



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DOKTORA
TEZİ**

**ŞİZOFRENİ HASTALARINA UYGULANAN
SOSYAL BECERİ GELİŞTİRMEYE ODAKLI
GRUP PSİKOEĞİTİMİNİN İLAÇ UYUMU,
YAŞAM KALİTESİ,İYİLİK HALİ VE
SOSYAL İYİ OLUŞA ETKİSİ**

MERVE KIZILIRMAK TATU

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

EKİM 2019



**ŞİZOFRENİ HASTALARINA UYGULANAN
SOSYAL BECERİ GELİŞTİRMEYE ODAKLI GRUP PSİKOEĞİTİMİNİN
İLAÇ UYUMU, YAŞAM KALİTESİ,
İYİLİK HALİ VE SOSYAL İYİ OLUŞA ETKİSİ**

Merve KIZILIRMAK TATU

**DOKTORA TEZİ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

EKİM 2019

Merve KIZILIRMAK TATU tarafından hazırlanan “ŞİZOFRENİ HASTALARINA UYGULANAN SOSYAL BECERİ GELİŞTİRMEYE ODAKLI GRUP PSİKOEĞİTİMİNİN İLAÇ UYUMU, YAŞAM KALİTESİ, İYİLİK HALİ VE SOSYAL İYİ OLUŞA ETKİSİ” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / ~~OY ÇOKLUĞU~~ ile Gazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalında DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Satı DEMİR

Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Başkan: Prof. Dr. Fatma ÖZ

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Lokman Hekim Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum

Üye: Prof. Dr. Hülya BULUT

Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum

Üye: Doç. Dr. Nurcan ÇALIŞKAN

Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum

Üye: Doç. Dr. Çiğdem YÜKSEL

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum

Üye: Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Hacettepe Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum

Tez Savunma Tarihi: 31/10/2019

Jüri üyeleri tarafından DOKTORA tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

.....
Prof. Dr. Mustafa ASLAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına 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.

Merve KIZILIRMAK TATU

31/10/2019

ŞİZOFRENİ HASTALARINA UYGULANAN
SOSYAL BECERİ GELİŞTİRMeye ODAKLI GRUP PSİKOEĞİTİMİNİN İLAÇ
UYUMU, YAŞAM KALİTESİ,
İYİLİK HALİ VE SOSYAL İYİ OLUŞA ETKİSİ
(Doktora Tezi)

Merve KIZILIRMAK TATU

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Ekim 2019

ÖZET

Bu çalışma, şizofreni hastalarına uygulanan sosyal beceri geliştirmeye odaklı grup psikoeğitiminin ilaç uyumu, yaşam kalitesi, iyilik hali ve sosyal iyi oluşa etkisini belirlemek amacıyla ön test - son test ve izleme desenli kontrol gruplu müdahale araştırma tasarımı kullanılarak yürütülmüştür. Çalışma, Ocak 2019 - Haziran 2019 tarihleri arasında Karabük Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde izlenen ve çalışmanın kriterlerine uyan, müdahale grubu (n=21) ve kontrol grubu (n=21), toplam 42 şizofreni tanılı hasta ile yapılmıştır. Müdahale grubuna haftada bir gün, ortalama 60 dakika süren, toplam sekiz oturumdan oluşan psikoeğitim programı uygulanmıştır. Müdahale ve kontrol grubu psikoeğitim öncesi (ön test), psikoeğitim sonrası (son test) ve üç ay sonrasında (izlem) “Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği”, “Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği”, “İyilik Hali Ölçeği” ve “Sosyal İyi Olma Ölçeği” ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde Ki – kare (X^2), t-testi, Mann Whitney U testi, Friedman testi, Wald istatistiği, Bonferroni düzeltmesi, Dunn-Sidak testi, Spearman korelasyon katsayısı, Kendall W uyum katsayısı, ve regresyon analizi kullanılmıştır. Müdahale grubundaki hastaların son test ve izlem değerlendirmesinde ilaç uyumu, yaşam kalitesi ve iyilik hali puan ortalamalarının arttığı, sosyal iyi olma puan ortalamalarının ise azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Müdahale grubu ile kontrol grubu arasında ilaç uyumu, yaşam kalitesi ve iyilik hali ön test-son test ve ön test-izlem testi puanları açısından anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ayrıca, hastaların iyilik hali arttıkça yaşam kalitelerinin de arttığı saptanmıştır. Böylece, şizofreni hastalarına uygulanan sosyal beceri geliştirmeye odaklı grup psikoeğitiminin ilaç uyumu, yaşam kalitesi ve iyilik halini arttırdığı belirlenmiştir. Sosyal beceri geliştirmeye odaklı psikoeğitim programının şizofreni hastaları üzerine bu olumlu etkileri göz önüne alındığında TRSM’de izlenen hastalarda kullanılması önerilebilir.

Bilim Kodu : 1032.2
Anahtar Kelimeler : Şizofreni, Psikoeğitim, İlaç Uyumu, Yaşam Kalitesi, İyilik Hali, Sosyal İyi Olma
Sayfa Adedi : 121
Danışman : Doç. Dr. Satı DEMİR

THE EFFECT OF GROUP PSYCHOEDUCATION
FOCUSED ON SOCIAL SKILL DEVELOPMENT
APPLIED TO SCHIZOPHRENIA PATIENTS ON DRUG COMPLIANCE,
QUALITY OF LIFE, WELL-BEING AND SOCIAL WELL-BEING
(Ph.D. Thesis)

Merve KIZILIRMAK TATU

GAZİ UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

October 2019

ABSTRACT

This study was carried out in order to determine the effect of group psychoeducation focused on social skills improvement conducted schizophrenia patients on drug compliance, quality of life, well-being and social well-being by using pre test-post test and follow-up design control group. The study, between January 2019 and June 2019, was conducted with the intervention group (n=21) and the control group (n=21), a total of 42 patients diagnosed with schizophrenia who complied with criteria of the study and was followed up at the Karabük Community Mental Health Center and the Psychiatric Outpatient Clinic of Karabük Education and Research Hospital. The intervention group received a psychoeducation program, consisting of eight sessions, which lasted an average of 60 minutes, one day a week. Intervention and control group was evaluated with the “Medication Adherence Rating Scale (MARS)”, “Quality of Life Scale for Schizophrenia (QLSS)”, “Well-being Scale” and “Social Well-being Scale” at the pre-psychoeducation (pre-test), post-psychoeducation (last-test) and three months after (follow-up). Chi Square (X^2), T-test, Mann Whitney U Test, Friedman Test, Wald statistics, Bonferroni Correction, Dunn-Sidak Test, Spearman’s Coefficient of Correlation, Kendall’s Coefficient of Concordance W, simple linear regression analysis were used in the evaluation of data. It was determined that the average of the drug compliance, quality of life and well-being scores increased, but the average of social well-being scores decreased in the post test and follow-up evaluation of the patients in the intervention group ($p<0.05$). It was determined that there was a significant difference between the intervention group and the control group in terms of drug compliance, quality of life and well-being pre test-post test and pre test-follow-up test scores ($p<0.05$). In addition, quality of life of patients increased as well as well-being increased. Thus, it was determined that group psychoeducation focused on improving social skills conducted with schizophrenia patients increased drug compliance, quality of life and well-being. Considering these positive effects on schizophrenic patients of psychoeducation program, which is focused on developing social skills, may be recommended for being used on the patients monitored at CMHC.

Science Code : 1032.2

Keywords : Schizophrenia, Psychoeducation, Drug Compliance, Quality of Life, Well-Being, Social Well-Being

Page Number : 121

Advisor : Assoc. Prof. Dr. Sati DEMİR

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim ve tez çalışma sürecim boyunca değerli yardım ve katkılarıyla bana yol gösteren, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, zamanını ve emeğini esirgemeyen saygı değer danışman hocam Doç. Dr. Satı DEMİR'e,

Tez çalışma sürecim boyunca değerli öneri ve eleştirilerinden yararlandığım, bilgi ve tecrübelerini eksik etmeyen Prof. Dr. Hülya BULUT ve Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ'a,

Tez sürecim boyunca desteklerini bir an olsun eksik etmeyen Karabük Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanlarına,

Tez uygulama sürecimde katkılarıyla bana destek veren Karabük Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğinde takip edilen hastalara,

Her daim yanımda olan ve desteklerini her an hissettiğim aileme ve eşim Sercan TATU'ya çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Şizofreni	7
2.1.1. Epidemiyoloji.....	7
2.1.2. Etiyoloji.....	7
2.1.3. Klinik belirti ve bulgular	10
2.1.4. Tanı	11
2.1.5. Seyir ve prognoz	12
2.1.6. Tedavi.....	13
2.2. Şizofreni ve Tedaviye Uyum	16
2.3. Şizofreni ve Yaşam Kalitesi.....	17
2.4. Şizofreni ve İyilik Hali.....	18
2.5. Şizofreni ve Sosyal İyi Oluşluk.....	20
2.6. Şizofreninin Psikososyal Rehabilitasyonu	22
2.7. Şizofreni ve Psikoeğitim	23
2.8. Şizofreni ve Psikiyatri Hemşireliği	25
3. YÖNTEM.....	29

	Sayfa
3.1. Araştırmanın Tipi	29
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	29
3.3. Araştırma Yeri ve Özellikleri	29
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	30
3.5. İşleme ve Dışlama Kriterleri	31
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	32
3.7. Veri Toplama Araçları	32
3.7.1. Katılımcı bilgi formu	32
3.7.2. Tıbbi tedaviye uyum oranı ölçeği	32
3.7.3. Şizofreni hastaları için yaşam niteliği ölçeği	33
3.7.4. İyi hali ölçeği	33
3.7.5. Sosyal iyi olma ölçeği	34
3.7.6. Psikoeğitim programının geliştirilmesi	34
3.8. Araştırmanın Ön Uygulaması	36
3.9. Uygulama	36
3.9.1. Araştırmanın konsort şeması.....	38
3.9.2. Araştırmanın uygulaması	39
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	40
3.12. Araştırmanın Etik Boyutu	40
4. BULGULAR	41
4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	41
4.2. Hastaların Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular	42
4.3. Hastaların Ölçek Etki Büyüklüklerine İlişkin Bulgular	45
4.4. Ölçekler Arası İlişkilerle İlgili Bulgular	47
4.5. Ölçeklerin Zaman İçindeki Değişim İlişkisi ile İlgili Bulgular	48
5. TARTIŞMA	51

Sayfa

5.1. Sosyal Beceri Geliştirmeye Odaklı Grup Psikoeğitiminin İlaç Uyumu, Yaşam Kalitesi, İyilik Hali ve Sosyal İyi Oluşa Etkisi	53
5.2. Ölçeklerin Zaman İçindeki Değişim İlişkisi	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	59
KAYNAKLAR	61
EKLER.....	77
EK-1. Bilgilendirilmiş Onam Formu	78
EK-2. Katılımcı Bilgi Formu	79
EK-3. Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği.....	80
EK-4. Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği.....	81
EK-5. İyilik Hali Ölçeği.....	100
EK-6. Sosyal İyi Olma Ölçeği	101
EK-7. Psikoeğitim Oturumları	102
EK-8. Kurum İzni	116
EK-9. Etik Kurul Onayı	117
ÖZGEÇMİŞ	119

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 3.1. $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde Kapsam Geçerlik Oranları (KGO) için minimum değerler	35
Çizelge 3.2. Psikoeğitim oturumları	36
Çizelge 4.1. Hastaların tanımlayıcı özellikleri.....	41
Çizelge 4.2. Hastaların ön test ölçek puanlarının dağılımı	42
Çizelge 4.3. Hastaların ön test, son test ve izlem ölçek puanlarının dağılımı	42
Çizelge 4.4. Hastaların ölçek puanlarının grup, zaman ve grup*zaman etkileşimleri....	44
Çizelge 4.5. Hastaların ölçek etki büyüklükleri.....	45
Çizelge 4.6. Müdahale grubu ölçekler arası ilişkilerin değerlendirmesi	47
Çizelge 4.7. Müdahale grubu ölçeklerin zaman içindeki değişim ilişkileri.....	49
Çizelge 4.8. Ön test-son test ve ön test-izlem ŞHİYNÖ ve İHÖ değişimine ilişkin regresyon analizi	51

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 3.1. Araştırmanın konsort şeması	38
Şekil 3.2. İş akış planı	39
Şekil 4.1. Hastaların ön test, son test ve izlem ölçek puanlarının dağılımı	46
Şekil 4.2. Müdahale grubu ölçeklerin ön test-son test ilişkisi	48
Şekil 4.3. Müdahale grubu ölçeklerin ön test-izlem ilişkisi.....	48

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklama
AAP	Atipik Antipsikotik
APA	Amerikan Psychological Association
EEG	Elektroensefalografi
EKT	Elektrokonvulsif Terapi
EPS	Ekstrapiramidal Sendrom
GABA	Gaba Amino Bütirik Asit
İHÖ	İyilik Hali Ölçeği
MRI	Magnetic Resonance Imaging
PET	Pozitron Emisyon Tomografisi
SİOÖ	Sosyal İyi Olma Ölçeği
ŞHİYNÖ	Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği
TAP	Tipik Antipsikotik
TRSM	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
TTUOÖ	Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği
WHO	World Health Organization

1. GİRİŞ

Problem Durumu

Aile, toplum ve ülkeye ekonomik ve sosyal yük oluşturan ruhsal bozukluklar, yeti yitimi, etiketleme, intihar girişimi ve maliyet yükü açısından dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur (Yıldız, 2005a; Öztürk ve Uluşahin, 2011; Atmaca ve Durat, 2015). Yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre şizofreni sıklığının %0,4-0,7 ve 15 yaş üzeri nüfusta %0,3-1,2 arasında değiştiği belirlenmiş olup (Öztürk ve Uluşahin, 2011), Türkiye'de psikoz epidemiyolojisi üzerine yapılan sistematik bir çalışmada şizofreni yaygınlığının 1000 kişide 8,9 olduğu (Binbay ve diğerleri, 2010) belirlenmiştir.

Şizofreni dikkat, bellek ve yürütücü işlev alanlarında taşkınlık (pozitif), yoksunluk (negatif) ve bilişsel eksiklik belirti kümeleriyle belirli karmaşık, süregelen (Draper ve diğerleri, 2009), maliyeti yüksek, toplum temelinde ele alınması gereken ciddi bir ruhsal bozukluktur. Şizofreni hastalığı olan bireyin gerçeği değerlendirme yetisinin bozulması toplumsal ilişkilerinde sorunlara, işlevsellik düzeyinde azalmaya, bunların sonucu olarak da bireyin eğitime/işine devam edememesine, yasal sorunlar yaşamasına, kendine ve çevresine zarar vermesine neden olmaktadır. En önemlisi ise, birey yaşadığı damgalanmasına neden olan bu sorunları çoğu zaman gerçekçi değerlendirememekte ve kabullenmemektedir (Yıldız, 2011a; Draper ve diğerleri, 2009).

Şizofrenide yoksunluk ve taşkınlık belirtileri, bilişsel işlevlerde sorunlar, sık alevlenmeler ve çevresel etkenler iş, kişilerarası ilişkiler ve kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarında belirgin bozulmalar görülmekte, bu bozulma ise hastanın toplumsal ve sosyal rollerini yerine getirmesini, toplumsal ve sosyal gereksinimlerinin karşılanmasını engelleyerek yaşam kalitesinde düşmeye neden olmaktadır (Yıldız, 2011a).

Buna ek olarak şizofrenide tedaviye uyumsuzluk sık görülmekte, bunun sonucu olarak hastanın iyilik süresi kısaltmakta ve tekrarlı hastane yatışları kaçınılmaz olmaktadır (Meriç, 2006; Demirkıran ve Terakye, 2001). Hastaneye yeniden yatış, mesleki ve ailesel sorunlara yol açmakta, bunlarla bağlantılı olarak hastanın yaşam kalitesi düşmektedir. Şizofreni hastaları arasında ilaç uyumsuzluğunun yaygın olduğu ve psikiyatrik morbiditenin

önlenebilir majör nedenlerinden biri olduğu belirtilmektedir (Masand ve Narasimhan, 2006; Ebrinç ve diğerleri, 2002; Dikeç, 2014).

Şizofreni hastalarının sosyal, destekleyici ve doyurucu ilişkiler kurma, başkaları tarafından saygı görme, anlamlı ve amaçlı bir hayata sahip olma, ilgi duyulan aktivitelerle meşgul olma, öz saygı ve iyimserlik durumlarını içeren iyilik hallerinin sürdürülmesi önemlidir (Ong ve Karon, 2008). Bu hastaların sosyal işlevselliklerini ve iyilik hallerini etkileyen, toplum içindeki konumuna ve kendi işlevselliğine ilişkin, toplumsal bütünleşme, toplumsal kabul, toplumsal katkı ve toplumsal gerçekleştirme bireysel olarak değerlendiren sosyal iyi oluşluk kavramı önem kazanmaktadır. Sosyal iyi oluşluğu yüksek olan bireyler genel olarak dünya ve yaşadığı toplum ile ilgilenir; çevresindeki gelişme ve değişimleri takip edip anlayabildiklerini hissederler (Akin ve diğerleri, 2013). Bu anlamda ilaç uyumu olmayan ya da ilaç uyumu bozulan hastanın iyilik halinin devamı sağlanamamakta, sosyal iyi oluşluk ve yaşam kalitesinde belirgin bozulma yaşanmaktadır.

Şizofreniden kaynaklanan yeti yitimleri bireyi akranlarından ve toplumsal yaşamdan uzaklaştırıp, izole bir hayata sürükleyerek yeni sosyal becerilerin kazanılmasını engelleyebilmekte ya da öğrenilmiş olanların da kaybına yol açabilmektedir (Yıldız, 2011b). Sosyal iyi oluşun ve yetkinliğin bozulmasında hastalık belirtilerinin rolü olmakla birlikte alevlenmelerin sıklığı ve taşkınlık belirtilerinin uzun sürmesi de sosyal becerilerin gelişmesinde engelleyici rol oynamaktadır. Belirtilerin denetim altına alınmasıyla beklenen sonuç işlevselliğin, yaşam kalitesinin, iyilik halinin artmasıdır. En uygun ilaç tedavilerine rağmen alevlenmelerin sıklığı, inatçı belirtilerin varlığı, tedaviye uyumsuzluk, genel iyilik hali ve sosyal iyi olma halindeki bozulma hala ciddiyetini koruyan sorunlar olmaya devam etmektedir (Browne ve diğerleri, 1996). Hastaların, tedavi sürecinin etkin katılımcıları olmaları için toplumsal ve yaşamsal becerileri öğrenmeyi/uygulamayı etkileyen bilişsel ve duygusal engellerini aşmaları gerekmektedir. Toplumsal ve bağımsız yaşama becerilerinde yapılandırılmış ve sistemli eğitimlerin bu engellerin üstesinden gelmeye yardımcı olduğu bilinmektedir (Yıldız, 2005b, 2011a; Draper ve diğerleri, 2009).

Şizofrenide kullanılan farmakolojik tedavilerin sosyal işlevleri kapsayan toplumsal problemleri iyileştirmede etkisinin sınırlı olması nedeniyle tedavi girişimlerinin başlatılmasının ardından bu bireylerin topluma uyumuna katkı sağlanmasına odaklanan psikoeğitim çalışmaları önem kazanmaktadır (Doğan ve diğerleri, 2002b). Psikoeğitim,

kendine bakım yetersizliklerini, kötü yaşam kalitesini, kişilerarası ilişki sorunlarını, tedaviye uyumsuzluğu, işlev bozukluklarını, bağımlılığı, toplumsal ve mesleki becerileri düzenlemeyi hedefleyerek üretkenliğe temel hazırlamaktadır (Gabbard, 2000). Yapılan çalışmalar, bu hastalara hem ilaç tedavisi hem de psikososyal tedavi yöntemlerinin birlikte uygulanmasının hastanın sosyal iyi oluşunu ve işlevselliğini, ilaç uyum düzeyini artırması nedeniyle gerekli olduğunu belirtmektedirler (Corrigan ve diğerleri, 2002).

Psikososyal tedavilerden biri olan psikoeğitim; sağlık, iş birliği, baş etme ve güçlendirme felsefesine odaklanan, yetkinlik temelli, bütüncül bir yaklaşım sunmaktadır (Ong ve Karon, 2008). Şizofreniye yönelik psikoeğitim uygulamalarının amaçları genel olarak; şizofreninin belirtileri, tedavisi, gidişi, sonlanması ve ilaçlar hakkında eğitim, belirtilerin şiddetini ve komorbiditeyi azaltma, aile içi ve kişiler arası ilişkileri geliştirme, aşırı duygu dışavurumunu azaltma, erken tanı ve erken tedavi, relapsı önleme ya da azaltma, toplumsal işlevselliği artırma, toplumda özerk davranmayı ve toplumsal yeterliliği sağlama, bağımsız yaşamayı artırma, gerçekçi beklentiler oluşturma, günlük yaşam etkinliklerini yerine getirmeyi sağlama, yaşam kalitesini artırmayı içermektedir (Kaplan ve Sadock, 2005; Heinssen ve diğerleri, 2000; Corrigan ve diğerleri, 2002). Psikoeğitim uygulanan hastanın kendine güveninin arttığı, hastalığını daha iyi kabullendiği, sosyal destek algısının arttığı, uyumunun arttığı ve bunun sonucunda hastaneye tekrarlı yatış sıklık ve süresinin azaldığı belirtilmiştir (Lieberman ve diğerleri, 1986; Chambon, 1992; Herz ve Lamberti, 2000). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında ise, psikoeğitimin şizofrenide relaps ve yeniden hastaneye yatışın azaltılmasında etkili olduğu bulunmuştur (Hazel ve diğerleri, 2004).

