlamaları kullanma (Gömlekle ya da yatağa bağlayarak)	0	0	0	0

AAÖ: Açık Agresyon Ölçeği, n: müdahale sayısı, %: yüzde

Tablo 3.16'da kontrol ve deney gruplarında gerçekleşen agresif olaylar karşısında uygulanan müdahalelere ait tanımlayıcı veriler sunulmuştur. Hem kontrol hem de deney grubundaki agresif olaylar karşısında uygulanan müdahaleler incelendiğinde, her iki grupta da herhangi bir müdahalenin olmadığı agresif olay bulunmamaktadır. Kontrol grubunda en sık uygulanan müdahale hastayla konuşma (%88,9), deney grubunda ise hastayı tecrit etmeksizin izolasyon (süre koymadan) (%50) olduğu belirlenmiştir (Tablo 3.16.). Bu farkın nedeni olarak gözlem

notlarında da belirtildiği gibi, hastaların öfke yönetimi tekniklerinden “ortamdan uzaklaşmayı” öğrendikleri ve agresyonun erken belirtileri karşısında istemli olarak izolasyon odasında kalmak isteme, sakinleşmek için sessiz ve yalnız bir ortama ihtiyaç duyduklarını ifade etmeleriyle izolasyon odasına girmek isteme nedenleriyle olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

AAÖ Ölçek puanlarının normallik varsayımı SW testi ile değerlendirilmiş ve normallik varsayımı reddedilmiştir ($p<0,05$) (Habibzadeh, 2024). Buna göre, kontrol ve deney gruplarının puan farklarını karşılaştırmak için Mann-Whitney U testi yapılmıştır (Tablo 3.17.).

Tablo 3.17. Kontrol ve deney gruplarında müdahalelerin AAÖ puanları üzerine etkisinin incelenmesi

Açık Agresyon Ölçeği (AAÖ)		Ort. Sıra	Sıra Toplamı	U	Z	p
Agresyon puanı	Kontrol Grubu (n=12)	13,08	157,00	65,000	-0,465	0,642
	Deney Grubu (n=12)	11,92	143,00			
Total agresyon puanı	Kontrol Grubu (n=12)	12,88	154,50	67,50	-0,299	0,765
	Deney Grubu (n=12)	12,13	145,50			
Sözel agresyon	Kontrol Grubu (n=12)	13,54	162,50	59,50	-0,861	0,389
	Deney Grubu (n=12)	11,46	137,50			
Eşyalara karşı fiziksel agresyon	Kontrol Grubu (n=12)	14,00	168,00	54,00	-1,476	0,140
	Deney Grubu (n=12)	11,00	132,00			
Kendisine karşı fiziksel agresyon	Kontrol Grubu (n=12)	13,00	156,00	66,00	-1,000	0,317
	Deney Grubu (n=12)	12,00	144,00			
Başkalarına karşı fiziksel agresyon	Kontrol Grubu (n=12)	12,13	145,50	67,50	-0,367	0,713
	Deney Grubu (n=12)	12,88	154,50			

U: Mann-Whitney U, Z: z skoru, $p<0,05$

Kontrol ve deney grupları arasındaki AAÖ agresyon ($U=65,00$, $Z=-0,465$, $p=0,642$), total agresyon ($U=67,50$, $Z=-0,299$, $p=0,765$), sözel agresyon ($U=59,50$, $Z=-0,861$, $p=0,389$), eşyalara karşı fiziksel agresyon ($U=54,00$, $Z=-1,476$, $p=0,140$), kendisine karşı fiziksel agresyon ($U=66,00$, $Z=-1,000$, $p=0,317$), ve başkalarına karşı fiziksel agresyon ($U=67,50$, $Z=-0,367$, $p=0,713$), puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 3.17.).

3.5 Paket Uyum Oranı

Tablo 3.18’de deney müdahalesi süresince uygulanan bakım paketi unsurlarına ait veriler ve uyum oranları verilmiştir (Tablo 3.18.).

Bakım paketine uyum oranı, (bakım paketi tüm girişimlerinin uygulandığı hasta sayısı / bakım paketi tüm girişimlerinin uygulanması gereken hasta sayısı) x 100 formülü ile hesaplanmıştır (Candaş & Gürsoy, 2017). Buna göre bakım paketinin tüm unsurlarının eksiksiz uygulandığı hasta sayısı dört (n=4), bakım paketinin tüm girişimlerinin uygulanması gereken toplam hasta sayısı on iki (n=12) olarak belirlenmiştir. Böylece paket uyum oranı %33,4 bulunmuştur. Bununla birlikte bu formül fiziksel hastalıklara sahip hastalara uygulanan bakım paketi uyum oranını hesaplar niteliktedir. Örneğin, bir hastaya bir defaya mahsus uygulanacak bakım paketi girişimlerini değerlendirmektedir. Bununla birlikte bu çalışmada uygulanan bakım paketi girişimleri haftalık döngülerle tamamlanmaktadır. Bazı girişimler haftanın her günü, bazı girişimler haftada bir gün ve bazı girişimler haftada iki gün olmak üzere, hastanın kliniğe yatışından taburcu olacağı güne kadar her gün uygulanmaktadır. Bu nedenle hastanın klinikte yattığı süre boyunca bakım paketi girişimlerinin uygulanıp uygulanmadığı günler ortaya çıkmaktadır. Bazı girişimler bireysel, bazı girişimler grup müdahalesi şeklinde uygulanmakta; bu nedenle veriler her hasta için ayrı değerlendirilmiştir. Buna göre, bakım paketi uyum oranı (bakım paketinin tam uygulandığı gün sayısı / bakım paketinin tam uygulanması gereken gün sayısı) x 100 formülüne göre, $(375/416) \times 100 = 90,15$ bulunmuştur.

Ayrıca belirlenmek istenen bir diğer çalışma verisi ise, hangi unsura hastalar tarafından daha iyi uyum sağlandığı ve uygulanabilir olduğudur. Bakım paketinin toplam üç hastaya tamamının uygulanamadığı günler mevcuttur ve tamamının uygulanamadığı gün sayısı beştir (n=5). Tüm uygulama içinde bakım paketinin hiç uygulanamama oranı %0,9'tur. Unsur 2'nin uygulanamadığı gün sayısı yirmi iki (n=22), Unsur 3'ün uygulanamadığı gün sayısı ise on dördüttür (n=14). Tüm uygulama içinde Unsur 2 %3,5, Unsur 3 %2,6 oranında uygulanamamıştır. Unsur 1, Unsur 4, Unsur 5 ve Unsur 6'ya ise uyum tamdır (%100) (Tablo 3.18.).

Unsur 2 ve Unsur 3 hastaların aktif katılım göstermesi gereken bileşenler içermektedir. Bu nedenle hastaların en sık bu iki unsurda uygulanamama oranlarının olduğu düşünülmektedir. Bununla ilişkili olarak Tablo 3.19.'da bakım paketi unsurlarının hangi sebeplerle uygulanamadığına dair hemşire notlarından elde edilen veriler yer almaktadır ve ifadeler bu düşüncayı destekler niteliktedir (Tablo 3.19.).

Tablo 3.18. Bakım paketi ve unsurlarının katılımcılara uygulanma-uygulanmama oranları

Katılımcılar	Tedavi ve Bakımda Geçen Gün Sayısı	Bakım Paketinin Tam Uygulandığı Gün Sayısı	Paketin Tamamının Uygulanamadığı Gün Sayısı	Uygulanamayan Bakım Paketi UNSURLARI (gün/sıklık)					
				Unsur 1. Risk Değerlendirmesi	Unsur 2. Bilişsel İyileştirme Eğitimi	Unsur 3. Sosyal Beceri Eğitimi	Unsur 4. Gerginliği Azaltma Teknikleri	Unsur 5. Ortam Terapisi	Unsur 6. Uykuyla İyileştirmek
D1	23	23	0	-	-	-	-	-	-
D2	43	43	0	-	-	-	-	-	-
D3	43	42	0	-	-	1 (%2,3)	-	-	-
D4	38	34	1	-	2 (%5,3)	1 (2,6)	-	-	-
D5	29	27	0	-	1 (%3,4)	1 (3,4)	-	-	-
D6	50	39	0	-	10 (%20)	1 (%2)	-	-	-
D7	15	15	0	-	-	-	-	-	-
D8	35	33	1	-	-	1 (%2,9)	-	-	-
D9	36	33	0	-	1 (%2,8)	2 (%5,6)	-	-	-
D10	31	25	3	-	1 (%3,2)	2 (%6,5)	-	-	-
D11	36	32	0	-	2 (%5,6)	2 (%5,6)	-	-	-
D12	37	29	0	-	5 (%13,5)	3 (%8,1)	-	-	-

D: deney grubu katılımcısı, %: yüzde

Tablo 3.19.'a göre bakım paketinin tamamının uygulanamama nedeni hastanın kliniğe yeni yatışı olması ve akut dönemde olması nedeniyle müdahalelere katılım sağlayamaması (n=5) olarak belirlenmiştir. Bakım paketinin Unsur 2 müdahalelerinin uygulanamama nedenleri en sık hastanın şüphecilik semptomları nedeniyle hastanın isteksiz olması ve müdahaleye katılmaması (n=12), hastanın amaçsız gezinme ve odaklanamama nedeniyle müdahaleye katılamaması (n=7) ve hastanın grup üyeleri tarafından alay edileceğini düşünmesi nedeniyle müdahaleye katılmaması (n=3) olarak belirlenmiştir. Bakım paketinin Unsur 3 müdahalelerinin uygulanamama nedenleri ise en sık hastanın şüphecilik semptomları nedeniyle

hastanın isteksiz olması ve müdahaleye katılmaması (n=8) ve hastanın müdahaleyi işlevsiz bulduğu düşüncesi nedeniyle katılmaması (n=6) olarak belirlenmiştir.

Tablo 3.19. Uygulayıcı notlarına göre bakım paketinin uygulanamama nedenleri

Uygulanamayan Bakım Paketi Unsuru	Bakım Paketi Unsurunun Uygulanamama Nedeni
Bakım Paketinin Tamamı	Hastanın kliniğe yeni yatışı olması ve akut dönemde olması nedeniyle müdahalelere katılım sağlayamaması (n=5, %100)
Unsur 2. Bilişsel İyileştirme Eğitimi	Şüphencilik semptomları nedeniyle isteksiz olma ve katılmama (n=12, %54,55)
	Amaçsız gezinme ve odaklanamama nedeniyle müdahaleye katılamama (n=7, %31,82)
	Grup üyeleri tarafından alay edileceğini düşünme nedeniyle katılmama (n=3, %13,63)
Unsur 3. Sosyal Beceri Eğitimi	Şüphencilik semptomları nedeniyle isteksiz olma ve katılmama (n=8, %57,15)
	Müdahaleyi işlevsiz bulduğu düşüncesi nedeniyle katılmama (n=6, %42,85)

n: unsurun uygulanamama sayısı, %: yüzde

3.6 Uygulayıcıların Bakım Paketini Uygulama Yüzdeleri

Bakım paketi müdahalesi deney grubundaki katılımcılara yedi hemşire ve bir araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Her bir uygulayıcının hangi günler uygulama yaptığı hastaların paket uyum takip çizelgesine kaydedilmiştir. Buna göre her uygulayıcının toplam uygulama sayısı ve yüzdesi elde edilmiştir. Buna göre toplam 406 uygulama yapılmıştır (Tablo 3.20). Uygulayıcıların eşit sayıda uygulama yapıp yapmadıklarını ve uygulayıcılar arası uygulama sayısı dağılımını değerlendirmek için Pearson Ki-kare Uyum İyiliği Testi analizi gerçekleştirilmiştir (McDonald, 2014) (Tablo 3.20).

Uygulayıcıların bakım paketini uygulama yüzdelerini değerlendirmek için yapılan analize göre, uygulayıcılar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2(df7)=225,1, p<0,001$). Bu sonuç uygulayıcıların birbirlerinden farklı yüzdelerde uygulama yaptıklarını göstermiştir. Bu nedenle ikincil analiz olarak standardize artıklar post-hoc analizi yapılmıştır. Post-hoc analize göre uygulayıcı A daha çok ($z= +12,8$); H4 ($z=-4,9$) ve H7 ($z=-4,0$) ise daha az uygulama yapmışlardır. Bu

uygulayıcılar bakım paketini uç değerler ile uygulayan uygulayıcılardır (A, H4, H7).

Uç değer kontrolünde verilerin z skor hesaplaması yapıp $\pm 3,29$ aralığının dışındaki veriler analizin sağlıklı bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için veri setinden çıkarılmaktadır (Field, 2009). Bu bağlamda uygulayıcıların uygulama yüzdelerinin birbirlerine benzerliğinin tespiti için yapılan post-hoc testinde de A, H4, H7 uygulayıcılarının veri setinden çıkarılması bu durumu destekler niteliktedir. Uç değerlere sahip uygulayıcılar çıkarıldığında analize göre kalan uygulayıcılar arasındaki uygulama yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bunun anlamı en çok ve en az uygulama yapan uygulayıcılar dışında, hemşireler bakım paketini uygulama konusunda birbirleriyle benzer oranlarda uygulama yapmışlardır (Tablo 3.20.).

Tablo 3.20.Uygulayıcıların bakım paketini uygulama yüzdeleri arasındaki uyum

Uygulayıcı	n	%	Anlamlılık (tüm uygulayıcılar)	Anlamlılık (uç değerler çıkarıldığı zaman)
H1	54	%12,4	$\chi^2 > 0,005$	$\chi^2 < 0,001$
H2	67	%15,4		
H3	35	%8,1		
H5	28	%6,5		
H6	42	%9,7		
H7	22	%5,1	$z = -4,0$	
H4	16	%3,7	$z = -4,9$	
A	142	%32,7	$z = +12,8$	

n: uygulama sayısı, %: uygulama yüzdesi, χ^2 : Pearson's Chi-Square Goodness-of-Fit Test (Pearson Ki-Kare Uyum İyiliği Testi), z: standardized residuals, H: Hemşire, A: Araştırmacı

4. TARTIŞMA

Bu çalışma, psikotik bozukluğu olan hastalar için agresyon yönetimi bakım paketinin kullanımının klinik etkilerini sunmuştur. Araştırmanın birinci aşamasında sistematik bir literatür gözden geçirmesiyle geliştirilen bakım paketi; riski erken tanılama, bilişsel, sosyal, çevresel ve hasta-hemşire iletişimine yönelik müdahaleleri ortaya çıkarmıştır (Ek-2). Psikiyatri kliniklerinde yönetilmekte zorlanılan agresyonun karmaşık ve çok yönlü yapısı düşünüldüğünde, literatürde yer alan birbirinden bağımsız çalışmaların farklı boyutlarıyla agresyonu yönetme ile ilgili girişimleri şaşırtıcı olmamıştır (Girasek ve ark., 2022; Sebastian ve Debnath, 2020; Yıldırım ve Bulut, 2024). Literatürdeki etkin ve kanıt düzeyi yüksek agresyon yönetimi müdahaleleri, bakım paketlerinin amacına yönelik olarak bu çalışmada bir araya getirilerek en yüksek hasta sonuçlarına ulaşılması hedeflenmiştir.

Araştırmanın ikinci aşamasında ise bakım paketinin randomize kontrollü bir yöntemle agresyon üzerine etkisi ve klinik kullanımda uygulanabilirliği değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda, geliştirilen bakım paketi agresyon yönetiminde olumlu sonuçlar ortaya koymakta ve yüksek uyum oranıyla psikiyatri kliniklerine kolay entegre edilebilir görünmektedir. Söz konusu bu çalışma, psikiyatri kliniklerinde agresyon yönetiminde kullanılmak üzere yüksek kanıt düzeyine sahip bir klinik araç sağlama konusunda faydalı olacaktır. Aşağıda, çalışmadan elde edilen bulgular araştırmanın hipotezleriyle uyumlu olarak tartışılmıştır.

4.1 H₁: Agresyon Yönetimi Bakım Paketi Uygulanan ve Uygulanmayan Gruplar Arasında Agresyon Riski Düzeyleri Açısından İstatistiksel Olarak Anlamlı Bir Fark Vardır

Çalışmanın ilk hipotezi agresyon yönetimi bakım paketi uygulanan ve uygulanmayan gruplar arasında agresyon riski düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğudur. Çalışmada hastaların agresyon riski BPSÖ ve BVC ile değerlendirilmiştir.

Kontrol ve deney grubundaki hastaların kliniğe yatışlarındaki BPSÖ toplam agresyon puanları yüksek (kontrol grubu: $95,16 \pm 18,09$, deney grubu: $111 \pm 10,08$, ölçek puan aralığı: 29-145) ve istatistiksel olarak birbirleriyle benzer düzeydedir. Bu durum, çalışmaya BPSÖ'ye göre agresyon riski olan hastaların dahil edildiğini

ve çalışmanın katılımcıları dahil etme kriterlerini karşıladığını destekler niteliktedir. Literatürdeki benzer çalışmaların katılımcılarına ait ön test puan ortalamalarına kıyasla bu çalışmada hem kontrol hem de deney grubundaki katılımcıların ön test BPSÖ toplam agresyon puan ortalamaları daha yüksektir. Can ve Budak (2025) çalışmalarında şizofreni tanılı hastalarının BPSÖ toplam puan ortalamasını $80,51 \pm 19,38$; Taşçı ve ark. (2024) ise $78,76 \pm 32,68$ olarak raporlamışlardır (Can & Budak, 2025; Taşçı vd., 2024).

Ön test-son test arasında geçen sürede her iki grupta BPSÖ toplam agresyon puanları anlamlı şekilde azalmıştır. Kontrol grubuna uygulanan klinikteki mevcut bakım uygulamaları toplam agresyon puanı, fiziksel agresyon ve öfke alt boyutlarını anlamlı şekilde azaltmıştır. Klinikteki mevcut bakım uygulamaları sözel agresyona klinik anlamda etki etmiş ancak istatistiksel olarak etki belirlenmemiştir. Düşmanlığa ise istatistiksel veya klinik anlamda herhangi bir etkisi bulunmamıştır. Hatta bulgular, klinikteki mevcut bakım uygulamalarıyla düşmanlık arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu şeklinde yorumlanabilir. Deney grubuna uygulanan bakım paketi müdahalesi ise toplam agresyon puanı ve tüm alt boyut puanlarını istatistiksel ve klinik olarak anlamlı şekilde azaltmıştır. Bakım paketi, klinikteki mevcut bakım uygulamalarına kıyasla toplam agresyon puanı, fiziksel agresyon, öfke ve düşmanlık boyutlarını yüksek anlamlılık ve güçlü etki düzeyinde azaltmıştır. Bununla birlikte diğer boyutlara kıyasla sözel agresyona daha az etkisi olmuştur. Fakat bu etki halen güçlü düzeydedir ve bakım paketi uygulaması zaman içinde sözel agresyondaki azalmanın %31,7'sini açıklamaktadır.

Şizofreni tanılı hastalarda işleme hızı ve deneyimlerle ilişkili epizodik bellekteki bozulmalar başta olmak üzere yönetici işlevler, dikkat ve uyanıklık, sözel akıcılık, çalışma belleği, görsel ve uzamsal algı becerileri, sosyal biliş gibi birtakım bilişsel beceriler olumsuz etkilenmektedir (Kar & Jain, 2016; Schaefer vd., 2013). Bozulan bilişsel alanlar, şizofreni hastalarında agresyona yakınlıkla ilişkili görünmektedir (Krakowski & Czobor, 2017; Reinharth vd., 2014). Whiting vd., 2021). Bu nedenle şizofreni hastalarına uzun yıllardır bilişsel ve sosyal becerileri iyileştirme müdahaleleri uygulanmaktadır (Paquin vd., 2014; Vita vd., 2021; Wykes, 2018). Bilişsel iyileştirme müdahaleleri, kalıcılık ve genelleme amacıyla bilişsel süreçleri iyileştirmeyi amaçlayan davranışsal eğitime dayalı müdahaleler olarak tanımlanmaktadır. Müdahaleler yüz yüze, geleneksel yöntemlerle, bilgisayar tabanlı veya karma yöntemlerle uygulanabilmektedir (Vita vd., 2021). Uygulanan

bu müdahaleler dikkat, işleme hızı, sözel çalışma belleği, sözel öğrenme ve hafıza, görsel öğrenme ve hafıza, muhakeme ve problem çözme, sosyal biliş, psikososyal işlevsellik, semptomlar ve günlük yaşam aktivitelerinde işlevselliği olumlu yönde etkilemekte; sonucunda şiddet düşüncelerini, agresyon riskini ve agresif olayları azaltmaktadır (Ahmed vd., 2015; Ahmed vd., 2017; Ahmed vd., 2018; Ahmed vd., 2019; Darmedru vd., 2017; Hsu & Ouyang, 2021; Hsu & Ouyang, 2022; Jones & Harvey, 2020; Kayo vd., 2020; Vita vd., 2021; Wang vd., 2024). Bu doğrultuda, bakım paketinde yer alan Unsur 2 ve Unsur 3 müdahaleleri bilişsel iyileştirme ve sosyal beceri edinimi ile ilgili müdahaleler olarak yapılandırılmıştır.

Bakım paketinde yer alan Unsur 2 ve Unsur 3 ile benzer müdahalelerin yapıldığı çalışmalar incelenmiştir. Hsu ve Ouyang (2021) uyguladıkları bilişsel iyileştirme müdahaleleri ile kontrol grubuna kıyasla, şizofreni hastalarının agresyon, fiziksel agresyon, öfke ve düşmanlık boyutu puanlarının anlamlı şekilde azaldığı raporlanmıştır. Bu müdahaleler sözel agresyonu ise etkilememiştir (Hsu & Ouyang, 2021). Hsu ve Ouyang (2022) başka bir çalışmalarında bilişsel iyileştirme müdahaleleri ile şizofreni hastalarının agresyon, şüphecilik ve düşmanlık puanlarının kontrol grubuna kıyasla anlamlı şekilde azaldığını; kontrol grubunun agresyon puanının değişmediği raporlanmıştır. Fakat müdahaleler deney grubunda sözel agresyon üzerine etki etmemiştir (Hsu & Ouyang, 2022). BPSÖ puanlarıyla ilişkili bu bulgular çalışma sonuçlarımızla benzerlik gösterse de bakım paketi müdahalesi literatürdeki çalışmalardan farklı olarak sözel agresyona da anlamlı düzeyde etki etmiştir.

