

# Adli psikiyatri hastalarının şiddet davranışlarının tedaviye uyum ve umut düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi

*Investigation of the relationship between forensic psychiatry patients' violent behaviors and levels of treatment adherence and hope*

Hatice Polat<sup>1</sup>, Kerim Uğur<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dr. Öğr. Üyesi, Bingöl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Bingöl/ Türkiye  
<https://orcid.org/0000-0003-0444-3717>

<sup>2</sup>Dr. Öğr. Üyesi, Malatya Turgut Özal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye  
<https://orcid.org/0000-0002-3131-6564>

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma adli psikiyatri hastalarının şiddet davranışlarının tedaviye uyum ve umut düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Bu çalışma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tasarımda gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri Temmuz 2020–Ekim 2020 tarihleri arasında toplanmış olup, toplam 134 hasta çalışmaya katılmıştır. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Morisky Uyum Ölçeği, Taylor Suç Şiddet Derecelendirme Skalası ve Herth Umut Ölçeği kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırmaya katılan hastaların %40.3'ünün orta derecede şiddet davranışı sergilediği, %63.4'ünün tedaviye uyumlarının düşük düzeyde olduğu ve umut düzeylerinin  $40.14 \pm 21.80$  olduğu belirlenmiştir. Hastaların şiddet davranışlarının umut düzeyleri ve tedaviye uyumları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). **Sonuç:** Adli psikiyatri hastalarının çoğunun tedavi uyumunun düşük olduğu ve orta derecede şiddet davranışı sergilediği ve hastaların şiddet davranışı ile umut düzeyleri ve tedaviye uyumları arasında negatif bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Adli psikiyatri, şiddet, tedaviye uyum, umut

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2021;24:491-498)

DOI: 10.5505/kpd.2021.84704

## SUMMARY

**Objective:** This study was conducted to examine the relationship between violent behaviors of forensic psychiatry patients and their adherence to treatment and level of hope. **Method:** This study used a descriptive and correlational research design. July 2020–October 2020 data of the study was collected and a total of 134 patients participated in the study. A personal information form, Morisky Adherence Scale, Taylor crime violence Rating Scale and Herth Hope Scale were used for data collection. **Results:** It was determined that 40.3% of the patients participating in the study exhibited moderate violent behavior, 63.4% had low levels of adherence to treatment and hope levels were  $40.14 \pm 21.80$ . It was determined that there was a negative significant relationship between the levels of hope and treatment adherence of violent behavior of patients ( $p < 0.05$ ). **Discussion:** It was determined that most forensic psychiatry patients had low adherence treatment and moderate violent behavior, and that there was a negative association between patients violent behavior and their level of hope and adherence to treatment.

**Key Words:** Forensic psychiatry, violence, adherence treatment, hope

## GİRİŞ

Şiddet, Dünya Sağlık Örgütü (1) tarafından önemli bir sağlık sorunu kabul edilmiş ve bireyin kendisine, başkasına, belirli bir topluluk veya gruba yönelik olarak uyguladığı yaralama, ölüm, fiziksel zarar, bazı gelişim bozuklukları veya yoksunluk ile sonuçlanabilen, tehdit ya da fiziksel zor kullanma olarak tanımlanmıştır (1). Şiddet davranışı DSM-5 tanı kriterlerine göre bazı psikiyatrik hastalıkların bir belirtisi olarak kabul edilmiştir (2). Psikiyatrik hastalıkların şiddet davranışı ile ilişkisi yıllar boyunca araştırılmış, özellikle son yıllarda yapılan çalışmalarda ciddi ruhsal hastalığı olanlarda şiddet davranışı riskinin arttığı belirtilmiştir (3,4). Psikiyatrik hastalığı olanların, olmayanlarla karşılaştırıldığı bir çalışmada şiddet davranışı sıklığının ciddi psikiyatrik hastalığı olanlarda (şizofreni, duygudurum bozukluğu) 5 kez daha yüksek olduğu saptanmıştır (5) İsveç'te 1988-2001 yılları arasında tüm öldürme ve öldürmeye teşebbüs suçu işleyen mahkumların incelendiği bir çalışmada, insana yönelik şiddet suçu işlemiş kişiler içinde kişilik bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları da dahil tüm psikiyatrik bozuklukların oranının %90 olduğu belirlenmiştir (6). İngiltere, İskoçya ve Galler'de özel evlerde (private household) yaşayan 16-74 yaş arası 8886 kişide son 5 yıl içindeki şiddet davranışlarının incelendiği bir çalışmada, çalışmaya katılan kişilerin %12'sinin son 5 yıl içinde şiddet davranışında bulunduğu, şiddet davranışı sergileyen kişilerin %66'sında bir psikiyatrik bozukluk saptandığı bildirilmiştir (7). Bu çalışmalardan da anlaşıldığı üzere şiddet, ruhsal hastalığı olan kişilerde görülebilen sorunlu davranışlardan biri ve belki de en önemlisi olmakla birlikte psikiyatrik bozuklukların hepsinde şiddet davranışı riski aynı değildir (8,9). Psikiyatrik hastalığı olanların genel popülasyondan daha tehlikeli olmadıkları, ancak bu grubun içinde tehlikeli bir alt grubun olduğu ve bu grubun geçmiş suç öyküsü ve tedaviye uyumsuzluk gibi belirleyici özellikleri oldukları bulunmuştur (10,11). Şiddet davranışının başarılı bir şekilde yönetilmesi için tedaviye uyum çok önemlidir (4).