Günümüzde psikiyatri kliniklerine yatırılan hastaların çoğunun kısa süre içinde tedavileri gerçekleştirildiği ve taburcu edildikten sonra birçoğunun yaşadıkları ortama geri döndükleri bilinmektedir. Fakat toplumsal yaşama hazırlanmadan taburcu edilen hastalar, kısa bir süre sonra yeniden hastalanmakta ve tekrar hastaneye yatırılmaktadır. Bu durum ise bir kısır döngü olarak hasta ve aileler üzerinde olumsuz psikososyal sorunlara neden olmaktadır (Üstün, 2000). Yaşadığı toplumda yeterli derecede bakım alamaması nedeniyle şizofreni hastası, tekrarlı hastane yatışları, sosyal becerilerdeki yetersizlikle birlikte damgalanma, işsizlik, gerekli ve yeterli sağlık bakımı ve eğitim alamama gibi toplumsal problemlerle karşı karşıya kalmaktadır (Yıldız, 2011a). Bu nedenle bu hastaların bakım uygulamalarının taburculukla başlayıp yaşadığı toplumda sürdürülmesi oldukça önemlidir.

Ülkemizde toplum temelli ruh sağlığı modelinin kabulü ile 2011 yılı itibariyle ağır ruhsal hastalığı olan bireylere; hastaneye yatırılmalarını önlemek, yeti yitimini azaltmak, iyilik halini ve işlevselliği artırmak amacıyla biyolojik ve psikososyal müdahaleler sunulması amacıyla Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) açılmıştır. TRSM'ler, kendisine bağlanmış coğrafi bölgedeki ağır ruhsal rahatsızlığı olan hastaların (özellikle şizofreni hastaların) ve ailelerin bilgilendirildiği, taburculuktan sonra hastanın ayaktan tedavisinin yapıldığı ve takip edildiği; rehabilitasyon, psikoeğitim, iş-uğraş terapisi, grup veya bireysel terapi gibi yöntemlerin kullanılarak hastanın toplum içinde yaşama becerilerinin artırılmasını hedefleyen, psikiyatri klinikleri ile ilişki içinde çalışan ve gerektiğinde mobilize ekiplerle hastanın yaşadığı yerde takibini yapan birimler olarak hizmet vermektedir. Bu sayede TRSM'ler ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar için verilen hizmetin ana düzenleyicisi ve kontrol merkezi durumundadır. Psikososyal müdahalelerden biri olan psikoeğitim uygulaması TRSM'lerin faaliyetleri arasında bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011). 19 Nisan 2011 tarihli Hemşirelik Yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik ile hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarında düzenleme yapılmış olup, TRSM hemşiresinin kronik psikiyatri hastalığı olan bireylerin taburculuk sonrası topluma uyum sağlamalarına yardımcı olması gerektiği belirtilmektedir. TRSM hemşiresi, taburculuk sonrası şizofreni hastasına psikososyal girişimleri uygulayarak hastalık yönetimine destek olma, hastanın toplumsal uyumunu sağlama ve üretkenliğini artırma rollerini üstlenmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Araştırmanın amacı

Araştırmanın amacı şizofreni hastalarına uygulanan sosyal beceri geliştirmeye odaklı grup psikoeğitiminin ilaç uyumu, yaşam kalitesi, iyilik hali ve sosyal iyi oluşa etkisini ve bu değişkenler arasında zaman içerisinde ortaya çıkan etkileşimi belirlemektir.

Araştırmanın önemi

Taburculuktan sonra şizofreni hastaları sosyal becerilerindeki yetersizlikler nedeniyle günlük yaşamlarına dahi devam ettirmekte güçlük çekmektedirler. Hastaların toplum içinde yaşamalarını kolaylaştıracak psikososyal programlara yeterince ulaşamaması sonucu ilaç tedavisi yetersiz kalmakta ve tedavi başarısı azalmaktadır (Kluge ve Kissling, 2008; Yıldız, 2011b). Şizofrenide sosyal becerilerin geliştirilmesini hedef alan psikoeğitim

uygulamalarının sonuçları incelendiğinde, bireylerin yeni beceriler kazandıkları ve bu becerilerin ise uzun yıllar devam ettiği gösterilmektedir (Scott ve Dixon, 1995; Fokman ve diğerleri, 1992). Psikoeğitim bilişsel destek ve bilişsel işleyişi temel almaktadır. Bu nedenle yeni beceriler öğrenmek, var olanları geliştirmek için tekrar ve pratik yapmak önemlidir (Kurtz ve Richardson, 2012). Ancak psikoeğitim uygulamalarının çoğunlukla hastaların bilgi eksikliğini gidermek amacıyla yapıldığı ve eğitimde standart yöntemlerin (anlatım, soru - cevap) kullanıldığı görülmektedir (Prasko ve diğerleri, 2011; Baulm ve diğerleri, 2006; Hasan ve diğerleri, 2015). Ayrıca konu ile ilgili yapılmış müdahale çalışmalarının az olması nedeniyle şizofreni hastalarının sosyal beceri gelişimine odaklanan psikoeğitim programlarının ilaç uyumu, yaşam kalitesi, iyilik hali ve sosyal iyi oluşluğa etkisini birlikte inceleyen araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Araştırmanın hipotezleri

H₁=Şizofreni hastalarına verilen psikoeğitim, hastaların ilaç uyumunu artırır.

H₂=Şizofreni hastalarına verilen psikoeğitim, hastaların yaşam kalitesini artırır.

H₃= Şizofreni hastalarına verilen psikoeğitim, hastaların iyilik halini artırır.

H₄= Şizofreni hastalarına verilen psikoeğitim, hastaların sosyal iyi oluşluğunu artırır.

H₅: Şizofreni hastalarına verilen psikoeğitim ön test-son test ölçümlerinde ilaç uyumu, yaşam kalitesi, iyilik hali ve sosyal iyi olma arasında bir ilişki ortaya çıkarmıştır.

H₆: Şizofreni hastalarına verilen psikoeğitim ön test-izlem testi ölçümlerinde ilaç uyumu, yaşam kalitesi, iyilik hali ve sosyal iyi olma arasında bir ilişki ortaya çıkarmıştır.

Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırmanın sadece gerçekleştirildiği kurumlara genellenebilir olması bu araştırmanın bir sınırlılığıdır. Ayrıca sosyal iyi olma ölçeğinin etki büyüklüğünün orta düzey olması bu çalışmanın diğer bir sınırlılığıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

Şizofreni, psikolojik durumun birçok alanında semptom gösteren, düşünce, algı, duygu, hareket ve davranışı etkileyen, pozitif, negatif, bilişsel ve affektif belirtilerle ortaya çıkabilen (Köroğlu, 2007), prognozu kişiden kişiye değişiklik gösteren, etiyolojisi tam olarak bilinmeyen, yinelemelerle ilerleyen (Townsend, 2004), büyük ölçüde yeti yitimine yol açan, genellikle gençlik yıllarında başladığı bilinen beynin gelişimsel bir hastalığıdır (Sadock ve Sadock, 2009; Özkan, 2011).

2.1.1. Epidemiyoloji

Şizofreni her toplumda görülmektedir. Sıklık ve yaygınlık üzerine yapılan çalışmaların sonuçları farklılık göstermektedir. Şizofreni yaygınlığı %1 olarak kabul edilmektedir (Songur, 2015; Binbay ve diğerleri, 2010; Kocal ve diğerleri, 2017).

Yapılan çalışmalar, şizofreninin her iki cinsiyette de eşit oranda bulunduğunu ve erkeklerde başlangıç yaşının daha erken olduğunu, bekarlarda, ekonomik durumunu düşük olarak değerlendirenlerde, üniversite öğrencilerinde, hükümlülerde, sokakta yaşayan insanlarda şizofreni görülme sıklığının daha fazla olduğunu göstermektedir (Sadock ve Sadock 2009; Kocal ve diğerleri, 2017; Binbay ve diğerleri, 2010; 2012). Şizofreni erkeklerde 15-25 yaş, kadınlarda ise 25-35 yaş aralığında daha sık görülmektedir (Ertan, 2008; Songur, 2015). Irklara ilişkin farklılığı yansıtacak kesin veriler bulunmamaktadır. Ülkemizde şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı %0,89 olarak bulunmuştur (Binbay ve diğerleri, 2011). Ayrıca Türkiye’de yetiyitimine neden olan hastalıklar arasında erkeklerde dokuzuncu, kadınlarda on birinci sırada yer almaktadır.

2.1.2. Etiyoloji

Şizofreninin etiyolojisi henüz net olarak bilinmemektedir. Uzmanlar tarafından kabul gören hipoteze göre; şizofreni tek bir nedene bağlı olarak ortaya çıkan homojen bir hastalık değil; aksine genetik yatkınlık, biyokimyasal, nörogelişimsel, çevresel ve psikososyal faktörlerin birleşiminin sonucu olarak görülen bir hastalıktır (Townsend, 2016). Yaşamın

ilk yıllarında genetik veya çevresel faktörlerle bozulan beyin gelişimi, sonraki yıllarda kişinin bir stresörle karşılaşması üzerine şizofreniyi ortaya çıkılmaktadır (Işık, 2006; Köroğlu ve Güleç, 2007). Bu anlamda kalıtım, intrauterin anomaliler ve enfeksiyonlar, psikososyal, biyokimyasal, çevresel, nörogelişimsel teoriler üzerinde yoğunlaşmaktadır (Tormoehlen ve Lessick, 2010; GÜDÜK, 2010).

Genetik

Şizofreniye yakalanmada genetik yatkınlığın önemli olduğu yönündeki kanıtlar çoğalmaktadır. Ancak şizofreninin genetik olarak nasıl aktarıldığı halen net değildir. (Townsend, 2016). Genetik etkenlerin şizofreni etiolojisi ile ilişkisini belirlemek amacıyla aile araştırmaları yapılmıştır. Araştırmalar, şizofreni hastalarının yakınlarında bu hastalığa yakalanma riskinin diğer insanlara göre daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Biyolojik yakınlık, yani paylaşılan ortak genlerin fazlalığı şizofreni geliştirme riskini artırmaktadır (Norton ve diğerleri, 2006; Townsend, 2016).

Nörogelişimsel varsayım

Şizofrenide beyin gelişimi sürecinde patolojiler olduğu ileri sürülmekte, anormal beyin gelişimine vurgu yapılmaktadır. Özellikle önemli beyin bölgelerindeki nöronların anormal bağlantılara yol açtığı üzerinde durulmaktadır (Işık, 2006; Köroğlu ve Güleç, 2007; Güneş, 2010). Yapılan araştırmalarda şizofreni hastalarının ön beyin bölgesinde kan akımı ve glukoz üretiminde azalma saptanmıştır (Işık, 2006; Köroğlu ve Güleç, 2007; Güneş, 2010; Varcoralis ve Halter, 2009).

Beyin görüntüleme çalışmaları

Şizofreni hastalarında yapısal beyin anormallikleri görülmektedir. Şizofreni hastalarında yapılan beyin görüntüleme çalışmaları hipokampus ve kortekste ki nöron aktivasyonundaki bozulmanın hücre yapılanmasını olumsuz etkilediği ve bunun sonucunda hastalığın meydana geldiği belirtilmektedir (Ceylan, 2001; Güneş, 2010; Varcoralis ve Halter, 2009). Beyin görüntüleme çalışmaları şizofreni hastalarında ventriküllerde büyüme, beyincik ve kafatası ölçülerinde küçülme meydana geldiğini göstermektedir. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRI) ile yapılan çalışmalar aynı zamanda frontal lob büyüklüğünde de

küçülme ortaya çıkarmış, fakat bu duruma daha az rastlanmıştır (Townsend, 2016). Pozitron emisyon tomografisi (PET) çalışmalarında şizofreni hastalarında frontal loblarda ve bazal gangliyonlarda hiperaktivite olduğu bulunmuştur. Elektroensefalografi (EEG) izlemleri ise çok sayıda hastada, limbik sistem yapılarıyla ilgili bozukluklar olduğunu göstermiştir (Varcoralis ve Halter, 2009; Özpoyraz, 2008).

Biyokimyasal değişiklikler

Şizofreninin açıklanmasındaki en eski ve kapsamlı biyolojik teori, beyin biyokimyasındaki değişimlere dayanır. Beyin biyokimyasındaki değişimler, beyinde fonksiyon bozukluğu yaratarak şizofreni gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır (Townsend, 2016). En önemli biyokimyasal nörotransmitterler arasında dopamin, noradrenalin, serotonin, glutamat ve gama aminobütirik asit (GABA) gösterilebilir (Varcoralis ve Halter, 2009).

Stres-diatez modeli

Şizofreninin oluşma süreci açıklanırken en çok ‘‘stres diatez modeli’’ kullanılmaktadır. Stresin şizofreniye neden olduğuna dair bilimsel kanıtlar yoktur. Bu modele göre; hastalığa yatkınlığı olan kişi kendisini olumsuz etkileyecek bir stresörle karşılaştığında şizofreni belirtileri gösterebilir (Kaplan ve Sadock, 2009). Yoğun stresin bir şizofreni atağını başlatabileceği bilinmektedir. Stresli yaşam olayları, şizofreni belirtilerinin kötüleşmesine ve relaps oranlarının artmasına neden olabilir (Townsend, 2016). Nitekim, strese neden olan durumların ilk altı ay içerisinde şizofreni geliştirme riskini iki kat arttırdığı ayrıca relapslara neden olduğu belirtilmektedir (Kocal ve diğerleri, 2017).

Psikolojik etkiler

Şizofreninin ilk tanımlandığı zamanlarda, hastalığın oluşması ile ilgili belirgin biyolojik bilgilere sahip olunmadığından dolayı, bozukluğun gelişmesinde önemli bir etken olduğu düşünülerek aile ilişkilerine odaklanılmıştır. Bu ilk teorilerde şizofreni nedeni olarak; zayıf ebeveyn-çocuk ilişkisi ve aile sisteminde bozulma belirtilmiş, fakat bu teori artık geçerliliğini yitirmiştir. Araştırmacılar günümüzde şizofreninin bir beyin bozukluğu olduğu yönündeki çalışmalara odaklanmakta, şizofreniyi etkileyen hem psikososyal

faktörleri hem de biyolojik faktörleri dikkate almaktadırlar (Sadock ve Sadock, 2007; Townsend, 2016).

Çevresel etmenler

Şizofreniye neden olabilecek çevresel etmenler arasında travma, toplumsal yalıtım, obstetrik komplikasyonlar, göç, göçmen olmak, viral enfeksiyonlar, kentte doğmak ve büyümek, madde kullanımı, sosyoekonomik stresörler ve kış doğumları sayılabilir (Binbay ve diğerleri, 2010).

2.1.3. Klinik belirti ve bulgular

Bleuer, şizofrenideki temel belirtileri tanımlamıştır. Bu belirtiler 4A olarak tanımlanmakta olup, zihinsel bölünme teorisini açıklamaktadır:

- Çözülme şeklinde (associations) bozuklukları,
- Duygulanım (affect) bozuklukları,
- Otizm (autizm) bozuklukları
- İkilemi (ambivalans) içermektedir (Sadock ve Sadock, 2007).

Şizofrenide belirli bir başlangıç göstergesi yoktur. Semptomlar kısa sürede şiddetli olarak ortaya çıkabildiği gibi uzun bir süreç içerisinde çok yavaş olarak da karşımıza çıkabilmektedir (Öztürk, 2011). Şizofreninin belirti ve bulguları hastadan hastaya değişebildiği gibi aynı hasta için farklı zamanlarda değişim gösterebilir (Sadock ve Sadock, 2009). Şizofrenide bilişsel bozulmalar, motor fonksiyon bozuklukları, iletişimde bozulma ve duygu dışavurumunda azalmaları kapsayan duygu, düşünce, davranış, algı, konuşma ve görünüm gibi geniş bir yelpazede belirti ve bulgular görülmektedir (Kocal ve diğerleri, 2017; Üçok, 2008). Bireyin sosyal fonksiyonu değişebilir, mizaç değişimleri görülebilir (Öztürk, 2011). Şizofrenide birey birçok alanda işlevselliğini kaybetmekte, yeti yitimine uğramaktadır. Hastanın günlük yaşamında, iş ve sosyal ilişkilerinde bozulma görülmektedir (Tanrıverdi, 2008).

Şizofrenideki klinik belirtiler; pozitif belirtiler ve negatif belirtiler olmak üzere iki başlıkta incelenmektedir (Çetin, 2010; Sadock ve Sadock, 2009). Pozitif semptomlar, sanrı,

halüsinasyon ve yapısal düşünce bozukluğu, konuşma bozukluğu ve davranış bozukluklarını içerirken; negatif semptomlar ise duygusal küntlük, anhedoni, sosyal çekilme gibi semptomları içermektedir (Özütek, 2005; Kanlı, 2018; Sadock ve Sadock, 2009).

Şizofrenide en sık görülen sanrılar sırasıyla perseküsyon (kötülük görme), referans (alınanlık), büyüklük (grandiyözite), kıskançlık (jaluzik), somatik, erotomanik, düşünce okunması- çalınması-yayınlanması, kontrol edilme sanrılarıdır. Yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarında %85,7 ile en sık perseküsyon (kötülük görme) sanrılarının; %55,2 ile referans (alınanlık) sanrılarının bulunduğu saptanmıştır (Turgut ve Yenilmez 2013). Ayrıca, erkeklerde daha sıklıkla büyüsel (dinsel) ve büyüklük sanrılarının, kadınlarda ise kıskançlık sanrılarının da daha sık olduğu belirlenmiştir (Songur, 2015). Şizofrenide görülen varsanılar (halüsünasyon), işitsel, görsel, dokunsal, tad ve koku olarak beş farklı şekilde görülmektedir. Çoğunlukla işitsel ve görsel varsanılar hastalığa eşlik etmektedir (Köroğlu, 2015).

Şizofrenide negatif belirtiler; duygusal küntlük, kişilerarası ilişkilerde bozulma, toplumdan uzaklaşma ve içe çekilme, cinsel ilgide azalma, enerjinin azalması şeklinde görülebilmektedir (Köroğlu ve Güleç, 2007; Öztürk ve Uluşahin, 2016).

2.1.4. Tanı

Şizofreni tanısı konabilmesi için sanrılar, halüsinasyonlar veya dağınık konuşma belirtilerinin mutlaka olması gerekmektedir (APA, 2014).

Şizofreni için DSM-V kriterleri

A. Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin (1), (2), ya da (3) olması gerekir.

1. Sanrılar
2. Halüsinasyonlar
3. Konuşmada dağınıklık
4. Davranışlarda bozulma veya katatonik davranış

5. Negatif semptomlar

- B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır.
- C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer.
- D. Şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da ikiüçlü (bipolar) bozukluk dışlanır.
- E. Bu bozukluk, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle alakalı etkenlerine bağlanamaz.
- F. Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar da en az bir aylık bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur (APA, 2014).

2.1.5. Seyir ve prognoz

Şizofreninin başlangıcı akut veya yavaş olabilir. Hastalık genel olarak akut atak dönemleri ve iyileşmelerle döngüler halinde ilerlemektedir. Süreç her bireyde farklı olmakla birlikte aradaki iyilik halleri farklılıklar gösterebilir (Öksüz, 2010). Şizofreninin prognozu çoğunlukla üç boyutta açıklanmaktadır. Hastaların üçte birlik grubu ilk epizodu takiben tekrar psikotik epizod yaşamayan ve gelişimleri devam eden bireylerden oluşmaktadır. Diğer üçte birlik grupta aralıklı relapslar ve rezidüel belirtilerle birlikte bazı olumlu gelişmeler olabilmektedir. Bu gruptaki bireylerin hastalık nedeniyle iş performansları azalabilir ya da sosyal yaşamdan izole olabilirler. Son üçte birlik gruptakiler çoğunlukla ilaç tedavisinden yararlanamamakta ve yaşamlarının çoğu kronik hastalıkla devam etmekte ve kapasite yetersizliğini şiddetli ve kalıcı yaşayabilmektedirler (Townsend, 2016).

Hastalığın başlangıcının öncesinde görülen depresyon, dikkat ve konsantrasyonda bozulma, uyku düzeninde bozulma, öz bakımıyla ilgilenmeme, anksiyete gibi belirtiler genellikle birkaç yıl sürmektedir. Bu dönemden itibaren iyilik dönemi uzun sürebilir ancak pozitif ve negatif belirtiler de baskın hale gelebilmektedir (Sadock ve Sadock, 2000; Kocal ve diğerleri, 2017).