Hsu ve Ouyang (2021, 2022) çalışmalarında yapılan müdahaleler ile hastalarda semptomların azaldığını, bilişsel hatalar, rasyonel düşünme, aleksitimi ve duygu düzenlemenin iyileştiğini (Hsu & Ouyang, 2021), hastaların muhakeme becerisi, mantıklı düşünme becerisi, uzlaşmacı çatışma yönetimi özellikleri ve kişilik özelliklerinin olumlu yönde etkilendiğini raporlanmıştır (Hsu & Ouyang, 2022). Hem benzer çalışmalar hem de bizim çalışmamız düşünüldüğünde bakım paketi müdahalesinin, bilişsel ve sosyal becerilerde iyileşme sağlayarak kontrol grubuna kıyasla agresyon riskini anlamlı şekilde azalttığı şeklinde yorumlanmaktadır. Bunun en dikkat çekici göstergesi çalışmamızda kontrol grubunda BPSÖ düşmanlık alt boyut puan ortalaması hiç değişmemişken, deney grubu müdahalesi ile düşmanlık alt boyutunda anlamlı şekilde azalma olmasıdır. Düşmanlık, agresyonun diğer boyutlarına kıyasla nefret, küçümseme, kıskanma

nedenleriyle başkalarını incitmek için bilinçli bir kötü niyet taşımaktadır. Öfkenin duygusal yönü daha ağırken, düşmanlık daha çok düşünce ve tutumla ilişkilidir (Asmundson, 2022). Literatürde bu durumu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Jeyagurunathan ve ark. (2022) şizofreni hastalarında BPSÖ kullanarak agresyonu ve semptomlarla ilişkisini inceledikleri çalışmalarında, diğer semptomlara kıyasla düşmanlığın düşmanca niyet ve paranoya ile ilişkili olduğunu, düşmanlığın diğer şizofreni semptomlarına kıyasla agresyonla daha güçlü pozitif ilişkisi olduğunu raporlamışlardır (Jeyagurunathan vd., 2022). Buyuksandalyaci Tunc ve Gul (2023) çalışmalarında, şizofreni ve bipolar bozukluğa sahip hastaların BPSÖ fiziksel agresyon, öfke ve düşmanlık alt ölçek puanları ile duygu düzenlemedeki güçlükleri arasında pozitif bir ilişki olduğunu, bu hastaların sağlıklı örnekleme kıyasla duygu düzenlemede daha çok güçlük yaşadıklarını raporlamışlardır. Özellikle BPSÖ öfke alt boyutu, duyguların farkında olmama ile pozitif yönde ilişkilirken, düşmanlık alt boyutu ile duyguların farkında olmama arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Buyuksandalyaci Tunc & Gul, 2023). Bu sonuçlar, bakım paketinde yer alan bilişsel iyileştirme ve sosyal beceri edinimi müdahalelerinin düşünce, tutum ve davranış değişikliği ile kontrol grubundan farklı olarak “düşmanlık” alt boyutu üzerine de olumlu etki sağladığını düşündürmektedir.

Deney grubuna uygulanan bakım paketinin Unsur 2 ve Unsur 3 bileşenlerinde yer alan “hatalı düşüncelerle çalışma ve alternatif düşünceler üretme, öfke ve dürtü kontrolü, gevşeme egzersizleri” gibi müdahalelerle benzer yöntemleri içeren çalışma sonuçları incelenmiştir. Can ve Budak (2025) çalışmalarında deney grubundaki şizofreni tanılı hastalara Bilişsel Davranışçı Terapi temelli psikoeğitim müdahalesi uygulanmıştır. Müdahale grup oturumları şeklinde gerçekleştirilmiş ve Bilişsel Davranışçı Terapi modelinin açıklanması, şizofreni ve agresyon ilişkisinin açıklanması, bilişsel hatalar, otomatik düşünceler ve alternatif düşünceler üretme, agresyona karşı farkındalık oluşturma, agresyonla başa çıkma yöntemleri ve gevşeme egzersizlerini içermiştir. Müdahalenin BPSÖ toplam agresyon puanını deney grubunda kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azalttığı belirtilmiştir (Can & Budak, 2025). Fitriani ve ark. (2021) ise Bilişsel Davranışçı Terapi’yi bilişsel ve sosyal beceri eğitimiyle birlikte şizofreni tanılı hastalara uygulamışlardır. Çalışmalarında şizofreni tanılı hastaların müdahalenin ardından semptomlarının anlamlı şekilde azaldığını, olumsuz düşüncelerle başetme ve hatalı düşünceleri farketme düzeylerinin arttığını; böylece hastalarda yüksek

sesle konuşma, kaba konuşma, sakinleşememe, öfke ve agresyon gibi olumsuz davranışların önemli ölçüde azaldığını raporlamışlardır (Fitriani vd., 2021).

Çalışmamızda hastaların agresyon risklerini değerlendirmek için kullanılan diğer araç BVC'dir. Literatüre göre BVC'nin dinamik gözlemsel bir araçla karşılaştırıldığında %52-65,4 duyarlılık ve %94,5-100 özgüllüğe sahip olduğu görülmektedir (Moursel vd., 2018; Yuniati vd., 2020). Bu nedenlerle bakım paketinin Unsur 1 müdahalesinde agresyon riskinin değerlendirilmesi için BVC kullanılmıştır. BVC'nin kullanımı ile ilgili bir kapsam incelemesi ve meta-analiz çalışması incelendiğinde, BVC kullanan çalışmaların çoğunun ölçeğin altı maddelik orijinal versiyonunu kullandığı, bazı araştırmacıların “şiddet geçmişi” ve “uyku bozukluğu” maddelerini ekleyerek ölçeği kullandığı raporlanmıştır. Çalışmaların BVC'yi uygulama günü ve sıklığı ise vardiya başı ve sonunda, günde bir defa, kliniğe kabul gününde, kliniğe kabulün ilk üç gününde uygulanması gibi çeşitlilik göstermekte; birçok çalışmada ise uygulama sıklığı ve süresi belirsiz olarak raporlanmaktadır. BVC genellikle kâğıt ve kalemle doldurulmuş, çoğunlukla hemşireler tarafından ve nasıl kullanacakları ile ilgili eğitim verildikten sonra uygulanmıştır (Hvidhjelm vd., 2023). Bizim çalışmamızda BVC orijinal altı maddelik versiyonu ile, günde bir defa, hastanın klinikte kaldığı her gün, kâğıt ve kalem kullanılarak, kullanımıyla ilgili bir eğitimin ardından hemşireler tarafından uygulanmıştır.

Çalışmada BVC toplam ve alt boyut puanları değerlendirildiğinde, kontrol grubunun BVC toplam puan ortalamalarının deney grubuna göre daha yüksek olduğu, kontrol grubunda konfüzyon; deney grubunda irritabilite alt boyut puan ortalamalarının en yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Kontrol grubundaki hastalar objelere saldırı alt boyutundan hiç puan almamış, deney grubundaki hastalar fiziksel tehdit alt boyutundan hiç puan almamıştır. Kontrol ve deney grupları arasında BVC toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hastaların hepsinin başlangıçtaki BVC toplam puanları sıfırdan farklıdır. Bu durum, BVC'ye göre agresyon riski olan hastaların çalışmaya dahil edildiğini ve çalışmanın katılımcıları dahil etme kriterlerini karşıladığını destekler niteliktedir. Hastaların hepsinin başlangıçtaki BVC toplam puanları, BPSÖ ile benzer şekilde, klinikte yattıkları süre içinde düşüş yönünde değişim göstermiştir. Tüm hastaların kliniğe yatıştan taburculuklarına kadar geçen sürede konfüzyon,

irritabilite ve taşkınlık alt boyut puanları anlamlı olarak azalmıştır. Bu durum modeldeki günün (zaman) puanlar üzerine etkisini göstermiştir.

Literatüre göre, çalışma sonuçlarımızla benzer şekilde hastalar en yüksek agresyon riski puanlarına kliniğe ilk yatışta sahip olmaktadır. Psikiyatri kliniğinde yatışın birinci ve ikinci günlerinde BVC toplam puanlarının daha yüksek, ilerleyen günlerde düşüş gösterme eğiliminde olduğu raporlanmıştır (Clarke vd., 2010; Moursel vd., 2018; Sarver vd., 2019). Clarke ve ark. (2010) çalışmalarında psikiyatri kliniğindeki hastaların BVC toplam puanlarını birinci günde $1,44 \pm 1,7$; ikinci günde $0,78 \pm 1,0$ ve üçüncü günde $0,83 \pm 1,1$ olarak raporlamışlardır (Clarke vd., 2010). Sarver ark. (2019) akut psikiyatri kliniklerinde hastaların yatışlarının ilk ve ikinci günlerinde en yüksek BVC puan ortalamalarına sahip olduğunu, BVC BVC puanı iki veya üzeri olan hastaların şizofreni/şizoaffektif bozukluk tanısıyla yatışları olduğunu raporlamıştır (Sarver vd., 2019).

Hastaların başlangıçta konfüzyon, irritabilite, taşkınlık alt boyut puanlarının sıfırdan anlamlı derecede farklı olması, kliniğe ilk yatışta hastalardaki agresyon riskine sebep olan başlıca durumların konfüzyon, irritabilite ve taşkınlık olduğunu göstermektedir. Buna karşın başlangıçta sözel tehdit, fiziksel tehdit ve objelere saldırı alt boyut puanlarının sıfıra çok yakın ve istatistiksel olarak anlamsız oluşu, kliniğe ilk yatışta hastalarda bu boyutta semptomların daha az görüldüğü ve agresyon için istatistiksel olarak anlamsız bir risk oluşturduğu görülmüştür. Başlangıç puanlarına benzer şekilde klinikte yatılan süre boyunca, her iki grupta konfüzyon, irritabilite, taşkınlık alt boyut puan ortalamaları diğer boyutlara oranla daha yüksek seyretmiştir. Ayrıca, başlarda BVC toplam puanı ve konfüzyon, irritabilite, taşkınlık alt boyut puanları yüksek olan hastaların puanları zaman içinde daha yavaş değişmiştir. Çalışma sonuçlarımızla benzer şekilde Clarke ve ark. (2010) çalışmalarında BVC alt boyutlarına göre psikiyatri kliniğindeki hastaların %46'sında yatışın birinci günü irritabilite, %23'ünde fiziksel ve sözel tehdit; ikinci günü %35'inde irritabilite, diğer davranışlarla benzer sıklıkta ise fiziksel ve sözel tehdit görüldüğünü belirtmiştir. Yatışın ilk günü hastaların BVC toplam puanlarının %90'ını irritabilite ve fiziksel tehditin oluşturduğu, irritabilitenin ise üç gün boyunca en sık görülen ve BVC toplam puanını öngören risk davranışı olduğu raporlanmıştır (Clarke vd., 2010). Hvidhjelm ve ark. (2023) ise benzer şekilde BVC'ye göre en yüksek sırasıyla irritabilite, sözel tehdit ve taşkınlık puanlarının görüldüğünü belirtmiştir (Hvidhjelm vd., 2023). Marques ve ark. (2015) psikiyatri kliniğinde

yaptıkları çalışmada BVC'ye göre en yüksek iritabilite ve taşkınlık puanlarının görüldüğünü bildirmişlerdir (Marques vd., 2015). Sarver ve ark (2019) ise çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak BVC'ye göre en sık görülen agresyon boyutunu sözel tehdit olarak raporlamışlardır (Sarver vd., 2019). Lockertsen ve ark. (2021) psikiyatri kliniklerinde BVC kullanım sonuçlarını değerlendirdiklerinde en çok fiziksel tehdit alt boyutunun puan aldığını ve agresyon için en güçlü öngörücünün fiziksel tehdit olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca farklı hastalık tanısına sahip örneklemelerde, BVC puanı en yüksek olan hastalar psikotik bozukluk tanısına sahip hastalar olmuştur (Lockertsen vd., 2021).

Çalışmada kurulan modele göre, grupların (klinikteki mevcut bakım uygulamalarını veya deney müdahalesini almanın) ve gruba ait müdahaleyi almakla birlikte geçen sürenin (gün) BVC toplam puanı ve alt boyut puanlarının hiçbirine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı görülmüştür. Fakat konfüzyon, sözel tehdit, fiziksel tehdit alt boyut puanlarının gruplar arası zamana göre değişimi, deney grubunda kontrol grubuna göre daha çok düştüğünü göstermekle birlikte, bu düşüş farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Literatüre göre agresyon riskini değerlendiren aracın sadece riski öngörmekle kalmayıp, BVC kullanımıyla agresyon riskini öngörmek ve azaltabilmek mümkün görülmektedir. Ayrıca BVC kısıtlayıcı, baskıcı ve zorlayıcı agresyon yönetimi müdahalelerinin azalmak için bir strateji olarak kullanılmaktadır (Arenas vd., 2025). Hvidhjelm ve ark. (2022), agresyon riski olan şizofreni hastalarında BVC ve agresyonla ilişkili olabilecek riskleri (duygudurum, madde kullanımı, baş etme becerileri vb.) değerlendirmek için bir değerlendirme listesi kullanmışlardır. Sonucunda deney grubunda mekanik kısıtlama kullanım oranı, mekanik kısıtlama süresi, toplam kısıtlayıcı müdahaleler kontrol grubuna kıyasla daha düşük bulunmuş ve deney grubunun BVC'ye göre yüksek agresyon riski %36 daha düşük olarak raporlanmıştır (Hvidhjelm vd., 2022). Hvidhjelm ve ark. (2016) başka bir çalışmada şizofreni hastalarına bakım veren sağlık personeline BVC'nin rutin kullanımı ile ilgili eğitim vermişlerdir. Eğitim verilen ve rutin BVC kullanılan kliniklerde, kontrol grubundaki kliniklere kıyasla şizofreni hastalarının agresyon riskinde %45'lik bir azalma raporlanmıştır. Ancak bu azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Hvidhjelm vd., 2016). Bizim çalışmamızda BVC hem kontrol hem deney grubuna uygulanmıştır. Bu, gruplar arası fark bulunmamasını etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda, tüm hastaların BVC toplam puanı yatıştan taburculuğa kadar düşüş gösterse de günler içerisinde puanda yükselmeler ortaya çıkmıştır. Bu sonuç, BVC'ye göre hastaların agresyon riskinin zaman içerisinde dalgalanabileceğini göstermiştir. Literatür incelendiğinde, psikiyatri kliniğinde hastaların kalış süresi boyunca her gün BVC ile değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmıştır. Hvidhjelm ve ark. (2014) geriye dönük olarak değerlendirdikleri BVC verilerine göre, hastaların yatış günleri ilerlemesine rağmen BVC puanları dalgalanma göstermiş; agresif olaylarının hastaların serviste kaldıkları süre boyunca devam etme eğiliminde olduğu görülmüştür. Araştırmacılar bu sonucu uzun süreli hastanede kalıştan sonra bile agresyon riskinin yükselebileceği, bu risk artışının muhtemelen uzun süre hastanede yatan hasta sayısının az olmasından kaynaklanması sebebiyle ortaya çıkmasına yordamışlardır (Hvidhjelm vd., 2014). Bu sonuçlar, agresyon riski değerlendirmesinin hastanın yatış süreci boyunca devam etmesinin önemini göstermektedir. Çalışmamızda hastaların klinikte yatış süreleri ortalamaları kontrol ve deney gruplarında 31,16-34,66 arasında değişse de örnekleme 40 gün ve üzerinde yatışa sahip hastalar bulunmaktadır. Hvidhjelm ve ark. (2014) çalışma sonuçlarıyla benzer şekilde, bizim çalışmamızda bazı hastaların uzun süre klinikte yatışları, BVC'nin puan dalgalanmalarını açıklayabilir.

Çalışmamızda, tüm hastaların BVC toplam puan ve iritabilite, taşkınlık, fiziksel tehdit, objelere saldırı alt boyut puanlarında günler içerisinde her bir hastanın özelinde görülen puan dalgalanmaları hastalararası puan farklılıklardan büyük çıkmıştır. Modele göre, bu boyutların hastaların standart ve kalıcı özelliklerinden (kişilik özellikleri, yetenekler, psikopatoloji vb.) ziyade günlük/anlıksal değişimlerinden (ruh hali, yaşanan klinik olaylar, yorgunluk, motivasyon vb.) etkilendiğini göstermektedir. Çalışmamızda konfüzyon ve sözel tehdit alt boyut puanlarındaki hasta özelinde kendi içinde dalgalanmalar ise hastalararası farklılıklardan küçük çıkmıştır. Hastaların bu boyutlardaki puanlarının günlük/anlıksal değişimlerinden etkilenmediği, standart ve kalıcı özelliklerine göre oluştuğu görülmüştür. Literatüre göre şizofreni tanılı hastalarda agresyona yatkınlık dürtüsellik, psikopatolojiye ait semptomlar, kişilik özellikleri, bilişsel fonksiyonlar, duygusal işleme (Gao vd., 2023; Krakowski & Czobor, 2017) ve kalabalık, güvensiz ve kısıtlayıcı klinik ortamı, klinik aktivitelerin yetersizliği, mahremiyet eksikliği, klinikte sigara içme, çalışanlarla iletişim ve etkileşim sorunları gibi (Weltens vd., 2021) birçok içsel ve dışsal faktörle ilişkili olmaktadır. Bu bulgular,

Çalışma sonuçlarımızda BVC'ye göre agresyon riskinin standart ve kalıcı özellikler ile günlük/anlık değişimlerden etkilenmesini destekler niteliktedir. Ayrıca çalışmamız literatüre agresyon riskini oluşturan hangi faktörlerin hangi boyutu etkilediğine dair katkı sunmaktadır.

Agresyon riskinin kontrol ve deney gruplarında değerlendirilmesine göre, BPS'den elde edilen bulgular H_1 hipotezini desteklemiştir. BPS'ye göre agresyon riski açısından deney grubunda kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Öte yandan BVC'den elde edilen bulgular H_1 hipotezini desteklememiştir. BVC'ye göre agresyon riski açısından deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

4.2 H_2 : Agresyon Yönetimi Bakım Paketi Uygulanan ve Uygulanmayan Gruplar Arasında Agresif Olay Sayı ve Niteliği Açısından İstatistiksel Olarak Anlamlı Bir Fark Vardır

Çalışmanın ikinci hipotezi agresyon yönetimi bakım paketi uygulanan ve uygulanmayan gruplar arasında agresif olay sayı ve niteliği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğudur. Çalışmada hastaların klinikte gösterdikleri agresif olay sayı ve niteliği AA ile değerlendirilmiştir. Buna göre, kontrol ve deney gruplarındaki hastaların çalışma süresince gözlemlenen ve kaydedilen agresif olay sayı ve niteliklerinin birbirine benzer olduğu grlmştir.

Kontrol grubundaki hastalarda çalışma süresince dokuz, deney grubundaki hastalarda ise altı altı agresif olay grlmştir. Kontrol grubunda en sık sözel agresyon, deney grubunda ise en sık sözel agresyon ve başkalarına karşı fiziksel agresyon belirlenmiştir. Agresif olay sayı ve niteliğine yönelik bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir. Clarke ve ark. (2010) alışmalarında üç ay boyunca bir psikiyatri kliniğinde 13 agresif olay raporlanmıştır (Clarke vd., 2010). Marques ve ark. (2015) ise çalışmalarında psikotik bozukluğa sahip 13 hastanın bir ay boyunca 15 agresif olay gösterdiğini ve en sık sözel agresyon görüldüğünü bildirmiştir (Marques vd., 2015).

Araya ve ark. (2020) AA kullandığı çalışmalarında, araştırmayı yürüttükleri psikiyatri kliniğinde sırasıyla en sık sözel agresyon, eşyalara karşı fiziksel agresyon, kendisine karşı fiziksel agresyon, başkalarına karşı fiziksel agresyon, başkalarına karşı fiziksel ve sözel agresyon olup son sırada hem sözel hem de başkalarına ve eşyalara karşı fiziksel agresyonun birlikte görüldüğü olaylar

olduğunu bildirmiştir (Araya vd., 2020). Li ve ark. (2020) çalışmalarında araştırmalarını yürüttükleri psikiyatri kliniğinde sırasıyla en sık sözel agresyon, eşyalara karşı fiziksel agresyon, kendine karşı fiziksel agresyon, başkalarına karşı fiziksel agresyon görüldüğünü raporlamıştır (Li vd., 2020). Meyer ve ark. (2018) değiştirilmiş AAÖ'yü kullandıkları bir çalışmada ise sırasıyla en sık sözel agresyon ve eşyalara karşı fiziksel agresyon görülmüştür (Meyer vd., 2018). Knezevic ve ark. (2017) değiştirilmiş AAÖ'yü kullandıkları bir çalışmada sırasıyla en sık sözel agresyon, eşyalara karşı fiziksel agresyon, kendine karşı fiziksel agresyon ve başkalarına karşı fiziksel agresyon görüldüğü raporlanmıştır (Knezevic vd., 2017). Kayongo ve ark. (2025) değiştirilmiş AAÖ kullandıkları çalışmalarında bir psikiyatri kliniğinde en sık sözel agresyon, eşyalara karşı fiziksel agresyon, başkalarına karşı fiziksel agresyon ve en az kendine karşı fiziksel agresyon görüldüğünü belirtmiştir (Kayongo vd., 2025). Jith ve ark. (2025) değiştirilmiş AAÖ kullandıkları çalışmalarında psikotik bozukluğa sahip hastaların klinikte en yüksek agresif olay sayısına sahip olduğunu ve en sık sözel agresyon görüldüğünü raporlamıştır (Jith vd., 2025). Farklı ülkelerde ve yıllarda bildirilen bu sonuçlar çalışma sonuçlarımızla benzerlik göstermekte, sözel agresyonun en sık görülen AAÖ alt boyutu olduğu görülmektedir.

Literatürde, bakım paketi unsurlarımızla benzer müdahalelerin yapıldığı ve agresif olay sayı ve niteliğinin değerlendirildiği çalışmalar incelenmiştir. Bakım paketinin Unsur 2 ve Unsur 3 müdahaleleriyle benzer müdahalelerin kullanıldığı çalışmalarda, şizofreni hastalarında bilişsel iyileştirme ve sosyal beceri edinimine yönelik müdahaleler uygulanmıştır. Bu müdahalelerin, AAÖ puanlarını anlamlı şekilde azalttığı raporlanmıştır (Ahmed vd., 2015; Ahmed vd., 2017; Ahmed vd., 2019). Bu çalışmalarda hastaların bilişsel becerileri ve sosyal becerilerinin (dikkat, çalışma belleği, sözel öğrenme, yüz ifadelerinden duyguları tanıma ve düzenleme, zihinselleştirme, dürtüsellik, problem çözme ve verilen bilişsel bir görevi takip edebilme) gelişmesiyle agresif olayların azaldığı ortaya çıkmıştır (Ahmed vd., 2017; Ahmed vd., 2019). Khan ve ark. (2023) bakım paketinin Unsur 2 ve Unsur 3 müdahaleleriyle benzer şekilde, bilişsel iyileştirme ve sosyal beceri edinimine odaklanan bir çalışma yürütmüştür. Bilişsel iyileştirme eğitimi ile hem bilişsel iyileştirme hem de sosyal beceri edinimi müdahalelerini kıyaslamışlardır. Kullandıkları değiştirilmiş AAÖ'ye göre agresif olay sayıları açısından her iki grup

da istatistiksel olarak anlamlı iyileşme görülmüş; deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı raporlanmıştır (Khan vd., 2023).