Dünya Sağlık Örgütü uyumu, 'tedavi gören, diyet uygulayan ve/veya yaşam biçimi değişiklikleri yapan bir kişinin davranışlarının bir sağlık profesyonelinin kabul görmüş önerilerine uyma derecesi' olarak

tanımlanmaktadır (12). Tedaviye uyumsuzluk birçok kronik hastalıkta görülmesine rağmen ruhsal bozukluklarda görülme oranı daha yüksektir (13). Psikiyatrik hasta gruplarında tedaviyi sürdürmeme, kontrol randevularına gelmeme gibi tedaviye uyumsuz davranış oranı %20-50 olarak bildirilmiştir (14). Ciddi ruhsal hastalıkların tedavisinde önemli bir rol oynayan tedaviye uyum, hasta ve hastanın çevresi, sağlık personeli ve sağlık hizmetlerinin sunumu gibi faktörlerden etkilenen, kompleks ve dinamik bir davranış sürecidir (15). Tedaviye uyumsuzluk; hastaneye yeniden yatış sayısını, morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır (16). Tedaviye uyumsuzluk, hastalıkların şiddetini ve tedavi masraflarını arttırmakta ve kişilerin psikiyatrik tedavilere olan inancını azaltmaktadır (16) Tedaviye olan inancın azalmasının hastalarda umutsuzluk düşüncesini tetikleyeceği düşünülmektedir. Umutsuzluk, hastaların tedaviye uyumlarını, çaba göstermelerini, motivasyonlarını ve hastalıkla baş etmelerini etkilemektedir (17). İyileşmeyi olumlu yönde etkileyen faktörlerden biri olan umut, düşünce ve davranışları etkilediğinden hastalığa uyumda ve iyilik halinin devam etmesinde önemli bir bileşendir (18). Umutsuzluk bireyleri, önce şiddete, daha sonra iyileşme olasılığı konusunda nihilist bir duruşa iter (19). Bir hedefe ulaşma beklentisi olan umut, adli hastaların iyileşmesine yardımcı olan iyileştirici etkiler arasında belirgin bir şekilde yer almaktadır (19).

Ülkemizde ruhsal hastalığı nedeniyle işlediği iddia edilen suça yönelik ceza sorumluluğu bulunmayan kişiler, toplum güvenliği için yargı kararıyla zorunlu klinik tedavi amacıyla hastaneye gönderilirler. Zorunlu klinik tedavi sürecinin sona ermesi için kişinin psikiyatrik hastalığı nedeniyle toplum için tehlikeliliğinin önemli ölçüde azalmış olması ya da ortadan kalkması gerekmektedir. Tedaviye uyumsuzluk ya da hastalığın gidişinin kötüleşmesi halinde hastalar yeniden hastaneye gönderilirler (11). Adli psikiyatrik bakımın genel hedeflerinden biri, yeni suçları önlemek ve hastalar tarafından uygulanan şiddet eylemlerini en aza indirmektir (20,21). Ruhsal hastalığı olan kişilerde şiddet davranışını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, hem hastayı hem toplumu korumak açısından önemlidir. Hastaların şiddet davranışlarının tedaviye uyum ve umut düzeyleri ile arasındaki ilişkinin belirlenmesi yaşanan şiddet ve suç olaylarını azalt-

maya yönelik olası müdahalelerin planlanması açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle bu çalışma adli psikiyatri hastalarının şiddet davranışlarının tedaviye uyum ve umut düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