Şizofreni hastaları arasında hastalığın seyri açısından önemli farklılıklar görülür. Hastalar arasındaki farklılık, hastalığın ilk beş yılında daha belirgin olup hastalığın prognozu açısından önemli bir veridir (Sadock ve Sadock, 2003; Yüksel, 2006). İlk beş yıl sonrasında az bilişsel bozulma ve yetiyitimiyle, olabildiğince yüksek tedavi uyumuyla olumlu hastalık prognozu sağlanabilir. Hastalığın erken döneminde negatif belirtilerin daha erken ortaya çıktığı ve sayı olarak daha fazla olduğu görülmekle birlikte, genellikle depresif belirtiler sürece eşlik etmektedir. İlaç tedavisiyle psikozun kontrol edilmesiyle birlikte depresif belirtiler de ortadan kalkmaktadır (Üçok, 2008).

İlk hastaneye yatışın sonunda tedaviye dirençli olan negatif belirtilere göre pozitif belirtilerde daha belirgin düzelmeler görülmektedir. Hastalık sürecinde atak sayısının fazla olması, belirtilerin tedaviye dirençli olması, bilişsel ve işlevsel bozulmanın devamlılık göstermesi belirgin şekilde görülmektedir (Andreasen ve diğerleri, 2005). Atak sayısı arttıkça hastalığın kronikleşme ihtimali artmaktadır. Yeni tanı konmuş ve ilk atağını geçirmiş şizofreni hastalarının tedavi uyumu sağlanmasına rağmen devam eden bir yıl içinde ikinci bir atak geçirme olasılıkları yaklaşık %35-%40 olarak bildirilmektedir (Herz ve diğerleri, 2000). Yapılan bir çalışmada ilk hastaneye yatış sonrası ilk bir yılda tekrar atak geçirenlerin oranı %33, hastaneye yatış oranı ise %12,1 olarak bulunmuştur (Üçok ve diğerleri, 2006).

2.1.6. Tedavi

Şizofreni tüm yıkıcı etkilerine rağmen tedavi edilebilir bir hastalıktır (WHO, 2017). Şizofreni, hastalar üzerinde ciddi olumsuz etkileri olan kronik seyirli bir hastalık olduğu için, hastalık semptomlarını azaltmak ya da ortadan kaldırmak, hastalığın getirdiği yeti yitimini en aza indirmek, hastanın yaşam kalitesini ve topluma uyumunu artırmak tedavi hedefini oluşturmaktadır (Herz, 2000; Alptekin ve diğerleri, 2014). Ayrıca tedavide hastanın akut dönemde geçirdiği zamanın azaltılmasının ve idame dönemde yinelemelerin önlenmesine yönelik girişimlerin artırılmasının önemi vurgulanmaktadır (Mahone ve diğerleri, 2016).

Şizofreninin tedavisinde psikofarmakolojik tedavi, Elektrokonvulsif Terapi (EKT) ve psikososyal tedavi yaklaşımları kullanılmaktadır. Tedavi süreci temel olarak iki dönemden oluşmaktadır. Bunlar akut dönem ve idame dönem olarak tanımlanmaktadır. Akut dönem

tedavisi belirtilerin azalmasına ya da ortadan kalkmasına kadar devam eder. İdame dönem ise daha uzun süreli ve rehabilitasyonu içeren akut dönemi izleyen tedavinin devam ettiği süreçtir (Lehman ve diğerleri, 2004). Farmakoterapi hastalık semptomlarını hafifleterek hastaneye yatışları ve atak olasılığını azaltmakla birlikte kişinin yitirdiği yetilerini en aza indirirken, psikososyal tedaviler sosyal iyileşme üzerinde etkilidir (Sevinçok, 2000; Üçok, 2002). Birçok şizofreni hastası farmakoterapi ve psikososyal tedavilerin birleştirildiği tedavi yaklaşımlarından daha fazla yarar sağlamaktadır (Uzun ve Battal, 2005; Townsend, 2016).

Psikofarmakolojik tedavi

1950'den itibaren şizofreni tedavisinde antipsikotik ilaçlar kullanılmaktadır. Antipsikotik ilaçlar akut ve kronik şizofreni belirtilerinin tedavisinde, şizofreni belirtilerinin kötüleşmesini önlemek için idame tedavisinde etkilidirler. Şizofreni hastalarının %70-80'i ilaç tedavisiz bir yıl içinde psikotik atak yaşamaktadırlar.

Günümüzde antipsikotik ilaçlar “tipik antipsikotikler” (haloperidol, klorpromazin gibi) ve “atipik antipsikotikler” olarak iki grupta incelenmektedir (Kültür ve diğerleri, 2007; Varcoralis ve Halter, 2009). Tipik antipsikotik (TAP) ilaçlar klasik veya ilk kuşak antipsikotikler olarak bilinmektedir. Basal ganglia, hipotalamus, limbik sistem, beyin kökü ve medulladaki postsinaptik dopamin reseptörlerini bloke ederek etki gösterirler (Townsend, 2016). Hezeyan, halüsinasyon ve bizaar davranışları içeren pozitif belirtilerin çoğunlukla antipsikotiklerle sağaltımı sağlanabilmekte ancak duygusal küntlük ve sosyal izolasyonu içeren negatif belirtilerin antipsikotiklerle sağaltımı oldukça sınırlıdır (Öztürk ve Uluşahin, 2016). TAP ilaçlar, bu ilaçlardan fayda sağlayan ve enjeksiyonlara ihtiyaç duyulan hastalarda kullanılmaktadır (Songur, 2015). Atipik antipsikotik (AAP) ilaçlar ise yeni veya ikinci kuşak antipsikotik ilaçlar olarak bilinmektedir. Serotonin dopamin antagonisti olarak etki göstermektedir (Townsend, 2016). AAP, daha az Ekstrapiramidal Sendroma (EPS) neden olmakla birlikte negatif fonksiyonlar üzerinde daha etkin olduğu bilinmektedir (Kaplan ve Sadock, 2009). AAP ilaçlar, dikkat, hafıza, öğrenme, yönetim becerileri gibi alanlarda bilişsel bozulmayı tamir etmekle birlikte temel beyin fonksiyonlarına ek olarak pozitif ve negatif semptomları düzelterek hastalık prognozunu iyileştirmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda yan etkilerinin az olması ve pozitif ve negatif belirtiler üzerine olan etkilerinin daha istenilen düzeyde olması nedeniyle AAP

ilaçların dünyada şizofreni tedavisinde en çok tercih edilen ilaç grubu olmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Elektrokonvülsif terapi (EKT)

EKT, elektrikle konvülziyon oluşturmak suretiyle beyindeki nörotransmitterlerin etkinliği artırarak etki göstermektedir (Yüksel, 2006). Günümüzde şizofreni tedavisinde çoğunlukla antipsikotikler kullanılmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Yeni tanı konulmuş, akut başlangıcı olan, yoğun pozitif belirtiler gösteren ve katatonisi olan hastalar EKT'den en fazla yarar gören hastalardır (Weiner, 2001; Öztürk ve Uluşahin, 2016). EKT, antipsikotik ilaçlarla birlikte kullanıldığında etkinliğinin daha da arttığı ve tedavi yanıtını hızlandırdığı bildirilmektedir (Kaplan ve Sadock, 2009; Yüksel, 2006; Soygür, 2007; Öztürk ve Uluşahin, 2016; Kültür ve diğerleri, 2007).

Psikososyal tedavi

Şizofreninin akut tedavisinde ve özellikle pozitif belirtilerin sağaltımında antipsikotiklerin kullanımı büyük yarar sağlamaktadır. Antipsikotiklerden beklenen yararı sağlayan hastalarda dahi kişilerarası ilişkilerde yetersizlik, motivasyon, öz bakım, yaşam kalitesinde azalma, toplumsal hayata uyum sağlayamama, ikincil belirtiler, relapslar, iş yaşamında sorunlar ve kayıplar görülebilmektedir. Ayrıca hastalar günlük yaşam becerilerinde yetersizlikler ve zorluklar yaşamakta; bu durum hastalık prognozunu da olumsuz etkilemektedir (Yıldız, 2011a).

Hastaların hastalık belirtileri dahil olmak üzere günlük yaşamlarını sürdürmelerini olumsuz etkileyen ya da engelleyen faktörlere ilişkin sorunları çözmede bazı ruhsal, sosyal ve toplumsal yaklaşımlar gereklidir. Bu yaklaşımlar psikososyal tedaviler adı altında şizofreni tedavisinde tamamlayıcı bir rol üstlenirler (Bustillo ve diğerleri, 2000). Psikososyal tedaviler relapsı önlemeyi ve azaltmayı, belirti şiddetini azaltmayı, tedaviyi desteklemeyi, hastanın tedavi sürecine bağlanmasını, kişilerarası ilişkileri geliştirmeyi, var olan sosyal becerileri geliştirmeyi, yeni sosyal beceriler kazandırmayı, baş etme becerilerini güçlendirmeyi, hasta yakınlarının hastalık ile ilgili bilgilendirilmesini, stres yönetimini, sağlık eğitimini, sosyal işlevselliği arttırmayı ve hastayı kendi tedavisine dahil etmeyi hedeflemektedir (Yıldız, 2005c; Kern, 2007; Yıldız, 2011b).

Günümüzde psikososyal müdahalelerle birleştirilmiş psikofarmakolojik müdahalelerin şizofreni hastaları için en yararlı yaklaşım olduğuna vurgu yapılmaktadır (Kurtz, 2012). Destekleyici bireysel psikoterapi, olgu yönetimi, uğraşı terapisi, bilişsel davranışçı tedavi, grup tedavileri, psikoeğitim, aile terapileri, sosyal beceri eğitimi şizofrenide kullanılan psikososyal tedavilerdir (Barlas, 2015; Dülgerler ve Çam, 2006; Işık ve Işık, 2008; Varcoralis ve Halter, 2009).

2.2. Şizofreni ve Tedaviye Uyum

Uzun süreler ilaç kullanılması gereken ağır ruhsal hastalıklarda tedavi uyumunu sağlamak hastalığın prognozu açısından oldukça önemlidir. Şizofreni, ruhsal hastalıklar arasında tedavi uyumsuzluğunun en sık görüldüğü hastalık olmakla birlikte (Boden ve diğerleri, 2011) bu durum hastalar ve aileleri için büyük bir yük oluşturmaktadır (Barkhof ve diğerleri, 2012; Dilbaz, 2011).

Tedavi uyumu, düzenli ve önerilen dozda ilaç kullanımını, beklenen tedavi kontrollerine katılmayı, önerilen ve gerekli davranış değişimlerini kabul etmeyi kapsamaktadır. Tedavi uyumu sadece ilaç kullanımı ile ilgili değil aynı zamanda hasta ve sağlık personeli arasındaki iş birliğini göstermektedir (Tel ve diğerleri, 2010; Çakır ve diğerleri, 2010). Tedavi uyumsuzluğu ise, verilen ilaçların önerilen zamanda ve dozda kullanılmaması, ilacın tedavi devam ederken kesilmesi ve reçete edilmeyen ilaçların kullanılması olarak tanımlanabilir.

Şizofrenide tedaviye uyumsuzluk %20-72 aralığında seyretmekte olup, ortalama tedaviye uyumsuzluk oranının %50 olduğu tahmin edilmekle birlikte (Klingberg ve diğerleri, 2008) hastalık ilerledikçe daha da arttığı vurgulanmaktadır (Valenstein, 2006). Yeni tanı konulmuş hastaların tedavi uyumunun sağlanmasında en elverişli grup olduğu ve akut hastalarda tedavi uyumunun kronik hastalara göre daha iyi olduğu bildirilmektedir (Chan ve diğerleri, 2009; Barkhof ve diğerleri, 2012). Yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarının %30'unun tedavi uyumunun düşük olduğu saptanmıştır (Bressington ve diğerleri, 2012). Yayınlanan bir raporda şizofreni hastalarının sadece %10'unun ilaçlarını önerilen şekilde kullandıkları ifade edilmiştir (Roberts ve Velligan, 2011).

Tedaviye uyumsuzluk, hastaneye yatışların artmasına, relapsların sıklaşmasına, yatış süresinin uzamasına, yüksek bakım maliyetine, yaşam kalitesinde azalmaya, hastalık belirtilerinin kötüleşmesine, iç görüde azalmaya, intihar riskinin artmasına, kötü prognoza, kişinin tedaviye olan inancının azalmasına, morbidite ve mortalite artışına neden olmaktadır (Dubin ve diğerleri, 2009; Beck ve diğerleri, 2011; Bressington ve diğerleri, 2013; Demirkol ve Tamam, 2016; Dikeç ve Kutlu, 2014; 2015; Hegedus ve Kozel, 2014). Yapılan bazı çalışmalarda tedavi uyumsuzluğu olan şizofreni hastalarında relaps olasılığının beş kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (Beck ve diğerleri, 2011; Bressington ve diğerleri, 2013).

Tedavi uyumu şizofrenide tedavinin temelidir. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü tedavi uyumunu artıran programlar geliştirilmesini önermektedir (WHO, 2003).

2.3. Şizofreni ve Yaşam Kalitesi

Şizofrenide yaşam kalitesi kavramı toplum temelli tedavi anlayışına geçilmesi ile 1960'lı yıllarda başlamış ancak yaşam kalitesini araştıran çalışmalara, çeşitli sebeplerden dolayı bir süre gereken ilgi gösterilmemiştir (Soygür, 2007). 1980'li yıllardan sonra tamamen tedavisi mümkün olmayan hastalıklar için tedavinin amacı hastalık belirtilerini ortadan kaldırmak, relapsları önlemek yerine, işlevselliği maksimuma çıkarmak, subjektif iyilik halini yükseltmek, hasta memnuniyetini sağlamak ve otonomiye artırarak anlamlı bir hayatı oluşturmaya temellenmiştir (Sönmez, 2009). Bu anlamda şizofreni hastalığında tedavinin hedefi patolojiyi düzeltmekten çok yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelmiştir.

Yaşam kalitesi geniş bir kavramdır ve kavramla ilgili çok çeşitli tanımlamalar yapılmıştır. Yaşam kalitesi, kişinin temel ihtiyaçlarının, beklentilerinin karşılanması ve toplumun fırsatlarından en iyi şekilde faydalanmak olarak tanımlanmaktadır. Bireyin “kendini iyi hissetmesi”, “yaşamdan doyum sağlaması” gibi ifadeler yaşam niteliği kavramının öznel boyutunu oluştururken; “bağımsız yaşayabilme”, kişilerarası ilişkiler”, “üretken olma” gibi ifadeler kavramın nesnel boyutunu oluşturmaktadır (Katsching, 2000).

Şizofreni hastalarının tedavilerinin yaşadıkları çevre ve toplum içinde devam ettirilmesine yönelik yaklaşım ile hastaların toplumsal ve sosyal rolleri, iş yaşamı, kişilerarası ilişkileri, üretkenlikleri, yaratıcılıkları ve aile içi durumları önem kazanmıştır. Hastanın günlük

yaşantısı, toplumsal başarıları, toplumsal ilişkileri ve genel iyilik hali olumlu duyguları tatmin eden kaliteli bir yaşamın niteliklerini oluşturmaktadır (Soygür ve diğerleri, 2007).

Şizofrenide negatif belirtilerin varlığı ve yoğunluğu, depresif belirtiler ve intihar riski, bilişsel bozulmalar, relapslar, sosyal destek yetersizliği, anksiyete, baş etme becerilerinin azlığı, antipsikotik ilaçların yan etkileri kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Yıldız, 2011b; Eren ve diğerleri, 2007; Eklund, 2004; Strauss ve diğerleri, 2012).

Şizofreni hastalarının yaşam kalitesinin genel olarak toplumdan ve fiziksel hastalığı olanlardan daha düşük olduğu belirtilmektedir (Katschnig, 2000; Matsui ve diğerleri, 2008). Bu hastalarda artmış işlevsellik düzeyinin ve tedavi uyumunun yaşam kalitesini iyi yönde etkilediği bildirilmiştir. (Karow ve diğerleri, 2014). Bakımın yaşam kalitesi üzerine etkisini araştıran bir çalışmada, sağlık personellerinden düzenli bakım alan hastaların belirli boyutlarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu, daha fazla iş imkanı elde ettikleri ve hastalık belirtilerinde azalma olduğu belirlenmiştir (Kao ve diğerleri, 2014). Ayrıca, şizofreni hastalarında düşük sosyoekonomik düzey, yeti yitimi ve sosyal işlevsellikteki bozulma, damgalanma, belirti yoğunluğu ve sorun çözme becerilerindeki bozulmanın yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Eren ve diğerleri, 2007; Üçok ve diğerleri, 2002; Matsui ve diğerleri, 2008; Katsching, 2000).

Yaşam kalitesini değerlendirmenin, şizofreni hastalarının topluma katılımını sağlamak ve tedavilerin etkinliğini belirlemek açısından şizofreni hastaları için oldukça önemli olduğu görülmektedir.

2.4. Şizofreni ve İyilik Hali

Şizofrenide klasik psikiyatri uygulamaları hastalığın tedavi edilemez olduğunu kabul ederek sadece hastalık semptomlarının azaltılmasına ya da ortadan kaldırılmasına odaklanmaktadır. Günümüzde bu bireylerin yaşamdaki durumlarını değerlendirerek yaşam kalitelerinin artırılmasına, topluma katılmalarına, otonomi kazanmalarına yani genel iyilik halinin artırılmasına odaklanılmaktadır (Karow, 2014). Ayrıca umutsuzluk, damgalanma gibi iyilik halini bozan etmenlerin ortadan kaldırılması da hedeflenmektedir.

Sosyal-psikolojik refahı ölçmek ve var olan öznel iyi oluşu tamamlamak için iyilik hali kavramı ortaya çıkmıştır (Akın ve Fidan, 2012). Kaliteli sosyal ilişkilerin, diğer insanlardan destek almak ile eş değer tutulmasına rağmen, son zamanlarda yapılan çalışmalarda bireylerin de başka insanları destekleme ihtiyaçlarının olduğu görülmüştür. İyilik hali kavramı sosyal ilişkiler, destekleyici ve doyurucu ilişkiler, başkalarının mutlu olması için çaba gösterme, başkaları tarafından saygı görme, amaçlı ve anlamlı bir hayata sahip olma, ilgi duyulan aktivitelerle meşgul olma, öz saygı ve iyimserlik durumlarını içermektedir (Deiner ve diğerleri, 2009; Akın ve Fidan, 2012).

Şizofreni hastalarında hastalığın yıkıcı etkisi devam ederken kişinin umutlu ve mutlu bir yaşam sürebilmesi, yaşamındaki yeni görevlere uyum sağlaması ve yaşama yeniden anlam katması oldukça önemlidir. Otonomi, içinde bulunulan duruma ilişkin farkındalık oluşturma, diğer insanlarla etkileşim kurma, umuda ulaşma ve kendi verdiği karara göre hareket etme, yaşamda anlam bulma ve amaç oluşturma yeteneğine katkıda bulunabilmekte ya da engelleyebilmektedir (Onken ve diğerleri, 2007).

İyilik halinin önemli bir unsuru olan umut, bireyin hastalıkla mücadelede çeşitli yollarla yeni hedefler oluşturmaya, var olanlarda değişiklikler yapmasına yardımcı olmaktadır. Bu anlamda hastaya karşı olumlu tutum geliştirmek ve kendine güveni artırmak iyilik halini desteklemektedir. İyilik halinin artırılmasında ve sürdürülmesinde bireyin tanınan ve kabul edilen, duygu, düşünce ve deneyimlerinin önemsendiği saygı çerçevesinde oluşan ilişkiler, aynı zamanda kişinin kendi güçlü ve zayıf yanlarını tanıması, hastalık ve tedaviye ilişkin bilgi sahibi olması, başa çıkma becerilerini geliştirmesi veya sosyalleşmesi önemli rol oynamaktadır (Slade ve diğerleri, 2011). Bu anlamda, iyilik halinin artırılması için bireye sunulan hizmetlerde duygusal, düşünsel ve davranışsal alanda ortaya çıkan bozulma, genel işlevsellikteki bozulma, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede ve bireyin toplumsallaşmasındaki sorunlar göz önünde bulundurulmalıdır (Bağ, 2018).

Hastalığı kabul etme, anlamlı bir yaşam sürdürme, umut duygusu, tedaviye inanma ve uyum sağlama, toplum tarafından kabul görme ve sosyal desteğin iyilik halini ve iyileşmeyi olumlu yönde etkileyen faktörler olduğu; sorumluluk almama, hastalık özellikleri, damgalamanın ise iyilik hali ve iyileşmeyi engelleyen faktörler olduğu bilinmektedir (Çam ve Yalçın, 2017). Şizofreni hastalarının terapötik bir ortamda umudu güçlendirerek geleceği planlama, günlük yaşamı düzenleme, otonomi güçlendirilmesi ve

iyimser (optimist) bakış açısının geliştirilmesi yönünden teşvik edilerek iyilik halleri artırılabilir (Shanley ve Jubb-Shanley, 2008; Bonney ve Stickley, 2007). Yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarının potansiyellerinin ve olumlu değerlerinin farkındalığını oluşturan pozitif bakış açısının iyilik halini olumlu etkilediği ve iyileşmeyi kolaylaştırdığı bulunmuştur (Chiba ve diğerleri, 2014). Ayrıca, toplumun hastaya inancı yoksa kişinin kendi değerine olan inancı da azalmakta ve giderek yok olmaktadır (Demirören ve diğerleri, 2015). Bu anlamda hastada damgalanmaya karşı güç geliştirilmesi gerekmektedir.