Bakım paketinin Unsur 2 ve Unsur 3 müdahalelerinin yanı sıra Wang ve ark. (2024) çalışmalarında Unsur 6 “uykuyu iyileştirme” müdahalemizle benzer şekilde şizofreni hastalarında algı, dikkat, bellek, mantıksal hesaplama, bilişsel esneklik, duygu yönetimi, günlük gevşeme egzersizleri ve uykuyu iyileştirme müdahalelerini uygulamışlardır. Çalışmalarında müdahalelerin agresyon, eşyalara karşı fiziksel agresyon ve başkalarına karşı fiziksel agresyon üzerine kontrol grubuna kıyasla anlamlı iyileşmeler gösterdiği raporlanmıştır (Wang vd., 2024). Şizofreni tanılı hastalarda uyku bozuklukları yaygın olarak görülmektedir (Ferrarelli, 2021). Kötü uyku kalitesi öfke ve agresyon için bir risk faktörü olarak bildirilmektedir (Chen vd., 2021). Zhou ve ark. (2024) uykusuzluk ve agresyon arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında uykusuzluğun değiştirilmiş AAÖ’de sırasıyla en çok eşyalara karşı fiziksel agresyon, sözel agresyon ve kendine yönelik fiziksel agresyon üzerine doğrudan ve yaşam kalitesini olumsuz etkilerek aracılık etkisi olduğunu raporlamıştır (Zhou vd., 2024). Bu nedenlerle bakım paketi müdahaleleri arasına uykuyu iyileştirme bileşeni eklenmiş, fakat kontrol ve deney grupları AAÖ puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Bakım paketinin Unsur 4 müdahalesi ile benzer şekilde personele verilen sakinleştirme teknikleri, konuşma, yumuşak sözler, kötü haber yönetimi ile ilgili eğitimin değerlendirildiği bir çalışmada, klinikteki agresif olay sayısını %20 azalttığı, bununla birlikte kısıtlayıcı uygulamaların sayısında bir değişiklik olmadığı bildirilmiştir (Kernaghan & Hurst, 2023). Benzer bir çalışmada klinik çalışanlarına sözlü ve sözsüz gerginliği azaltma teknikleri eğitimi verilmiştir. Eğitimli personelin olduğu deney grubundaki klinikte, kontrol grubuna kıyasla agresif olayların görülme oranı %73 daha düşük; agresyon nedeniyle fiziksel kısıtlamaların görülme oran %30 daha düşük bulunmuştur (Celofiga vd., 2022).

Bhat ve ark. (2020) bakım paketinin Unsur 5 müdahalesiyle benzer şekilde çevresel düzenleme ve ortam terapisine odaklanan bir çalışma yürütmüştür. Ortam terapisi ile deney grubunda kontrol grubuna kıyasla agresif olay sayılarında azalma olduğu raporlanmıştır (Bhat vd., 2020). Bu çalışmalarda uygulanan müdahaleler çalışma müdahalemize benzerlik göstermekle birlikte, çalışma bulgularımızdan farklı olarak AAÖ puanları ve agresif olay sayısında azalma sağlamış; kontrol ve deney gruplarında istatistiksel bir fark bulmuşlardır.

AAÖ'nün agresif olay karşısında yapılan girişimler alt boyutuna göre, kontrol grubunda en sık hastayla konuşma, ardından hastayı tutarak engelleme girişimleri; deney grubunda ise en sık hastayı tecrit etmeksizin izolasyon, ardından hastayla konuşma ve hastayı tecrit etme girişimleri uygulanmıştır. Girişimler açısından kontrol ve deney grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bununla birlikte deney grubunda ilk sırada hastayı tecrit etmeksizin izolasyon girişiminin yer alması önemli bir bulgudur. Bunun nedeni deney grubuna uygulanan bakım paketi müdahalesi boyunca hastalarla öfke yönetimi oturumlarının yapılması, oturumlarda öfkenin erken belirtilerini tanıma, mola verebilme, ortamdan uzaklaşma gibi yöntemlerin öğrenilmesi hedeflenmesidir. Oturumlardan sonra hastalar öfkelenediklerini farkettilerinde veya sözel agresyonun ardından agresif olayın şiddetleneceğini öngördüklerinde izole olmayı, güvenli bir ortamda yalnız kalmayı kendileri talep edebilir duruma gelmişlerdir. Ayrıca hemşireler gerginliği azaltma teknikleri çerçevesinde hastaya seçenekler sunmayı benimsemişlerdir. Agresyon riski veya sözel agresyon karşısında hastaya bir süre yalnız kalıp sakinleşebileceği veya bir hemşireyle birlikte güvenli bir ortamda sakinleşmek için fırsatı olabileceği sunulmuştur. Böylece çalışmamızda izolasyon agresyon karşısında bir ceza değil, hastanın kendini kontrol edebilme kabiliyetini yeniden kazanabilmesi için bir mola ve sakinleşme ortamı olarak kullanılmıştır.

Agresif olay sayı ve niteliğinin kontrol ve deney gruplarında değerlendirilmesine göre, AAÖ'den elde edilen bulgular H₂ hipotezini desteklememiştir. AAÖ'ye göre agresif olay sayı ve niteliği açısından deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

4.3 H₃: Agresyon Yönetimi Bakım Paketi Uygulamasının Paket

Uyum Yüzdesi %70-100 Arasındadır

Çalışmanın üçüncü hipotezi agresyon yönetimi bakım paketi uygulamasının paket uyum yüzdesinin %70-100 arasında olduğudur. Bu oran yüksek uyum oranını ifade etmektedir (Gilhooly vd., 2019). Bakım paketinin amacına ulaşması için klinik uygulamada benimsenmesi ve klinik hemşireleri tarafından yüksek uyumlu uygulanabilir olması önemlidir. Bakım paketine uyum yükselttikçe, paketin hasta sonuçlarına olumlu etkisi artmaktadır (Chien vd., 2024; Darjees vd., 2024; Yanık Yalçın vd., 2022). Çalışmada geliştirilen bakım paketine uyum oranı 90,15

bulunmuştur. Sağlık Hizmetlerini İyileştirme Enstitüsü Paket Tasarım Yönergeleri'ne göre paket uyum oranının %95 ve üzerinde olması gerektiği belirtilse de ilgili literatür incelendiğinde bu oranın %70-100 arasında olmasının yüksek uyumu ifade ettiği görülmektedir (Gilhooly vd., 2019). Gilhooly ve ark. (2019) yaptıkları kapsam incelemesine göre, literatürdeki 99 bakım paketi çalışmasından 53'ü bakım paketi uyumunu raporlamıştır. İnceleme, bakım paketlerini yüksek uyumluluk düzeyi (%70-100), orta uyumluluk düzeyi (%40-69) ve düşük uyumluluk düzeyi (%0-39) olarak kategorize edebilmiştir. Paketin az ögesi olması, basit olması, uygulayıcıya hatırlatıcılar içermek yerine biçimlendirici değerlendirmeler kullanması yüksek uyumla ilişkili olarak raporlanmıştır (Gilhooly vd., 2019). Bu bağlamda çalışmamızda tespit edilen uyum oranının (%90,15) ilgili literatürde ifade edilen kriter değer aralığında olduğunu ifade etmek mümkündür. Bu doğrultuda çalışmada uygulanan bakım paketinin uyum düzeyi yüksek uyum oranına sahiptir.

Literatürde, bakım paketlerine uyumu artırmak için uygulayıcılara yönelik eğitim faaliyetleri, kontrol listeleri, denetim ve uygulamaya yönelik geri bildirimler, tıbbi kayıt sistemi değişikliği, multidisipliner ekip yaklaşımı, uygulamaya yönelik motivasyon ve ödül stratejilerinin kullanıldığı bildirilmiştir. En yaygın ve uyumu yükseltmede işe yarayan stratejiler ise uygulayıcılara eğitim vermek, kontrol listeleri kullanmak, denetim ve geri bildirimler olarak belirtilmiştir (Thapa vd., 2023). Çalışmamızda deney grubuna bakım paketi müdahalesine başlanmadan önce uygulama ekibine bakım paketinin kullanımı ile ilgili eğitim verilmiştir. Ayrıca uygulama Paket Uyum Takip Çizelgesi ile takip edilmiştir. Bu uygulamalar uyumu artıran stratejilerle paraleldir.

Bakım paketi unsurlarının uygulanma oranları incelendiğinde; Unsur 1, Unsur 4, Unsur 5 ve Unsur 6'ya uyumun tam olduğu, Unsur 2 ve Unsur 3'ün ise sırasıyla %3,5, %2,6 oranlarında uygulanamadığı görülmektedir. Bu sonuçlar bakım paketinin uygulanamama nedenlerine ilişkin uygulayıcı notlarıyla birlikte değerlendirildiğinde, Unsur 2 ve Unsur 3'ün hastaların aktif katılımını gerektirmesi, fakat başlıca yeni yatış ve akut semptomlar gibi sebeplerle hastaların katılamaması nedeniyle uygulama uyumunun tam olmadığı düşünülmektedir. Unsur 1, Unsur 4, Unsur 5 ve Unsur 6 ise risk değerlendirmesi yapma, gerginliği azaltma tekniklerini kullanma, terapötik ortam oluşturma, uykuyu iyileştirecek müdahaleleri gerçekleştirme gibi öncelikli olarak uygulayıcıların yapacakları müdahalelerdir.

Bakım paketinin uygulayıcılar arası uyumunu göz önüne alındığında, uygulayıcıların bakım paketini uygulama konusunda uyum gösterdikleri ve böylece öncelikli olarak uygulayıcıların yapacakları müdahalelere tam uyum sağlandığı belirtilebilir.

Bakım paketinde Unsur 1’de yer alan BVC kullanımına tam uyum sağlanmasına benzer şekilde, BVC’nin 24 saatlik bir agresyon riski değerlendirmesi için kullanıldığı bir çalışmada, üç aylık denemenin ardından hemşirelerin %83’ünün BVC’nin kullanımını kolay bulduğu, %67’sinin kullanmaya devam etmek istediği raporlanmıştır (Clarke vd., 2010). Bizim çalışmamızda hemşireler aracı kısa, kolay ve agresyonu değerlendirmek için faydalı bulsalar da araştırmacının gözlem notlarında BVC’nin sürekli kullanımı için diğer doküman işleri karşısında bir dezavantaj ortaya çıkmıştır. Yine de çalışma süresince Unsur 1’e tam uyum sağlanmıştır.

Bakım paketine uyumun değerlendirilmesine göre, Paket Uyum Takip Çizelgesi’nden elde edilen bulgular H₃ hipotezini desteklemiştir.

4.4 H₄: Agresyon Yönetimi Bakım Paketi Uygulayıcıları Arasında Uygulama Yüzdeleri Arasında Açısından İstatistiksel Olarak Anlamlı Bir Uyum Vardır

Çalışmanın dördüncü hipotezi agresyon yönetimi bakım paketi uygulayıcıları arasında uygulama yüzdeleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir uyum olduğudur. Çalışmada, deney grubundaki hastalara uygulanan bakım paketi müdahalesinin uygulayıcılar arası dağılımı incelenmiş ve uygulama sıklıkları değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgular, müdahalenin standardizasyonu ve uygulayıcıya bağlı etkileri açısından kritik noktalar ortaya koymaktadır. Araştırmacı en yüksek uygulama oranı, iki hemşire ise en düşük uygulama oranı ile uç değerleri oluşturmuştur. Hemşirelik uygulamalarında bilgi, eğitim, farkındalık, tutum ve inançlar, iş memnuniyeti, klinik deneyim ve özgüven, zaman ve iş yükü, kurum kültürü, motivasyon farklılıkları gibi özellikler hemşirelerin bir klinik uygulamaya katılımında dengesizliklere yol açabilmektedir (Jones vd., 2018; Melnyk vd., 2012; Zhang vd., 2024). Uç değerler bu sebeplerle ortaya çıkmış olabilir. Bu nedenle, bakım paketi gibi kanıta dayalı ve yeni bir klinik uygulamanın yüksek oranlarda benimsenmesi ve uygulanması için eğitim oturumlarının devamlılığı, rehber ve hatırlatıcıların sürekliliği, iş yükünün dengeli dağılımı,

uygulamaya yönelik geribildirim alınması ve uygulamanın mevcut iş akışına en az ek yük getirecek şekilde entegre edilmesi önerilebilir. Uç değerlerde uygulama yüzdesine sahip uygulayıcılar olmadan yapılan analiz bulgularında, uygulayıcıların benzer uygulama yüzdelerine sahip olmaları H₄ hipotezini desteklemiştir.



5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada, psikiyatri kliniklerinde süregelen bir sorun olan agresyon yönetimi için kanıta dayalı bir araç geliştirilmiş ve psikiyatrik bakıma yardımcı olması için sonuçları sunulmuştur. BPSÖ'den elde edilen sonuçlara göre, geliştirilen bakım paketinin kullanımı kontrol grubuna kıyasla agresyon ve sözel agresyon, fiziksel agresyon, öfke, düşmanlık alt boyutlarına ait agresyon riskini azaltmada anlamlı olarak etkin olmuştur. BVC'den elde edilen sonuçlara göre, deney grubunda bakım paketi uygulamasının kontrol grubuna kıyasla günlük agresyon riskini azaltmada anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Tüm hastaların agresyon riski düzeyi başlangıçta en yüksek seviyedeysen, klinikte kalınan süre boyunca dalgalı seyretmiş ve sonucunda anlamlı düzeyde azalmıştır. Agresyon riskini en çok konfüzyon, iritabilite, taşkınlık boyutları oluşturmuş ve bu boyutlar klinikte kalınan süre boyunca hem bakım paketi hem de klinikteki mevcut bakım uygulamaları sonucunda en yavaş değişim gösteren boyutlar olmuştur. AAÖ'den elde edilen sonuçlara göre kontrol ve deney grupları arasında agresif olay sayı ve niteliği açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Kontrol grubunda en sık sözel agresyonla ilişkili, deney grubunda ise sözel agresyon ve başkalarına karşı fiziksel agresyon olayları görülürken; kontrol grubunda en sık uygulanan girişim hastayla konuşma, deney grubunda ise hastayı tecrit etmeksizin izolasyon olmuştur. Çalışmada bakım paketine uyum oranı %90,15 bulunmuştur. Uygulayıcılar ise bakım paketini uygulama konusunda birbirleriyle uyumludur.

Çalışmada kontrol grubunda da agresyon riski puanlarının düşmesi, BVC ve AAÖ ölçek puanları açısından gruplararası fark bulunmaması hastane ortamının, klinikteki mevcut tedavi ve bakımın etkisini göstermektedir. Bu durum, bakım paketinin ek katkısını net olarak ayırt etmeyi zorlaştırmaktadır. Bakım paketinin etkisini deney ve kontrol gruplarında daha iyi değerlendirebilmek için agresyonla ilişkili nörobiyolojik belirteçleri ölçmek, çift körleme randomize kontrollü çalışma yapmak, kontrol grubu yerine iki farklı deney grubuna (örneğin bakım paketi grubu ile farklı bir agresyon yönetimi uygulanan grup) farklı prosedürleri uygulamak faydalı olabilir.

Bakım paketi uygulanırken ortaya çıkan bazı engeller bulunmaktadır. Hemşirelerin hali hazırda iş yükleri ve doküman işlerinin yoğunluğu, grup oturumlarını sürdürmede rehberliğe ihtiyaç duymaları, hastaların yeni yatışta akut

semptomlarının varlığı, şüpheli hastaların grup oturumlarına katılmadaki isteksizlikleri ve rol oynama yöntemine karşı direnç karşılaşılan engellerdir. Bu engellerin üstesinden gelmek için hemşirelere sürekli rehberlik ve süpervizyon sunulmuş, görev paylaşımları yapılmış, şüpheli olan hastalarla başlangıçta bireysel oturumlar düzenlenmiş ardından gruba dahil edilmiş, grup oturumlarında mahremiyet, söz isteme, saygı gibi normlar birlikte yapılandırılmış, rol oynamaya katılmayan hastalar için kişisel deneyimlerin paylaşımı yöntemine geçilmiş, her hastaya bireysel hedefler belirlenmiş, başarıları için pozitif geribildirimler verilmiştir.

Bu çalışma hem ülkemiz hem de uluslararası alanda psikiyatri klinikleri için bir bakım paketi geliştirme konusunda öncü niteliğindedir. Araştırma tasarımının gücü ve bulguların bakım paketinin agresyon riskini azaltma yönünde olumlu bir etki vadedmesi, geliştirilen bakım paketinin psikiyatri kliniklerinde agresyon yönetiminde uygulanmasının etkin bir müdahale olabileceğini göstermiştir. Bakım paketi yüksek uyum oranına ulaşmış; böylece psikiyatri kliniklerinde standart bir bakım aracı olabileceği öngörülmüştür. Bakım paketi bu çalışmada yüksek agresyon riski için şizofreni tanısı ve erkek cinsiyet faktörü göz önüne alınarak bu örnekleme uygulanmıştır. Gelecek araştırmalarda bakım paketini farklı hasta gruplarında ve kadın cinsiyette kullanarak sonuçların değerlendirilmesi önerilmektedir. Ayrıca uzun vadeli takip çalışmaları ve büyük örneklem sayılarıyla çalışmaların yapılması ile bakım paketinin etkisi değerlendirilebilir.

5.1 Çalışmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma sadece yataklı psikiyatri kliniğinde bakım ve tedavi gören şizofreni tanılı yetişkin erkek hastalarla yürütülmüştür. Bakım paketinin mevcut sonuçları uygulandığı popülasyon özelinde değerlendirilmelidir. Paket ayaktan tedavi ve bakım alan, farklı psikiyatrik tanılara sahip hastalarda, çocuk ve ergenlerde, kadın cinsiyette hastalara uygulanmadan önce ek çalışmalara ihtiyaç duyulabileceği düşünülmelidir. Çalışma 24 hasta ile yürütülmüştür. Örneklem sayısı istatistiksel gücü sınırlandırmış olabilir. Çalışma, tasarımı nedeniyle tek bir klinikte yürütülmüştür. Bakım paketi uygulaması veya agresyonun farklı kliniklerde değişebilecek ortam koşullarından, kurum kültüründen ve ekip dinamiklerinden etkilenebileceği göz önüne alınmalıdır. Bakım paketinin sonuçları kısa dönemli değerlendirmelerle elde edilmiştir. Bu nedenle taburculuk sonrası ve

uzun vadeli etkisinin devam edip etmediği bilinmemektedir. Kullanılan ölçüm araçları BVC ve AAÖ subjektif değerlendirme araçlarıdır. Uygulayıcı gözlemine dayandığı için ölçek sonuçları önyargılı olabilir. BPSÖ ise öznel değerlendirme aracıdır. Bu nedenle hastaların içgörüsüne bağlı olarak yanıltıcı sonuçlar verebilir. İlk testler araştırmacı tarafından körleme olarak alınsa da son testler de körleme yapılamamıştır. Uygulayıcılar, uygulama yaptıkları gruba körlenmemiştir. Bakım paketi unsurları sistematik bir gözden geçirme sonucunda 14 çalışma bulgusu ile sentezlenmiştir. Bu çalışma sayısı sınırlı görünmekle birlikte, konuyla ilgili yüksek kanıt düzeyine ve etkin müdahalelere ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Bakım paketindeki bazı unsurlarda yer alan iletişim örneklerine ait diyaloglar, uygulandığı ülkenin kültürüne göre şekillendirilmiştir. Farklı kültürlerde diyalogların yeniden şekillendirilmesi gerekebilir. Bakım paketi unsurları mevcut en iyi kanıtları sentezlemiştir. Bu nedenle, literatürdeki yeni gelişmelerle birlikte bakım paketi unsurlarının güncellenmesi ihtiyacı doğabilir.