## YÖNTEM

### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tasarımda gerçekleştirilmiştir. Araştırma, Türkiye’de bir Şehir Hastanesinde bulunan Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri(YGAP) Hastanesi’nde Temmuz 2020 – Ekim 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, YGAP hastanesindeki servislerde yatırılarak koruma ve tedavi altında bulunan hastalar oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, araştırmanın evreni içerisinden araştırmaya alınma kriterlerini taşıyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 134 hasta çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Çalışmanın yapıldığı YGAP hastanesinde sadece erkek hastalar olduğu için çalışmanın örneklemini erkek hastalar oluşturmuştur. Çalışmamızın, araştırmaya alınma kriterlerini; koruma ve tedavi amaçlı yatan hasta olması, hastanın remisyonda olması, araştırma formlarının doldurulmasına engel olacak düzeyde fiziksel (konuşma, işitme bozukluğu vb.) ve nörolojik bozuklukların olmaması, 18-65 yaş arasında olması, iletişim problemlerinin bulunmaması ve iş birliğine açık olması, araştırmaya katılmak için gönüllü olması oluşturmaktadır. Çalışmamızın, araştırmadan dışlama ölçütlerini ise; zekâ geriliği olması, hastalarda psikotik bozukluğa bağlı yeti yitimi oluşması, 18-65 yaş aralığında olmaması, hastanın çalışmaya katılmaya gönüllü olmaması oluşturmıştır.

### Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından hazırlanan ve katılımcıların demografik özelliklerinin yer aldığı Kişisel Bilgi Formu ile Morisky Uyum Ölçeği, Taylor Suç Şiddet Derecelendirme Skalası ve Herth Umut Ölçeği kullanılmıştır.

*Kişisel Bilgi Formu:* Kişisel bilgi formu, araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı bilgilerini içeren, araştırmacı tarafından hazırlanan formdur.

*Morisky Uyum Ölçeği:* Morisky ve arkadaşları (1986) tarafından geliştirilen tedaviye uyum ölçeğinin, Yılmaz (2004) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek, ilaç uyumunu ölçen dört sorudan oluşmaktadır. Sorular “evet/hayır” şeklinde yanıtlanmaktadır. Soruların tümüne “hayır” denmişse ilaç uyumu yüksek, bir veya iki soruya “evet” denmişse ilaç uyumu orta, üç veya dört soruya evet denmişse ilaç uyumu düşük olarak değerlendirilir (23,23).

*Taylor Suç Şiddet Derecelendirme Skalası:* Taylor tarafından 1985’te geliştirilmiştir (24). 5 maddeden oluşan Suç Şiddet Derecelendirme Skalası, Suç şiddetini (0) Şiddet dışı, (1) Minimal şiddet, (2) Orta derecede şiddet, (3) Orta derecede ciddi şiddet ve (4) Ciddi derecede şiddet şeklinde derecelendirilmiştir.

*Herth Umut Ölçeği:* Herth Umut Ölçeği, Minnesota Üniversitesi Sağlık ve Hemşirelik Koleji Dekanı Dr. Herth tarafından 1991 yılında bireylerin umut düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (25). Dr. Herth, ölçeği uyguladığı örneklem için yaptığı güvenilirlik analizlerinde iç tutarlılık katsayılarını kanserli hastalar için 0.89, yaşlı bireyler için 0.94, sağlıklı yetişkinler için 0.92 olarak bulmuştur. Aslan ve ark.(2006) tarafından ölçeğin Türkçe’ye uyarlama çalışması yapılarak iç tutarlılık katsayısı 0.84 olarak bulunmuştur (26). Bu değerler, ölçeğin “Yüksek” güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir. Ölçeğin kapsamında 30 madde bulunmaktadır. Ölçek 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar “Gelecek” (1, 4, 6, 11, 20, 23, 25, 27, 28, 30), “Olumlu hazır oluşluk ve beklenti” (5, 7, 9, 13, 15, 17, 19, 21, 26, 29) ve “Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar” (2, 3, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 22, 24) alt boyutlarıdır. Olumsuzluk ifade eden maddeler, puanlama sırasında ters çevrilmektedir. Bu maddeler şunlardır: 6, 10, 13, 17, 22, 26. Alınan yüksek puanlar, umudun yüksek olduğunu göstermektedir. Dr.Herth, ölçeği uyguladığı örneklem için yaptığı güvenilirlik analizlerinde Cronbach  $\alpha$  katsayılarını kanserli hastalar için 0.89, yaşlı bireyler için 0.94, sağlıklı