2.5. Şizofreni ve Sosyal İyi Oluşluk

Sosyal iyi olma, bireylerin bilişsel ve duyuşsal süreçlerini içeren davranış bilimleri içinde tanımlanmış bir kavramdır. Keyes'e göre bu kavram bireyin toplum içindeki konumuna, durumuna ve işlevselliğine ilişkin öznel yorumudur (Akın ve diğerleri, 2013). Sosyal iyi oluşluğu yüksek olan bireyler genel olarak dünya ve yaşadığı toplum ile ilgilenir; çevresindeki gelişme ve değişimleri takip edip anlayabildiklerini hissederler (Keyes ve diğerleri, 1998; Akın ve diğerleri, 2013).

Kavram dört boyutta açıklanmaktadır:

Toplumsal Bütünleşme: Birey, kendini yaşadığı topluma ait olduğunu hisseder.

Toplumsal Kabul: Birey, diğer insanların güvenilir, üretken ve iyi olduklarına inanır.

Toplumsal Katkı: Birey, dünyaya verebileceği kıymetli bir şeyler olduğuna inanır.

Toplumsal Gerçekleştirme: Birey, toplumun var olan kurumları ve insanlar aracılığıyla gelişeceğine ve değişeceğine inanır (Keyes ve diğerleri, 1998; Akın ve diğerleri, 2013).

Şizofrenide toplumsal bağlamda sosyal iyi oluşluk hastaların tedavi süreçlerinde iyileşmenin önemli bir göstergesi olarak kabul edilmekte ve DSM-V tanı ölçütlerinde yer almaktadır (APA, 2014).

Şizofrenide pozitif belirtiler önemli oranda antipsikotiklerle kontrol edilebilirken, isteksizlik, enerji yokluğu, toplumdan uzaklaşp içe kapanma ve uyumsuz davranışlar

devam edebilmektedir. Bu belirtiler kişinin üretkenliğini ve yaratıcılığını etkileyerek topluma ve dünyaya bakışını değiştirmekte, toplumsal rollerini yerine getirmesini ya da toplumsal gereksinimlerinin karşılanmasını engellemektedir. Bu bağlamda kişi günlük yaşam aktiviteleri ve sosyal becerileri yerine getirmede; kişilerarası ilişkiler ve sosyal rolleri oluşturmada ciddi sorunlar yaşamaktadır (Emiroğlu ve diğerleri, 2009). Tüm bunlar şizofreni hastaları için toplumsal hayatta sıkıntıyı da beraberinde getirmektedir (Çakmak ve diğerleri, 2016). Yapılan bir çalışmada şizofrenide negatif belirtilerle toplumsal işlevsellik arasında doğrudan bir ilişki olduğu, negatif belirtilerin hastanın işlevselliğini olumsuz etkilediği belirlenmiştir (Erol ve diğerleri, 2009).

Hastaların toplumla yeniden kaynaşması ve işlevselliğini optimal boyuta taşıması, toplumun şizofreniye karşı tutumuyla yakından ilişkilidir. Damgalanma karşısında ağır duygusal travma yaşayan hastaların benlik saygıları azalmakta, kişilerarası ilişkileri zarar görmekte, toplumsal ilişkileri bozulmakta, arkadaş edinme ve sürdürme güçlükleri yaşamakta, sosyal mesafe artmakta böylece toplumsal bütünleşme sağlanamamaktadır (Sibitz ve diğerleri, 2011). Şizofreni hastaları damgalama nedeniyle hastalıklarını başkalarından gizlemekte ve genellikle tek başlarına, yalnız ve yanlış anlaşılmış olarak; aile yaşamı ve sosyal ilişkilerden izole bir şekilde yaşamlarını sürdürmektedirler (Bostancı, 2005). Başkalarının kendisini değersiz gördüğünü, istenmediğini, dışlandığını düşünen kişi topluma karışmaktan kaçınmakta ve tedavi arayışından da uzaklaşmaktadır. Aynı zamanda kişinin diğer insanlara, dış dünyaya olan güveni azalmakta, değer ve inanç sisteminde bozulmalar yaşanmaktadır. Birey bir süre sonra toplumdaki olumsuz yargıları kabullenebilmekte ve değersizlik, suçluluk, utanma gibi olumsuz duygularla kendisini toplumdan geri çekebilmektedir. Yani kişi kendini de damgalayabilmektedir (içselleştirilmiş damgalama). Sonuç olarak kişi, bu ayrımcılık ve dışlanmışlık duygusuyla birlikte içinde yaşadığı toplumu belirsizlik zemininde güvensiz bir yer olarak değerlendirmekte, geleceğe yönelik umut duygusu zedelenmekte ve kendisinin topluma herhangi bir yararı ve katkısı olmayacağı düşüncesine inanmaktadır (Hızlı-Sayar, 2016). Tüm bu problemler sonucunda şizofreni hastasının sosyal iyi oluşluğu olumsuz etkilenmekte; toplumsal bütünleşme, toplumsal kabul, toplumsal katkı ve toplumsal gerçekleştirme boyutlarında başarısızlık yaşanmaktadır.

Yapılan bir araştırmada lise öğrencilerinin şizofreniye karşı olumsuz tutum ve önyargılarının olduğu, hastalarla yakın ilişki kurmaktan kaçındıkları ve mesafe koyma

isteğinin var olduğu belirlenmiştir (Oban ve Küçük, 2011; Özyiğit ve diğerleri, 2004). Aile hekimleriyle yapılan bir diğer araştırmada ise aile hekimlerinin şizofreni hastalarına karşı sosyal mesafe isteğinin olduğu ve bu hastaların toplumdan izole edilebileceklerini düşündükleri saptanmıştır (Bağ ve Ekinci, 2005). Şizofreni hastaları toplumun kendilerini damgaladıklarından daha çok kendilerini damgalamaktadır (içselleştirilmiş damgalama). (Ersoy ve Varan, 2007). Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarının orta dereceden fazla içselleştirilmiş damgalanma yaşadıkları belirlenmiştir (Tel ve Ertekin, 2012; Assefa ve diğerleri, 2012; Özçelik, 2015; Doğanavşargil, 2009).

2.6. Şizofreninin Psikososyal Rehabilitasyonu

1950’lerde keşfedilen antipsikotik ilaçların şizofreni tedavisinde kullanılması semptomların hafiflemesi, saldırganlık ve şiddet düzeyinin azalması, hastanede kalış süresinin azalmasına yol açmıştır. Ancak taburculuktan sonra hastaların takibinin yapılmaması döner kapı fenomeninin oluşmasına neden olmuş, bunun sonucu olarak hastaların tekrarlı hastane yatışları gündeme gelmiştir (Videbeck, 2011; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

İlaç tedavisinin tek başına bilişsel bozulma ve psikososyal işlevsellik üzerine etkilerinin sınırlı olması ve ikincil negatif belirtiler ortaya çıkarması, başkalarına bağımlı olmadan yaşama, meslek edininip çalışabilme, eğitim-öğretimini sürdürme, kişilerarası ilişkileri yönetme ve yakın ilişkiler kurma gibi beklenen rolleri yerine getirme düzeyine etkisinin yok denecek kadar az olması, hastaların %20’sinde ilaç tedavisine uyum göstermeyen hastalık belirtileri ve rezidüel belirtilerin olması farmakoterapi ile başka tedavi yaklaşımlarının birlikte kullanılması gerektiğini göstermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011; Doğan ve diğerleri, 2002b; Bustillo ve diğerleri, 2000).

Psikososyal rehabilitasyonun amacı, hastane dışında tedavisi devam eden bireyin tedaviye uyumunun sağlanması ve desteklenmesi, sınırlı yaşantıların yükünün azaltılması, bireysel gereksinimlerin karşılanması, beceri geliştirilmesi, toplumsal alanda başarı sağlanması ve yaşam doyumunun optimal düzeye getirilmesidir. Ayrıca, bireyin desteklenmesini, gerçek yaşam koşullarında yaşama ve zorluklarla başa çıkma stratejilerini, sağlığın geliştirilmesini, yaşamsal rollerin devamlılığının sağlanmasını ve üretkenliğin devamını ön plana çıkarmaktadır (Yıldız, 2004; Gunatilake ve diğerleri, 2004).

Ülkemizde ise psikososyal rehabilitasyon kavramı ile ilgili çalışmalar sonucu Sağlık Bakanlığı tarafından “Ulusal Ruh Sağlığı Politikası” (2006) metni yayınlanmıştır. Metinde “Toplum temelli rehabilitasyon çalışmalarının yapılması” önerilmiş ve çalışmalar başlatılmıştır. Bu çalışmalar doğrultusunda “Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı” ile ruh sağlığı hizmetlerinin bireylerin gereksinimleri doğrultusunda uygun ve yeterli bir biçimde verilmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelini ülke genelinde uygulamak hedeflenmiştir. Bu bağlamda hastaneye yatış sürecinde hastalık belirtilerinin kontrol altına alınmasını takiben taburculuk ile birlikte bireyin ve ailesinin rehabilitasyon sürecine katılımının sağlanması önemlidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Psikososyal rehabilitasyon, şizofreniye bağlı oluşan yeti yitimini en aza indirmek ya da önlemek, toplum içinde kendilerinden beklenen rolleri en az destekle yerine getirebilmeleri için bireylere çeşitli beceriler kazandırarak genel işlevsellik ve yaşam kalitelerini artırmak üzerine geliştirilmiş girişimleri kapsamaktadır (Yıldız, 2005a; Gunatilake ve diğerleri, 2004). Bu tedaviler klinik, gündüz hastaneleri, toplum ruh sağlığı merkezleri, ev ve sosyal kulüp/derneklerde yapılabilmektedir. Şizofreni tedavisinde kullanılan psikososyal tedaviler arasında birey/grup psikoeğitimi, aile psikoeğitimi, uyumlandırma tedavileri (sosyal beceri eğitimi, işe uyumlandırma, bilişsel davranışçı tedaviler) bulunmaktadır. Son yıllarda sosyal beceri eğitimi, uyumlandırma tedavileri, hasta ve aile psikoeğitimi çoğunlukla kullanılmaya başlamıştır (Kaplan ve Sadock, 2005; Schooler, 2006).

Yapılan çalışmalarda psikososyal tedavi uygulanan hastalarda, semptomların daha fazla iyileştiği, relaps ve hastaneye yatış sıklığının azaldığı, sosyal işlevsellik, içgörü, genel iyilik hali ve yaşam kalitesinde artış ve yeti yitiminde azalma olduğu belirlenmiştir (Doğan ve diğerleri, 2004; Andreasen ve diğerleri, 2005; Moriana ve diğerleri, 2006). Ayrıca psikososyal rehabilitasyon hizmetlerinin hasta memnuniyetini arttırdığı, tekrarlayan hastane yatış sayısını azaltarak hasta bakım maliyetlerini azalttığı belirlenmiştir (Macpherson ve diğerleri, 2009).

2.7. Şizofreni ve Psikoeğitim

Psikoeğitim, hasta ve ailelerine uygulanabilen şizofreninin etiyolojisi, belirtileri, tedavisi, seyri ve sonlanımı hakkında yani hastalık ve tedavisi ile ilgili yapılandırılmış, farmakolojik

olmayan bir eğitim programıdır ve en sık uygulanan psikososyal tedavilerden biridir (Yıldız, 2005a).

Psikoeğitimin genel amaçları şunlardır:

- Şizofreninin belirtileri, tedavisi, gidişi, sonlanması ve kullanılan ilaçlar hakkında bilgilendirme,
- Semptomların şiddetini azaltma,
- Kişiler arası ilişkileri geliştirme,
- Duygu dışavurumunu azaltma,
- Relapsı önleme, sıklığını azaltma,
- Toplumsal ve sosyal işlevselliği artırma,
- Toplumda bağımsız yaşamayı artırma ve toplumsal yeterliliği sağlama,
- Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmeyi sağlama,
- Yaşam kalitesini artırma (Yıldız, 2005b; Yıldız, 2011a; Roder ve diğerleri, 2006; Doğan ve diğerleri, 2002a).

Psikoeğitim, birey ya da grup şeklinde uygulanabilmektedir. Psikoeğitim grupları, eğitim içerikli, belirlenen hedeflere ulaşmak için beceri geliştirmeyi amaçlayan gruplardır. Bu gruplar olası sorunları ele almakta, ortaya çıkmasını önlemek için bilgilendirme ağırlıklı yürütülmektedir. Psikoeğitim aile eğitimini içermekle birlikte, beceri eğitimi, psikoterapi, bilişsel davranışçı tedavi ve bilişsel rehabilitasyon yöntemleriyle birlikte de kullanılabilir (Yıldız ve diğerleri, 2005). Oturumlarda özellikle rol oynama, örnek durum çalışması, problem çözme ve iletişim becerileri gibi stratejiler kullanılmaktadır (Güçray ve diğerleri, 2009). Psikoeğitim uygulamasının kolay olması, aktif katılımı kolaylaştırması ve maliyetinin düşük olması bu müdahalelerin kullanılmasını artırmaktadır (Şengün ve diğerleri, 2011).

Sistemik ve yapılandırılmış olan psikoeğitim uygulaması hastaların hastalıkla mücadele etme, günlük yaşam sorunlarını ve krizleri çözme ve toplumsallaşmaları açısından oldukça önemlidir (Bilge ve diğerleri, 2016; Alataş ve diğerleri, 2007). Psikoeğitimin uygulamalarının amacı, bireyin hastalığını fark etmesi ve kabullenmesine yardımcı olmak, kendisi ve çevresi ile ilgili bilinç oluşturmaya sağlamak ve bireyin içinde bulunduğu durumu daha da iyiye taşıması için iç motivasyonu oluşturmak ve hastalığı yönetmede

hastayı ve aileyi güçlendirerek benlik saygısını arttırmaktır (Nasr ve Kausar, 2009, Breitborde ve diğerleri, 2011).

Şizofreniye yönelik yürütülen psikoeğitim müdahalelerinin içeriğinde; hastalığın etiyoloji, belirti ve bulguları, haberci belirtiler, hastalığın seyri, tanı koyma, yaşam tarzı değişimleri, tedavi seçenekleri, tedavide kullanılan ilaçlar ve yan etkileri, iletişim, stresle baş etme, günlük yaşam problemleri, öz bakımı sağlama ve geliştirme, sosyal destek, problem çözme becerilerini geliştirme, öfke ve kriz yönetimi konuları yer almaktadır (Şengün ve diğerleri, 2011).

Psikoeğitim uygulanan hastaların hastalık ve tedaviye yönelik bilgi düzeyinin ve buna bağlı hastalıkla baş etme becerilerinin arttığı, hastalık prognozunun iyileştiği, yaşam kalitelerinin düzeldiği, tedavi uyumunun sağlandığı, relaps ve atak sayılarının ise azaldığı belirlenmiştir (Yıldız, 2005a; Herz ve diğerleri, 2000; Üçok ve diğerleri, 2006; Bilge ve diğerleri, 2016; Breitborde ve diğerleri, 2011; Duman ve diğerleri, 2007; Rummel-Kluge ve Kissling, 2008, Nasr ve Kausar, 2009).

Yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarına uygulanan psikoeğitimin hastaların hastalığa ilişkin bilgi düzeyini artırdığı, davranışsal müdahalelerin ilaçların düzenli ve olması gerektiği gibi kullanımını kolaylaştırdığı, haberci belirtilerle ilgili bilgilendirmenin semptomları, atakları ve tekrarlı hastane yatışlarını azalttığı, bilişsel-davranışçı yöntemlerle verilen baş etme becerileri eğitimi ile uzun süreli semptomların neden olduğu yetersizlikte azalma sağlandığını belirtmişlerdir (Lukens ve McFarlane, 2004; Gümüş, 2006).

2.8. Şizofreni ve Psikiyatri Hemşireliği

Geçmişten günümüze kronik psikiyatrik hastalıkların tedavilerinde çeşitli değişimler yaşanmıştır ve bu değişimler psikiyatri hemşireliğinin rol ve sorumluluklarına da yansımıştır. Psikiyatri hemşirelerinin rolleri kişilerarası ve biyomedikal olarak tanımlanmaktadır. Danışmanlık, vaka ve kriz yönetimi, eğitim, terapötik ortam oluşturma kişilerarası rolleri; öz bakıma yardım etme ve izleme, tedaviyi uygulama ve izleme, hastalıktan korunma yöntemleri oluşturma ise gibi biyomedikal rolleri kapsamaktadır (Higgins ve diğerleri, 2007).

Hasta eğitimi, toplumsallaşma ve psikoeğitim uygulamaları psikiyatri hemşireliğinin değişen rolleri çerçevesinde uygulanan hemşirelik girişimlerindendir. Çeşitli meslek örgütleri tarafından yayınlanan mesleki uygulama standartlarında “sağlık eğitimi ve sağlığı koruma” hemşirelik uygulamaları olarak gösterilmektedir (Özbaş, 2009).

Dünyada şizofreniye yönelik psikiyatri hemşireliği uygulamalarında hasta ve aileye verilen bakımın toplum içinde hızlı, etkin ve devamlı nitelikte sürdürülmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Psikiyatri hemşireleri ruhsal hastalıkların önlenmesi, tedavi edilmesi ve rehabilitasyonunda aynı zamanda hastaların taburculuk sonrası toplum içinde gelişimi ve rehabilitasyonunda görev almaktadırlar. Bu anlamda ağır hastalık belirtileri gösteren, ileri derecede sosyal izolasyonu ve öz bakım eksikliği olan bir hastanın, hastane ve hastane dışında yaşadığı çevrede ailesi ile birlikte değerlendirerek ihtiyaçların karşılanmasına yönelik girişimlerin planlanması ve uygulanması psikiyatri hemşireliğinin amaçları arasındadır. Hastane ve hastane dışında verilen koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler bireyin öz güvenini, otonomisini, toplumsallaşmasını, başarılı bir birey olma durumunu güçlendirmektedir (Callaghan, 2004).

Psikiyatri hemşiresinin gözlemleri sonucu hastanın kişisel ve ruhsal gereksinimlerini belirleyip karşılayabilmesi, sosyal bakımını göz önüne alması, hastanın psikososyal rehabilitasyonunda oldukça önemlidir (Özcan, 2006). Sağlık profesyoneli olan hemşire, hastanın iç motivasyonunu ve potansiyel gücünü ortaya çıkarıp hastanın kendisine yöneltmesine yardım ederek otonomi sağlamasına, kişilerarası ilişkilerinin, öz güveninin, öz saygısının ve iyilik halinin gelişmesine katkı sağlayabilir (Yıldız ve diğerleri, 2005). Bu anlamda psikiyatri hemşiresi, hasta ve ailesine bireysel ya da grup şeklinde şizofreni ve tedavisini tanıma/öğrenme, hastalığın getirdiği sorunlarla baş etme, iletişim becerilerinin geliştirilmesi, problem çözme becerilerinin kazandırılması ve öfke yönetimi gibi konularda psikoeğitim uygulayabilir (Şengün, 2007). Hasta yakınlarının hastalıkla ilgili bilgi eksikliğini gidermek, yanlış bilinenleri düzeltmek, hastalarına karşı doğru tutum ve davranış göstermelerini sağlamak bakım sanatının beklenen yönüdür (Dülgerler, 2014). Çağdaş hemşirelik yaklaşımı gereği hemşire, hasta ve ailesi ile tedavi iş birliğini kurarak hasta ve ailesinin hastalıkla yaşamayı öğrenmesini hedeflemektedir (Kaya, 2009).

Yapılan çalışmalar, şizofrenide psikoeğitim uygulamalarının hasta ve ailesinin yaşam kalitelerinin ve sorun çözme becerilerinin arttırılmasında, aile işlevselliğinin optimum

düzeye çıkarılmasında ve relaps oranının azaltılmasında etkili olduğunu göstermektedir (Dülgerler, 2004; Yıldırım, 2007). Günümüzde şizofreni tanılı hasta ve ailesine yönelik yapılan psikososyal rehabilitasyon hizmetlerinin yeterli olmadığı görülmektedir. Ancak, bazı toplumlarda şizofreniye yönelik verimliliği yüksek olan yaklaşımlar da geliştirilme aşamasındadır (Nelson ve diğerleri, 2010).

Şizofreni tedavisinde hastalık belirtilerinin ortadan kaldırılması ya da önlenmesiyle birlikte aynı zamanda hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesi, yaşadığı toplumda etkin bir şekilde üretkenliğini sağlayarak yaşaması hedeflenmektedir. Tüm bu tedavi hedeflerine ulaşmak için hastane ve hastane dışında sürdürülecek rehabilitasyon hizmetleri önemlidir. 19 Nisan 2011 tarihli Hemşirelik Yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik ile psikoeğitim uygulaması TRSM hemşiresinin görev, yetki ve sorumluluklarından biri olarak kabul edilmiştir. Hemşireler, hastaya yönelik uyguladıkları psikoeğitim programları ile olumlu bir tedavi iş birliği sağlayarak hastanın hastalıkla yaşamayı öğrenmesinde, topluma uyum sağlamasında, damgalamayı azaltmada ve yaşam kalitesini artırmada önemli bir rol üstlenirler (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma nicel araştırma yöntemlerinden ön test - son test ve izleme desenli kontrol gruplu müdahale araştırma tasarımı kullanılarak yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Ocak 2019 - Haziran 2019 tarihleri arasında Karabük İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde yürütülmüştür.