KAYNAKLAR

- Acemoğlu, H., & Aktürk, Z. (2012). Reliability and validity in medical research. *Dicle Tıp Dergisi*, 39(2), 316-319. <https://doi.org/10.5798/diclemedj.0921.2012.02.0150>
- Açıkgöz, E., & Gençarslan, D. Ö. (2019). Ruhsal Hastalıklarda Agresyon. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 1(1), 61-65.
- Ahmed, A., Hoptman, M., & Lindenmayer, J. P. (2018). T153. Can cognitive training decrease reactive aggression in schizophrenia?. *Schizophrenia Bulletin*, 44, 175. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby016.430>
- Ahmed, A., Hoptman, M., & Lindenmayer, J. P. (2017). Cognitive Training Effects on Emotion Regulation, Impulsivity, and Aggression in Schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*, 42, 251-252.
- Ahmed, A. O., Hunter, K. M., Goodrum, N. M., Batten, N. J., Birgenheir, D., Hardison, E., Dixon T. & Buckley, P. F. (2015). A randomized study of cognitive remediation for forensic and mental health patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 68, 8-18. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.05.013>
- Ahmed, A., Kirstie-Kulsa, M., Hefner, A., Jones, O., Ljuri, I., Budgazad, M., Parker, B., Parak, M., Lee, C., Yoon, J., Gill, H., Khan, A., Hoptman, M. & Lindenmayer, J. P. (2019). F43. Cognitive training for impulsive aggression in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 45, S271. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbz018.455>
- Ajnakina, O., Stubbs, B., Francis, E., Gaughran, F., David, A. S., Murray, R. M., & Lally, J. (2020). Hospitalisation and length of hospital stay following first-episode psychosis: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 50(6), 991–1001. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000904>
- Almvik, R., & Woods, P. (1998). The Brøset Violence Checklist (BVC) and the prediction of inpatient violence: some preliminary results. *Psychiatric Care*, 5, 208-211
- American Psychiatric Association. (2020). What is Schizophrenia? <https://www.psychiatry.org/patients-families/schizophrenia/what-is-schizophrenia> adresinden 4 Ekim 2024 tarihinde alınmıştır.
- American Psychiatric Association. (2013). *Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal elkitabı* (5. Baskı). (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği. (Orijinal eserin basım tarihi 2013).
- American Psychology Association. (2018). Aggression. <https://dictionary.apa.org/aggression> adresinden 4 Ekim 2024 tarihinde alınmıştır.
- American Psychiatric Nurses Association (2018). Position statement: the use of seclusion and restraint. <https://www.apna.org/m/pages.cfm?pageID=3728#PositionStatement> adresinden 15 Mayıs 2025 tarihinde alınmıştır.
- Araya, T., Ebneemek, E., & Getachew, R. (2020). Prevalence and associated factors of aggressive behavior among patients with schizophrenia at ayder comprehensive specialized hospital, Ethiopia. *BioMed Research International*, 2020(1), 7571939. <https://doi.org/10.1155/2020/7571939>
- Arenas, V., Muñoz, E., Barroeta, A., Oreja, M., Aguirre, U., & Erkoreka, L. (2025). Prevention of violence in an acute psychiatric unit: Spanish validation of the Brøset Violence Checklist and assessment of its predictive capacity for physical restraint. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, (32), 975-985. <https://doi.org/10.1111/jpm.13176>
- Asmundson, G.J.G. (2022). *Comprehensive Clinical Psychology* (2. Baskı). Elsevier, Canada

- Ayhan, D., & Hicdurmaz, D. (2020). Psikiyatri servislerinde bir saldırganlık yönetimi olarak basitleştirilmiş sakinleştirme modeli. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 11(3), 251-259. <https://doi.org/10.14744/phd.2020.80488>
- Beyene, G. M., Legas, G., Azale, T., Abera, M., & Asnakew, S. (2021). The magnitude of disability in patients with schizophrenia in North West Ethiopia: A multicenter hospital-based cross-sectional study. *Heliyon*, 7(5). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e07053>
- Bhat, S., Rentala, S., Nanjegowda, R. B., & Chellappan, X. B. (2020). Effectiveness of Milieu Therapy in reducing conflicts and containment rates among schizophrenia patients. *Investigación y Educación en Enfermería*, 38(1). <https://doi.org/10.17533/udea.ice.v38n1e06>
- Bowers, L. (2014). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), 499-508. <https://doi.org/10.1111/jpm.12129>
- Bowers, L., Whittington, R., Almvik, R., Bergman, B., Oud, N., & Savio, M. (1999). A European perspective on psychiatric nursing and violent incidents: management, education and service organisation. *International Journal of Nursing Studies*, 36(3), 217-222. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(99\)00017-6](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(99)00017-6)
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.63.3.452>
- Buyuksandalyaci Tunc, E., & Gul, O. (2023). Difficulties in emotion regulation: are they the preventable cause of suicide, impulsivity, and aggression in schizophrenia and bipolar disorder?. *Psychiatria Danubina*, 35(1), 38-46. <https://doi.org/10.24869/psyd.2023.38>
- Campbell, I. (2007). Chi-squared and Fisher–Irwin tests of two-by-two tables with small sample recommendations. *Statistics in Medicine*, 26(19), 3661-3675. <https://doi.org/10.1002/sim.2832>
- Can, S. Y., & Budak, F. K. (2025). The effect of Cognitive Behavioural Therapy–Based Psychoeducation on medication adherence and aggression in individuals diagnosed with schizophrenia: An experimental study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 32(2), 445-456. <https://doi.org/10.1111/jpm.13127>
- Candaş, B., & Gürsoy, A. (2017). Hemşireler için harekete geçme zamanı: kanıta dayalı uygulamalardan bakım paketlerine. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(3): 233-238. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2017.233>
- Celofiga, A., Kores Plesnicar, B., Koprivsek, J., Moskon, M., Benkovic, D., & Gregoric Kumpercak, H. (2022). Effectiveness of de-escalation in reducing aggression and coercion in acute psychiatric units. A cluster randomized study. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 856153. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.856153>
- Chaiyagad, C., Rattanakanokchai, S., Suebkinorn, O., & Ruaisungnoen, W. (2023). Effects of a back-care bundle for reducing back pain among patients undergoing transfemoral artery coronary angiography: A randomized controlled trial. *Applied Nursing Research*, 69, 151652. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2022.151652>
- Chen, Z. T., Wang, H. T., Chueh, K. H., Liu, I. C., & Yang, C. M. (2021). An exploration of the sleep quality and potential violence among patients with schizophrenia in community. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(2), 648-654. <https://doi.org/10.1111/ppc.12589>
- Chien, Y. S., Chen, H. T., Chiang, H. T., Luo, T. S., Yeh, H. I., Sheu, J. C., & Li, J. Y. (2024). Effect of standardized bundle care and bundle compliance on reducing surgical site infections: a pragmatic retrospective cohort study. *Medical Science Monitor : International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 30, e943493. <https://doi.org/10.12659/MSM.943493>

- Clarke, D. E., Brown, A. M., & Griffith, P. (2010). The Brøset Violence Checklist: clinical utility in a secure psychiatric intensive care setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(7), 614-620. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01558.x>
- Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Routledge.
- Coşkun, S., & Öztürk, A. T. (2010). Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi hemşirelerinde şiddete maruz kalma durumlarının incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 16-23.
- Dack, C. R. J. P. C. S. D. B. L., Ross, J., Papadopoulos, C., Stewart, D., & Bowers, L. (2013). A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(4), 255-268. <https://doi.org/10.1111/acps.12053>
- Darjees, D., Dhandapani, S., Priyadarshi, K., Cherian, A., & Sastry, A. S. (2024). Impact of care bundle audit on compliance to device care bundles and device associated infections in the critical care unit of a tertiary care hospital, Southern India—a before-after interventional study. *Indian Journal of Medical Microbiology*, 50, 100651. <https://doi.org/10.1016/j.ijmmb.2024.100651>
- Darmedru, C., Demily, C., & Franck, N. (2017). Cognitive remediation and social cognitive training for violence in schizophrenia: a systematic review. *Psychiatry Research*, 251, 266-274. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.12.062>
- Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research*, 5(4), 194-197. [https://doi.org/10.1016/S0897-1897\(05\)80008-4](https://doi.org/10.1016/S0897-1897(05)80008-4)
- de Bles, N. J. (2023). *Consumed by a forbidden emotion: anger and aggression in patients with psychiatric disorders* [Yayınlanmış Doktora Tezi]. Leiden Üniversitesi.
- de Vet, H. C., Mokkink, L. B., Mosmuller, D. G., & Terwee, C. B. (2017). Spearman–Brown prophecy formula and Cronbach's alpha: different faces of reliability and opportunities for new applications. *Journal of Clinical Epidemiology*, 85, 45-49. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.01.013>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2018). S3-Leitlinie verhinderung von zwang: prävention und therapie aggressiven verhaltens bei erwachsenen. <https://www.dgppn.de/publikationen/leitlinien.html> adresinden 15 Mayıs 2025 tarihinde alınmıştır.
- di Giacomo, E., Iozzino, L., Ferrari, C., Strozza, C., Large, M., Nielssen, O., & de Girolamo, G. (2020). Prevalence and risk factors of violence by psychiatric acute inpatients: Systematic review and meta-analysis—A 2019 update. *Violence and Mental Disorders*, 181-202. https://doi.org/10.1007/978-3-030-33188-7_10
- Dike, C. C., Lamb-Pagone, J., Howe, D., Beavers, P., Bugella, B. A., & Hillbrand, M. (2021). Implementing a program to reduce restraint and seclusion utilization in a public-sector hospital: Clinical innovations, preliminary findings, and lessons learned. *Psychological services*, 18(4), 663. <https://doi.org/10.1037/ser0000502>
- Du, M., Wang, X., Yin, S., Shu, W., Hao, R., Zhao, S., Rao, H., Yeung, W.L., Jayaram, M.B. & Xia, J. (2017). De-escalation techniques for psychosis-induced aggression or agitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009922.pub2>
- Faay, M. D., & Sommer, I. E. (2021). Risk and prevention of aggression in patients with psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry*, 178(3), 218-220. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.21010035>

- Fakorede, O. O., Ogunwale, A., & Akinhanmi, A. O. (2020). Disability among patients with schizophrenia: A hospital-based study. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(2), 179-187. <https://doi.org/10.1177/0020764019894608>
- Fernández-Costa, D., Gómez-Salgado, J., Fagundo-Rivera, J., Martín-Pereira, J., Prieto-Callejero, B., & García-Iglesias, J. J. (2020). Alternatives to the use of mechanical restraints in the management of agitation or aggressions of psychiatric patients: A scoping review. *Journal of Clinical Medicine*, 9(9), 2791. <https://doi.org/10.3390/jcm9092791>
- Ferrarelli, F. (2021). Sleep abnormalities in schizophrenia: state of the art and next steps. *American Journal of Psychiatry*, 178(9), 903-913. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20070968>
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS: Introducing statistical method* (3. Baskı). Sage
- Fitriani, N., Keliat, B., & Wardani, I. Y. (2021). The effects of cognitive behavior therapy and social skill training among schizophrenia with risk of violent behavior. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9(T5), 35-39. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2022.7846>
- Fu, C., Lv, X., Cui, X., Huang, M., & Cao, F. (2023). The association between fear of future workplace violence and depressive symptoms among nurses based on different experiences of workplace violence: a cross-sectional study. *BMC nursing*, 22(1), 123. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01265-1>
- Fulbrook, P., & Mooney, S. (2003). Care bundles in critical care: a practical approach to evidence-based practice. *Nursing in critical care*, 8(6), 249-255. <https://doi.org/10.1111/j.1362-1017.2003.00039.x>
- Gao, L., Yang, R., Fan, H. Z., Wang, L. L., Zhao, Y. L., Tan, S. P., Xiao, C. L., & Zhou, S. J. (2023). Correlation between aggressive behavior and impulsive and aggressive personality traits in stable patients with schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 801-809. <https://doi.org/10.2147/NDT.S404176>
- Gautam, S., Gautam, M., Yadav, K. S., Chaudhary, J., & Jain, A. (2023). Clinical practice guidelines for assessment and management of aggressive and assaultive behaviour. *Indian journal of Psychiatry*, 65(2), 131-139. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_518_22
- Gaynes, B. N., Brown, C. L., Lux, L. J., Brownley, K. A., Van Dorn, R. A., Edlund, M. J., Coker-Schwimmer, E., Weber, R. P., Sheitman, B., Zarzar, T., Viswanathan, M., & Lohr, K. N. (2017). Preventing and de-escalating aggressive behavior among adult psychiatric patients: a systematic review of the evidence. *Psychiatric services*, 68(8), 819-831. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600314>
- Gilhooly, D., Green, S. A., McCann, C., Black, N., & Moonesinghe, S. R. (2019). Barriers and facilitators to the successful development, implementation and evaluation of care bundles in acute care in hospital: a scoping review. *Implementation Science*, 14, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0894-2>
- Gillis, B. D., Holley, S. L., & Parish, A. L. (2019). Implementation of a perinatal depression care bundle in a nurse-managed midwifery practice. *Nursing for Women's Health*, 23(4), 288-298. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2019.05.007>
- Girasek, H., Nagy, V. A., Fekete, S., Ungvari, G. S., & Gazdag, G. (2022). Prevalence and correlates of aggressive behavior in psychiatric inpatient populations. *World Journal of Psychiatry*, 12(1), 1. <https://doi.org/10.5498/wjp.v12.i1.1>
- Gökçe, T., & DüNDAR, C. (2008). Samsun ruh ve sinir hastalıkları hastanesi'nde çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ve kaygı düzeylerine etkisi. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 15(1), 25-28.
- Guzman-Parra, J., Aguilera-Serrano, C., Huizing, E., Bono del Trigo, A., Villagrán, J. M., García-Sánchez, J. A., & Mayoral-Cleries, F. (2021). A regional multicomponent intervention for

- mechanical restraint reduction in acute psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(2), 197-207. <https://doi.org/10.1111/jpm.12669>
- Habibzadeh, F. (2024). Data distribution: normal or abnormal?. *Journal of Korean medical science*, 39(3). <https://doi.org/10.3346/jkms.2024.39.e35>
- Hair, Joseph & Hult, G. Tomas M. & Ringle, Christian & Sarstedt, Marko. (2022). A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM) (3.Baskı). Thousand Oaks, CA. Sage
- Hilton, N. Z., Addison, S., Ham, E., C Rodrigues, N., & Seto, M. C. (2022). Workplace violence and risk factors for PTSD among psychiatric nurses: Systematic review and directions for future research and practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(2), 186-203. <https://doi.org/10.1111/jpm.12781>
- Hinton, P. R., McMurray, I., & Brownlow, C. (2014). *SPSS explained*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315797298>
- Huckshorn, K. A. (2004). Reducing seclusion & restraint use in mental health settings: Core strategies for prevention. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 42(9), 22-33. <https://doi.org/10.3928/02793695-20040901-05>
- Hsu, M. C., & Ouyang, W. C. (2022). Effects of integrated moral reasoning development intervention for management of violence in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Medicine*, 11(5), 1169. <https://doi.org/10.3390/jcm11051169>
- Hsu, M. C., & Ouyang, W. C. (2021). Effects of integrated violence intervention on alexithymia, cognitive, and neurocognitive features of violence in schizophrenia: A randomized controlled trial. *Brain Sciences*, 11(7), 837. <https://doi.org/10.3390/brainsci11070837>
- Hvidhjelm, J., Berring, L. L., Whittington, R., Woods, P., Bak, J., & Almvik, R. (2023). Short-term risk assessment in the long term: A scoping review and meta-analysis of the Brøset Violence Checklist. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 30, 637–648. <https://doi.org/10.1111/jpm.12905>
- Hvidhjelm, J., Brandt-Christensen, M., Delcomyn, C., Møllerhøj, J., Siersma, V., & Bak, J. (2022). Effects of implementing the Short-Term assessment of risk and treatability for mechanical restraint in a forensic male population: a stepped-wedge, cluster-randomized design. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 822295. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.822295>
- Hvidhjelm, J., Sestoft, D., Skovgaard, L. T., & Bue Bjørner, J. (2014). Sensitivity and specificity of the Brøset Violence Checklist as predictor of violence in forensic psychiatry. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(8), 536–542. <https://doi.org/10.3109/08039488.2014.880942>
- Hvidhjelm, J., Sestoft, D., Skovgaard, L. T., Rasmussen, K., Almvik, R., & Bue Bjørner, J. (2016). Aggression in psychiatric wards: effect of the use of a structured risk assessment. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(12), 960-967. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1241842>
- IBM SPSS Statistics. Exact tests data considerations. <https://www.ibm.com/docs/en/spss-statistics/beta?topic=dialog-exact-tests-data-considerations> adresinden 30 Nisan 2025 tarihinde alınmıştır.
- IHI The Institute for Healthcare Improvement. (2012). What is a bundle? <http://www.ihi.org/resources/Pages/ImprovementStories/WhatIsaBundle.aspx>. adresinden 2 Kasım 2024 tarihinde alınmıştır.
- Jang, S. J., Son, Y. J., & Lee, H. (2022). Prevalence, associated factors and adverse outcomes of workplace violence towards nurses in psychiatric settings: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(3), 450-468. <https://doi.org/10.1111/inm.12951>

- Jenkin, G., Quigg, S., Paap, H., Cooney, E., Peterson, D., & Every-Palmer, S. (2022). Places of safety? Fear and violence in acute mental health facilities: A large qualitative study of staff and service user perspectives. *PLoS One*, 17(5), e0266935. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266935>
- Jeyagurunathan, A., Lau, J. H., Abdin, E., Shafie, S., Chang, S., Samari, E., Cetty, L., Wei, K. C., Mok, Y. M., Tang, C., Verma, S., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2022). Aggression amongst outpatients with schizophrenia and related psychoses in a tertiary mental health institution. *Frontiers in psychiatry*, 12, 777388. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.777388>
- Jith, A., Menon, B., & Farha, T. (2025). A study on prevalence and risk factors of aggression among psychiatric inpatients in a tertiary hospital in India. *Archives of Mental Health*, 26(1), 94-100. https://doi.org/10.4103/amh.amh_163_24
- Jones, M. T., & Harvey, P. D. (2020). Neurocognition and social cognition training as treatments for violence and aggression in people with severe mental illness. *CNS Spectrums*, 25(2), 145–153. <https://doi.org/10.1017/S1092852919001214>
- Jones, C. T., Griffith, C. A., Fisher, C. A., Grinke, K. A., Keller, R., Lee, H., Purdom, M., & Turba, E. (2022). Nurses in clinical trials: perceptions of impact on the research enterprise. *Journal of Research in Nursing : JRN*, 27(1-2), 50–65. <https://doi.org/10.1177/17449871211073757>
- Jung, Y. S., Kim, Y. E., Go, D. S., & Yoon, S. J. (2021). The prevalence, incidence, and admission rate of diagnosed schizophrenia spectrum disorders in Korea, 2008–2017: A nationwide population-based study using claims big data analysis. *PLoS One*, 16(8), e0256221. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256221>
- Kar, S. K., & Jain, M. (2016). Current understandings about cognition and the neurobiological correlates in schizophrenia. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 7(3), 412–418. <https://doi.org/10.4103/0976-3147.176185>
- Karagöz, Y. (2021). *SPSS ve AMOS Uygulamalı Nicel-Nitel-Karma Bilimsel Araştırma Yöntemleri ve Yayın Etiği*. Nobel Akademik Yayıncılık.
- Kayo, M., Scemes, S., Gentil Savoia, M., Gadelha, A., Bressan, R., & Elkis, H. (2020). M184. Social skills training for treatment-resistant schizophrenia with predominantly negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 46, S206. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa030.497>
- Kayongo, B., Rukundo, G. Z., Favina, A., & Maling, S. (2025). Prevalence of aggression and associated factors among inpatients with mental illness at tertiary hospitals in Southwestern Uganda. *BMC Psychiatry*, 25(1), 417.
- Kernaghan, K., & Hurst, K. (2023). Reducing violence and aggression: A quality improvement project for safety on an acute mental health ward. *BMJ Open Quality*, 12(4), e002448. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-002448>
- Knezevic, V., Mitrovic, D., Drezgic-Vukic, S., Knezevic, J., Ivezic, A., Siladji-Mladenovic, D., & Golubovic, B. (2015). Prevalence and correlates of aggression and hostility in hospitalized schizophrenic patients. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(2), 151-163. <https://doi.org/10.1177/0886260515585537>
- Krakowski, M. I., & Czobor, P. (2017). Proneness to aggression and its inhibition in schizophrenia: interconnections between personality traits, cognitive function and emotional processing. *Schizophrenia Research*, 184, 82-87. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.11.038>
- Kutlu, L., & Asti, N. (2019). The validity and reliability study of the overt aggression scale in the Turkish psychiatric patient group. *Journal of Health Sciences and Professions*, 6, 513-526.
- Lantta, T., Varpula, J., Cheung, T., Wong, W. K., Cheng, P. Y. I., Ng, T., Ng, C. F., Yam, C. P., Ip, G., Bressington, D., & Välimäki, M. (2020). Prevention and management of aggressive

behaviour in patients at psychiatric hospitals: a document analysis of clinical practice guidelines in Hong Kong. *International journal of Mental Health Nursing*, 29(6), 1079-1091. <https://doi.org/10.1111/inm.12742>

Lavallée, J. F., Gray, T. A., Dumville, J., Russell, W., & Cullum, N. (2017). The effects of care bundles on patient outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Implementation Science*, 12, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0670-0>

Li, W., Yang, Y., Hong, L., An, F. R., Ungvari, G. S., Ng, C. H., & Xiang, Y. T. (2020). Prevalence of aggression in patients with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Asian Journal of Psychiatry*, 47, 101846. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.101846>

Lightbody, T., Thull-Freedman, J., Freedman, S. B., Wright, B., Finseth, N., Coulombe, A., Morrisette, M., DeGuerre, A., McConnell, S., Bozocca, K., Groves-Johnston, S., Woods, J., & Newton, A. (2023). Use of quality improvement methods to enhance implementation of a mental health care bundle in a pediatric emergency department. *Canadian journal of emergency medicine*, 25(4), 326-334. <https://doi.org/10.1007/s43678-023-00476-4>

Liu, J. (2004). Concept analysis: aggression. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(7), 693-714. <https://doi.org/10.1080/01612840490486755>

Liu, X. (2016). *Methods and applications of longitudinal data analysis*, Academic Press, Elsevier <https://doi.org/10.1016/C2013-0-13082-6>

Lockertsen, Ø., Varvin, S., Færden, A., & Vatnar, S. K. B. (2021). Short-term risk assessments in an acute psychiatric inpatient setting: A re-examination of the Brøset Violence Checklist using repeated measurements—differentiating violence characteristics and gender. *Archives of psychiatric nursing*, 35(1), 17-26. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.11.003>

Ma, N., Cameron, A., Tivey, D., Grae, N., Roberts, S., & Morris, A. (2017). Systematic review of a patient care bundle in reducing staphylococcal infections in cardiac and orthopaedic surgery. *ANZ Journal of Surgery*, 87(4), 239-246. <https://doi.org/10.1111/ans.13879>

Ma, L. L., Wang, Y. Y., Yang, Z. H., Huang, D., Weng, H., & Zeng, X. T. (2020). Methodological quality (risk of bias) assessment tools for primary and secondary medical studies: what are they and which is better?. *Military Medical Research*, 7, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s40779-020-00238-8>

Madran, H. A. D. (2012). Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 24(2), 1-6. <https://doi.org/10.5080/u6859>

Martinez-Reviejo, R., Tejada, S., Jansson, M., Ruiz-Spinelli, A., Ramirez-Estrada, S., Ege, D., Vieceli, T., Maertens, B., Blot, S., & Rello, J. (2023). Prevention of ventilator-associated pneumonia through care bundles: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Intensive Medicine*, 3(04), 352-364. <https://doi.org/10.1016/j.jointm.2023.04.004>

Marques, M. I., Bessa, A., Santos, L., Carvalho, S., & Neves, G. (2015). Assessment of the risk of violence in Portuguese psychiatric settings using the Brøset violence checklist. *Sociology Study*, 5(5), 360-370. <https://doi.org/10.17265/2159-5526/2015.05.004>

McDonald, J. H. (2014). *Handbook of biological statistics* (3. Baskı). Sparky House Publishing.

Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2022). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. Lippincott Williams & Wilkins.

Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Gallagher-Ford, L., & Kaplan, L. (2012). The state of evidence-based practice in US nurses: critical implications for nurse leaders and educators. *The Journal of Nursing Administration*, 42(9), 410-417. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182664e0a>

- Medina Mendieta, C. (2018). *Business-to-consumer ecommerce adoption in Nicaragua* [Yayınlanmış Doktora Tezi]. Freie Üniversitesi.
- Meyer, L. F., Telles, L. E. B., Mecler, K., Soares, A. L. A. G., Alves, R. S., & Valença, A. M. (2018). Schizophrenia and violence: study in a general psychiatric hospital with HCR-20 and MOAS. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 40(4), 310–317. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0039>
- Ministry of Health Malaysia (2016). Guidelines on management of aggressive patients in ministry of health facilities. https://www.moh.gov.my/moh/resources/Penerbitan/Garis%20Panduan/Pengurusan%20K Esihatan%20&%20kawalan%20pykit/GUIDELINES_ON_MANAGEMENT_OF_AGGR ESSIVE PATIENTS_14042017.pdf adresinden 15 Mayıs 2025 tarihinde alınmıştır.
- Montgomery, P., Grant, S., Mayo-Wilson, E., Macdonald, G., Michie, S., Hopewell, S., & Moher, D. (2018). Reporting randomised trials of social and psychological interventions: the CONSORT-SPI 2018 Extension. *Trials*, 19, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2733-1>
- Moursel, G., Çetinkaya Duman, Z., & Almvik, R. (2019). Assessing the risk of violence in a psychiatric clinic: the Brøset Violence Checklist (BVC) Turkish version—validity and reliability study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(2), 225-232. <https://doi.org/10.1111/ppc.12338>
- Muralidharan, S., & Fenton, M. (2006). Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002084.pub2>
- Muth, C., Bales, K. L., Hinde, K., Maninger, N., Mendoza, S. P., & Ferrer, E. (2016). Alternative models for small samples in psychological research: applying linear mixed effects models and generalized estimating equations to repeated measures data. *Educational and Psychological Measurement*, 76(1), 64-87. <https://doi.org/10.1177/0013164415580432>
- NICE (2024). Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings 2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10> adresinden 15 Mayıs 2025 tarihinde alınmıştır.
- Novaco, R. W. (2010). Anger and psychopathology. *International handbook of anger: Constituent and concomitant biological, psychological, and social processes* (pp. 465-497) içinde. Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-0-387-89676-2_27
- Odes, R., Chapman, S., Harrison, R., Ackerman, S., & Hong, O. (2021). Frequency of violence towards healthcare workers in the United States' inpatient psychiatric hospitals: A systematic review of literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(1), 27-46. <https://doi.org/10.1111/inm.12812>
- Orak, O. S., Durmaz, H., Güleç, S., Tunç, E., & Vatansever, S. (2020). Bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan hemşirelerin kullandıkları kontrol yöntemleri ve kullanım nedenleri açısından empatik eğilim düzeylerinin incelenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 19-26.
- Ospina, M. B., Mrklas, K., Deuchar, L., Rowe, B. H., Leigh, R., Bhutani, M., & Stickland, M. K. (2017). A systematic review of the effectiveness of discharge care bundles for patients with COPD. *Thorax*, 72(1), 31-39. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2016-208820>
- Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C. & Mulrow, C.D.(2020). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372:n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Paquin, K., Wilson, A.L., Cellard, C., Lecomte, T. & Potvin, S. (2014). A systematic review on improving cognition in schizophrenia: which is the more commonly used type of training,

- practice or strategy learning?. *BMC Psychiatry* 14, 139. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-139>
- Pinho, M. G., Ribeiro, J. P., Fernandes, L., & Freitas, A. (2023). Hospitalization readmission rates in patients with schizophrenia: A nationwide analysis. *European Psychiatry*, 66(S1), S128-S128. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.332>
- Pompili, E., Carlone, C., Silvestrini, C., & Nicolò, G. (2017). Focus on aggressive behaviour in mental illness. *Rivista di psichiatria*, 52(5), 175-179. <http://dx.doi.org/10.1708/2801.28344>
- Reinhardt, J., Reynolds, G., Dill, C., & Serper, M. (2014). Cognitive predictors of violence in schizophrenia: a meta-analytic review. *Schizophrenia Research: Cognition*, 1(2), 101-111.
- Resar, R., Griffin, F. A., Haraden, C., & Nolan, T. W. (2012). *Using care bundles to improve health care quality [IHI Innovation Series white paper]*. Institute for Healthcare Improvement.
- Sarver, W. L., Radziewicz, R., Coyne, G., Colon, K., & Mantz, L. (2019). Implementation of the Brøset Violence Checklist on an Acute Psychiatric Unit. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 25(6), 476-486. <https://doi.org/10.1177/1078390318820668>
- Schulz, K. F., Altman, D. G., & Moher, D. (2010). CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *Journal of Pharmacology and Pharmacotherapeutics*, 1(2), 100-107. <https://doi.org/10.4103/0976-500X.72352>
- Sebastian, J., & Debnath, S. (2020). Nursing management of patients with violent behaviour. *Indian Journal of Continuing Nursing Education*, 21(2), 129-134. https://doi.org/10.4103/IJCN.IJCN_129_20
- Schaefer, J., Giangrande, E., Weinberger, D. R., & Dickinson, D. (2013). The global cognitive impairment in schizophrenia: consistent over decades and around the world. *Schizophrenia Research*, 150(1), 42-50. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.07.009>
- Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., ... & Henry, D. A. (2017). AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*, 358. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>
- Slim, K., Nini, E., Forestier, D., Kwiatkowski, F., Panis, Y., & Chipponi, J. (2003). Methodological index for non-randomized studies (minors): development and validation of a new instrument. *ANZ Journal of Surgery*, 73(9), 712-716. <https://doi.org/10.1046/j.1445-2197.2003.02748.x>
- Soreff, S.M., Gupta, V., Wadhwa, R., Arif, H. (2023). Aggression. *StatPearls Publishing*; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448073/> adresinden 11 Mayıs 2025 tarihinde alınmıştır.
- Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H. Y., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Emberson, J. R., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Jüni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li, T., McAleenan, A. & Higgins, J. P. T. (2019). RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, 366. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4898>
- Suresh, K. P. (2011). An overview of randomization techniques: An unbiased assessment of outcome in clinical research. *Journal of human reproductive sciences*, 4(1), 8-11. <https://doi.org/10.4103/0974-1208.82352>
- Taşcı, G., Demir, B., & Özsoy, F. (2024). Adli psikiyatri servisinde takip edilen şizofreni tanılı hastaların saldırganlık, depresyon ve hastalık şiddeti ile bazı kan parametreleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *International Journal of Tokat Medical Sciences*, 16(2), 64-71.

- Tekkaş, K., & Bilgin, H. (2010). Psikiyatri servislerinde kullanılan profesyonel kontrol yöntemleri: kullanım nedenleri, türleri, uluslararası uygulamalar ve algılamalar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(3), 235-237.
- Thapa, D., Chair, S. Y., Chong, M. S., Poudel, R. R., Melesse, T. G., Choi, K. C., & Tam, H. L. (2024). RETRACTED: Effects of ventilatory bundles on patient outcomes among ICU patients: A systematic review and meta-analysis. *Heart & Lung*, 63, 98-107. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2023.10.002>
- Thapa, D., Liu, T., & Chair, S. Y. (2023). Multifaceted interventions are likely to be more effective to increase adherence to the ventilator care bundle: A systematic review of strategies to improve care bundle compliance. *Intensive & Critical Care Nursing*, 74, 103310. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103310>
- Tyler, N., Angelakis, I., Keers, R. N., Planner, C., Hodgkinson, A., Giles, S. J., ... & Panagioti, M. (2023). Evaluating a co-designed care bundle to improve patient safety at discharge from adult and adolescent mental health services (SAFER-MH and SAFER-YMH): protocol for a non-randomised feasibility study. *BMJ Open*, 13(4), e069216. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-069216>
- Ünler, M. (2023). Ajitasyon Yönetimi ve Dünyada Mevcut Olan Kılavuzlar. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*, 16(1), 38-49.
- Välimäki, M., Lantta, T., & Kontio, R. (2024). Risk assessment for aggressive behaviour in schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012397.pub2>
- Vita, A., Barlati, S., Ceraso, A., Nibbio, G., Ariu, C., Deste, G., & Wykes, T. (2021). Effectiveness, core elements, and moderators of response of cognitive remediation for schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *JAMA psychiatry*, 78(8), 848-858. <https://doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.0620>
- Wang, J., Cheng, G., Li, H., & Yang, W. (2024). Effects of cognitive training and behavior modification on aggressive behavior and sleep quality in schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1363547. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1363547>
- Wang, J., Zeng, Q., Wang, Y., Liao, X., Xie, C., Wang, G., & Zeng, Y. (2022). Workplace violence and the risk of post-traumatic stress disorder and burnout among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of nursing management*, 30(7), 2854-2868. <https://doi.org/10.1111/jonm.13809>
- Weltens, I., Bak, M., Verhagen, S., Vandenberk, E., Domen, P., van Amelsvoort, T., & Drukker, M. (2021). Aggression on the psychiatric ward: Prevalence and risk factors. A systematic review of the literature. *PloS one*, 16(10), e0258346. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258346>
- Whiting, D., Lichtenstein, P., & Fazel, S. (2021). Violence and mental disorders: a structured review of associations by individual diagnoses, risk factors, and risk assessment. *The lancet. Psychiatry*, 8(2), 150-161. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30262-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30262-5)
- Wong, T. Y., Fang, Z., Cheung, C., Suen, Y. N., Hui, C. L., Chan, S. K. W., ... & Chen, E. Y. (2023). General Psychopathology and Trait Aggression Shared Common Psychological Characteristics in Community Youths and Young Adults: A Machine Learning and Network Approach. *Biological Psychiatry*, 93(9), S40. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2023.02.116>
- World Health Organization. (2022). Schizophrenia. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia> adresinden 23 Kasım 2024 tarihinde alınmıştır.
- Wykes, T. (2018). Cognitive remediation—where are we now and what should we do next. *Off J Ital Soc Psychopathol*, 24, 57-61.

- Vita, A., Barlati, S., Ceraso, A., Nibbio, G., Ariu, C., Deste, G., & Wykes, T. (2021). Effectiveness, Core Elements, and Moderators of Response of Cognitive Remediation for Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. *JAMA Psychiatry*, 78(8), 848–858. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0620>
- Yanık Yalçın, T., Erol, Ç., Yeşiler, F. İ., Gönülal, B., & Aydın, S. (2022). The effect of urinary catheter care bundle compliance on catheter-associated urinary tract infections. *Türk Hij Den Biyol Derg*, 79(3), 477-484. <https://doi.org/10.5505/TurkHijyen.2022.79990>.
- Yıldırım, N., & Bulut, M. (2024). Psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin bakım vermekte zorlandıkları klinik durumların belirlenmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 7(3), 373-384. <https://doi.org/10.54189/hbd.1508927>
- Yudofsky, S. C., Silver, J. M., Jackson, W., Endicott, J., & Williams, D. (1986). The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *The American Journal of Psychiatry*. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1176/ajp.143.1.35>
- Yuniati, W., Putra, K. R., & Widasmar, D. (2020). Brøset Violence Checklist (BVC) versus Dynamic Appraisal of Situational Aggression-Inpatient Version (DASA-IV): their sensitivity, specificity and accuracy as a predictor of violence in 24 hours among schizophrenia patients. *MEDISAINS: Jurnal Ilmiah Ilmu-Ilmu Kesehatan*, 18(2), 58–62. <https://doi.org/10.30595/medisains.v18i2.7454>
- Yusoff, M. S. B. (2019). ABC of content validation and content validity index calculation. *Education in Medicine Journal*, 11(2), 49-54. <https://doi.org/10.21315/eimj2019.11.2.6>
- Zhang, X., Peng, M., He, M., Du, M., Jiang, M., Cui, M., Cai, Y., Yan, Q., & Wang, Y. (2024). Climates and associated factors for evidence-based practice implementation among nurses: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 23(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01694-y>
- Zeng, J. Y., An, F. R., Xiang, Y. T., Qi, Y. K., Ungvari, G. S., Newhouse, R., Yu, D. S., Lai, K. Y., Yu, L. Y., Ding, Y. M., Tang, W. K., Wu, P. P., Hou, Z. J., & Chiu, H. F. (2013). Frequency and risk factors of workplace violence on psychiatric nurses and its impact on their quality of life in China. *Psychiatry Research*, 210(2), 510-514. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.06.013>
- Zhou, R., Ye, M., OuYang, X., Zhang, S., Zheng, S., Wang, R., Cao, P., Yang, K., & Zhou, X. (2024). Insomnia and aggression in stable schizophrenic patients: The mediating role of quality of life. *Schizophrenia Research*, 267, 122-129. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2024.03.024>

EKLER

EK 1 Uzman Görüşü Listesi

Prof. Dr. Duygu Hiçdurmaz, Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Nurhan Eren, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Zekiye Çetinkaya Duman, Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Doç Dr. Didem Ayhan, Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Gülsüm Zekiye Tuncer, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Karakaş, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Uzm. Hem. Burcu Özer, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı

Uzm. Hem. Emine İrem Yücel Toplu, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi

Uzm. Hem. Handan Özçılınak, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi

Uzm. Hem. Hüseyin Figen, Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Erişkin Arındırma Merkezi

Uzm. Hem. Raziye Güngör, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Ergen Alkol Madde Tedavi Merkezi

Uzm. Hem. Seçil Kahraman, Ege Üniversitesi Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

EK 2 Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Agresyon Yönetiminde Bakım Paketi Kullanımı

PSİKOTİK BOZUKLUğU OLAN HASTALARDA AGRESYON YÖNETİMİNDE BAKIM PAKETİ KULLANIMI

Bu kılavuz ““Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Agresyon Yönetiminde Bakım Paketi Kullanımının Etkisi” adlı doktora tez çalışması kapsamında geliştirilmiştir.

Araş. Gör. Melisa BULUT

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nazmiye YILDIRIM

Agresyon nedir?

Agresyon, “saldırganlık” olarak tanımlanmaktadır. Agresyon başkalarına fiziksel veya psikolojik olarak zarar vermeyi amaçlayan eylemlerdir. Psikiyatri kliniklerinde agresyon hastalar tarafından kendilerine, sağlık profesyonellerine, personellere veya diğer hastalara karşı sözel (bağırma, hakaret, tehdit vb.), fiziksel (giysilerini çekiştirme, vurma vb.), kendisine karşı fiziksel (kendine vurma, kendini yere atma vb.) veya eşyalara karşı fiziksel (kapı çarpma, eşyaları fırlatma vb.) olarak gerçekleşebilir.

Agresyon neden ortaya çıkar?

Agresyonun ortaya çıkmasında psikolojik, sosyal, biyolojik faktörler rol oynamaktadır. Agresyonun ortaya çıkışında bir psikiyatrik bozukluğun varlığı önemli rol oynar ve bunların başında psikotik bozukluklar gelir. Bunun nedeni psikotik bozukluğun derecesi, şiddete teşvik eden halüsinasyonlar, düşmanca düşünceler, dürtüsellik, öfke ve ajitasyon olabilmektedir. Ayrıca agresyon başkalarına karşı şiddetli bir duygusal tepki olarak veya başkalarını kontrol altına almak, bir isteğine ulaşmak için ortaya çıkabilir.

Psikiyatri kliniklerinde agresyonun yaygınlığı nedir?

Agresyon psikiyatri kliniklerinde uzun yıllardır önemli bir klinik problem olmaya devam etmektedir. Psikiyatri kliniklerinde agresyonun yaygınlığı %8-76 arasında değişmektedir. Psikotik bozukluğa sahip hastaların klinikte gösterdiği agresif eylemlerin yaygınlığı %33,3 olarak bildirilmektedir. Ülkemizde psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin %63,2–90’ı agresif eylemlere maruz kalmaktadır.

Psikiyatri kliniklerinde agresyona neler yol açabilir?

Hastanın önceki yatışta kendine/başkalarına karşı saldırganlık öyküsünün olması, yaşının genç, cinsiyetinin erkek ve medeni durumunun bekar olması, istemsiz hastaneye yatması, daha önceki yatış sayısının fazla olması, madde bağımlılığı öyküsünün olması agresyona yol açabilir. Sağlık profesyonelleri ve personelin erkek cinsiyette olması, vasıfsız veya geçici personel olması, çalışanların iş yükü, iş veya yönetimden memnuniyetsizlikleri, tükenmişlikleri ve hastalar ile etkileşim kalitelerinin olumsuz olması agresyonun görülme sıklığını artırabilmektedir. Ayrıca servisin yüksek yatak doluluğu, yoğunluğu, güvensiz veya kısıtlayıcı bir ortamının olması, gün içinde servis aktivitelerinde yapılanma eksikliği, sigara içme ve mahremiyet eksikliği de agresyona yol açabilmektedir.

Psikiyatri kliniklerinde agresyon nasıl yönetilebilir?

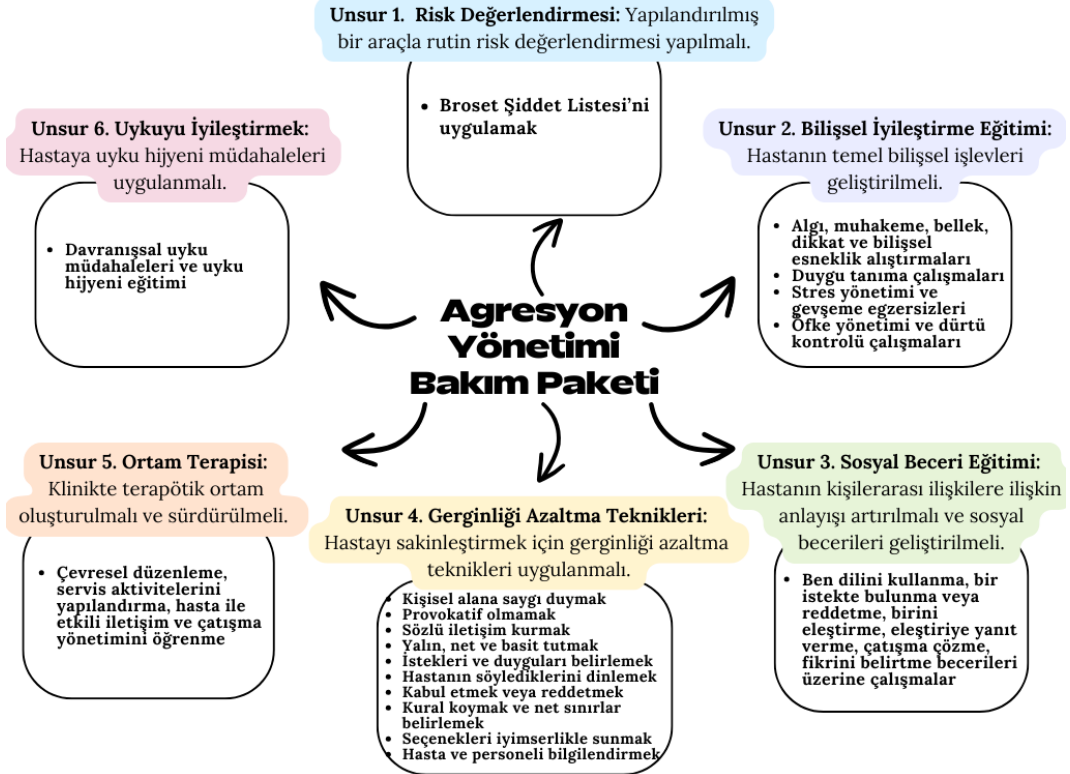
Agresyon yönetiminde fiziksel, kimyasal ve mekanik tespit veya tecrit gibi kısıtlayıcı yöntemler uzun yıllardır kullanılmaktadır. Bu yöntemlerin kullanımını azaltmak için agresyon yönetiminde alternatif müdahaleler geliştirilmiştir. Risk değerlendirmesi yapmak, iletişim ve sakinleştirme yöntemleri ile agresyonu yönetmek, kliniğin fiziksel yapısını güvenli hale getirmek, terapötik ortam oluşturmak, bireysel veya gruba yönelik psikoterapötik müdahaleler uygulamak, çalışanlara agresyon yönetimi becerileri konusunda eğitim vermek ve agresyon raporlama sistemlerini kullanmak alternatif müdahalelere örnek gösterilmektedir.

Bakım paketi nedir?

Bakım paketi; paket yaklaşımı veya önlem paketi olarak da isimlendirilmektedir. Bir bakım paketi, belirli bir hasta popülasyonu ve bakım ortamı için tasarlanmış, genellikle kanıta dayalı üç ila beş arası bir dizi müdahaleden oluşmaktadır. Bu uygulamalar tam bir tutarlılıkla uygulandığında hasta sonuçlarını önemli ölçüde iyileştirmektedir. Bakım paketi, mevcut en iyi uygulamalara dayanmaktadır. Tüm hastalarda tek tip ve güvenilir uygulama sağlamaktadır.

Psikiyatri kliniklerinde bakım paketi kullanılabilir mi?

Bakım paketleri ventilatör bakım paketi, santral venöz kateter bakım paketi, ameliyat öncesi – ameliyat sonrası bakım paketi, kafaiçi basıncı önleme bakım paketi, üriner sistem enfeksiyonlarını önleme bakım paketi gibi çeşitli alanlarda geliştirilmekte ve uygulanmaktadır. Uygulanan bakım paketlerinin hedefledikleri hasta sonuçlarına olumlu etki sağladığı bilinmektedir. Psikiyatri alanında geliştirilen bakım paketi sayısı ise henüz oldukça sınırlıdır. Sınırlı sayıdaki çalışmalarda psikiyatri alanındaki bakım paketlerinin çalışanlar tarafından kolay uyum sağlanıp kullanıldığı, etkin bir risk tespiti ve hasta takibi aracı olduğu, hasta güvenliğine olumlu katkı sağladığı belirtilmektedir. Bakım paketlerinin hasta sonuçları üzerine olumlu etkileri ve psikiyatri kliniklerinde yüksek kanıt düzeyine sahip uygulanabilir agresyon yönetimi araçlarına olan ihtiyaç göz önüne alınarak, psikiyatrik bakımda psikotik bozukluğa sahip hastalarda kullanılmak üzere agresyon bakım paketi geliştirilmesi için literatürün sistematik bir incelemesi gerçekleştirilmiş; belirlenen 575 çalışmadan yüksek kanıt derecesi ve uygulama etkinliğine sahip 14 çalışmanın sonucu sentezlenmiştir. Geliştirilen bakım paketinin unsurları aşağıda sunulmakta ve klinik kullanımı açıklanmaktadır. Bakım paketinin klinikte uygulanması ve hasta sonuçlarına etkisinin değerlendirilmesi hedeflenmektedir.



Agresyon Yönetimi Bakım Paketi

Unsur 1. Risk Değerlendirmesi: Yapılandırılmış bir araçla rutin risk değerlendirmesi yapılmalı. (Fernández-Costa vd., 2020; Hvidhjelm vd., 2022)

Her 24 saatte bir Broset Şiddet Listesi uygulanmalıdır. Araç, hastanın 24 saat içindeki şiddet riskini değerlendirmektedir. Unsur, hemşire tarafından her bir hastaya ayrı olarak her gün uygulanmalıdır. Hastanın ölçekten 1 veya üzeri puan alması agresyon riski olduğu anlamına gelmektedir. Agresyon riski saptanan durumlarda Unsur 4'teki müdahaleler kullanılmalıdır.

Unsur 2. Bilişsel İyileştirme Eğitimi: Hastanın temel bilişsel işlevleri geliştirilmeli. (Ahmed vd., 2015; Ahmed vd., 2017; Ahmed vd., 2018; Ahmed vd., 2019; Darmedru vd., 2017; Hsu & Ouyang, 2021; Hsu & Ouyang, 2022; Khan vd., 2023; Wang & ark., 2024)

Agresyonla ilişkili temel bilişsel işlevleri geliştirmek için aşağıdaki müdahaleler uygulanmalıdır. Uygulamalar hemşire tarafından hastaya bireysel veya grup müdahalesi olarak uygulanabilir.