**Tablo 1.** Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş		
30 ve altı yaş	43	32.1
31- 40 yaş	53	39.6
41 ve üzeri	38	28.4
Medeni Durum		
Bekar	90	67.2
Evli	32	23.9
Boşanmış	12	9
Eğitim Durumu		
Okur- yazar değil	4	3.0
Okur- yazar	18	13.4
İlköğretim	71	53.0
Lise	32	23.9
Üniversite	9	6.7
Yaşanılan yer		
Şehir	63	47.0
İlçe- Kasaba	55	41.0
Köy	16	11.9
Kiminle yaşıyor:		
Aile	112	83.6
Yalnız	22	16.4
Mesleği		
Çalışıyor	40	29.9
Çalışmıyor	94	70.1
Gelir durumu		
Düşük	62	46.3
Orta	47	35.1
İyi	25	18.7
Alkol – Madde kullanma öyküsü		
Evet	33	24.6
Hayır	101	75.4
Çocuklukta aile içi şiddet öyküsü		
Evet	64	47.8
Hayır	70	52.2
Hastalık Tanısı		
Psikotik Bozukluklar	101	75.4
Duygu durum bozuklukları	28	20.9
Kişilik Bozuklukları	5	3.7
Hastalık Süresi		
0-5 yıl	30	22.4
6- 10 yıl	44	32.8
11 yıl ve üzeri	60	44.8
Akrabada Psikiyatrik Hastalık Öyküsü		
Evet	33	24.6
Hayır	101	75.4

yetişkinler için 0.92 olarak bulmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri ise 0.95 olarak saptanmıştır.

### Verilerin Toplanması

Çalışmanın verileri araştırmacı tarafından Adli Psikiyatri servislerinde bulunan rehabilitasyon odalarında yaklaşık 10-15 dakika yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Hastalar ile görüşme öncesi, araştırmanın amacı ve hedefleri, araştırmadan sağlanacak yararlar, görüşme için harcayacağı zaman konusunda açıklamalar yapılmış, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Toplanan veriler bilgisayar ortamına aktarılarak istatistik paket programları ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzdelik dağılımlar, ortalama, standart sapma, cronbach alpha katsayısı ve pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

### Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için İnönü Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (Belge no:2020/121) ve araştırmanın gerçekleştirileceği hastaneden yazılı izinler alınmıştır. Bilgi edinilen tüm araştırmalarda cevapların gönüllü olarak verilmesi gözetilmiş, araştırmanın amacı ve elde edilen sonuçların hangi amaçlarla kullanılacağı katılımcılara açıklandıktan sonra onayları (bilgilendirilmiş onay ilkesi) sözlü ve yazılı olarak

**Tablo 2.** Hastaların ilaç uyumu ve şiddet davranışlarının dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Şiddet Davranışı	Tamamen Şiddet Dışı	1	0.7
	Minimal Şiddet	12	9.0
	Orta Derecede Şiddet	54	40.3
	Orta Derecede Ciddi Şiddet	23	17.2
	Ciddi Şiddet	44	32.8
Tedaviye Uyum	İlaç uyumu Düşük	85	63.4
	İlaç Uyumu Orta	42	31.3
	İlaç Uyumu Yüksek	7	5.2

alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere, kendileri ile ilgili bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı konusunda açıklama yapılmış ve “gizlilik ilkesine” uyulmuştur. Araştırma, Helsinki Bildirgesi Prensipleri’ne uygun olarak yürütülmüştür.