3.3. Araştırma Yeri ve Özellikleri

Kısa süre önce hastaneden taburcu olmuş, şizofreni ve bipolar bozukluk nedeniyle tedavi ve psikososyal desteğe ihtiyaç duyan, işlevselliği ciddi düzeyde azalmış bireyler takip ve tedavi amacıyla Karabük Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kabul edilmektedir. Hastalar, bireysel başvurularıyla, taburculuk sonrası doktorun yönlendirmesiyle ve TRSM personelinin ev ziyaretleriyle TRSM'ye ulaşabilmektedir.

Araştırmanın yürütüldüğü Karabük Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nin fizik yapısı içinde giriş ve karşılama alanı (hastaların karşılanması, kayıt tutulması), genel toplantı ve eğitim salonu, uğraş salonu, yemek alanı ve beceri eğitimi mutfağı, tedavi ve gözlem odası, görüşme odası, ekip, hasta, kadın ve erkekler için ayrı ayrı lavabo ve tuvalet bulunmaktadır. Hastaların TRSM'ye ulaşımı ve gerek duyulduğunda hastaneye nakilleri için araç desteği sunulmaktadır. TRSM'ye ait bir servis sabah 10.00'da hastaları merkeze getirmekte ve öğleden sonra 15.00'de evlerine götürmektedir. TRSM'de rotasyon halinde çalışan bir psikiyatrist, bir psikolog, bir sosyal çalışmacı, iki hemşire, bir iş uğraş terapisti, bir güvenlik görevlisi, iki yardımcı personel ve yemek servis elemanları (yemek saatlerinde) çalışmaktadır. Psikiyatrist TRSM'nin genel işleyişinin organizasyonundan sorumlu olup hastaların tedavi takibini sağlamakta ve gezici ekip faaliyetlerinde (ev ziyareti) bulunmaktadır. Sosyal çalışmacı, psikolog ve hemşirenin sorumlulukları ise TRSM'ye başvuran hasta ve yakınlarına merkezin amacı ve çalışmaları ile ilgili bilgi

verme, bireysel danışmanlık sağlama (ilaç yan etkilerini ve hastalık belirtilerini yönetme gibi), hasta ve ailelerine yönelik psikososyal müdahaleleri yürütme, ev ziyaretinde bulunma, yatarak tedavi görmesi gereken hastayı kliniğe yönlendirme, hasta ile ilgili formları doldurma ve izleme, merkeze devam etmeyen hastaların aileleriyle temasa geçerek hastanın merkezle bağlantısını sürdürme ve damgalama ile mücadele faaliyetleri yürütme şeklindedir. TRSM’de hemşirenin çalışma saati 08.00–16.00 olarak düzenlenmiştir. Merkezdeki iş uğraş terapistleri ahşap boyama, el işleri, resim yapma gibi uğraşılarda görev almakta ve uğraşı terapisinde üretilenler TRSM ya da TRSM’nin bağlı olduğu hastanede hastalar eşliğinde sergilenmesini sağlamaktadırlar. Merkezde hastalara yönelik yürütülen bir psikoeğitim programı bulunmamaktadır.

Araştırmanın kontrol grubunun oluşturulduğu Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniği randevu sistemi ile çalışmaktadır. Poliklinikte üç doktor görev yapmakta ve hafta içi beş iş günü hasta kabul edilmektedir. Hastalar sekreterlikten girişi yapıldıktan sonra doktora yönlendirilmektedir. Doktor, tedavi planı ve takibi, kontrol randevularının ve tetkiklerinin belirlenmesini sağlamaktadır. Ayrıca hasta ve aileye birlikte ya da ayrı ayrı hasta, hastalık ve tedavi ile ilgili bilgi vermekte, sorulan soruları cevaplandırmaktadır. Hastanın depo antipsikotik enjeksiyonu hemşire tarafından yapılmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın örneklem grubunun belirlenmesinde, amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Amaçlı örnekleme, örneklemin problemle ilgili olarak belirlenen niteliklere sahip kişiler, olaylar, nesneler ya da durumlardan oluşturulmasıdır (Altunay-Oral ve Yalçınkaya, 2014). Karabük Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı ve aktif olarak hizmetten yararlanan hastalar ile Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniğine başvuran ve hizmetten yararlanan hastalar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise; işleme kriterlerini karşılayan hastalar oluşturmaktadır.

Deveci ve diğerleri (2008)’nin yaptıkları araştırma temel alınarak yapılan güç analizi sonucu %95 güven aralığında $\beta=0,80$ güç ve $\alpha=0,05$ hata payı ile müdahale grubu için 16, kontrol grubu için 16 olmak üzere toplam 32 hastanın örneklem için yeterli bulunmuştur. Müdahale grubu ve kontrol grubuna atanacak hasta sayısı, gruptan ayrılımlar olabileceği

göz önünde bulundurularak, belirlenen örneklem sayısından daha fazla seçilmiş ve müdahale grubuna 24; kontrol grubuna 21 hasta dahil edilmiştir.

Araştırmanın müdahale grubu Ekim 2018-Aralık 2018 tarihleri arasında Karabük Toplum Ruh Sağlığı Merkezi' ne kayıtlı şizofreni tanılı hastalardan oluşturulmuştur. Araştırmanın kontrol grubu ise Ekim 2018 – Aralık 2018 tarihleri arasında Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran ayaktan takip edilen şizofreni tanılı hastalardan oluşturulmuştur. Müdahale ve kontrol grubunun ikisi de TRSM'de takip edilen hastalardan oluşturulmak istenmiştir ancak Karabük ilinde bir TRSM bulunduğu için kontrol grubundaki hastalar psikiyatri polikliniğinden alınmıştır.

Ekim 2018-Aralık 2018 tarihleri arasında TRSM'de düzenli takip edilen şizofreni tanılı hastalardan işleme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar müdahale grubuna atanmıştır (n=24). Çalışmanın yürütülmesi esnasında herhangi bir nedenle üst üste iki kez psikoeğitim oturumlarına katılmayan/katılamayan hastalar (n=2) ve kliniğe yatış yapan bir hasta gruptan çıkarılmıştır (n=1).

Ekim 2018-Aralık 2018 tarihleri arasında poliklinikte düzenli takip edilen hastalar arasından başvuru sırasına göre işleme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar kontrol grubuna atanmıştır (n=21) (Şekil 3.1.). Uygulamalar eş zamanlı olarak yürütülmüştür.

3.5. İşleme ve Dışlama Kriterleri

Araştırmaya alınacak hastalar her aşamada aşağıdaki özellikler göz önünde bulundurularak örneklem kapsamına alınacaklardır.

İşleme kriterleri:

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,
- 18 yaş ve üzerinde olmak,
- Okur-yazar olmak,
- En az üç aydır şizofreni tanısı almış olmak,
- Oral antipsikotik kullanıyor olmak,

- Remisyonda olmak.

Dışlama kriterleri:

- Akut alevlenme dönemi içinde olmak,
- Aktif olarak alkol ya da psikoaktif madde kullanmak,
- Zekâ geriliği ya da demans gibi iş birliğini olanaksız kılan zihinsel hastalığı bulunmak,
- Başka psikiyatrik hastalığa sahip olmak,

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Zaman (psikoeğitim öncesi, sonrası ve izlem)

Bağımlı değişkenler: İlaç uyumu, yaşam kalitesi, iyilik hali, sosyal iyi oluş

3.7. Veri Toplama Araçları

3.7.1. Katılımcı Bilgi Formu

3.7.2. Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (TTUÖÖ)

3.7.3. Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞHİYNÖ)

3.7.4. İyilik Hali Ölçeği (İHÖ)

3.7.5. Sosyal İyi Olma Ölçeği (SİÖÖ)

3.7.1. Katılımcı bilgi formu

Katılımcı bilgi formu; hastanın adı, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni durumu gibi sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan dokuz sorudan oluşmaktadır (EK-2).

3.7.2. Tıbbi tedaviye uyum oranı ölçeği (TTUÖÖ)

Thompson ve diğerleri, tarafından Morisky Uyum Anketi ve İlaç Tutum Envanteri (Drug Attitude Inventory-DAI) birleştirilerek geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliği Koç (2006) tarafından yapılmıştır. Ölçek hastanın son bir hafta içerisindeki tedaviye uyum davranışları ve tutumu değerlendirilmekte olup ölçekte Evet/Hayır şeklinde

cevap verilecek 10 soru bulunmaktadır. Ölçekten alınan düşük puan tedaviye uyumun zayıf, yüksek puanlar ise tedaviye uyumun yüksek olduğunu göstermektedir. Koç'un çalışmasında 1-7 arasında puan alanların tedaviye uyumlarının zayıf, 8-10 arasında alanların ise yüksek olduğu belirtilmiştir. TTUOÖ'nin Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışmasında test re-test güvenilirlik Cronbach alfa katsayısı 0,92 bulunmuştur (Koç, 2006). Çalışmamızda TTUOÖ'nin öntest Cronbach alfa katsayısı 0,74; son test Cronbach alfa katsayısı 0,80; izlem Cronbach alfa katsayısı ise 0,79 olarak bulunmuştur (EK-3).

3.7.3. Şizofreni hastaları için yaşam niteliği ölçeği (ŞHİYNÖ)

Şizofreni hastalarının yaşam niteliğini değerlendirmek amacıyla Heinrich ve diğerleri, (1984) tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Soygür ve diğerleri (2000) tarafından yapılmıştır. Yarı yapılandırılmış bir görüşme biçiminde uygulanan ve görüşmeci tarafından değerlendirilen ölçek, idame tedavi almakta olan şizofreni hastalarının yaşam kalitesini değerlendirmek üzere tasarlanmıştır. Ölçek, önceki dört hafta boyunca devam eden belirtiler ve işlevsellikle ilgili bilgi vermektedir. Kişilerarası ilişkiler (1-8'nci sorular), mesleki rol (9-12'nci sorular), ruhsal bulgular (13-17 ve 20-21'nci sorular) ile günlük eşya kullanımı ve etkinlikler (18-19'ncu sorular) şeklinde toplam dört alt boyut ve 21 sorudan oluşmaktadır. Her bir madde üç bölümden oluşur. Birinci bölümde görüşmecinin değerlendirme yapılacak parametreyi anlaması ve bunun üzerinde yoğunlaşmasına yardımcı olmak üzere kısa bir tanımlama yapılmakta, ikinci bölümde görüşmecinin hastayı incelemesinde yardımcı olmak üzere birkaç örnek soru verilmekte, üçüncü bölümde de değerlendirmeyi yapmak için 7 dereceli likert tipi bir skala verilmektedir. Tüm alt ölçeklerin puan toplamı yaşam kalitesi toplam puanını vermektedir. Ölçeğin minimum puanı 0, maksimum puanı ise 126 dır. Yüksek puanlar iyi işlevselliği göstermektedir (Heinrich ve diğerleri, 1984; Soygür ve diğerleri, 2000). Ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda QLSS'nin öntest Cronbach alfa katsayısı 0,89; son test Cronbach alfa katsayısı 0,93; izlem Cronbach alfa katsayısı ise 0,91 olarak bulunmuştur (EK-4).

3.7.4. İyilik hali ölçeği (İHÖ)

Diener ve diğerleri, (2009) tarafından bireyin iyilik hali düzeyini ölçmeye yönelik geliştirilen ve bireyin kendisi hakkında bilgi vermesi esasına dayanan, kendini

değerlendirme ölçeğidir. Ölçek sekiz maddeden ve tek boyuttan oluşmaktadır. Yedi dereceli likert tipi bir ölçektir. Ölçekte ters puanlanan madde yoktur. İyilik hali ile ilgili toplam puan elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 56, en düşük puan ise 8'dir. Yükselen puanlar yüksek düzeyde iyilik halini göstermektedir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Akın ve Fidan (2012) tarafından yapılmış ve Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0,83 olarak bulunmuştur (Diener ve diğerleri, 2009; Akın ve Fidan, 2012). Çalışmamızda İyilik Hali Ölçeği' nin öntest Cronbach alfa katsayısı 0,96; son test Cronbach alfa katsayısı 0,96; izlem Cronbach alfa katsayısı ise 0,95 olarak bulunmuştur (EK-5).

3.7.5. Sosyal iyi olma ölçeği (SİÖÖ)

Keyes (1998) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek sosyal iyi olma ile ilişkili özellikleri ölçmeye yönelik geliştirilen ve bireyin kendisi hakkında bilgi vermesi esasına dayalı olan bir kendini ölçme aracıdır. Toplam 15 madde ve tek boyuttan oluşmaktadır. 7 dereceli likert tipi bir ölçektir. Ölçekten en düşük 15, en yüksek 105 puan alınmaktadır. Yüksek puan daha yüksek sosyal iyi olma düzeyini göstermektedir. Ölçekte ters puanlanan maddeler bulunmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Akın ve diğerleri (2013) tarafından yapılmış ve Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0,64 olarak bulunmuştur (Keyes, 1998; Akın ve diğerleri, 2013). Çalışmamızda Sosyal İyi Olma Ölçeği'nin öntest Cronbach alfa katsayısı 0,59; son test Cronbach alfa katsayısı 0,60; izlem Cronbach alfa katsayısı ise 0,53 olarak bulunmuştur (EK-6).

3.7.6. Psikoeğitim programının geliştirilmesi

Sosyal Beceri Geliştirmeye Odaklı Psikoeğitim Programı, konu ile ilgili literatür ve RUTBE (Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi) klavuzu doğrultusunda hazırlanmıştır (Pekkala ve Merrinder, 2009; Deveci ve diğerleri, 2008; Doğan ve diğerleri, 2002b; Chan ve diğerleri, 2009; Horan ve diğerleri, 2009; Granholm ve diğerleri, 2009; Bauml ve diğerleri, 2006; Ngac ve diğerleri, 2016; Chien ve diğerleri, 2013; Çetinkaya Duman ve diğerleri, 2007; Doğan, 2008; Matsuda ve Kohno, 2016; Yıldız, 2001; Yıldız, 2005a; Yıldız ve diğerleri, 2002; Ünsal Barlas ve Işıl, 2010; Yıldız, 2011a).

İlgili literatür doğrultusunda hazırlanan psikoeğitim programının kapsam geçerliliği yapılmıştır. Kapsam geçerliliğinin sayısal değerlerle kanıtlanması için ise Waltz ve Bausel (1981) tarafından geliştirilmiş Content Validity Index (CVI) kullanılmıştır. Uzmanlar bu aracı kullanarak her maddenin ölçüm değeri ile ilgili olarak; 1=Uygun değil, 2=Uygun şekle getirilmesi gerek, 3=Uygun, ancak ufak değişiklik gerekiyor, 4=Çok uygun; değerlendirmesini yapmak için bunlardan birisini işaretlemelidir. Daha sonra maddelere sadece 3 ve 4 puan veren uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek her maddenin kapsam geçerlilik indeksi belirlenir (Polit ve diğerleri, 2007).

Psikoeğitim programının kapsam geçerliliği hemşirelik bölümünden 5 öğretim üyesinin uzman görüşüne başvurularak gerçekleştirilmiştir. Uzmanlara araçla birlikte aracın bütün maddelerini içeren bir puanlama formu verilmiştir. Uzmanlar tarafından 1 veya 2 puan verilen maddelere ilişkin düzenlemeler yapılmış ve tekrar uzman görüşüne gönderilmiştir. Sonuçta bütün uzmanlar her maddeye 3 veya 4 puan vermişlerdir. Buna göre kapsam geçerlilik indeksi 1 olarak bulunmuştur.

Kapsam Geçerlik İndeksi kullanılarak yapılan kapsam geçerliği analizine göre maddelerin anlaşılabilirlik düzeyi belirlenmiştir. Veneziano ve Hooper (1997) tarafından oluşturulan, $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde kapsam geçerlik oranları için minimum değerler tablosundan bakılarak minimum değer 0,99 olarak belirlenmiştir (Çizelge 3.1) Bu çalışmada yapılan analizler sonucunda aracın kapsam geçerlik indeksi 1 olup, belirlenen maksimum değer üzerinde bulunmuştur. Uzmanların önerileri doğrultusunda yapılan düzenlemeler sonucunda psikoeğitim programına son şekli verilmiştir.

Çizelge 3.1. $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde Kapsam Geçerlik Oranları (KGO) için minimum değerler

Uzman Sayısı	Minimum Değer	Uzman Sayısı	Minimum Değer
5	0,99	13	0,54
6	0,99	14	0,51
7	0,99	15	0,49
8	0,78	20	0,42
9	0,75	25	0,37
10	0,62	30	0,33
11	0,59	35	0,31
12	0,56	40 ve üzeri	0,29

(Veneziano ve Hooper, 1997).

Çizelge 3.2. Psikoeğitim oturumları (EK-7)

1. Oturum: Hazırlık Oturumu
2. Oturum: Şizofreniyi Tanıma
3. Oturum: Şizofreni Tedavisini Değerlendirmek
4. Oturum: Stres ve Stresle Baş Etme
5. Oturum: İletişim Becerilerini Geliştirmek
6. Oturum: Sorun Çözme Becerilerini Geliştirmek
7. Oturum: Kişilerarası İlişkileri ve Toplumsal Faaliyetleri Geliştirmek
8. Oturum: Psikoeğitim Programının Değerlendirilmesi

3.8. Araştırmanın Ön Uygulaması

Çalışmanın uygulamasına başlamadan önce 1-31 Aralık 2018 tarihinde ön uygulama olarak Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nden takip edilen şizofreni tanılı hastalardan oluşturulan bir gruba veri toplama araçları uygulanmıştır. Ayrıca aynı gruba, psikoeğitim programının hazırlık oturumu, şizofreniyi tanıma ve şizofreni tedavisini değerlendirmek başlıklı ilk üç oturumu uygulanmıştır. Ön uygulamada elde edilen deneyimler doğrultusunda hastalara ikramlıklar verilmesi ve her biri 60 dakikalık olan oturumların hastaların isteği doğrultusunda iki bölüm halinde yapılması doğrultusunda düzenlemeler yapılmıştır.