- Algı, muhakeme, bellek, dikkat ve bilişsel esnekliği geliştirmek için alıştırma: hastaların bilişsel işlevlerini geliştirmeye yönelik Wisconsin Kart Sıralama Testi ve Farkı Bul/Spot the Difference alıştırma yapılmalıdır. Wisconsin Kart Sıralama Testi dikkat, çalışma belleği, görsel algılama, muhakeme, problem çözme, bilişsel esneklik dahil olmak üzere bir dizi bilişsel işleve dayanmaktadır. Testte dördü rehber kart olmak üzere toplam 64 kartta bulunan renk, şekil ve sayılara göre hastalardan her seferinde kartları kategorize etme, sıralama, hesaplama gibi talimatları yerine getirmeleri istenmektedir. Hastanın yaptığı eşleştirmeler doğru veya yanlış olduğunda geri bildirim verilmektedir. Farkı Bul/Spot the Difference alıştırması hastaların algı, dikkat ve odaklanma becerilerini geliştirmek için kullanılabilecek alıştırmalardır. Hastalara sunulan görsellerde renk farklılıkları, eksik veya fazla olan objeler, figürlerin pozisyonlarındaki farklılıklar, nesnelerin boyut farklılıkları, zaman dilimi farklılıkları bulunmaya çalışılmaktadır. Alıştırma haftada iki kez yapılmalıdır.
- Duygu tanıma çalışmaları: Ekman Yüz Testi ile yüz ifadelerini okuma alıştırma. Paul Ekman, yüz ifadesinin evrenselliğini gösteren çok sayıda çalışmaya dayanarak temel duygusal ifadeleri tanımlamıştır. Bunlar altı temel duygu (öfke, iğrenme, korku, mutluluk, üzüntü ve şaşkınlık) ve daha sonra

eklediği 11 (eğlence, hor görme, memnuniyet, mahcup olma, heyecan, suçluluk, başarıdan duyulan gurur, rahatlama, tatmin, duysal haz ve utanç) duygudur. Ekman Yüz Testi, temel duyguların yüz ifadelerinin tanınmasını değerlendirmek, yüz ifadelerini tanıma ve yorumlama becerilerini geliştirmek için kullanılan bir araçtır. Alıştırma haftada iki kez yapılmalıdır.

- Stres yönetimi ve gevşeme egzersizleri: Progresif kas gevşeme ve diyafram solunumu egzersizleri. Günde bir kez, 10 dakika yapılmalıdır. Progresif kas gevşeme egzersizi kasların aşamalı olarak gerilmesi ve gevşetilmesi ile rahatlamayı ve stresi azaltmayı hedefleyen bir yöntemdir. Egzersiz sırasında hasta rahat bir pozisyonda oturabilir veya uzanabilir. Hemşire hastaya yüz, kollar, göğüs, karın, bacaklar ve ayaklardaki kas gruplarını gemesi ve gevşetmesi için komutlar vermelidir. Sırayla her seferinde tek bir kas grubunu yaklaşık 10 saniye boyunca gemesini, ardından 20 saniye boyunca serbest bırakmasını ve rahatlaması istemelidir. Diyafram solunum egzersizi ise karından nefes almayı ve diyaframı kullanmayı, böylece otonom sinir sistemi aktivasyonunu sınırlayarak rahatlamayı ve sakinleşmeyi hedefleyen bir yöntemdir. Egzersiz sırasında hasta rahat bir pozisyonda oturabilir veya uzanabilir. Hemşire hastaya nefesini yavaşça burnundan almasını, birkaç saniye nefesini tutmasını ve sonra yavaşça ağzından vermesini söylemelidir. Her nefes alıp vermenin ardından hasta bir-iki saniye doğal nefes almalıdır. Ardından hemşire diyafram nefesini alıp vermeyi üç ila altı defa tekrarlamasını istemelidir.
- Öfke yönetimi ve dürtü kontrolü çalışmaları: Farkındalık, problem çözme, gerçekler ve varsayımları ayırt etme, agresyona yol açacak durum karşısında seçenekleri tartma, kaçınma ve uzaklaştırma yoluyla öfke kontrolü, gevşeme, bilişsel yeniden yapılandırma aşamalarını takip eden oturumlar yapılmalıdır. Oturumlar haftada bir kez yapılmalıdır. Hastanın ilk olarak öfkeye neden olan tetikleyicileri, kendi öfke ipuçlarını ve öfke tepkilerini tanıması sağlanmalıdır. Hemşire hastaya “*Hangi durumlarda öfkelenirsiniz?, En çok nerede, ne zaman öfkelenirsiniz?, Hangi olaylar ve kimler öfkelenmenize neden olur?, Öfkelendiğinizde aklınızdan neler geçer?, Öfkelendiğinizde vücudunuzda ne gibi belirtiler ortaya çıkar?*” sorularını sorabilir. Bu sorular hemşire ve hastanın öfkenin nedenlerini, öfke belirtilerini, öfke tepkilerini tanıma ve erken fark etmelerine yardımcı olarak öfke konusunda bir farkındalık geliştirir. İkinci adım

öfkenin gerçekten ne olduğunda ortaya çıktığını keşfetmek ve öfkeye neden olan yanlış düşünceleri veya inançları ortaya çıkarmaktır. Öfke çoğunlukla engellenme, haksızlığa uğradığına inanma, sınırlar veya kurallar çiğnendiğinde ortaya çıkar. Bunlar bazen gerçekten olabileceği gibi, bazen de kişinin varsayımları, yanlış anlamaları, önyargıları veya kalıplaşmış düşünceleri olabilir. Hemşire hastaya öfkelenildiği durumları incelerken *“Gerçekte hangi olaya tepki veriyorum? Burada beni gerçekten zorlayan ne? Bu bir gerçek mi, yoksa benim bir görüşüm mü? Bu kişinin ne demek istediği hakkında sonuçlara mı atlıyorum? Satır aralarını yanlış mı okuyorum, bunu kastetmemeleri mümkün mü?”* sorularını sormayı önermelidir. Örneğin üstünün veya eşyalarının aranmasına öfkelenen bir hastanın gerçekte tepki gösterdiği şey sınırlarının veya mahremiyetinin ihlali olabilir. Psikiyatri ekibinin gerçek niyetinin ne olduğu üzerine düşünülmesi, hastaların iyiliği ve güvenlikleri için yapılan bir uygulama olduğunun fark edilmesi olaya verilen öfke tepkisini değiştirebilir. Veya hemşire hastayı, serviste tedavi gören mani dönemindeki bir hastanın ortak alanda yüksek sesle konuşma sebebinin diğer hastaları rahatsız etmek yerine hastalık belirtileri nedeniyle olup olamayacağı üzerine ihtimalleri düşünmeye davet edebilir. Bir sonraki adım hastanın öfke tetikleyicileri ile karşılaştığında nasıl tepki vereceğini seçebilmesi ve kontrol edebilmesi üzerine çalışmaktır. Önceki adımlarda fark edilen öfkenin tetikleyicileri ve erken belirtileri fark edildiğinde hastanın seçenekleri düşünebilme becerisi geliştirilmelidir. Hemşire hastaya daha önceki öfke veya agresif olay deneyimlerini sorabilir. *“Öfkelenmenin faydaları veya zararları neler oldu?, Öfkenin sana ve hayatına maliyeti ne?, Öfkenin zararları daha mı ağır basıyor?, Bu olay karşısında öfkeden başka bir tepki vermen mümkün müydü?, Hangi seçenekler vardı?, Bu seçenekleri seçebilecek vaktin var mıydı?, Tekrar olsa ne yapardın?”* sorularını sorabilir. Hastayla diğer seçenekler üzerine konuşulabilir, birlikte öfke yerine yapıcı ve sakinleştirici tepkiler bulunabilir. Hemşire seçenek olarak hastaya tetikleyiciler karşısında yavaşça ortamı terk etme, uzaklaşma ve sakinleşmek için mola verme, önceki unsurlarda öğretilen gevşeme egzersizlerini yapma, dikkat dağıtan veya gevşemeye yardımcı olabilecek sayı sayma, duş alma, bahçeye çıkma, müzik dinleme, egzersiz yapma gibi alternatifleri önerebilir. Oturumlarda bu seçenekler rol oynama yöntemi ile canlandırabilir. Öfke yönetiminde daha

kalıcı bir çözüm olan hastanın düşünce şekli üzerine çalışmak ise son adım olabilir. Sürekli öfkeli olan insanlar olaylar karşısında abartılı ve aşırı dramatik düşüncelere sahip olabilir; olaylar ve insanlara karşı “hep”, “her zaman”, “asla”, “hiç” gibi ifadeleri kullanma eğiliminde olabilirler. Oturumlarda bu düşünceleri daha mantıklı olanlarla değiştirmek üzerine çalışılmalıdır. Hemşire hastaya karşılaştığı ve öfkelenildiği olaylarda dünyanın ona karşı olmadığını, sadece günlük yaşamın zorluklarından biri ile karşılaştığını hatırlatmalıdır. Hastanın beklentilerini dönüştürmek, istediklerini elde edemediğinde öfke yerine hayal kırıklığı gibi normal hisleri yaşayabileceğini belirtmek, öfkelenmenin durumu düzeltmeyeceği, daha iyi hissettirmeyeceği, daha kötü hissetmesine veya bazı kayıplara neden olabileceği üzerine konuşmalıdırlar.

Unsur 3. Sosyal Beceri Eğitimi: Hastanın kişilerarası ilişkilere ilişkin anlayışı artırılmalı ve sosyal becerileri geliştirilmeli. (Ahmed vd., 2015; Ahmed vd., 2017; Ahmed vd., 2018; Ahmed vd., 2019; Darmedru vd., 2017; Hsu & Ouyang, 2021; Kayo vd., 2020; Hsu & Ouyang, 2022)

Kişilerarası ilişkilere ilişkin anlayışı artırma, sosyal beceriler, empati ve iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik ben dilini kullanma, bir istekte bulunma veya reddetme, birini eleştirme, eleştiriye yanıt verme, çatışma çözme, fikrini belirtme becerileri üzerine rol oynama ve senaryolar çalışılmalıdır. Aşağıda her bir beceri için örnek senaryolar oluşturulmuş ve açıklanmıştır. Uygulamada becerilerle ilgili kullanılacak senaryo hastaların bireysel ihtiyaçlarına göre uyarlanacaktır. Sosyal beceri eğitiminde yer alan uygulamalar haftada bir kez yapılmalıdır. Uygulamalar hemşire tarafından hastaya bireysel veya grup müdahalesi olarak uygulanabilir. Hemşire iletişimdeki diğer kişiyi, hasta kendisini oynayabilir. Ardından roller değiştirilebilir. Grup çalışmasında hastalar eşleştirilip iletişim senaryoları canlandırılabilir.

➤ Ben Dilini Kullanma: Kardeşiniz sürekli olarak sizin eşyalarınızı izinsiz kullanıyor ve bu durum sizi rahatsız ediyor. Rahatsızlığınızı ona nasıl söylersiniz?

Uygulama: *“Eşyalarımın izinsiz kullanıldığını gördüğümde, özel alanıma saygı duyulmadığını hissediyorum ve bu beni üzüyor. Bir şeye ihtiyacın olduğunda benden izin istemen, aramızdaki güveni güçlendirir. Bu konuda ne düşünüyorsun?”*

Suçlayıcı ifadeler yerine kişisel duygular ve etkiler ifade ediliyor. Somut bir davranış tanımlanıyor. Bu davranışın yarattığı duygu ve düşünceler açıklanıyor.

Olumlu bir çözüm önerisi sunuluyor. Karşı tarafın düşüncelerini öğrenmek için açık bir soru soruluyor.

- Bir İstekte Bulunma: Oda arkadaşınızdan odanızdaki ortak alanları temiz tutma, eşyaları toplama konusunda daha fazla yardım istemeniz gerekiyor. Bu isteği ona nasıl iletirsiniz?

Uygulama: *“Odamızın temizliği konusunda biraz daha yardımcı olmanı rica edebilir miyim? Beraber temizlik yapıp, birlikte eşyaları toplayabiliriz. Bu sayede işleri adil bir şekilde paylaşmış oluruz, hem de daha az yoruluruz, ne dersin?”*

Nazıkçe ve doğrudan bir istekte bulunuyorsunuz. Somut bir çözüm önerisi sunuyorsunuz (iş birliği). İsteğinizin gerekçesini belirtiyorsunuz (adil paylaşım). İş birliğine açık olduğunuzu gösteriyorsunuz. Suçlayıcı bir dil kullanmaktan kaçınıyorsunuz.

- Reddetme: Arkadaşınız sizi akşam sinemaya davet ediyor, ancak siz bu akşam dışarıya çıkmak ve film izlemek istemiyorsunuz.

Uygulama: *“Davetin için teşekkür ederim, beni düşünmen çok güzel. Ancak bu akşam kendime zaman ayırmayı planlıyordum ve dinlenmeye ihtiyacım var. Umarım güzel vakit geçirirsin!”* Daveti için teşekkür ederek başlıyorsunuz, bu nezaket gösterir. Reddetme nedeninizi kısaca açıklıyorsunuz. Kişisel ihtiyacınızı belirtiyorsunuz. İyi dileklerinizi iletirsiniz, bu olumlu bir tonda bitirmenizi sağlar. Özür dilemiyorsunuz, çünkü kendi ihtiyaçlarınızı karşılamak için özür dilemenize gerek yok.

- Birini Eleştirme: En yakın arkadaşınız, sizin için önemli bir etkinliğe (doğum günü partiniz, nişan töreniniz vb.) gelmedi ve önceden haber de vermedi.

Uygulama: *“Benim için önemli olan bu özel günüme gelmemen beni hayal kırıklığına uğrattı ve üzdü. Gelemeyeceğini önceden bilseydim, daha az endişelenirdim. Aramızdaki dostluğa değer veriyorum ve bu tür durumları nasıl önleyebileceğimizi konuşmak isterim. Senin bakış açını da merak ediyorum. Bu durumla ilgili ne düşünüyorsun?”* Doğrudan kişiyi suçlamak yerine, olayın sizde yarattığı duyguları ifade ediyorsunuz. Spesifik bir olay üzerinden konuşuyorsunuz. Nasıl hissettiğinizi ve bunun nedenini açıklıyorsunuz. İlişkinize verdiğiniz önemi vurguluyorsunuz. Gelecekte benzer durumları önlemek için iş birliği yapmak istediğinizi belirtiyorsunuz. Karşı tarafın bakış açısını öğrenmek istediğinizi gösteriyorsunuz.

- Eleştiriye Yanıt Verme: Yakın bir arkadaşınız, son zamanlarda onunla yeterince zaman geçirmediğinizi ve arkadaşlığınıza önem vermediğinizi söylüyor.

Uygulama: *“Bu konuyu benimle paylaştığın için teşekkür ederim. Arkadaşlığımıza değer vermediğimi düşünmen beni gerçekten üzdü. Son zamanlarda yoğun olduğum doğru ama bunun arkadaşlığımızı etkilediğini fark etmemiştim. Benden nasıl bir değişiklik beklediğini daha detaylı anlatabilir misin? Arkadaşlığımızı nasıl daha iyi sürdürebileceğimiz konusunda önerilerin varsa duymak isterim. Bu durumu nasıl düzeltebileceğimizi birlikte konuşalım.”* Arkadaşınız duygularını paylaştığı için teşekkür ediyorsunuz. Eleştirinin sizde yarattığı duyguyu dürüstçe ifade ediyorsunuz. Kendi durumunuzu kısaca açıklıyorsunuz, ancak bunu bir mazeret olarak sunmuyorsunuz. Daha spesifik bilgi isteyerek arkadaşınızın beklentilerini anlamaya çalışıyorsunuz. Çözüm önerilerine açık olduğunuzu gösteriyorsunuz. Sorunu birlikte çözme isteğinizi belirtiyorsunuz.

- Çatışma Çözme: Komşunuzun köpeği geceleri havlayarak sizi rahatsız ediyor.

Uygulama: *“Merhaba komşum/Ahmet Bey/Ayşe Hanım, köpeğinizi seviyorum ama geceleri uykumu bölüyor. Bu durumu nasıl çözebileceğimizi konuşabilir miyiz? Belki köpeğinizi gece içeride tutmak gibi bir çözüm bulabiliriz.”* Nazik bir selamla mayla başlıyorsunuz. Sorunu açıkça belirtiyorsunuz. Olumlu bir şey söyleyerek (köpeği sevdiğinizi belirterek) başlıyorsunuz. Birlikte çözüm bulmak istediğinizi gösteriyorsunuz. Olası bir çözüm önerisi sunuyorsunuz. Suçlayıcı bir dil kullanmaktan kaçınıyorsunuz.

- Fikrini Belirtme: Ailenizle tatil planı yapıyorsunuz ve herkes farklı bir yer öneriyor. Siz de kendi fikrinizi paylaşmak istiyorsunuz.

Uygulama: *“Hepinizin önerileri çok ilginç ve her birinin kendine özgü avantajları var. Ben de düşündüm ve size farklı bir öneri sunmak istiyorum. Bu yıl dağ tatiline ne dersiniz? Doğa yla iç içe olma, yürüyüş yapma ve temiz hava alma fırsatımız olur. Ayrıca, bütçemize uygun olabilecek güzel pansiyonlar buldum. Tabii ki bu sadece bir öneri ve hepinizin fikirlerini duymak isterim. Ne düşünüyorsunuz?”* Öncelikle diğerlerinin fikirlerine saygı gösteriyorsunuz. Kendi fikrinizi nazikçe sunuyorsunuz. Önerinizin avantajlarını açıklıyorsunuz. Pratik yönleri (bütçe uygunluğu gibi) de düşündüğünüzü gösteriyorsunuz. Bunun sadece bir öneri olduğunu ve diğerlerinin fikirlerine açık olduğunuzu belirtiyorsunuz. Diğerlerinin düşüncelerini sormakla bitiriyorsunuz, bu da onların fikirlerine değer verdiğinizi gösterir.

Unsur 4. Gerginliği Azaltma Teknikleri: Hastayı sakinleştirmek için gerginliği azaltma teknikleri uygulanmalı. (Celofiga vd., 2022; Fernández-Costa vd., 2020)

Hastayı sakinleştirmek için sözlü teknikleri kullanmak, kişiye sakin ve kontrollü bir şekilde yaklaşmak, çatışmadan kaçınmak ve kişiyle daha önceki ilişkinin terapötik kullanımını gibi becerileri uygulayarak gerginliği azaltmayı hedefleyen müdahalelerdir. Müdahaleler hastanın agresyon riski olduğunun belirlendiği durumlarda hemşire tarafından direkt olarak aşağıda açıklandığı gibi uygulanmalıdır. Ayrıca hastayla iletişimde olunan her temas için benimsenen iletişim dili ve yaklaşım Unsur 4'ü esas almalıdır.

- Kişiisel alana saygı duymak: İlk olarak hem hastanın kişiisel alanına saygı gösterin, hem de kendi kişiisel alanınızı koruyun. Agresyon riski olan hastaya yaklaşırken, hasta ile aranızda en az iki kol boyu mesafe bırakın. Bu, hastaya ihtiyaç duyduğu alanı sağlar, aynı zamanda hasta fiziksel bir saldırı gösterirse size kendinizi korumak için ihtiyaç duyduğunuz alanı sağlar. Risk değerlendirmenize göre kendinizi güvende hissetmek için daha fazla mesafe bırakmak isteyebilirsiniz veya hasta sizden çekilmenizi, daha uzakta durmanızı isteyebilir. Buna saygı gösterin ve mesafenizi ayarlayın.
- Provokatif olmamak: Ajitasyonu ve öfkeyi daha fazla tırmandırmaktan kaçının. Hastaya ona zarar vermeyeceğinizi, dinlemek istediğinizi ve herkesin güvende olmasını istediğinizi beden dilinizle göstermelisiniz. Elleriniz görünür olmalı ve sıkılmamalıdır. Hastayı doğrudan karşınıza alıp, doğrudan bakmaktan kaçınmalısınız. Çatışmacı görünmemek için hastaya açılı durmalısınız, örneğin karşısında durmak yerine biraz yanında durmak gibi. Sakin bir tavır ve yüz ifadesi önemlidir. Aşır, doğrudan göz teması, özellikle dik dik bakmak, saldırgan bir eylem olarak yorumlanabilir. Kolları kavuşturma veya yüzünü çevirme gibi kapalı beden dili ilgi eksikliğini iletebilir. Beden dilinizle söyledikleriniz uyumlu olmalıdır. Aksi takdirde, hasta sizin samimiyetsiz olduğunuzu veya “sahtekarlık yaptığınızı” hisseder ve daha fazla ajite ve öfkeli olabilir. Hastaya meydan okumayın, ona hakaret etmeyin veya aşağılayıcı olarak algılanabilecek başka bir şey yapmayın.
- Sözlü iletişim kurmak: Agresyon riski olan durumlarda hastayla sadece bir kişi sözlü iletişim kurmalıdır. Bu kişi primer bakım veren hemşiresi olabilir. Birden fazla kişinin sözlü olarak etkileşimde bulunması hastayı şaşırtabilir ve öfkenin daha fazla tırmanmasına neden olabilir. İletişime geçen kişi olarak siz

görevinizin hastayı yatıştırmak olduğunu bilmelisiniz. Nazik olmanın iyi bir strateji olduğunu unutmayın. İletişime kendinizi tanıtarak başlamalısınız. Hastaya kim olduğunuzu ve adınızı söyleyin. Neden orada olduğunuzu ve amacınızı söyleyin. Hastaya nerede olduğunu ve ne beklemesi gerektiğini anlatın: *“Merhaba Ahmet Bey, ben Ayşe Hemşire. Sizin biraz tedirgin görüldüğünüzü fark ettim, durumun ne olduğunu anlamak ve sizi dinlemek için buradayım. Burada güvende olduğunuzu ve benimle konuşabileceğinizi hatırlayın. Gelin, sakın bir yere oturalım ve size nasıl yardımcı olabileceğimi konuşalım.”*

- Yalın, net ve basit tutmak: Ajite hastaların sözlü bilgileri işleme yetenekleri bozulabileceğinden, kısa cümleler ve basit bir kelime dağarcığı kullanın. Daha karmaşık sözlü ifadeler kafa karışıklığını artırabilir ve öfkenin tırmanmasına yol açabilir. Hastaya söylenenleri işlemesi ve ek bilgi vermeden önce yanıt vermesi için zaman verin. Vermek istediğiniz mesajı tekrar etmeniz önemlidir. Ondan bir talepte bulunduğunuzda, sınırlar koyduğunuzda, seçenekler sunduğunuzda veya alternatifler önerdiğinizde tekrarlamanız gerekebilir. Mesajınız hasta tarafından duyulana kadar tekrarlayın.
- İstekleri ve duyguları belirlemek: İstek örnekleri arasında yardım istemek, empatik bir dinleyici bulmak, ilaç talebi, sigara talebi, telefon talebi, bir aile üyesine veya arkadaşına hemen ulaşmak gibi olabilir. İstek kabul edilebilir olsun veya olmasın, tüm hastalara isteklerinin ne olduğu sorulmalıdır. *“Buraya geldiğinizde ne beklediğinizi gerçekten bilmem gerekiyor”, “Bunu sağlayamasam bile, üzerinde çalışabilmemiz için ne istediğinizi bilmek istiyorum”* mesajını vermek önemlidir. Üzgün bir kişi, sahip olmaktan umudunu kestiği bir şeyi ister. Korkan bir hasta, incinmekten kaçınmak ister. Saldırgan hastanın da belirli istekleri olduğu ve bu isteklerin belirlenmesinin öfkenin yönetimi için önemli olduğu bir gerçektir. Bu nedenle hastaya konunun, sorunun, onu rahatsız eden veya öfkeliendiren şeyin, değişmesini istediği şeyin ne olduğunu sorun. Hastanın söylediği önemsiz şeylerden, beden dilinden, hastanın daha önce bahsettiği sorunlardan veya isteklerden yola çıkabilirsiniz. Bu, empatik yaklaşmanızı kolaylaştırır ve ajitasyonu yatıştırmaya yardım eder.
- Hastanın söylediklerini dinlemek: Aktif dinlemeyi kullanın. Sözlü onay, konuşma ve beden dilinizle hastaya, söylediklerine ve hissettiklerine gerçekten dikkat ettiğinizi ve önemsedığınızı iletin. Hastaya söylediklerini

tekrarlayabilmelisiniz: “...bunu doğru anlayıp anlamadığımı söyler misin...”, “Seni rahatsız eden şeyin gürültü olduğunu anlıyorum, doğru mu?” gibi yansıtıcı ifadeler yararlı bir tekniktir. Örneğin, hastanın ajitasyonu, birinin onu takip ettiği ve ona zarar vermeyi planladığı hezeyanından kaynaklanıyorsa, bunun hastanın bakış açısından nasıl doğru olduğunu hayal edebilir ve hastayla bunun neden başına geldiği ve kimin ona zarar vermek isteyebileceği konusunda konuşabilirsiniz. Bu, yardım etme niyetinizi hastaya iletecek ve hastanın ajitasyonunu tetikleyen şey hakkında sohbete girmesiyle sonuçlanacaktır. Hasta sizin önemsedığınızı görmeye başlayacak ve bu da gerginliğin azalmasına yardımcı olacaktır. Empati ve aktif dinleme mutlaka hastayla aynı fikirde olduğunuz veya isteğini yerine getireceğiniz anlamına gelmez, onun ne söylediğini anladığınız anlamına gelir. “Anlaşılmamak” bir öfke nedeni olduğu gibi; empati, anlaşılma ve yardım etme isteği ile karşılaşmak sakinleşmeye yardımcı olacaktır.