## BULGULAR

Adli psikiyatri hastalarının sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde hastaların 53’ünün (%39.6) 31-40 yaş aralığında olduğu, 90’ının (%67.2) bekâr olduğu, 71’inin (%53.0) ilköğretim mezunu olduğu, 63’ünün (%47.0) şehirde yaşadığı, 112’sinin (%83.6) ailesi ile yaşadığı ve 94’ünün (%70.1) çalışmadığı, 62’sinin (%46.3) gelir düzeyinin düşük olduğu, 101’inin (%75.4) alkol-madde kullanım öyküsünün olmadığı, 64’ünün (%47.8) aile içi şiddet öyküsünün olduğu, 60’ının (%44.8) 11 yıldan daha fazla süredir psikiyatrik hastalığının olduğu ve 101’inin (%75.4) ailelerinde psikiyatrik hastalık olmadığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hastaların 101’inin (%75.4) psikotik bozukluk, 28’inin (%20.9) duyu durum bozukluğu ve 5’inin (%3.7) ise kişilik bozukluğu tanısı ile takip edildiği belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların 1’inin (%0.7) tamamen şiddet dışı kaldığı, 12’sinin (%9.0) minimal şiddet, 54’ünün (%40.3) orta derecede şiddet, 23’ünün (%17.2) orta derecede ciddi şiddet, 44’ünün (%32.8) ise ciddi şiddet davranışı sergilediği belirlenmiştir (Tablo 2).

Çalışmaya katılan hastaların 85’inin (%63.4) ilaç uyumunun düşük, 42’sinin (%31.3) ilaç uyumunun orta, 7’sinin (%5.2) ise ilaç uyumunun yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

**Tablo 3.** Hastaların Herth Umut ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

Ölçekler	Min -Max	Mean ± Std. Deviation
Gelecek	0-30	12.90±7.57
Olumlu hazır oluşluk ve beklenti	0-30	13.50±7.56
Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar	0-30	13.74±7.85
Toplam	0-90	40.14±21.80

Ortalama±Standart sapma.

Araştırmaya katılan hastaların HUÖ ve alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 3), ölçek toplam puan ortalamasının  $40.14 \pm 21.80$ , gelecek alt boyutu puan ortalamasının  $12.90 \pm 7.57$ , olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt boyutu puan ortalamasının  $13.50 \pm 7.56$ , kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt boyutu puan ortalamasının  $13.74 \pm 7.85$  olduğu belirlenmiştir.

Hastaların HUÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamaları ile şiddet davranışları ve tedaviye uyumlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 4); HUÖ toplam puanı ve tüm alt boyutları ile şiddet davranışları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Hastaların HUÖ toplam puanı, olumlu hazır oluşluk ve beklenti ve kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar alt boyutları ile tedaviye uyumları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Hastaların HUÖ ölçeğinin gelecek alt boyutu ile tedaviye uyumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların şiddet davranışları ile tedaviye uyumlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 5), hastaların şiddet davranışları ile tedaviye uyumları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.01$ ).

## TARTIŞMA

Çalışmamızda elde edilen önemli bulgulardan bir tanesi adli psikiyatri hastalarının tedavi uyumlarının azaldıkça şiddet davranışlarının arttığı saptanmasıdır. Örneklemimizin tanı dağılımı incelendiğinde, hastaların 101’inin psikotik bozukluk, 28’inin bipolar bozukluk, 5’inin ise ise

**Tablo 4.** Hastaların Herth Umud Ölçeği puan ortalaması ile şiddet davranışları ve tedaviye uyumları arasındaki ilişki

Ölçekler	Şiddet Davranışı	Tedaviye Uyum
Gelecek	-.199*	.165
Olumlu Hazır Oluşluk ve Beklenti	-.210*	.171*
Kendisi ve Çevresindekilerle Arasındaki Bağ	-.224**	.204*
Toplam	-.223**	.190*