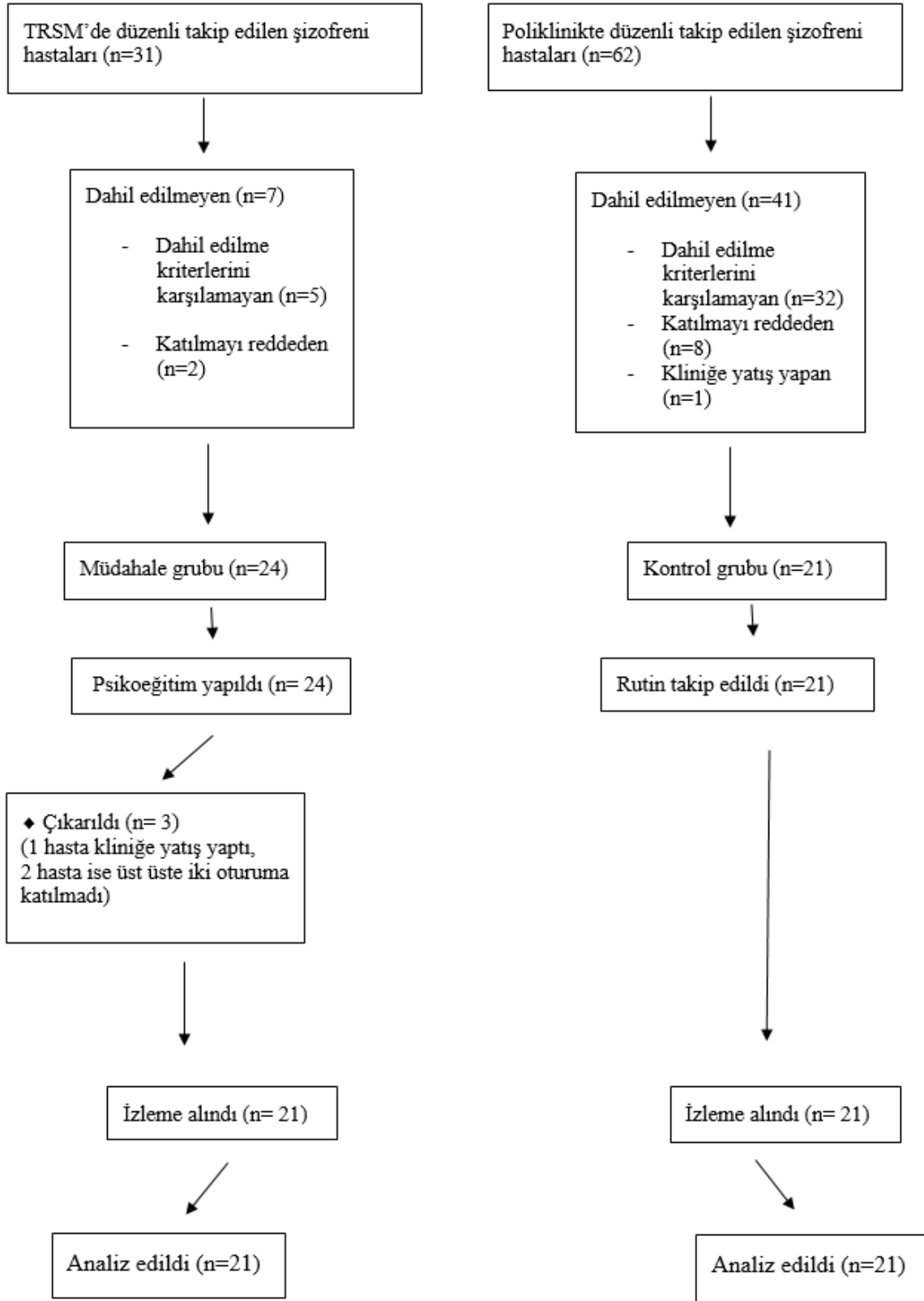
3.9. Uygulama

Araştırmanın uygulaması dört evrede yürütülmüştür. Araştırma kapsamına alınan müdahale ve kontrol grubundaki hastalarla ilk görüşme bulundukları kurumlarda (TRSM ve poliklinik) yapılmıştır. Araştırmanın amacı, nasıl yapılacağına ilişkin gerekli açıklamalar araştırmacı tarafından hastalara açıklanarak bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Daha sonra, her iki gruba araştırma veri toplama formları uygulanmıştır. Öncelikli olarak hastaların “Katılımcı Bilgi Formu”, “Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (TTUÖÖ)”, “İyilik Hali Ölçeği (İHÖ)” ve “Sosyal İyi Olma Ölçeği (SİÖÖ)”ni doldurmaları sağlanmıştır. Devamında araştırmacı tarafından her bir hasta ile ayrı ayrı görüşülerek “Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞHİYNÖ)” doldurulmuştur (ön test). Birinci ölçümü takip eden hafta, müdahale grubundaki hastalar için sekiz oturumluk grup psikoeğitimine başlanmıştır. Haftada bir kez yapılacak olan psikoeğitim oturumlarının her biri ortalama 60 dakika sürmüş olup her bir eğitim grubuna sekiz hasta alınmıştır. Böylece müdahale grubundaki hastaların psikoeğitimi üç grup halinde yürütülmüştür. Her oturumdan bir gün önce hastalar telefonla aranarak oturumun zamanı ile ilgili hatırlatma yapılmıştır. Psikoeğitim programı powerpoint sunumu şeklinde

TRSM'nin toplantı odasında yürütülmüştür. Literatürde grup üyelerinin eğitim programına aktif katılımı ve bu konuda desteklenmeleri önerilmektedir (Yıldız 2011). Bu nedenle psikoeğitim programı bilgilendirme, soru-cevap, deneyimlerin paylaşılması, rol oynama, video gösterimi, alıştırmalar ve ev ödevleri gibi interaktif yöntemler kullanılarak yürütülmüştür. Her oturum sonunda hastalara eğitim çıktıları verilmiştir. Rol oynama hastanın işlevselliğini belirlemede önemli bir araçtır (Couture ve diğerleri, 2006). Bu amaçla oturumda işlenen konuya yönelik örnek vakalarla rol oynama yaptırılmıştır. Ev ödevleri bir sonraki oturumda duygu durum kontrolünden sonra gündeme alınmıştır. Psikoeğitim oturumlarına katılımı desteklemek ve motivasyonu arttırmak için grup ile olumlu, sıcak ve kabullenici bir ilişkinin geliştirilmesi, önemlidir. Bu amaçla, birinci oturum sonunda grup üyelerine boyama etkinliğinde kullanabilecekleri ahşap bir kutu sembolik bir hediye olarak verilmiştir. Ayrıca psikoeğitim programının üçüncü, altıncı ve sekizinci oturumlarından sonra sunulan ikramlıklar (çay, meşrubat, pasta gibi) eşliğinde, katılımcıların doğum günü kutlamaları da yapılmıştır.

Kontrol grubundaki hastalara hiçbir müdahale yapılmamış olup, poliklinikteki rutin takiplerine (tedavi başlanması/düzenlemesi/değiştirilmesi, doktor kontrolü) devam etmişlerdir. Psikoeğitim programı tamamlandıktan sonra aynı hafta içinde hastaların “Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (TTUOÖ)”, “İyilik Hali Ölçeği (İHÖ)” ve “Sosyal İyi Olma Ölçeği (SİOÖ)” ni doldurmaları sağlanmıştır. Devamında araştırmacı tarafından her bir hasta ile ayrı ayrı görüşülerek “Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞHİYNÖ)” doldurulmuştur (son test). Psikoeğitim programının tamamlanmasından üç ay sonra müdahale ve kontrol grubuna “Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (TTUOÖ)”, “Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞHİYNÖ)”, “İHÖ” ve “SİOÖ” yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından tekrar uygulanmıştır (izlem). Kontrol grubuna izlem ölçümü yapıldıktan iki hafta sonra hastaların gereksinimleri doğrultusunda ortalama 15 dakika süren ve 1-2 defa yapılan telefon görüşmesi ile danışmanlık verilmiştir (yaşanan sorunlarla baş etme, gelen soruların cevaplanması, gereksinimleri doğrultusunda bilgilendirme). Toplam olarak hastalara katılımcı bilgi formu bir kez, ölçekler ise üç kez uygulanmıştır.

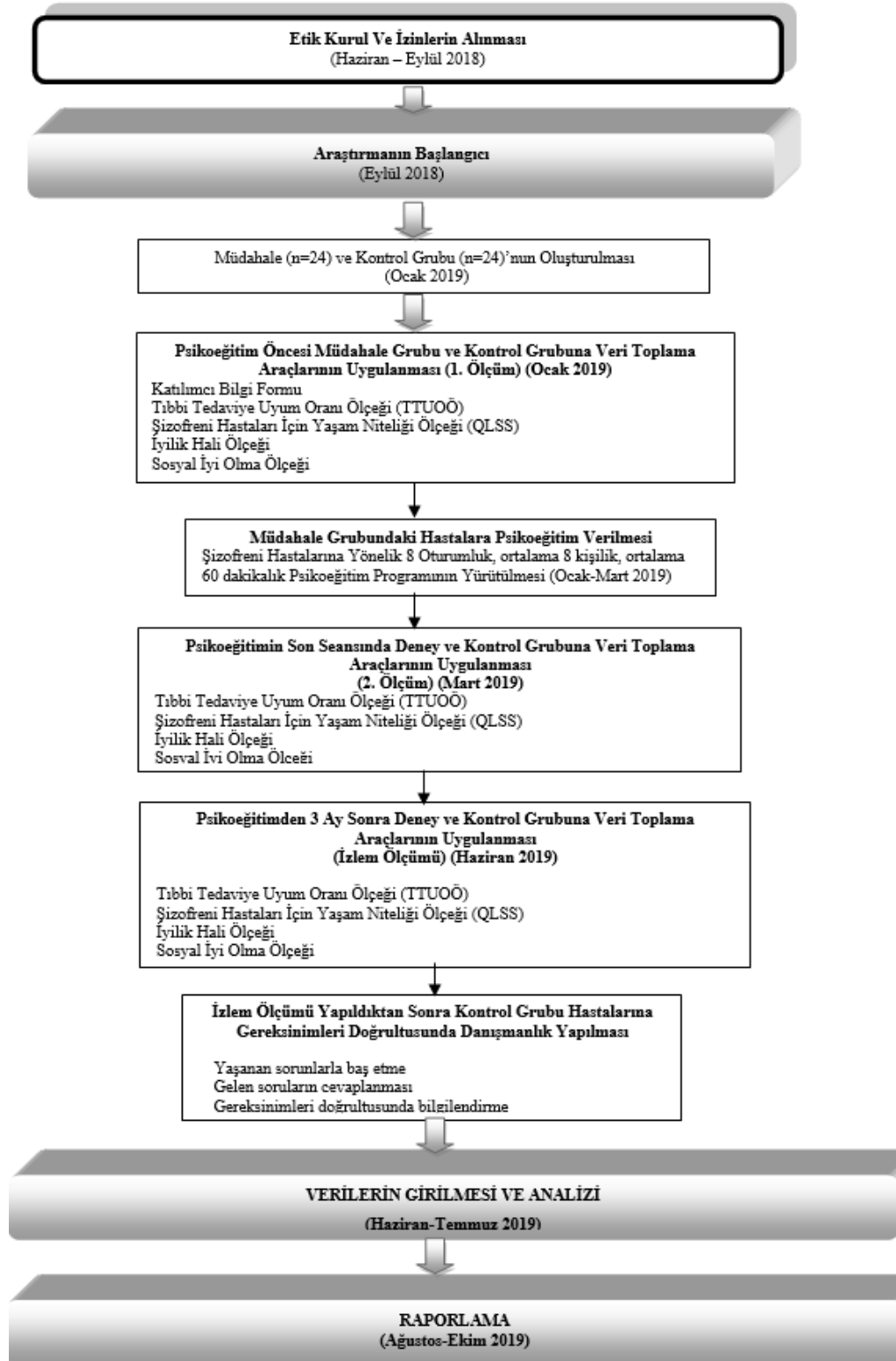
3.9.1. Araştırmanın konsort şeması



Şekil 3.1. Araştırmanın konsort şeması

3.9.2. Araştırmanın uygulaması

Aşağıda araştırmanın iş akış planı Şekil 3.2’ de verilmiştir.



Şekil 3.2. İş akış planı

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirilmesi IBM SPSS v22 programı ve R-3.6.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Katılımcı Bilgi Formu'nda yer alan sosyodemografik ve mevcut sağlık durumuna ilişkin veriler t-test istatistiği ve Ki – kare (X^2) kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğunu değerlendirmede Shapiro Wilk test istatistiği kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk gösteren iki grup arasındaki farklılığı değerlendirmede bağımsız gruplarda t-test istatistiği, normal dağılıma uygunluk göstermeyen iki grup arasındaki farklılığı değerlendirmede ise Mann Whitney U test istatistiği kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk göstermeyen verilerin ikiden çok tekrar ölçüm arasındaki farkı değerlendirmede Friedman test istatistiği; grup içi farkın hangi tekrardan kaynaklandığını belirlemek için ise Dunn-Sidak test istatistiği kullanılmıştır. Grup ve zaman değişimini değerlendirmede Wald istatistiği kullanılmış; gruplar arası ve zamana göre etkileşimdeki farkı belirlemek için Friedman testi uygulanmış ve Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişki Spearman korelasyon katsayısı ile değerlendirilmiştir. Kendall W uyum katsayısından yararlanılarak etki büyüklüğü hesaplanmıştır. Ölçeklerin zamana göre birbirleriyle değişim ilişkisini belirlemede regresyon analizi kullanılmıştır. Ölçeklerin güvenirliğini değerlendirmede Cronbach Alfa katsayısı kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.11. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi için Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden (EK-8) ve Karabük Üniversitesi Girişimsel olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izin yazıları alınmıştır (EK-9). Araştırmaya başlamadan önce çalışmaya katılacak hastalara araştırmanın amacı, nerede yapılacağı ve nasıl kullanılacağı açıklanarak hastalardan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır (EK-1). İzlem ölçümü yapıldıktan sonra kontrol grubu hastalarına gereksinimleri doğrultusunda danışmanlık yapılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çizelge 4.1. Hastaların tanımlayıcı özellikleri

Değişkenler	Müdahale Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	İstatistiksel Değerlendirme*
Yaş ($\bar{X} \pm SS$, min-max)	41,24 $\pm$ 9,78 (19,00-61,00)	40,52 $\pm$ 11,54 (18,00-60,00)	t=0,216 p=0,830
18-35 yaş	5 (23,81)	7 (33,33)	$\chi^2=0,940$ p=0,625
36-45 yaş	10 (47,62)	7 (33,34)	
46 ve üstü	6 (28,57)	7 (33,33)	
Cinsiyet			
Kadın	9 (42,86)	7 (33,33)	$\chi^2=0,404$ p=0,525
Erkek	12 (57,14)	14 (66,67)	
Medeni Durum			
Evli	6 (28,58)	5 (23,80)	$\chi^2=0,123$ p=0,726
Bekar	15 (71,42)	16 (76,20)	
Eğitim Durumu			
İlkokul	5 (23,81)	10 (47,62)	$\chi^2=3,590$ p=0,166
Ortaokul	7 (33,33)	7 (33,33)	
Lise ve üzeri	9 (42,86)	4 (19,05)	
Çalışma Durumu			
Evet	2 (9,52)	1 (4,76)	$\chi^2=0,359$ p=1,000
Hayır	19 (90,48)	20 (95,24)	
Ekonomik Durum			
Gelir giderden az	11 (52,38)	13 (61,91)	$\chi^2=0,389$ p=0,533
Gelir gidere eşit	10 (47,62)	8 (30,09)	
Tedavi süresi			
0-2 yıl	2 (9,52)	4 (19,05)	$\chi^2=1,495$ p=0,683
2-5 yıl	4 (19,05)	2 (9,52)	
5-10 yıl	8 (38,10)	9 (42,86)	
10 yıl ve üzeri	7 (33,33)	6 (28,57)	
Hastaneye yatma durumu			
1 kez	4 (19,05)	4 (19,05)	$\chi^2=1,080$ p=0,583
2 kez	6 (28,57)	9 (42,85)	
3 kez ve üzeri	11 (52,38)	8 (38,10)	
Hastanede kalma süresi			
14 gün ve altı	4 (19,05)	4 (19,05)	$\chi^2=0,151$ p=0,927
15-29 gün	12 (57,14)	13 (61,90)	
30 gün ve üzeri	5 (23,81)	4 (19,05)	

* χ^2 : Ki-kare test istatistiği; t: Bağımsız gruplarda t test istatistiği; p<0,05 kabul edilmiştir.

Çizelge 4.1’de hastaların tanımlayıcı özellikleri verilmiştir. Müdahale ve kontrol grubu hastalarının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durum, tedavi süresi, hastaneye yatma durumu, hastanede kalma süresi özellikleri açısından benzer olduğu görülmüştür (p>0,05).

4.2. Hastaların Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular

Çizelge 4.2. Hastaların ön test ölçek puanlarının dağılımı

Ölçekler	Müdahale Grubu Ortanca (min-mak)	Kontrol Grubu Ortanca (min-mak)	İstatistiksel Değerlendirme*
TTUOÖ**	14,00 (12,00-18,00)	14,00 (12,00-16,00)	$z=-1,405$ $p=0,160$
ŞHİYNÖ***	53,00 (33,00-82,00)	49,00 (32,00-73,00)	$z=-0,931$ $p=0,352$
Kişiler arası ilişkiler	21,00 (11,00-41,00)	17,00 (12,00-28,00)	$z=-0,807$ $p=0,419$
Mesleki rol	7,9±3,62	5,33±3,76	$t=2,258$ $p=0,029$
Ruhsal bulgular	23,00 (12,00-29,00)	19,00 (14,00-26,00)	$z=-1,606$ $p=0,108$
Günlük eşya kullanımı ve etkinlikler	6,00 (3,00-12,00)	6,00 (3,00-8,00)	$z=-0,998$ $p=0,318$
İHÖ****	24,00 (8,00-48,00)	18,00 (8,00-42,00)	$z=-0,745$ $p=0,456$
SİOÖ*****	65,00 (47,00-80,00)	64,00 (51,00-71,00)	$z=-1,300$ $p=0,194$

*Parametrik olmayan iki grup karşılaştırması, Z: Mann Whitney U test istatistiği; Parametrik olan iki grup karşılaştırması, t: Bağımsız gruplarda t test istatistiği; $p<0,05$ kabul edilmiştir.

**Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği

***Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği

****İyilik Hali Ölçeği

*****Sosyal İyi Olma Ölçeği

Çizelge 4.2’de hastaların ön test ölçek puanlarının dağılımı yer almaktadır. Müdahale ve kontrol grubu hastalarının TTUOÖ, QLSS, İHÖ ve SİOÖ ön test puanları benzerdir ($p>0,05$). Müdahale grubundaki hastaların ŞHİYNÖ mesleki rol alt boyutu ön test puanları, kontrol grubununkinden daha yüksektir ($p<0,05$).

Çizelge 4.3. Hastaların ön test, son test ve izlem ölçek puanlarının dağılımı

Ölçekler	Grup	Ön Test Ortanca (min-mak)	Son Test Ortanca (min-mak)	İzlem Ortanca (min-mak)	İstatistiksel Değerlendirme*
TTUOÖ**	Müdahale	14,00 (12,00-18,00) ^{ab}	17,00 (15,00-18,00) ^a	16,00 (14,00-18,00) ^b	$\chi^2=23,108$ $p<0,001$ *
	Kontrol	14,00 (12,00-16,00)	13,00 (11,00-16,00)	14,00 (11,00-17,00)	$\chi^2=1,574$ $p=0,455$
ŞHİYNÖ***	Müdahale	53,00 (33,00-82,00) ^{ab}	74,00 (49,00-95,00) ^{ac}	71,00 (46,00-93,00) ^{bc}	$\chi^2=39,975$ $p<0,001$ *
	Kontrol	49,00 (32,00-73,00)	48,00 (28,00-71,00)	49,00 (36,00-73,00)	$\chi^2=0,395$ $p=0,821$
Kişiler arası ilişkiler	Müdahale	21,00 (11,00-41,00) ^{ab}	28,00 (18,00-42,00) ^{ac}	28,00 (14,00-39,00) ^{bc}	$\chi^2=32,237$ $p<0,001$ *
	Kontrol	17,00 (12,00-28,00)	18,00 (6,00-27,00)	18,00 (12,00-28,00)	$\chi^2=2,622$ $p=0,270$
Mesleki rol	Müdahale	8,00 (1,00-16,00) ^{ab}	14,00 (5,00-18,00) ^a	11,00 (5,00-16,00) ^b	$\chi^2=35,368$ $p<0,001$ *
	Kontrol	5,00 (0,00-12,00)	5,00 (1,00-12,00)	6,00 (1,00-12,00)	$\chi^2=0,226$ $p=0,893$
Ruhsal bulgular	Müdahale	19,00 (12,00-29,00) ^{ab}	25,00 (16,00-32,00) ^a	23,00 (16,00-32,00) ^b	$\chi^2=33,688$ $p<0,001$ *
	Kontrol	23,00 (14,00-26,00)	21,00 (16,00-27,00)	21,00 (15,00-27,00)	$\chi^2=0,812$ $p=0,666$
Günlük eşya kullanımı ve etkinlikler	Müdahale	6,00 (3,00-12,00) ^{ab}	8,00 (5,00-12,00) ^a	7,00 (4,00-12,00) ^b	$\chi^2=28,062$ $p<0,001$ *
	Kontrol	6,00 (3,00-8,00)	5,00 (3,00-9,00)	6,00 (3,00-8,00)	$\chi^2=3,509$ $p=0,173$
İHÖ****	Müdahale	24,00 (8,00-48,00) ^{ab}	37,00 (24,00-56,00) ^a	32,00 (23,00-50,00) ^b	$\chi^2=26,228$ $p<0,001$ *
	Kontrol	18,00 (8,00-42,00)	20,00 (11,00-38,00)	17,00 (8,00-42,00)	$\chi^2=1,103$ $p=0,576$
SİOÖ*****	Müdahale	65,00 (47,00-80,00) ^{ab}	61,00 (49,00-84,00) ^a	60,00 (49,00-72,00) ^b	$\chi^2=12,234$ $p=0,002$ *
	Kontrol	64,00 (51,00-71,00)	64,00 (57,00-70,00)	64,00 (56,00-70,00)	$\chi^2=0,521$ $p=0,771$

*Parametrik olmayan tekrarlı ölçümlerin karşılaştırılması, χ^2 : Friedman test istatistiği; grup içi farkın hangi tekrardan kaynaklandığı Dunn-Sidak test istatistiği ile hesaplanmıştır, aralarında fark olan zamanlar aynı harf (a,b,c) ile gösterilmiştir; a (ön test), b (son test), c (izlem); $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

**Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği

***Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği

****İyilik Hali Ölçeği

*****Sosyal İyi Olma Ölçeği

Çizelge 4.3'te hastaların ön test, son test ve izlem ölçek puanlarının dağılımı yer almaktadır. Müdahale grubundaki hastaların TTUOÖ puan ortalamaları arasında zamana göre anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Müdahale grubundaki hastaların TTUOÖ son test ve izlem testi puan ortalamaları ön test puan ortalamalarından daha yüksektir ($p<0,05$). Kontrol grubundaki hastalarda ise TTUOÖ ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Müdahale grubundaki hastaların ŞHIYNÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında zamana göre anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Müdahale grubundaki hastaların ŞHIYNÖ son test ve izlem testi puan ortalamaları ön test puan ortalamalarından daha yüksektir ($p<0,005$). Müdahale grubundaki hastaların ŞHIYNÖ kişilerarası ilişkiler, mesleki rol, ruhsal bulgular ve günlük eşya kullanımı ve etkinlikler alt boyutu son test ve izlem testi puan ortalamaları, ön test puan ortalamalarından daha yüksektir ($p<0,005$). Kontrol grubundaki hastalarda ise ŞHIYNÖ ve kişilerarası ilişkiler, mesleki rol, ruhsal bulgular ve günlük eşya kullanımı ve etkinlikler alt boyutları ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Müdahale grubundaki hastaların İHÖ puan ortalamaları arasında zamana göre anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Müdahale grubundaki hastaların İHÖ son test ve izlem testi puan ortalamaları ön test puan ortalamalarından daha yüksektir ($p<0,005$). Kontrol grubundaki hastalarda ise İHÖ ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,005$). Müdahale grubundaki hastaların SİOÖ puan ortalamaları arasında zamana göre anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Müdahale grubundaki hastaların SİOÖ ön test puan ortalamaları son test ve izlem testi puan ortalamalarından daha yüksektir ($p<0,005$). Kontrol grubundaki hastalarda ise SİOÖ ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,005$).