- Kabul etmek veya reddetmek: Sorunu çözmek için hastayla hemfikir olunabilecek bir şey bulmak empatik ve hastayla ilişkiyi geliştirmede etkili bir yaklaşımdır. Bir hastayla hemfikir olmanın 3 yolu vardır. Birincisi, gerçeği kabul etmektir. Hastanın kanını almak için üç kez girişimde bulunuldu ve üç girişimden sonra hasta ajite olmuşsa “Evet, senin canını üç kez yaktık ve kanını alamadık, farkındayım, kanını halen almamız gerekiyor, tekrar denememde bir sakınca var mı?” diyebilirsiniz. İkincisi, prensipte kabul etmektir. Polis tarafından kliniğe getirilirken kendisine saygısızlık yapıldığından şikâyet eden ajite hasta için, onun haklı olduğunu kabul etmek veya polisi suçlamak zorunda değilsiniz, ancak “Herkes saygılı davranılması gerektiğine inanıyorum.” Diyerek prensipte onunla hemfikir olabilirsiniz. Üçüncüsü, olasılıkları kabul etmektir. Hasta, doktorunu görmek istemiş ve birkaç gündür beklediği için ajite olmuşsa ve beklemenin herkes için öfkelenme nedeni olabileceğini söylüyorsa doktoru ile neden görüşemediği, muhtemelen ne zaman görüşebileceği ile ilgili bir yanıt verilebilir “Evet, muhtemelen burada bekleyen diğer hastalar da benzer şekilde sinirlenmiş olabilirler, doktorunuz iki gündür acil bir durum nedeniyle başka bir hastaneye gitti, yarın dönecek gibi görünüyor, bizim kliniğimize yarın gelebilir ve sizinle görüşebilir, yarın size yine bilgi vereceğim”. Bu teknikleri kullanarak, genellikle bir anlaşma yolu bulmak mümkündür. Hasta ile mümkün olduğunca anlaşmak gerekir. Kendinizi, bariz

bir hezeyan veya hiçbir bilginizin olmadığı başka bir konuyla karşı karşıya bulabilirsiniz. Bu durumda, hastanın deneyimlediği şeyi hiç deneyimlemediğinizi ancak onun bu deneyimi yaşadığına inandığınızı söyleyin. Ancak, hasta ile dürüstçe anlaşmanın bir yolu yoksa, anlaşmazlığı kabul edin.

- Kural koymak ve net sınırlar belirlemek: Hastanın klinik kurallar ve kabul edilemez davranışlar hakkında açıkça bilgilendirilmesi önemlidir. Hastaya kendisine veya başkalarına zarar vermenin kabul edilemez olduğunu söyleyin. Gerekirse, hastaya herhangi birine saldırırsa klinik kurallarının nasıl işleyeceğini belirtin. Bunu bir tehdit olarak değil, istenmeyen davranışların sonucu ve herkes için geçerli olan kurallar olarak iletin. Sınır koyma mantıklı olmalı ve saygılı bir şekilde yapılmalıdır. Yardım etme niyetinizi gölgelemeyen ancak hasta tarafından istismar edilmeyeceğinizi gösteren sınırlar koyun. Hastaya istenmeyen davranışının korkutucu veya kışkırtıcı olduğunu söylemek, sağlık profesyonelinin öfkeli, korkmuş vb. hissetmesi durumunda yardım etme isteğinin olumsuz etkilenebileceği yönündeki empatik bir ifadeyle eşleştirilirse genellikle yardımcı olur. *“Bu kadar uzun bekleme süresi sizi çok sinirlendirmiş. Ben de sizin yerinde olsam aynı şekilde hissederdim. Ancak, bu klinikte güvenlik ve düzen için bazı kurallarımız var. Bağırarak ve uygun olmayan davranışlar sergilemek hem kendi güvenliğinizi hem de diğer hastaların güvenliğini tehlikeye atabilir. Sizi anlamaya çalışıyorum ve size yardımcı olmak istiyorum, ama böyle davranarak beni ve diğerlerini korkutuyorsunuz. Lütfen biraz sakin olmaya çalışın. Doktorunuz sizi en kısa sürede kabul edecektir. Ben de size eşlik ediyorum ve yanınızda kalacağım”*. Hastayla bir ilişki geliştirdiğinizde ve kontrolü elinde tutma kapasitesine sahip olduğunu gördüğünüzde, ona nasıl kontrollü olacağını öğretin. Nazik talimatlar verin. *“Gerçekten oturmanı istiyorum, volta attığında söylediklerine tam olarak dikkat edemiyorum. Endişelerini bana sakın bir şekilde söylersen anlamama yardımcı olabileceğine eminim.”*

- Seçenekleri iyimserlikle sunmak: Savaşmaktan veya kaçmaktan başka çaresi kalmayan hasta için bir seçenek sunmak güçlü bir araç olabilir. Seçenek sunmak, fiziksel şiddetin gerekli bir tepki olduğuna inanan bir hasta için güçlenme kaynağıdır. Şiddet yerine alternatifler önerin. Seçenekler sunarken kitap, dergi, telefona erişim, yiyecek veya içecek gibi nezaket eylemi olarak algılanacak şeyler sunabilirsiniz. Bu seçeneklerin gerçekçi olması gerektiğini

unutmayın. Hastaya asla sağlanamayacak bir şey vaat ederek onu kandırmayın. Örneğin, kapalı bir klinikte yatan hastaya, dışarı çıkabileceği ile ilgili bir alternatif vaat edilmemelidir. Öfke ve ajitasyonun tırmandığı durumlarda ilaç uygulaması gündeme gelebilir. İlacı ilk seçenek olarak düşünmeyin. Ancak ilaca olan ihtiyaç göz ardı edilemiyorsa, ilaç uygulaması hakkında hastaya seçenekler sunarak birlikte karar vermeye çalışın. Örneğin, ilk adımda ilaçtan hiç bahsetmeyin. Bunun yerine hastaya neye ihtiyacı olduğunu, neyin işe yaradığını sorun. *“Şu an daha sakin olman için neye ihtiyacın var? Şu an seni ne sakinleştirebilir?”* İlaç ihtiyacının hastanın kendisinden gelmesini sağlamaya çalışın. Belki de hastanın işe yarayacağını düşündüğü daha iyi bir fikri vardır, bunu ifade etmesine imkân verin. Hasta ilaçtan bahsetmiyorsa ve siz ilacın gerekli olduğuna inanıyorsanız, hastaya ilaçtan faydalanabileceğini açıklayın. İlaç seçeneğini sunun. Hastaya daha önce benzer bir durumda hangi ilacın kendisine yardımcı olduğunu sorabilirsiniz. *“Şu an ilaç almanın sana faydası olabileceğini düşünüyorum, ne dersin?”*, *“Şu an biraz ilaç sakinleşmene yardım edebilir diye düşünüyorum”*, *“Bu durumun seni yorduğunu ve oldukça rahatsız hissettiğini görüyorum. Sana biraz ilaç önerebilir miyim?”*, *“Konuşabilmemiz için sakin olman önemli. Bu nasıl başarılabilir? Biraz ilaç almak ister misin?”* diyebilirsiniz. Bir diğer adım ise istemsiz ilaç kullanımına çok yakın bir adımdır. Ajitasyon yönetilemiyor ve agresif bir olay yaşanmak üzereyse tercih edilmelidir. Fakat bu durumda bile hastaya bir seçim hakkı sunmak, kontrolü hissetmesine ve ilaç uygulamasına gönüllü olmasına yardımcı olabilir. Hastayı ve diğer herkesi güvende tutma isteğinizi vurgulayarak ilaç uygulama yolunu seçmesine izin verebilirsiniz. *“Sana veya başka birine zarar gelmesine izin veremem”*, *“Seni birine zarar vermekten korumam gerekiyor, bu yüzden kontrolünü kaybetmemene yardımcı olması için biraz ilaç alman gerektiğini düşünüyorum”*, *“İlacı ağızdan mı yoksa iğneyle mi almak istersin?”*, *“İlaçların yardımcı olabileceğini düşünüyorum, yutabileceğin bir hap mı, ağzında eriyen bir hap mı yoksa sıvı mı istersin? Ağız yoluyla hap almayı kabul edersen iğne yaptırmaktan kaçınabilirsin.”* Enjeksiyon yapmaktan başka seçenek olmadığında bile, hangi ilacın kullanılacağına dair bir seçim sunabilirsiniz ve birinin daha faydalı bir yan etki profiline sahip olduğunu vurgulayabilirsiniz. Gerilimi azaltmaya yönelik sözlü girişimler başarısız olduğunda, güvenliği sağlamak için daha zorlayıcı önlemler almak gerekebilir,

ancak bu her zaman son çare olarak yapılmalıdır. Bu yöntemler mecburen kullanılıyorsa bile iyimser olun ve umut verin. Hastaya daha sakin veya rahat ve güvende olacağını, kontrolü yeniden kazanacağını söyleyin. Hasta “Buradan çıkmak istiyorum” dediğinde, *“Ben de senin için bunu istiyorum; burada gereğinden fazla kalmanı istemiyorum, buradan çıkmaya yardımcı olmak için nasıl birlikte çalışabiliriz?”* diyerek hastayı iş birliğine davet edebilirsiniz.

- Hasta ve personeli bilgilendirmek: Yapılan herhangi bir istemsiz müdahaleden sonra, zorlayıcı müdahalenin travmatik doğasını hafifletmek ve tekrarlayan agresyon riskini azaltmak için terapötik ilişkiyi yeniden kurmanız gerekir. Hastaya müdahalenin neden gerekli olduğunu açıklayın. Hastaya olayları kendi bakış açısından açıklaması için izin verin. Olası benzer durumlar için agresyonu yönetmede kullanabileceğiniz alternatifleri konuşun. Unsur 2’de yer alan öfke yönetimi müdahalelerini nasıl kullanabileceğinin üzerinden geçin. Hastanın endişelerinin giderilip giderilmediği konusunda geri bildirim alın. Hasta sakinleştiğinde, ilk tetikleyici durumun ne olduğunu çözmeye çalışın. Agresyon riskini azaltmak, agresyonu yönetmekten her zaman daha kolaydır. Bu nedenle hastayla planlama yapın. *“Bugünkü gibi çok üzgün veya öfkeli olduğunda ne işe yarar? Kontrolünü kaybetmemene yardımcı olmak için gelecekte ne yapabiliriz?”*. Müdahaleler son bulduğunda, klinikteki tüm sağlık profesyonelleri ve personelle konuşun. Müdahaleler sırasında neyin iyi gittiğini ve neyin iyi gitmediğini, nelerin daha farklı yapılabileceğini ve hangi önlemlerin alınabileceğini ve önerilen iyileştirmeleri tartışın.

Unsur 5. Ortam Terapisi: Klinikte terapötik ortam oluşturulmalı ve sürdürülmeli (Bhat vd., 2020).

Çevresel düzenleme, servis aktivitelerini yapılandırma, hasta ile etkili iletişim ve çalışanlara çatışma davranışlarını nasıl yöneteceklerini öğretmeyi içermektedir.

- Çevresel düzenleme: Kesici ve delici aletlerin uzaklaştırılması gibi kliniği güvenli hale getirecek uygulamalardır. Kliniğe ilk yatışta hastaların üst aramasını yapmalı, hasta odalarını, tuvalet, banyo ve ortak alanları düzenli olarak kontrol etmeli ve hastanın kendisine ve başkalarına zarar verebileceği nesneleri uzaklaştırmalısınız.
- Servis aktivitelerini yapılandırma: Klinik kurallarının ve klinik aktivite planının yazılı olarak hastaların görebileceği şekilde asılması sağlanmalıdır. Aktiviteler günlük yaşam aktiviteleri, günaydın toplantıları, fiziksel egzersiz, kahvaltı, öğle

ve akşam yemeği saatleri, dinlenme alanı, müzik, el sanatları ve çizim gibi çeşitli aktiviteleri içerebilir.

- Hasta ile etkili iletişim: Hasta ile terapötik ilişki kurmak ve hastayı klinik aktivitelerine katılması için teşvik etmeyi içermektedir. Unsur 4'te yer alan iletişim teknikleri kullanılmalıdır.
- Çatışma yönetimi: Çalışanlara çatışma davranışlarını nasıl yönetecekleri öğretilmelidir. Çatışma davranışlarının yönetiminde Unsur 4'te detaylı olarak açıklanan gerginliği azaltma tekniklerinin kullanılması gerekmektedir.

Unsur 6. Uykuyu İyileştirmek: Hastaya uyku hijyeni müdahaleleri uygulanmalı (Wang vd., 2024).

Uyku davranış müdahalesi yatakta geçirilen süreyi sınırlamayı, sadece yatakta uyumayı ve günlük gevşeme egzersizlerini içeren uyku hijyeni eğitimidir.

- Hastaya uykuya dalma ve sürdürme sırasında sorun yaşayıp yaşamadığını sorun. Uykusunu etkileyen faktörleri öğrenin.
- Hastanın günlük uyku süresini değerlendirin. Psikiyatrik bozukluklar için ideal uyku süresi sekiz saattir. Verimli gece uykusu süresini artırmaya çalışın.
- Hastanın gün içindeki yatak istirahati süresini sınırlandırın. Yatakta yeme içme, kitap okuma gibi faaliyetlerin yapılmamasını önerin. Hastaları yatak ve yatak odasını sadece uyku için kullanmalarına teşvik edin.
- Çevresel uyaranlar uykuyu etkileyebilir. Hasta odalarını uyku saatleri içerisinde ışık ve ses uyaranları açısından sakın bir hale getirin.
- Unsur 2'de yer alan gevşeme egzersizleri uyarılma düzeyini azaltır, aşırı uyanıklığı önler ve psikosomatik bozuklukların semptomlarını hafifletir. Böylece uyku kalitesini iyileştirmeye yardımcı olur. Gevşeme egzersizlerini günde bir kez, 10 dakika boyunca uygulayın.
- Hastanın günlük kafein ve nikotin tüketimi uykuyu etkileyebilir. Hastaya günde iki ile üç fincandan fazla kahve veya çay tüketiminin, uyku saatinden en az iki veya üç saat öncesinde sigara tüketimini bırakmamanın uykuyu olumsuz etkileyeceğini açıklayın.

Wisconsin Kart Sıralama Testi

Wisconsin Kart örnekleri ve uygulamalar sırasında kullanılabilecek sorular aşağıda sıralanmıştır:

Kartlarda kaç farklı renk kullanılmıştır?

Bu kartla aynı şekil kategorisinde olan başka bir kart gösterebilir misiniz?

Bu kartla aynı renkteki diğer kartları gösterebilir misiniz?

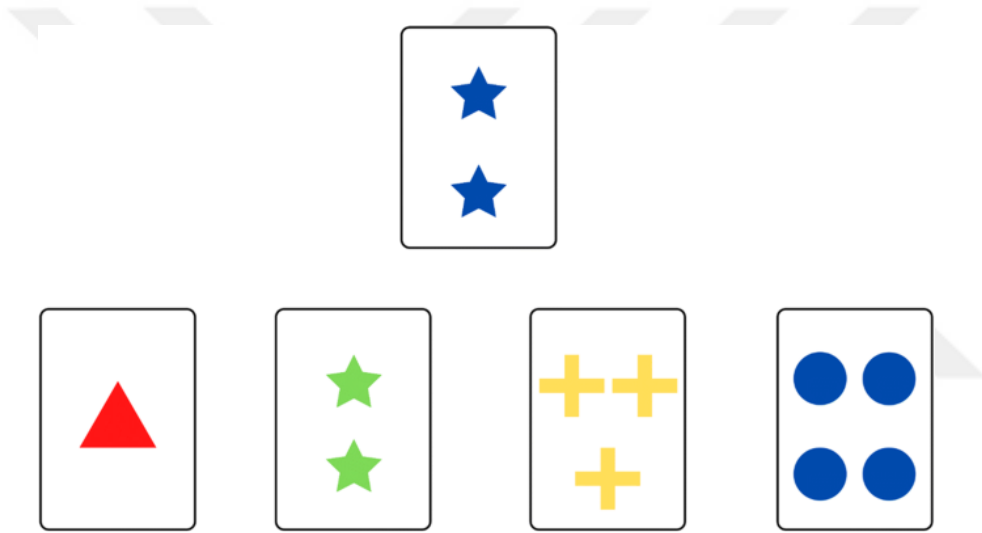
Bu kartın üzerindeki şeklin sayısıyla aynı sayıda şekle sahip olan kart hangisidir?

Kartları şu anki sıralama şeklim hangi kurala göre yapmış görünüyor?

Kartların üzerindeki şekillerin sayısının toplamı nedir?

Bu kartın diğerlerinden farklı olduğunu düşünüyor musunuz? Neden?

Bu kartları bir kurala göre sıralar mısınız? Şu anda kullandığınız kuralın ne olduğunu söyleyebilir misiniz?



Örnektir. Uygulamada özgün sayı ve şekilde kullanılmıştır.

Farkı Bul/Spot the Difference

Aşağıda uygulamada kullanılabilecek örnek görseller sıralanmıştır. Görseller eşsiz olması amaçlanarak Craiyon V3 AI Art image generator ve Claude 3.5 Sonnet ile üretilmiştir:



Örnektir. Görseller klinikte orijinal boyutlarıyla kullanılmıştır.

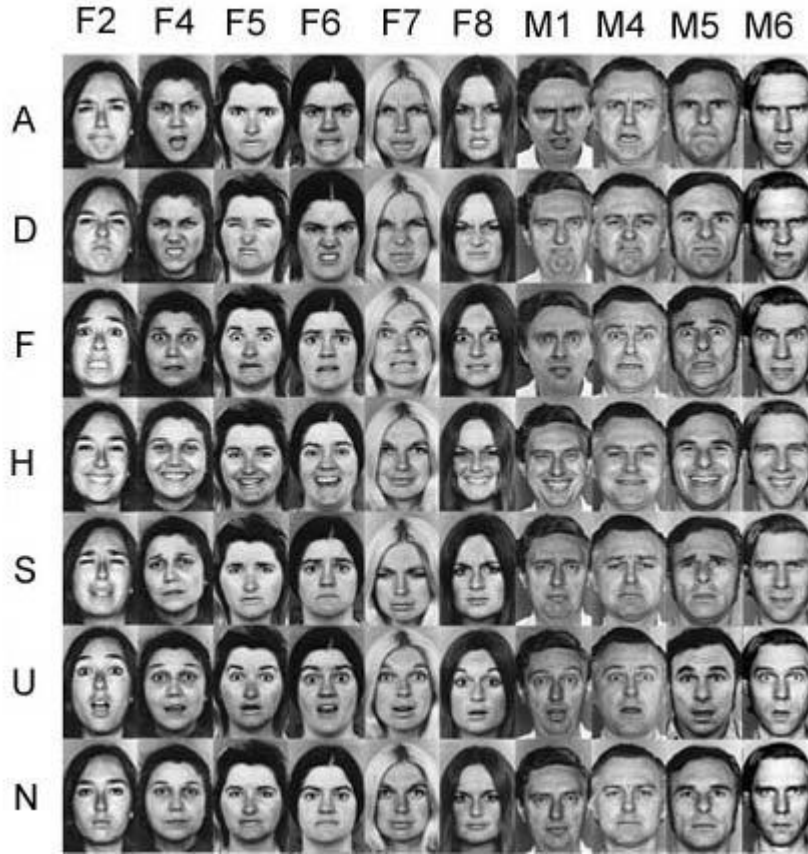


Örnektir. Görseller klinikte orijinal boyutlarıyla kullanılmıştır.