\* p&lt;0.05 anlamlı \*\* p&lt;0.01 anlamlı Pearson kolerasyon analizi

kişilik bozukluğu tanısı ile takip edildiği görülmektedir. Psikotik bozukluk tanılı hastalarda tedavi uyumsuzluğu yaygın görülen bir durumdur (16,27,28). Bunun yanında bipolar bozuklukta da tedavi uyumsuzluğu sık karşılaşılan ve hastalığın seyrini olumsuz etkileyen önemli faktörlerdendir (29). Şiddet eyleminin psikotik belirtilerle yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir (30). Özellikle psikotik bozukluklarda tedavi uyumsuzluğu durumunda şiddet davranışı ile ilişkili bulunan psikotik belirtiler alevlenebilir. Bipolar bozuklukta şiddet davranışı en sık akut hastalık döneminde görülmektedir. 2016 yılında bipolar bozukluk tanılı hastalarda yapılan bir çalışmada ilaç tedavisine uyumsuzluğun ve bazı diğer faktörlerin şiddet davranışı ile ilgili olduğu gösterilmiştir (31). Şiddet davranışının değişkenlerinden biri olan tedavi uyumunun artırılmasının psikiyatrik hastalarda şiddet davranışının önüne geçmek için önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda, hastaların umut düzeylerinin düşükçe şiddet davranışı sergileme olasılıklarının arttığı ve gelecek alt boyutu dışında tüm alt boyutlarıyla umut düzeyi arttıkça tedavi uyumlarının arttığı saptanmıştır. Umudun mental hastalığı olan bireylerin, hastalıklarının üstesinden gelmelerine yardım eder (32). Bunun yanında umut olumlu ve iyi bir gelecek beklentisi ile özdeşleşir (33). Umudun düzeyinin yüksek olmasının hastalıklarda tedavi yolları arama, olumsuz durumlarda çözüm yolu arayabilme ve etkili baş etme davranışları sergileme ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (34). Şizofreni hastalarında umut düzeylerinin fonksiyonel iyileşmeye olumlu katkısı olduğu gösterilmiştir (35). Bunun yanında yine şizofreni hastalarında kendine yönelik şiddetin en ağır tablosu olan intihar ile umut düzeyleri arasında negatif ilişki olduğu gösterilmiştir (36). Ayrıca şizofreni hastalarında umut ile içgörü arasında önemli bir ilişki olduğu gösterilmiştir (37). Hem kişilerin sorunlarla baş etme mekanizmalarını

olumlu etkilemesiyle hem de tedavi uyumuna olumlu katkıları nedeniyle umut düzeyinin artması ile şiddet davranışının azalması ve tedavi uyumunun artmasını saptamamızın literatüre önemli bir katkı sağlayacağını ve psikiyatrik hastalıklarda umut düzeyini artıracak yöntemlerin uygulanmasının şiddet davranışının önüne geçilmesinde etkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızın sosyodemografik verileri incelendiğinde suç işleyen hastalarda çoğunluğu psikotik bozukluk ve bipolar bozukluk hastalarının oluşturduğu görülmektedir. Şiddet davranışı için önemli bir değişken olan psikotik semptomların sıkça görüldüğü bu iki grupta şiddet davranışının fazla olması literatür ile uyumludur (38-41). Kişilik bozuklukları da şiddet davranışının yaygın olduğu bir gruptur. Adli psikiyatri servislerinde daha çok akut alevlenme halinde suç işleyen psikiyatrik hastalıklara daha sıklıkla tedavi edildiği için kişilik bozuklukları görece daha az tedaviye alınabilir. Ayrıca 'kişilik bozukluğu' tanısı işlenen fiilin hukuki sonuçlarını algılama yeteneğini daha az bozar, bu olası nedenle de bu kişiler psikiyatri servisine değil cezaevine gönderilir. Örneğimizde şiddet davranışının 40 yaş altı grupta daha sık olduğu belirlenmiştir. Çoğunluğunu psikotik bozukluğun oluşturduğu örneğimizde belirtilen yaş grubu yeti yıkımının henüz gelişmediği ve şiddet davranışı ile yakından ilişkili pozitif belirtilerin daha sık olduğu bir yaş grubudur. Çalışmaya katılan hastaların çoğunun çalışmadığı belirlenmiştir. Bu sonuç literatürle uyumludur (42). Bu durumun umut düzeyi azalan hastaların, tedavi uyumlarının azalmasıyla birlikte olası iş edineme ve/veya iş kaybının artmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Literatür ile uyumlu biçimde düşük sosyoekonomik duruma sahip olan hastalarda şiddet davranışının daha fazla oranda olduğu saptanmıştır.