Ekman Yüz Testi

Uygulama: Testte kadın ve erkek modeller tarafından öfke (A), iğrenme (D), korku (F), mutluluk (H), üzüntü (S), şaşkınlık (U) ve nötr (N) duyguları gösterilmektedir. Her bir yüzü inceleyerek, hastaya hangi duyguyu ifade ettiğini tahmin ettirmeye çalışın. Her bir duygunun yüzde nasıl ifade edildiğine dikkat çekmeye çalışın (örneğin, kaş çatma, dudak büzme, gözleri kısma vb.). Yüz ifadelerini farklı bağlamlarda inceleyin (örneğin, iş ortamı, sosyal ortam, tartışma, güzel bir haber

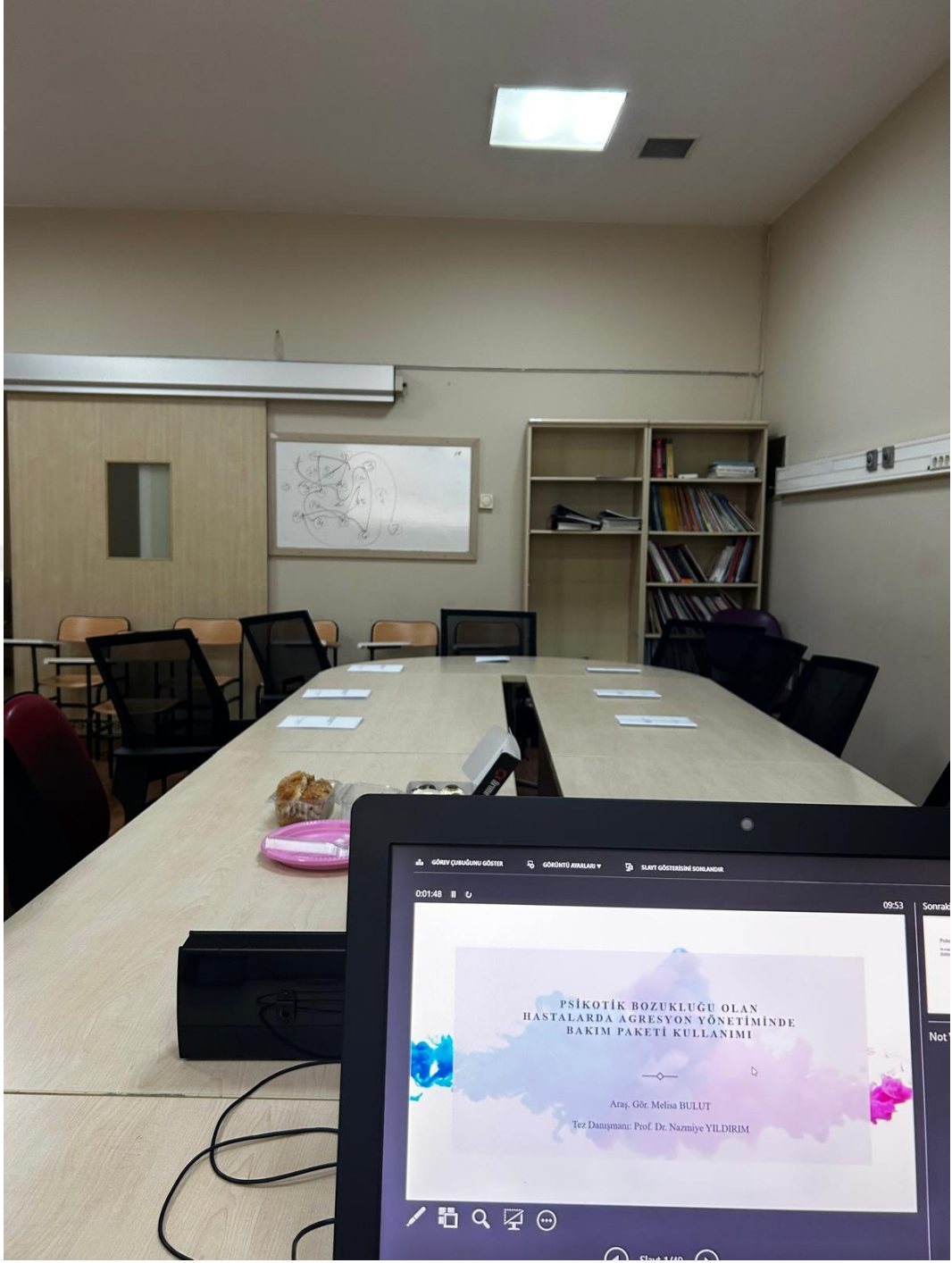
alma vb). Hastanın ayna karşısında farklı duyguları ifade etmesine yardımcı olun. Hastanın kendi yüzünüzde oluşan değişiklikleri gözlemesine ve hissetmesine yardımcı olun. Yüz ifadelerinizden birbirinizin duygularını anlamaya çalışın. Günlük yaşamda karşılaştığı insanların yüz ifadelerini incelemesine ve analiz etmesine teşvik edin.



Örnektir. Görseller klinikte orijinal boyutlarıyla kullanılmıştır.

EK 3 Bakım Paketi Kullanımı Klinik Eğitiminden Fotoğraflar





EK 4 Paket Uyum Takip Çizelgesi

Bakım Paketi Uyum Takip Çizelgesi

Hasta Adı Soyadı:

Tarih Aralığı: // ____ // ____

Bakım Unsuru	Uygulama Tarihi / Yatış Günü								
Unsur 1. Risk Değerlendirmesi: Yapılandırılmış bir araçla rutin risk değerlendirmesi yapılmalı.									
➤ Broset Şiddet Listesi (Broset Violence Checklist)									
Unsur 2. Bilişsel İyileştirme Eğitimi: Hastanın temel bilişsel işlevleri geliştirilmeli.									
➤ Algı, muhakeme, bellek, dikkat ve bilişsel esneklik alıştırmaları									
➤ Duygu tanıma çalışmaları									
➤ Stres yönetimi ve gevşeme egzersizleri									
➤ Öfke yönetimi ve dürtü kontrolü çalışmaları									
Unsur 3. Sosyal Beceri Eğitimi: Hastanın kişilerarası ilişkilerle ilişkin anlayışı artırılmalı ve sosyal becerileri geliştirilmeli.									
➤ Ben dilini kullanma									
➤ Bir istekte bulunma veya reddetme									
➤ Birini eleştirme									
➤ Eleştiriye yanıt verme									
➤ Çatışma çözme									
➤ Fikrini belirtme									
Unsur 4. Gerginliği Azaltma Teknikleri: Hastayı sakinleştirmek için gerginliği azaltma teknikleri uygulanmalı.									
➤ Kişisel alana saygı duymak									
➤ Provokatif olmamak									
➤ Sözlü iletişim kurmak									
➤ Öz olmak ve basit tutmak									
➤ İstekleri ve duyguları belirlemek									
➤ Hastanın söylediklerini dinlemek									
➤ Kabul etmek veya kabul etmemek									
➤ Kural koymak ve net sınırlar belirlemek									
➤ Seçenekler ve iyimserlik sunmak									
➤ Hasta ve personeli bilgilendirmek									
Unsur 5. Ortam Terapisi: Klinikte terapötik ortam oluşturulmalı.									
➤ Çevresel düzenleme									
➤ Servis aktivitelerini yapılandırma									
➤ Hasta ile etkili iletişim									
➤ Çalışanlara çatışma davranışlarını öğretmek									
Unsur 6. Uyku İyileştirmek: Hastaya uyku hijyeni müdahaleleri uygulanmalı.									
➤ Davranışsal uyku müdahaleleri ve uyku hijyeni eğitimi									

Notlar: Her görev tamamlandığında ilgili kutucuğa (✓) işareti koyun. Uygulanamayan bakım unsuru için (X) işareti koyun ve neden uygulanamadığını ilgili kutucuğa belirtin. Unsuru uyguladığınızda dair parafınızı kutucuğa yazın. Gözlemlenen herhangi bir durum veya sorun varsa notlar kısmına yazın.

EK 5 Hasta Bilgi Formu

Hasta Bilgi Formu

Hastanın Adı-Soyadı:

Tarih:

Formu dolduran kişi:

Servis:

Yatış Tarihi:

1. Cinsiyet: Kadın ☐ Erkek ☐
2. Yaş:
3. Medeni durum: Evli ☐ Bekar ☐
4. Herhangi bir işte çalışıyor mu: Evet ☐ Hayır ☐
5. Meslek / iş:
6. Yaşanılan yer: Ev ☐ Bakım evi ☐ Kurum ☐ Diğer.....
7. Birlikte yaşadığı kişiler: Yalnız ☐ Aile (anne-baba) ☐ Aile (eş-çocuklar) ☐ Arkadaş ☐ Diğer.....
8. Bakım verene ihtiyaç duyma/bakım veren: Yok ☐ Var ☐ (belirtiniz):
9. Eğitim durumu: Okur yazar değil ☐ Okur-yazar ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐
 1. Ön Lisans ☐ Lisans ☐ Lisans üstü ☐
10. Gelir durumu: Gelir giderden az ☐ Gelir gidere eş ☐ Gelir giderden fazla ☐
11. Hastaneye başvurma şekli: Ayaktan poliklinikten ☐ Başka bir servisten ☐
 - a. Acil servisten ☐ Adli ☐
12. Yatış şekli: İsteyerek ☐ Zorla ☐ Zorunlu ☐
13. Mevcut tanı / ön tanı:
14. Mevcut semptomlar:
15. Diğer tıbbi tanılar:
16. Sürekli kullanılan ilaçlar:
17. Mevcut tedavi:
18. Daha önceki hastane yatışları: Yok ☐ Var ☐ (belirtiniz):
19. İlk tanı alınan tarih:.....
20. Psikiyatri servisinde yatarak tedavi görme sayısı:
21. Ailede psikiyatrik tanısı olan aile üyesi / tanısı: Yok ☐ Var ☐ (belirtiniz):.....
22. Sigara kullanımı: Yok ☐ Var ☐ (adet):.....
23. Alkol kullanımı: Yok ☐ Var ☐ (miktar):.....
24. Madde kullanımı: Yok ☐ Var ☐ (madde / miktar / sıklık):.....
25. Adli olay / suç / şiddet geçmişi: Yok ☐ Var ☐ (belirtiniz):.....

EK 6 Buss – Perry Saldırganlık Ölçeği

Buss- Perry Saldırganlık Ölçeği

Hastanın Adı-Soyadı:

Tarih:

Formu dolduran kişi:

Servis:

Aşağıdaki her bir maddeyi okuyarak, bu madde sizin için her zaman doğru ise “Tamamen Katılıyorum”, genelde doğru ise Katılıyorum”, emin değilseniz “Kararsızım”, genelde doğru değilse “Katılmıyorum”, hiçbir zaman doğru değilse “Kesinlikle Katılmıyorum” şeklinde işaretleme yapmanız rica olunur.	Kesinlikle Katılıyorum (1)	Katılıyorum (2)	Kararsızım (3)	Katılmıyorum (4)	Tamamen Katılmıyorum (5)
1. Bazı arkadaşlarım benim öfkeli biri olduğumu söylerler					
2. Gerekirse hakkımı korumak için şiddete başvurabilirim					
3. Birisi bana fazlasıyla iyi davrandığında “acaba benden ne istiyor” diye düşünürüm					
4. Arkadaşlarımla görüşlerime katılmadıkları zaman bunu onlara açıkça söylerim					
5. Öfkeden deliye döndüğümde bir şeyler kırıp dökерim					
6. İnsanlar benim görüşlerime katılmadıklarında onlarla tartışmaktan kendimi alıkoyamam					
7. Zaman zaman bazı olaylara/kişilere yönelik kızgınlığım uzun süre bitmek bilmez					
8. Bazen başkalarına vurma dürtümü kontrol edemiyorum					
9. Sakin yapılı biriyimdir					
10. Tanımadığım insanlar bana fazla yakın davrandıklarında onlara şüpheyle yaklaşırım					
11. Daha önce, tanıdığım insanları tehdit ettiğim oldu					
12. Çok çabuk parlar ve hemen sakinleşirim					
13. Birisi bana sataşırse kolaylıkla onu itip tartaklayabilirim					
14. İnsanlar sinirimi bozduklarında kolaylıkla onlar hakkında ne düşündüğümü söyleyebilirim					
15. Zaman zaman kıskançlık beni yiyip bitirir					
16. Bir insana vurmanın mantıklı bir gerekçesi olamayacağını düşünüyorum					
17. Bazen hayatın bana adaletsiz davrandığını düşünürüm					
18. Öfkemi kontrol etmekte zorluk çekerim					
19. Yapmak istediğim bir şey engellendiğinde kızgınlığımı açıkça ortaya koyarım					
20. Zaman zaman insanların arkamdan güldüğü duygusuna kapılırım					
21. İnsanlarla sıkça görüş ayrılığına düşerim					
22. Birisi bana vurursa ben de karşılık veririm					
23. Bazen kendimi patlamaya hazır bir bomba gibi hissediyorum					
24. Diğer insanların her zaman çok iyi fırsatlar yakaladıklarını düşünüyorum					
25. Birisi beni iterse onunla kavgaya tutuşurum					
26. Arkadaşlarımla arkamdan konuştuklarını biliyorum					
27. Arkadaşlarım münakaşacı/tartışmayı seven biri olduğumu söylerler					
28. Bazen olmadık şeylere ortada mantıklı bir neden yokken aniden sinirlenir, tepki veririm.					
29. Çoğu insana kıyasla daha sık kavgaya karıştığımı söyleyebilirim.					

EK 7 Bröset Şiddet Listesi

Bröset Şiddet Kontrol Listesi @ (BVC)- Kısa Yönerge: Her vardiyada belirlenen bir zamanda hasta değerlendirilir. Davranışın yokluğuna '0' puan, varlığına '1' puan verilir. Maksimum toplam puan '6'dır. İyi tanıyan bir hasta için davranış normal ise '0' puanlanır, sadece artış olduğunda '1' puan verilir. Örneğin; iyi bilinen bir hasta normalde konfüze ise puanlaması (0) olacaktır (uzun süredir böyle olduğu için). Eğer konfüzyonda artış gözlenirse "1" puan verilir.	Hastanın adı-soyadı Tarih:
--	---------------------------------------

Hastanın kabul edildiği gün Tarih:	08-16	16-08
Konfüzyon		
İrritabilite (Huzursuzluk)		
Taşkınlık		
Sözel tehdit		
Fiziksel tehdit		
Objelere saldırı		
Toplam		

2. Gün Tarih:	08-16	16-08
Konfüzyon		
İrritabilite (Huzursuzluk)		
Taşkınlık		
Sözel tehdit		
Fiziksel tehdit		
Objelere saldırı		
Toplam		

3. Gün Tarih:	08-16	16-08
Konfüzyon		
İrritabilite (Huzursuzluk)		
Taşkınlık		
Sözel tehdit		
Fiziksel tehdit		
Objelere saldırı		
Toplam		

4. Gün Tarih:	08-16	16-08
Konfüzyon		
İrritabilite (Huzursuzluk)		
Taşkınlık		
Sözel tehdit		
Fiziksel tehdit		
Objelere saldırı		
Toplam		

Konfüze: Konfüze ve desoryante olduğu açıkça görülmektedir. Yer, kişi ve zamanı farkında değildir.

İrritabilite: Kolayca rahatsız olur ya da öfkelenir. Başkalarının varlığına tahammül edemez.

Taşkınlık: Davranışları açıkça "yüksek sesli" veya gürültülidir. Örneğin kapıları çarpar. Dışarıya doğru bağırarak konuşur.

Fiziksel tehdit: Başka bir kişiyi kesin bir niyetle fiziksel olarak tehdit etmektedir. Örneğin saldırgan bir duruş alma; başkalarını kıyafetlerinden tutup çekme; tek kolunu, bacağıyla yükseltmesi, yumruk yapmak veya başkalarına yönelik kafa-takma atma ile korkutma (modeling).

Sözel tehdit: Sadece yüksek bir sesteki daha fazla olan bir sözel patlama vardır; burada kesin bir niyetle başka bir kişiyi korkutma veya tehdit vardır. Sözlü saldırılara örnek olarak istismar, isim takmak, kızgın agresif bir şekilde sözde tarafsız yorumları yapmak.

Nesnelere saldırı: Bireye karşı değil nesnelere yönelik saldırı. Örneğin nesneleri gelşi güzeli fırlatmak; camlara vurmaya ya da kırma; tekmelemek, objelere kafaya da ayakla vurmaya, mobilyaları kırma.

EK 8 Açık Agresyon Ölçeği

Açık Agresyon Ölçeği

Uygun olan madde puanını işaretleyiniz. Her kategoride birden fazla işaretleme yapabilirsiniz. Ölçek Total Agresyon Skoru ve Agresyon Skoru olarak puanlanmaktadır. Total Agresyon Skoru; en kısıtlayıcı ya da ciddi girişim için belirlenen ağırlık puanına her bir kategori içindeki en ciddi davranışlar (sözel agresyon, fiziksel agresyon-eşyalara, kendisine ve başkalarına karşı) için belirlenen ağırlık puanı eklenerek elde edilmektedir ve maksimum puan 26'dır. Agresyon Skoru; agresyonun global ölçümüdür ve her bir agresyon davranış kategorisinde bulunan en ciddi davranışların ağırlık puanlarının toplanması ile elde edilmektedir, maksimum agresyon skoru 21'dir.

Sözel agresyon	
1. Yüksek sesle gürültü yapma, öfkeyle bağırma	1
2. Bağırarak kişiye yönelik hafif hakaretlerde bulunma	2
3. Ağır küfürler söyleme, öfkeyle çirkin dil kullanma, kendisine ya da çevresindekilere karşı orta şiddette tehditlerde bulunma	3
4. Başkalarına ya da kendisine yönelik açıkça şiddet tehditlerinde bulunma ("Seni öldüreceğim") ya da davranışını kontrol edebilmesi için yardım isteme	4
Eşyalara karşı fiziksel agresyon	
1. Kapıyı çarpma, giysilerini atarak dağıtma, ortalığı dağıtma	2
2. Eşyaları fırlatma, mobilyaları kırmadan tekmeleme, duvara iz bırakma	3
3. Eşyaları kırma, pencereleri çarparak kırma	4
4. Yangın çıkarma, eşyaları tehlikeli bir biçimde atma	5
Kendisine karşı fiziksel agresyon	
1. Cildini çimdikleme ya da tırmalama, kendisine vurma, saçını çekme (Hafif bir yaralanma ile ya da yaralanmadan)	3
2. Başını vurma, yumruklama, kendini yere atma ya da eşyalara vurma (Ciddi yaralanma olmaksızın kendine zarar verme)	4
3. Kendisinde küçük kesiklere, morluklara ve hafif yanıklara neden olma	5
4. Kendisini sakatlama, derin bir şekilde kesme, ısırma (Bazen ısırık kanamaya neden olacak kadar güçlüdür.) İç organlarda yaralanma, kırıklar, diş kaybı, kendini kaybetme	6
Başkalarına karşı fiziksel agresyon	
1. Tehdit edici bir tarzda hareketlerde bulunma, ellerini kollarını sallama, giysilerini çekiştirme	3
2. Başkalarına vurma, tekmeleme, itme ya da saçlarını çekme (Onları yaralamadan)	4
3. Başkalarına saldırma, hafif ya da orta şiddette fiziksel olarak zarar verme (çürükler, burkulma, darbe izleri)	5
4. Başkalarına saldırma, ağır fiziksel yaralanmalara neden olmak (kemik kırıkları, derin yaralar ya da iç organ yaralanmaları)	6
Müdehale (girişim)	
1. Girişim yok	0
2. Hastayla konuşma	1
3. Yakın gözlem	2
4. Hastayı tutarak engelleme	3
5. Acil olarak ağız yoluyla ilaç verme	3
6. Acil olarak enjeksiyon yoluyla ilaç verme	4
7. Hastayı tecrit etmeksizin izolasyon (Süre koymadan)	4
8. Hastayı tecrit etme	5
9. Kısıtlamaları kullanma (Gömlekle ya da yatağa bağlayarak)	5
10. Yaralanma hastanın acil tıbbi tedavisini gerektirir	
11. Yaralanma diğer kişinin acil tıbbi tedavisini gerektirir.	

EK 9 Aydınlatılmış Onam Hasta Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Agresyon Yönetiminde Bakım Paketi Kullanımının Etkisi'dir. Bu araştırma; psikiyatri kliniklerinde yatmakta olan psikotik bozukluğa sahip bireylere uygulanan agresyon yönetimi bakım paketinin bireylerde saldırganlık oluşumu, agresif düşünce ve davranışları üzerine etkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu çalışmada yer almanız halinde klinikte yattığınız süre boyunca saldırganlık görülme riskine karşı bakım paketinde yer alan uygulamaların yapılması planlanmıştır. Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 24'tür.

Bu çalışmada sizin için beklenen yararlar; klinikte yattığınız süre boyunca sözel ve fiziksel saldırganlığın güvenli bir şekilde yönetilmesi, saldırgan davranışın gözlenmeme, saldırganlığın olumsuz sonuçlarının ortaya çıkmamasıdır.

Bakım paketi agresyon yönetiminde uygulanan bakım müdahalelerini içermektedir. Herhangi bir ilaç veya diğer tedavi yöntemlerini içermeyecektir.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için Melisa Bulut'a veya Nazmiye Yıldırım'a başvurabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır; ayrıca, bu çalışma kapsamındaki müdahaleler için sizden veya bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, müdahalenin dahil etme/dışlama kriterleri ve müdahale şemasının gerekleri nedeniyle, çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle sizi çalışmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlanırsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve çalışmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu çalışmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

EK 10 Ölçek İzinleri

Açık Agresyon Ölçeği

ölçek izni

Gelen Kutusu x

M

Melisa Bulut

31 Oca Çar 21:38 (5 gün önce)

☆ 😊 ↶ ⋮

Sayın Hocam,

Merhabalar,

Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olduğunuz Açık Agresyon Ölçeği'ni doktora tez çalışmamda kullanmak üzere izninizi arz ederim.

Saygılarımla, iyi günler dilerim hocam.

I

Leman KUTLU

Alici: ben

1 Şub Per 14:16 (4 gün önce)

☆ 😊 ↶ ⋮

Merhaba Melisa Hocam,

Açık Agresyon Ölçeği'ni doktora tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. Tez çalışmanızda size başarılar diliyorum.. Ölçeğin kullanımı ve değerlendirilmesi ile ilgili bilgiye aşağıdaki Kaynaktan ulaşabilirsiniz. İyi çalışmalar dilerim

Kutlu L, Açı N. The Validity and Reliability Study of the Overt Aggression Scale in the Turkish Psychiatric Patient Group. Journal of Health Science and Profession 2019; 6(3): 513-20.

Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği

ölçek izni

Gelen Kutusu x

M

Melisa Bulut

31 Oca Çar 21:35 (5 gün önce)

☆ 😊 ↶ ⋮

Sayın Hocam,

Merhabalar,

Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olduğunuz Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği'ni doktora tez çalışmamda kullanmak üzere izninizi arz ederim.

Saygılarımla, iyi günler dilerim.

a

Andaç Demirtaş Madran

Alici: ben

10:46 (4 saat önce)

☆ 😊 ↶ ⋮

Sayın Bulut,

Ölçeği çalışmanızda kullanmanız uygundur. Başarılar dilerim.

Broset Şiddet Listesi

M

Melisa Bulut

6 Şub Sal 13:21 (10 gün önce)

☆ 😊 ↶ ⋮

Sayın Hocam,

Merhabalar,

Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olduğunuz Broset Şiddet Listesi (Broset Violence Checklist)'ni doktora tez çalışmamda kullanmak için izninizi arz ederim.

Saygılarımla, iyi günler dilerim hocam.

Alici: ben

13:04 (51 dakika önce)

☆ 😊 ↶ ⋮

Sayın Melisa Bulut Merhabalar

Ölçeği kullanmanızdan memnuniyet duyanız. Ekte iki dosyada bilgiler yer almaktadır. Kolaylıklar dilerim.