**Tablo 5.** Hastaların şiddet davranışları ve tedaviye uyumları arasındaki ilişki

Ölçekler	Tedaviye Uyum
Şiddet Davranışı	-.260**

\*\*p&lt;0.01 anlamlı Pearson kolerasyon analizi

## Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir merkezde yapılması, araştırmanın belli zaman aralığında başvuran hastaları kapsamaması bu araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

## SONUÇ

Çalışmamızda Adli psikiyatri hastalarının çoğunun ilaç uyumunun düşük olduğu, orta derecede şiddet davranışı sergilediği ve hastaların şiddet davranışı

ile umut düzeyleri ve tedaviye uyumları arasında negatif bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmanın şiddet davranışını ve suçu önlemeye yönelik oluşturulabilecek psikiyatrik rehabilitasyon çalışmaları için yönlendirici olacağı düşünülmektedir.

Yazışma Adresi: Dr. Öğr. Üyesi Hatice Polat, Bingöl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Bingöl/ Türkiye  
hatice\_ce.polat@hotmail.com

## KAYNAKLAR

1. World Health Organization. (2002). National suicide prevention strategies: Progress, examples and indicators. Geneva: WHO.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Çeviri Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, 5. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2014.
3. Schanda H, Stompe T, Ortwein-Swoboda G. Increasing criminality in patients with schizophrenia: Fiction, logical consequence or avoidable side effect of the mental health reforms? *Neuropsychiatr* 2010; 24: 170-81.
4. Volavka J. Violence schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatria Danubina* 2013; 25: 24-33.
5. Brennan P, Mednick S, Hodgins S. Major mental disorder and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arc Gen Psychiatry* 2000; 57: 494-500.
6. Fazel S, Grann M. Psychiatric Morbidity Among Homicide Offenders: A Swedish Population Study. *Am J Psychiatry* 2004; 161:2129-31.
7. Coid J, Yang M, Roberts A, Ullrich S, Moran P, Bebbington P, Brugha, T, Jenkins R, Farrell M, Lewis G, Singleton N. Violence and psychiatric morbidity in anational household population-a report from the itish household survey. *Am J Epidemiol* 2006; 164: 1199-1208.
8. Öncü F, Sercan M, Ger C, Bilici R, Ural C, Uygur N. Sosyoekonomik Etmelerin ve Sosyodemografik Özelliklerin Psikotik Olguların Suç İşlemesinde Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18(1):4-12
9. Almvik R, Woods P. Short-term risk prediction: The Brøset Violence Checklist. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing* 2003; 10: 2, 236-238.
10. Yee N, Large M, Kemp R ve ark. Severe non-lethal violence during psychotic illness. *Aust N Z J Psychiatry* 2011; 45:466-72.
11. İnan S, Yıldızhan E, Öncü F. İnsana yönelik ciddi suç işleyen adli psikiyatri olgularının hastalık öyküleri, sosyodemografik ve suç özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2018; 29: 258-268.
12. World Health Organization. Adherence to Long Term Therapy: Evidence for Action. 2003. [http://www.who.int/chronic\\_conditions/adherencereport/en/](http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en/) 18.11.2020
13. Dikeç G, Kutlu Y. Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumunu artırmak için bir yöntem: tedaviye uyum programı. *Journal of Psychiatric Nursing* 2015; 6:40-46.
14. Bahar G, Savaş HA, Ünal A, Savaş E, Kaya H, Bahar A. Morisky Tedavi Uyum Ölçeğinin iki uçlu duygudurum bozukluğu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2014; 15:141-149.
15. Kelleci M, Ata EE. Psikiyatri kliniği'nde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing* 2011; 2(3):105-110.
16. Demirkol ME, Tamam L, Evlice YE, Karaytuğ MO. Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumu. *Çukurova Medical Journal* 2015; 40 (3):555-568.
17. Arslantaş H, Adana F, Kaya F, Turan D. Yatan hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.* 2010; 18(2): 87-97.
18. McCann TV. Uncovering hope with clients who have psychotic illness. *Journal of Holistic Nursing* 2002; 20: 81-99.
19. Hillbrand M, Young JL. Instilling Hope Into Forensic Treatment: The Antidote to Despair and Desperation. *J Am Acad Psychiatry Law* 2008; 36:90-4.
20. Horberg U, Sjogren R, Dahlberg K. To be strategically struggling against resignation: The lived experience of being cared for in forensic psychiatric care. *Issues in Mental Health Nursing* 2012; 33: 743-751.
21. Askola R, Nikkonen M, Paavilainen E, Soininen P, Putkonen H, Louheranta O. Forensic psychiatric patients' perspectives on their care: A narrative View. *Perspectives in Psychiatric Care* 2016; 54: 1-10.
22. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medicine Care* 1986; 24, 67-74.
23. Yılmaz S. Psikiyatri Hastalarında İlaç Yan Etkileri ve İlaç Uyumu. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi 2004.

24. Taylor PJ. Motives for Offending Among Violent and Psychotic Men. *Br J Psychiatry* 1985; 147: 491-498.
25. Herth K. Development and refinement of an instrument to measure hope, *Scholarly Inquiry for Nursing Practice* 1991; 5(1):39-51.
26. Aslan Ö, Sekman K, Vural H. Öğrenci hemşirelerde umut, *Hospital Life*; 2006, 1(2)61-63.
27. Dencker SJ, Liberman RP. From compliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol* 1995; 9(Suppl) 5:75-78.
28. Dilbaz N, Karamustafaloğlu O, Oral T, Önder E, Çetin M. Evaluation of compliance to treatment and factors affecting compliance for schizophrenia outpatients. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni* 2006; 16:223-232.
29. Soykan A. İki uçlu bozuklukta tedavi uyumunu arttırma stratejileri. *Journal of Mood Disorders* 2013; 3(Suppl. 1):9-10.
30. Krakowski M, Czobar P, Chou JC. Course of violence in patients with schizophrenia: Relationship to clinical symptoms. *Schizophr Bull* 1999; 25(3):505- 17.
31. Belete H, Mulat H, Fanta T, Yimer S, Shimelash T, Ali T, ve Tewabe T. Magnitude and associated factors of aggressive behaviour among patients with bipolar disorder at a manual specialized hospital, out patient department, addis ababa, ethiopia: cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2016; 16(1), 443.
32. Fitzgerald R. The sources of hope. New York: Pergamon 1979; p.224-254.
33. Landeen J, Pawlick J, Woodside H, Kirkpatrick H, Byrne C. Hope, quality of life, and symptom severity in individuals with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2000; 23(4):364-369.
34. Schrank B, Hayward M, Stanghellini G, Davidson L. Hope in psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment* 2011 ;17(3):227-235.
35. Coşkun E, Altun ÖŞ. The Relationship between the hope levels of patients with schizophrenia and functional recovery. *Archives of psychiatric nursing* 2017; Baskıda.
36. Lyu J, Zhang J. Characteristics of schizophrenia suicides compared with suicides by other diagnosed psychiatric disorders and those without a psychiatric disorder. *Schizophrenia Research* 2014; 155(1):59-65.
37. Lysaker PH, Campbell K, Johannesen JK. Hope, awareness of illness, and coping in schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2005 ;193(5):287–292.
38. Violence and Psychiatric Disorders: Results from an Epidemiological Study of Young Adults in Israel *Psychiatric Quarterly Ann Stueve & Bruce G. Link* 1997; 68, pages 327–342.
39. Elkington KS, Teplin LA, Abram KM, Jakubowski JA, Dulcan MK, Welty LJ. Psychiatric Disorders and Violence: A Study of Delinquent Youth After Detention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2015; 54(4), 302–312.e5. doi:10.1016/j.jaac.2015.01.002.
40. Schanda H, Stompe T, Ortwein-Swoboda G. Increasing criminality in patients with schizophrenia: Fiction, logical consequence or avoidable side effect of the mental health reforms? *Neuropsychiatr* 2010; 24(3):170-81.
41. Theodore B, Feldmann MD. Bipolar disorder and violence. *Psychiatric Quarterly* 2001; Vol. 72, No. 2.
42. Dilbaz N. Şiddet riskinin değerlendirilmesi ve saldırgan hastaya yaklaşım. *Klinik Psikiyatri*. 1999; 2:179-188.