Çizelge 4.4. Hastaların ölçek puanlarının grup, zaman ve grup*zaman etkileşimleri

Ölçekler	Grup	Ön Test	Son Test	İzlem	Faktörler					
		Ortanca (min-mak)	Ortanca (min-mak)	Ortanca (min-mak)	Zaman	p	Grup	p	Grup*Zaman	p*
					İstatistik (s.d)		İstatistik (s.d)		İstatistik (s.d)	
TTUOÖ**	Müdahale	14,00 (12,00-18,00)	17,00 (15,00-18,00)	16,00 (14,00-18,00)	22,387(2)	<0,001*	38,684(1)	<0,001*	29,378(2)	<0,001*
	Kontrol	14,00 (12,00-16,00)	13,00 (11,00-16,00)	14,00 (11,00-17,00)						
ŞHİYNÖ***	Müdahale	53,00 (33,00-82,00)	74,00 (49,00-95,00)	71,00 (46,00-93,00)	60,128(2)	<0,001*	15,903(1)	<0,001*	69,235(2)	<0,001*
	Kontrol	49,00 (32,00-73,00)	48,00 (28,00-71,00)	49,00 (36,00-73,00)						
İHÖ****	Müdahale	24,00 (8,00-48,00)	37,00 (24,00-56,00)	32,00 (23,00-50,00)	33,606(2)	<0,001*	11,781(1)	0,001*	23,733(2)	<0,001*
	Kontrol	18,00 (8,00-42,00)	20,00 (11,00-38,00)	17,00 (8,00-42,00)						
SİOÖ*****	Müdahale	65,00 (47,00-80,00)	61,00 (49,00-84,00)	60,00 (49,00-72,00)	4,395(2)	0,111	0,950(1)	0,330	8,428(2)	0,015*
	Kontrol	64,00 (51,00-71,00)	64,00 (57,00-70,00)	64,00 (56,00-70,00)						

*s.d:serbestlik derecesi; Tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizinin parametrik olmayan yöntemi Wald istatistiği, R programı ile hesaplanmıştır. Fakın hangi zamandan ve gruptan kaynaklandığı, Friedman test istatistiği ve Bonferroni düzeltmesi ile hesaplanmıştır; p<0,05 olarak kabul edilmiştir.

**Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği

***Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği

****İyilik Hali Ölçeği

*****Sosyal İyi Olma Ölçeği

Çizelge 4.4'te hastaların ölçek puanlarının grup, zaman ve grup*zaman etkileşimleri yer almaktadır. TTUOÖ, ŞHİYNÖ ve kişiler arası ilişkiler, mesleki rol, günlük eşya kullanımı ve etkinlikler alt boyutları ve İHÖ puan ortalamalarının gruplar arası farklılık, zamansal değişim ve grup*zaman etkileşimleri anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Buna göre müdahale grubu ile kontrol grubu arasında TTUOÖ, ŞHİYNÖ ve İHÖ ön test-son test ve ön test-izlem testi puanları açısından anlamlı bir fark bulunmaktadır (p<0,05). SİOÖ puan ortalamalarının gruplar arası farklılık ve zamansal değişimi anlamlı bulunmamıştır (p>0,05); buna karşın grup*zaman etkileşimleri anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

4.3. Hastaların Ölçek Etki Büyüklüklerine İlişkin Bulgular

Çizelge 4.5. Hastaların ölçek etki büyüklükleri

Ölçekler	Müdahale				Kontrol			
	Ön Test	Son Test	İzlem	Etki Büyüklüğü (W)	Ön Test	Son Test	İzlem	Etki Büyüklüğü (W)
TTUOÖ*	14,00 (12,00-18,00)	17,00 (15,00-18,00)	16,00 (14,00-18,00)	0,550	14,00 (12,00-16,00)	13,00 (11,00-16,00)	14,00 (11,00-17,00)	0,037
ŞHIYNÖ**	53,00 (33,00-82,00)	74,00 (49,00-95,00)	71,00 (46,00-93,00)	0,952	49,00 (32,00-73,00)	48,00 (28,00-71,00)	49,00 (36,00-73,00)	0,009
Kişiler arası ilişkiler	21,00 (11,00-41,00)	28,00 (18,00-42,00)	28,00 (14,00-39,00)	0,768	17,00 (12,00-28,00)	18,00 (6,00-27,00)	18,00 (12,00-28,00)	0,062
Mesleki rol	8,00 (1,00-16,00)	14,00 (5,00-18,00)	11,00 (5,00-16,00)	0,842	5,00 (0,00-12,00)	5,00 (1,00-12,00)	6,00 (1,00-12,00)	0,005
Ruhsal bulgular	19,00 (12,00-29,00)	25,00 (16,00-32,00)	23,00 (16,00-32,00)	0,802	23,00 (14,00-26,00)	21,00 (16,00-27,00)	21,00 (15,00-27,00)	0,019
Günlük eşya kullanımı ve etkinlikler	6,00 (3,00-12,00)	8,00 (5,00-12,00)	7,00 (4,00-12,00)	0,668	6,00 (3,00-8,00)	5,00 (3,00-9,00)	6,00 (3,00-8,00)	0,084
İHÖ***	24,00 (8,00-48,00)	37,00 (24,00-56,00)	32,00 (23,00-50,00)	0,624	18,00 (8,00-42,00)	20,00 (11,00-38,00)	17,00 (8,00-42,00)	0,026
SİOÖ****	65,00 (47,00-80,00)	61,00 (49,00-84,00)	60,00 (49,00-72,00)	0,291	64,00 (51,00-71,00)	64,00 (57,00-70,00)	64,00 (56,00-70,00)	0,012

W: Etki büyüklüklerinin hesaplanmasında Kendall W katsayısı kullanılmıştır. Kendall W'ye göre 0,1 düşük etki, 0,3 orta etki, 0,5 ve üzeri yüksek etki düzeyi olarak değerlendirilmektedir.

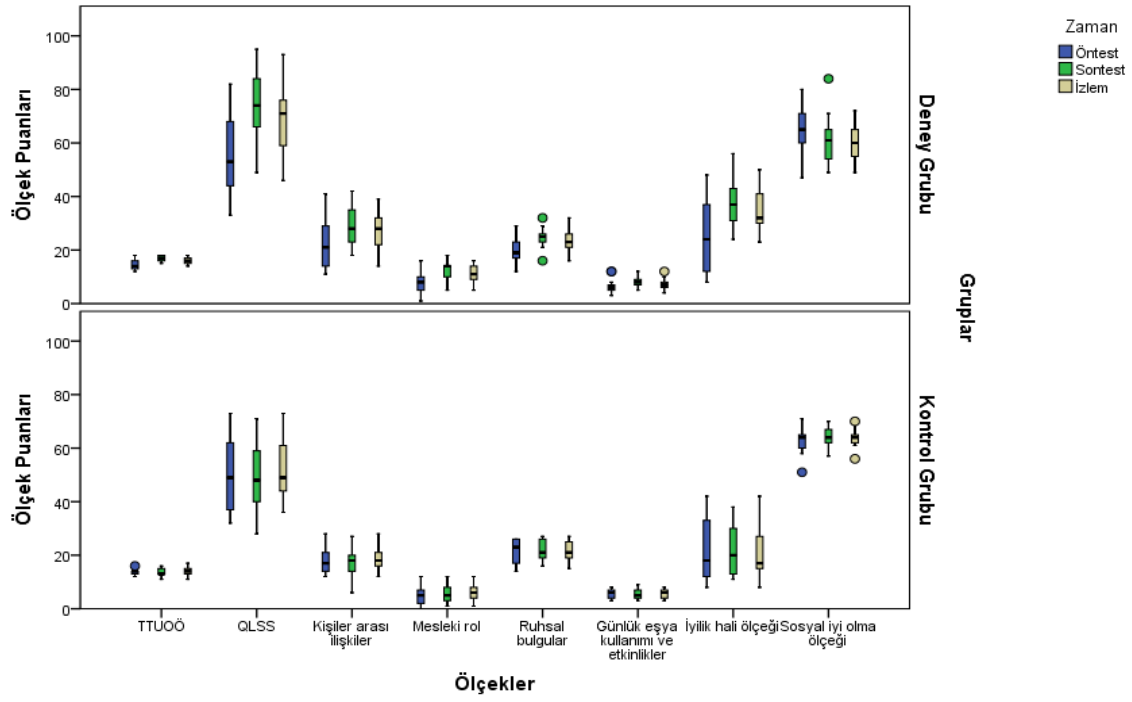
*Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği

**Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği

***İyilik Hali Ölçeği

****Sosyal İyi Olma Ölçeği

Çizelge 4.5'te hastaların ölçek ve alt boyutlarının etki büyüklükleri yer almaktadır. Müdahale grubu hastalarının TTUOÖ, İHÖ, ŞHIYNÖ ve alt boyutları etki büyüklükleri ön test, son test ve izlem ölçümlerinde yüksek düzeyde bulunmuştur. SİOÖ etki büyüklüğü ise orta düzeyde bulunmuştur. Kontrol grubu hastalarının TTUOÖ, İHÖ, SİOÖ, ŞHIYNÖ ve alt boyutları etki büyüklükleri ise çok düşük bulunmuştur.



Şekil 4.1. Hastaların ön test, son test ve izlem ölçek puanlarının dağılımı

Şekil 4.1’de hastaların ön test, son test ve izlem ölçek puanlarının grup ve zamana göre dağılımı yer almaktadır. Müdahale grubundaki hastaların TTUOÖ, İHÖ, ŞHİYNÖ ve alt boyutları son test ve izlem testi puan ortalamaları, ön test puan ortalamalarına ve kontrol grubuna göre artış göstermiştir ($p < 0,05$).

4.4. Ölçekler Arası İlişkilerle İlgili Bulgular

Çizelge 4.6. Müdahale grubu ölçekler arası ilişkilerin değerlendirilmesi

Ölçekler	r*	Ön Test				Son Test				İzlem			
		TTUOÖ	ŞHİYNÖ	İHÖ	SİOÖ	TTUOÖ	ŞHİYNÖ	İHÖ	SİOÖ	TTUOÖ	ŞHİYNÖ	İHÖ	SİOÖ
TTUOÖ***	r	1,000				1,000				1,000			
ŞHİYNÖ****	p												
	r	0,409	1,000			0,387	1,000			0,419	1,000		
İHÖ*****	p	p=0,066				p=0,083				p=0,059			
	r	0,512	0,855	1,000		0,424	0,821	1,000		0,483	0,701	1,000	
SİOÖ*****	p	p=0,018**	p=0,001**			p=0,055	p=0,001**			p=0,027**	p=0,001**		
	r	-0,248	0,139	0,06		0,075	0,422	0,12	1,000	0,243	0,211	0,112	
	p	p=0,278	p=0,547	p=0,768	1,000	p=0,747	p=0,057	p=0,591		p=0,289	p=0,357	p=0,629	1,000

*Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

**p<0,05 kabul edilmiştir.

***Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği

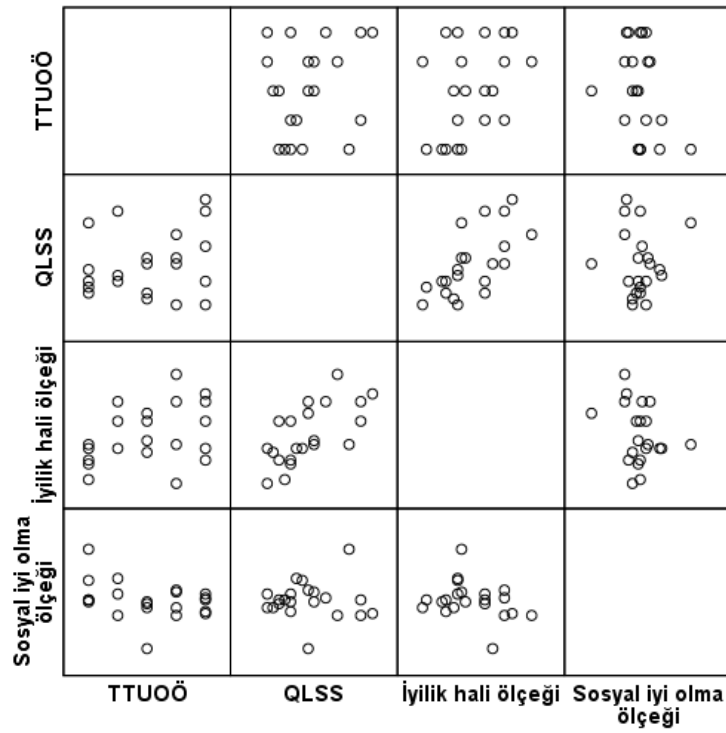
****Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği

*****İyilik Hali Ölçeği

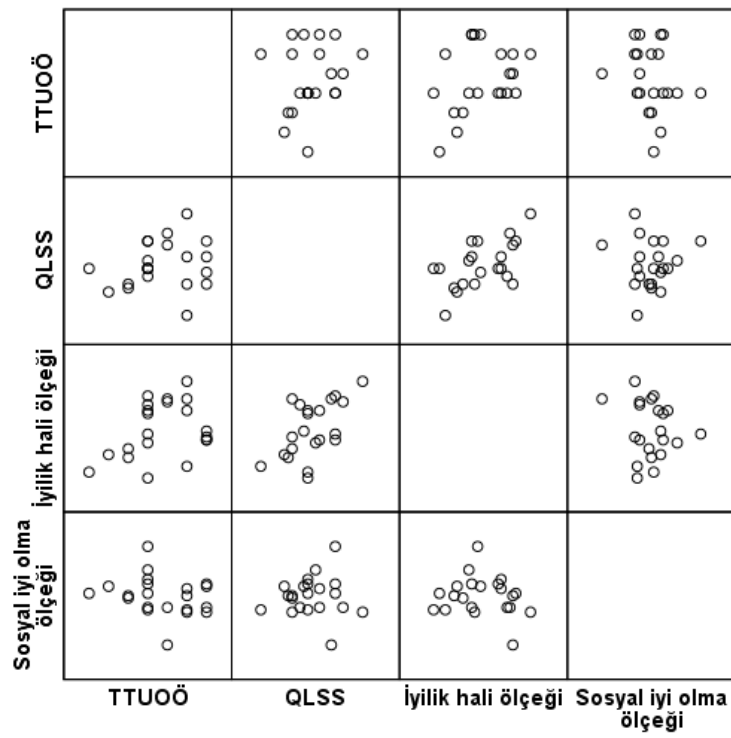
*****Sosyal İyi Olma Ölçeği

Çizelge 4.6’da müdahale grubunun ölçekler arası ilişkileri yer almaktadır. Ön test TTUOÖ ile İHÖ puanları arasında pozitif yönde orta düzey bir ilişki saptanmıştır (r=0,512; p=0,018). TTUOÖ ile diğer ölçekler arasında ilişki bulunmamaktadır (p>0,05). ŞHİYNÖ ile İHÖ arasında pozitif yönde çok yüksek düzey ilişki vardır (r=0,855; p=0,001). ŞHİYNÖ ile SİOÖ arasında ilişki bulunmamaktadır (p>0,05). Son test TTUOÖ ile diğer ölçekler ve alt boyutlar arasında ilişki bulunmamaktadır (p>0,05). ŞHİYNÖ ile İHÖ arasında pozitif yönde çok yüksek düzey ilişki vardır (r= 0,821; p=0,001). ŞHİYNÖ ile SİOÖ arasında ilişki bulunmamaktadır (p>0,05). İzlem testi İHÖ ile ŞHİYNÖ arasında pozitif yönde yüksek düzey ilişki vardır (r= 0,701; p=0,001). İHÖ ile TTUOÖ arasında pozitif yönde orta düzey ilişki vardır (0,483; p=0,027). ŞHİYNÖ ile SİOÖ arasında ilişki bulunmamaktadır (p>0,05).

4.5. Ölçeklerin Zaman İçindeki Değişim İlişkisi ile İlgili Bulgular



Şekil 4.2. Müdahale grubu ölçeklerin ön test-son test ilişkisi



Şekil 4.3. Müdahale grubu ölçeklerin ön test-izlem ilişkisi

Müdahale grubuna ait ölçek değerlerinin zamansal değişimlerini incelemek için iki farklı değişim hesaplaması yapılmıştır. Değişim 1 ölçeklerin ön test ve son test puan ortalamalarının farklarını gösterirken, Değişim 2 ön test ve izlem puan ortalamalarının farklarını göstermektedir.

Ölçekler arası değişim ilişkisine öncelikle saçılım grafikleri, sonrasında korelasyon analizi ile bakılmıştır. Sonrasında Değişim 1 ve Değişim 2 modeli için ŞHİYNÖ temel alınarak diğer ölçeklerin ŞHİYNÖ üzerinde ne kadar etkili oldukları basit doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. ŞHİYNÖ dört alt boyutuyla diğer üç ölçeğin ölçmek istediği parametreleri (TTUOÖ, İHÖ, SİOÖ) kısmen kapsayacak düzeyde bir ölçek olduğundan ve İHÖ ile pozitif yönde yüksek düzey ilişkisi bulunduğundan regresyon analizi için temel ölçek olarak alınmıştır.

Şekil 4.2’de ölçeklerin Değişim 1’e ait saçılım grafikleri, Şekil 4.3’te ise ölçeklerin Değişim 2’ye ait saçılım grafikleri yer almaktadır. Grafiklere bakıldığında, ŞHİYNÖ ölçeği değişimi ile İHÖ değişimi arasında pozitif yönde bir ilişki görülmekte iken diğer ölçeklerin değişimleri arasında bir ilişki görülmemektedir.

Çizelge 4.7. Müdahale grubu ölçeklerin zaman içindeki değişim ilişkileri

Değişimler	Ölçekler	Korelasyon ve İstatistiksel Değerlendirme	TTUOÖ	ŞHİYNÖ	İHÖ	SİOÖ
Ön test-son test (Değişim 1)	TTUOÖ**	r	1,000			
		p				
	ŞHİYNÖ***	r	0,197	1,000		simetrik
		p	0,393			
	İHÖ****	r	0,383	0,663	1,000	
		p	0,087	0,001*		
Ön test-izlem (Değişim 2)	SİOÖ*****	r	-0,330	0,019	-0,271	1,000
		p	0,144	0,935	0,234	
	TTUOÖ**	r	1,000			
		p				
	ŞHİYNÖ***	r	0,189	1,000		simetrik
		p	0,412			
	İHÖ****	r	0,332	0,570	1,000	
		p	0,142	0,007*		
	SİOÖ*****	r	-0,226	0,023	-0,161	1,000
		p	0,325	0,921	0,484	

*p<0,05 kabul edilmiştir.

**Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği

***Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği

****İyilik Hali Ölçeği

*****Sosyal İyi Olma Ölçeği

Grafikler yardımı ile bulunan bu ilişkilerin istatistiksel anlamlılığına Çizelge 4.7’de korelasyon analizi ile bakılmıştır. Grafiklerde olduğu gibi ŞHİYNÖ ile İHÖ değişimler

arası istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0,05$). Değişim 1’de ŞHİYNÖ ile İHÖ arasında pozitif yönde yüksek düzey ilişki ($r = 0,663$ $p = 0,001$) bulunmakta iken diğer ölçekler arasında ilişki bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Değişim 2’de ise ŞHİYNÖ ile İHÖ arasında pozitif yönde orta düzey ilişki ($r = 0,570$ $p = 0,007$) bulunmakta iken diğer ölçekler arasında ilişki bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.8. Ön test-son test ve ön test-izlem ŞHİYNÖ ve İHÖ değişimine ilişkin regresyon analizi

Değişimler	Değişim Kaynağı	Toplam Kareler Toplamı	s.d	Kareler Ortalaması	F	p	R ²	Değişkenler	B	Std. Hata	Standardize Katsayı Beta	t	p
Ön test-son test (Değişim 1)	Regresyon	263,587	1	263,587	14,887	0,001*	0,439	Sabit	12,942	1,819		7,115	<0,001
	Artıklar	336,413	19	17,706				İHÖ**	0,482	0,125	0,663	3,858	0,001*
	Toplam	600,000	20										
Ön test-izlem (Değişim 2)	Regresyon	234,524	1	234,524	9,161	0,007*	0,325	Sabit	10,497	1,588		6,609	<0,001
	Artıklar	486,428	19	25,601				İHÖ**	0,361	0,119	0,570	3,027	0,007*
	Toplam	720,952	20										

ŞHİYNÖ ile diğer ölçekler arası değişimlerde ilişki bulunmadığı için ŞHİYNÖ ile İHÖ ile regresyon modeli kurulmuştur. Değişim 1 ve Değişim 2 için ayrı ayrı iki regresyon modeli kurulmuş ve sonuçlar Çizelge 4.8’de verilmiştir. Çizelge 4.8’de kurulan modellere ilişkin Anova tablosu ve R² değerleri yer almaktadır. Buna göre kurulan modellerin anlamlı olduğu görülmektedir (F=14,887 p=0,001; F=9,161 p=0,007). Değişim 1 için, İHÖ değişimi, ŞHİYNÖ ölçeği değişimini %43,9 açıklamakta iken; Değişim 2 için, İHÖ değişimi, ŞHİYNÖ ölçeği değişimini %32,5 açıklamaktadır. Ayrıca, değişim 1 ve Değişim 2 modellerinde İHÖ anlamlı bulunmuştur (sırasıyla t=3,858 p=0,001; t=3,027 p=0,007). Değişim 1 modeli için, İHÖ değişimi 1 birim arttıkça QLSS değişiminde 0,663 birimlik artış olduğu görülmektedir. Değişim 2 modeli için ise, İHÖ değişimi 1 birim arttıkça ŞHİYNÖ değişiminde 0,570 birimlik artış olduğu görülmektedir.

5. TARTIŞMA

5.1. Sosyal Beceri Geliştirmeye Odaklı Grup Psikoeğitiminin İlaç Uyumunu, Yaşam Kalitesi, İyilik Hali ve Sosyal İyi Oluşa Etkisi

Bu çalışma şizofreni hastalarına uygulanan sosyal beceri geliştirmeye odaklı grup psikoeğitiminin tedavi uyumu, yaşam kalitesi, iyilik hali ve sosyal iyi oluşluğa etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Değerlendirme ölçümleri ön test, son test ve izlem testi ile yapılmıştır. Müdahale grubundaki hastaların TTUOÖ puan ortalamaları arasında zamana göre anlamlı bir fark olduğu, hastaların TTUOÖ son test ve izlem testi puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kontrol grubunda ise bu yönde anlamlı bir değişim görülmediğinden şizofreni hastalarına uygulanan sosyal beceri geliştirmeye odaklı grup psikoeğitiminin hastaların ilaç uyumunu artırdığı söylenebilir. Çalışmamızın bu bulgusu H₁ hipotezini desteklemektedir.

Tedavi uyumu, şizofreninin başarılı bir şekilde yönetilmesinde önemli bir yer tutmaktadır (Dikeç ve Kutlu, 2015). Şizofrenide tedaviye uyumsuzluk %20-72 aralığında seyretmekte olup, ortalama tedaviye uyumsuzluk oranının %50 olduğu tahmin edilmekle birlikte, relapsların en önemli nedeni olarak kabul edilmektedir (Klingberg ve diğerleri, 2008). Daha iyi bir tedavi uyumunun hastanın hastalığa ve tedaviye olumlu bakışını desteklediği bilinmektedir (Magliano ve diğerleri, 2005). Şizofreni hastalarının tedavi uyumunu bozan en önemli etmenlerden biri hastalık ve tedavi ile ilgili bilgi eksikliğidir. Çalışmamızda psikoeğitim programının ikinci ve üçüncü oturumunda hastalığın özellikleri, düzenli ilaç kullanımının önemi, ilaç yan etkileri ile baş etme anlatılmış, hastalarla interaktif yöntemler ve ev ödevleri aracılığı ile bireysel deneyimleri paylaşılmıştır. Tüm bunlar hastaların, hastalığı tanıma ve tedaviye uyumunu olumlu yönde etkilemiş olabilir. Çalışmamıza benzer şekilde hastalarla etkileşimli yapılan psikoeğitim uygulamalarının şizofreni hastalarının tedavi uyumunu artırdığını göstermektedir (Baruah ve Reddemma, 2012; Sauvanaud ve diğerleri, 2017; Chaiyajan ve diğerleri, 2009; Matsuda ve Kohno, 2016; Choe ve diğerleri, 2016; Petretto ve diğerleri, 2013; Özkan, 2011). Çalışmamızın bulguları literatür ile uyumludur. Ayrıca çalışmamızda Tıbbi Tedavi Uyum Ölçeği etki büyüklüğü 0,550 (0,1:düşük etki düzeyi; 0,3:orta etki düzeyi; 0,5 ve üzeri:yüksek etki düzeyi) olarak bulunmuştur. Bu sonuç, örneklem genişliğinin ölçeğin zaman içindeki değişimi gösterebilmesi için yeterli olduğu anlamına gelmektedir.

Çalışmamızda müdahale grubundaki hastaların ŞHİYNÖ puan ortalamaları arasında zamana göre anlamlı bir fark olduğu, hastaların ŞHİYNÖ son test ve izlem testi puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Kontrol grubunda ise bu yönde anlamlı bir değişim görülmediğinden şizofreni hastalarına uygulanan sosyal beceri geliştirmeye odaklı grup psikoeğitimi uygulamasının hastaların yaşam kalitesini artırdığı söylenebilir. Çalışmamızın bu bulgusu H₂ hipotezini desteklemektedir.

Ortalama 2-4 ay süren kısa süreli psikososyal tedavi programlarının yaşam kalitesinin artırılması üzerine olumlu etki oluşturduğu bilinmektedir (Matsui ve diğerleri, 2008). Çalışmamızda yaşam kalitesi ölçeği; kişilerarası ilişkiler, sosyalleşme, toplumsal etkileşimi yönlendirme, toplumdan uzaklaşma, mesleki işlevsellik, bireysel gücünü kullanma, geleceğe yönelik plan yapma, motivasyon, çevreye duyarlılık, hayattan zevk alma, günlük yaşamında zamanı planlama, empati yapabilme ve günlük faaliyetlere katılma durumunu içermektedir. Yürütülen psikoeğitim programının dördüncü, beşinci ve yedinci oturumlarında stresle etkili baş etme, damgalanmanın etkileri, özgüven geliştirme, iletişim becerileri, duyguları tanıma, beden dili, toplumsal hayata katılım konularına odaklanılmıştır. Bu konular video gösterimi, rol oynama, ev ödevi, bireysel deneyimlerin paylaşılması ve örnek durum incelemesi şeklinde hastaların düşünmeye yönlendirilmesi ile aktif katılımının sağlandığı, beyin fırtınasının yapıldığı interaktif yöntemlerle ele alınmıştır. Bu yönüyle psikoeğitim programı hastaların yaşam kalitesini geliştirmiş olabilir. Ayrıca oturumlarda kullanılan anlatım, soru-cevap, grup tartışması, tekrarlama, özetleme ve pekiştireç verme yöntemlerinin, edinilen bilgilerin hastalarda davranış değişimi oluşturmaya yardımcı olarak yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemiş olabilir. Bunun yanında grup ortamının hastaların kabulünü, katarsisi ve öğrenmeyi desteklediği bilinmektedir (Çakır ve Camuz Gümüş, 2015). Bu anlamda çalışmamızda, benzer durumdaki hastaların duygu, düşünce ve deneyimlerini paylaşabilmeleri, aidiyet duygusu ile birlikte duygusal ilişkilerin oluşmasına yardım ederek yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemiş olabileceği de düşünülmektedir. Çalışmalar, interaktif yöntemler (video gösterimi, grup tartışması, soru-cevap gibi) kullanılarak yapılan psikoeğitim uygulamasının şizofreni hastalarında yaşam kalitesini arttırdığını göstermektedir (Bilge ve diğerleri, 2016; Duman ve diğerleri, 2007; Nasr ve Kausar, 2009; Sönmez, 2009; Arslan ve diğerleri, 2015; Deveci diğerleri, 2008). Çalışmamızda Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği etki büyüklüğü 0,952 (0,1:düşük etki düzeyi; 0,3:orta etki düzeyi; 0,5 ve üzeri:yüksek etki

düzeyi) olarak bulunmuştur. Bu sonuç, örneklem genişliğinin ölçeğin zaman içindeki değişimi gösterebilmesi için yeterli olduğu anlamına gelmektedir.

Çalışmamızda müdahale grubundaki hastaların İHÖ puan ortalamaları arasında zamana göre anlamlı bir fark olduğu, hastaların İHÖ son test ve izlem testi puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Kontrol grubunda bu yönde anlamlı bir değişim görülmediğinden şizofreni hastalarına uygulanan sosyal beceri geliştirmeye odaklı grup psikoeğitimi uygulamasının hastaların iyilik halini artırdığı söylenebilir. Çalışmamızın bu bulgusu H_3 hipotezini desteklemektedir.

İyilik hali kavramı sosyal ilişkiler, destekleyici ve doyurucu ilişkiler, başkalarının mutlu olması için çaba gösterme, başkaları tarafından saygı görme, amaçlı ve anlamlı bir hayata sahip olma, ilgi duyulan aktivitelerle meşgul olma, öz saygı ve iyimserlik durumlarını içermektedir (Diener ve diğerleri, 2009; Akın ve Fidan, 2012). Çalışmamızda psikoeğitim programının dördüncü, beşinci ve altıncı oturumlarında stresle etkili baş etme, özgüven ve olumlu düşünme tarzını geliştirme, bireysel güçlenme, kişilerarası ilişkileri geliştirme ve sorun çözme konuları ele alınmıştır. Bu oturumlar grup tartışması, alıştırma ve ev ödevi gibi davranışsal yöntemler kullanılarak etkileşimli olarak yürütülmüştür. Böylece psikoeğitim uygulamasının, hastaların öz güvenini geliştirme, iyimser duyguları ortaya çıkarma, yaşamdan anlam bulma ve başarıma duygusunu geliştirme yoluyla iyilik halindeki olumlu değişime katkı sağladığı düşünülebilir. Ayrıca grup ortamının ve paylaşımının hastalarda yalnızlık hissini azalttığı ve iyilik halini geliştirdiği söylenebilir. Yapılan çalışmalar hastaların aktif katılımının olduğu psikoeğitim uygulamalarının hastaların iyilik halini arttırdığını göstermektedir (Pekkala ve Merinder, 2002; Knutson ve Newberry, 2013). Çalışmamızın bulguları bu alanda literatür ile uyumludur. Çalışmamızda İyilik Hali Ölçeği etki büyüklüğü 0,624 (0,1:düşük etki düzeyi; 0,3:orta etki düzeyi; 0,5 ve üzeri:yüksek etki düzeyi) olarak bulunmuştur. Bu sonuç, örneklem genişliğinin ölçeğin zaman içindeki değişimi gösterebilmesi için yeterli olduğu anlamına gelmektedir.

Çalışmamızda müdahale grubundaki hastaların SİÖÖ puan ortalamaları arasında zamana göre anlamlı bir fark olduğu, hastaların SİÖÖ ön test puan ortalamalarının son test ve izlem testi puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmamızın bu bulgusuna göre şizofreni hastalarına uygulanan sosyal beceri geliştirmeye odaklı grup

psikoeğitimi uygulamasının hastaların sosyal iyi oluşluk düzeyinde artışa yol açmadığı söylenebilir. Çalışmamızın bu bulgusu H₄ hipotezini desteklememektedir.

Çalışmamızın dördüncü ve yedinci oturumunda damgalanmanın neden olduğu stres, stresle baş etme, kişilerarası ilişkiler ve toplumsal faaliyetleri geliştirme konuları ele alınmıştır. Oturumlarda grup etkileşiminin sağlanmasıyla birlikte hastaların bireysel deneyimlerini paylaşmaları, kendi içinde bulundukları durum ve yaşadıkları çevre ile ilgili farkındalıklarını arttırmış olabilir. Bu durum hastaların sosyal açıdan durumlarını daha olumsuz değerlendirmesine, dolayısıyla sosyal iyi oluşluğun azalmasına yol açmış olabilir. Psikoeğitim programı yalnızca katılan hastalara katkı sağlamakta, onların içinde bulunduğu toplumda bir değişim yaratmadığı için gelişim tek yönlü olmaktadır. Hastadaki değişim, gelişim ve farkındalığın artmış olması psikoeğitim öncesine göre sosyal iyi oluş kavramı dahilindeki toplumsal kabul, toplumsal bütünleşme, toplumsal katkı ve toplumsal gerçekleştirme boyutlarında kendisini, toplum ve dünya içinde daha kötü bir yerde görmesine neden olmuş olabilir. Tüm bunlar, hastaların sosyal iyi olma ölçeği son test ve izlem puan ortalamalarının daha düşük olmasına yol açmış olabilir.

Literatürde psikoeğitim uygulamalarının şizofreni hastalarının sosyal iyi oluşluğuna etkisini inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Şizofreni hastalarına uygulanan psikoeğitim programlarının sosyal iyi olma haline etkisini inceleyen araştırmalarda genellikle sosyal işlevselliğin ele alındığı ve sosyal işlevselliği değerlendiren ölçme araçlarının kullanıldığı görülmektedir (Štrkalj-Ivezić ve diğerleri, 2013; Aydın, 2016; Sönmez, 2009; Söğütlü, 2014; De Silva ve diğerleri, 2013).

Sosyal işlevsellik çalışabilme, kişilerarası ilişkileri sürdürebilme ve kendi bakımını yapabilme biçiminde tanımlanmaktadır. Şizofreni hastalarının sosyal işlevselliklerini değerlendirirken bireyin sosyal sorumlulukları, kişiler arası ilişkilerinde tutarlı bir davranış sergilemesi, günlük ve sosyal aktivitelerinde, iş ve mesleki sorumluluklarını yerine getirmesi, para kontrolünü yapabilmesi ve boş zaman aktivitelerini, tıbbi tedavisini ve ilaç kullanımını yerine getirip getiremediği değerlendirilmektedir (Gülseren ve diğerleri, 2010; Erol ve diğerleri, 2009). Sosyal iyi olma ise Keyes'e göre bireyin toplum içindeki konumuna, durumuna ve işlevselliğine ilişkin öznel yorumudur (Akın ve diğerleri, 2013). Sosyal iyi oluşluğu yüksek olan bireyler genel olarak dünya ve yaşadığı toplum ile ilgilenir; çevresindeki gelişme ve değişimleri takip edip anlayabildiklerini

hissederler (Keyes ve diğ erleri, 1998; Akın ve diğ erleri, 2013). Bu anlamda iki kavramın birbirinden farklı olduğu görülmektedir. Çalışmamızda, psikoeğitim programının şizofreni hastalarının sosyal iyi oluşluğuna etkisi değerlendirildiği için literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

5.2. Ölçeklerin Zaman  indeki Değişim  ilişkisi

Psikoeğitim programı sonrası iyilik hali ve yaşam kalitesi düzeylerindeki değişimlerin pozitif yönde birbirleriyle ilişkili olduğu saptanmıştır. Psikoeğitim programında iyilik halindeki artışın yaşam kalitesindeki artışta rol oynadığı görülmüştür. Literatürde yaşam kalitesinin iyilik hali ile doğrudan ilişkili olduğu belirtilmektedir (Fervaha ve diğ erleri, 2015; Chino ve diğ erleri, 2009; Valiente ve diğ erleri, 2019). Çalışmamızın bulguları da yaşam kalitesi ile iyilik hali arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir. Yaşam kalitesi ve iyilik halinin psikoeğitim sonrası zaman içinde değişiminin birbiriyle ilişkili olduğu saptanmıştır. Diğ er bir deyişle hastaların iyilik hali geliştikçe yaşam kalitelerinin de beraberinde arttığı görülmüştür. Bu çalışmanın psikoeğitimin tedavi uyumu, yaşam kalitesi, iyilik hali ve sosyal iyi oluşluk düzeylerinin değişim ilişkisini değerlendirmesi nedeniyle literatüre önemli bir katkı sağladığı söylenebilir. Çünkü literatürde ayrı ayrı çalışmalarda psikoeğitimin şizofreni hastalarının tedavi uyumu, yaşam kalitesi ve iyilik hali düzeylerine etkisinin değerlendirildiği görülmektedir (Baruah ve Reddemma, 2012; Pekkala ve Merinder, 2002; Arslan ve diğ erleri, 2015). Ancak  alışmamızda olduğu gibi psikoeğitim sonrası bu parametrelerin birlikte değişim ilişkisini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Özetle  alışmamızda, sosyal beceri geliştirmeye odaklı grup psikoeğitiminin şizofreni hastalarında ilaç uyumu, yaşam kalitesi ve iyilik hali düzeylerini arttırdığı bulunmuştur. Ayrıca hastaların iyilik hali geliştikçe yaşam kalitelerinin de birlikte arttığı belirlenmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şizofreni hastalarına uygulanan sosyal beceri geliştirmeye odaklı grup psikoeğitiminin ilaç uyumu, yaşam kalitesi, iyilik hali ve sosyal iyi oluşluğa etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar şöyledir:

- Sosyal beceri geliştirmeye odaklı grup psikoeğitimi şizofreni hastalarının ilaç uyumunu arttırmıştır.
- Sosyal beceri geliştirmeye odaklı grup psikoeğitimi şizofreni hastalarının yaşam kalitesini arttırmıştır.
- Sosyal beceri geliştirmeye odaklı grup psikoeğitimi şizofreni hastalarının iyilik halini arttırmıştır.
- Sosyal beceri geliştirmeye odaklı grup psikoeğitimi şizofreni hastalarının sosyal iyi oluşluk düzeyini geliştirmemiştir.
- Sosyal beceri geliştirmeye odaklı grup psikoeğitimi ile şizofreni hastalarının iyilik hali arttıkça yaşam kalitesi de artmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda,

- TRSM’lerde takip edilen şizofreni hastaları için sosyal beceri geliştirmeye yönelik eğitim programlarının rutin işleyişe entegre edilmesi,
- Şizofreni hastalarında hastalık yönetiminin istendik şekilde sağlanması açısından poliklinik hastaları için düzenli psikoeğitim programlarının uygulanması,
- Psikoeğitim uygulamasında psikiyatri hemşirelerinin aktif rol alması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akın, A. ve Fidan, M. (2012, Nisan). *The Validity and Reability of the Turkish Version of the Flourishing Scale*. 3rd International Conference on New Trends in Education and their Implications (ICONTE-2012), Antalya.
- Akın, A., Demirci, İ., Çitemel, N., Sarıçam, H ve Ocakçı, H. (2013). *Sosyal İyi Olma Ölçeği Türkiye Formu'nun geçerlik ve güvenirliği*. 5. Ulusal Lisansüstü Eğitim Sempozyumu, Mayıs, Sakarya.
- Alataş, G., Kurt, E., Alataş, E. T., Bilgiç, V. ve Karatepe, H. T. (2007). Duygudurum bozukluklarında psikoeğitim. *Düşünen Adam*, 20(4), 196-205.
- Alptekin, K., Üçok, A., Ayer, A., Ünal, A., Erol, A., Ensari, H., Atmaca, M. ve Özgüven, H. D. (2014). Psikiyatri kliniğine yatırılan şizofreni ve psikotik bozukluğu olan hastaların tedavi rehberi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 24 (3), 276-288.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). *Ruhsal bozuklukların tanısasal ve sayımsal el kitabı*, Beşinci Baskı (DSM-5). Köroğlu E (çev.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 65-82.
- Andreasen, N. C., Carpenter, W. T., Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R. and Weinberger, D. R. (2005). Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry*, 162, 441-449.
- Arslan, M., Yazıcı, A., Yılmaz, T., Coşkun, S. ve Kurt, E. (2015). Rehabilitasyon programının şizofreni hastalarının kliniği, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerindeki uzun dönem etkileri: İzleme çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(4), 238-246.
- Assefa, D., Shibre, T., Asher, L. and Assefa, A. F. (2012). Internalized stigma among patients with schizophrenia in ethiopia: A cross-sectional facilitybased study. *BMC Psychiatry*, 12, 239.
- Atmaca, G., Durat, G. (2015). Şizofreni hastalarında intihar ve depresyon. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(1), 51-55.
- Aydın, E. (2016). *Vaka yönetiminin şizofreni hastalarının klinik belirtileri, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul, 25-37.
- Bağ, B. (2018). Toplum ruh sağlığı hemşireliğinde uygulamaya yönelik bir model örneği: "Recovery". *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(4), 471-483.
- Bağ, B. ve Ekinci, M. (2005). Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumların araştırılması. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 107-127.
- Barkhof, E., Meijer, C. J., Sonnevile, L. M. J., Linszen, D. H. and Haan, L. (2012). Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia-a review of the past decade. *European Psychiatry*, 27, 9-18.

- Barlas, G.Ü. (2015). Psikozlarda ve şizofrenide bakım sanatı. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(1), 67-72.
- Baruah, A. and Reddemma, K. (2012). Effectiveness of educative intervention on drug compliance for patients with schizophrenia. *Dysphrenia*, 3(1), 74-79
- Baulm, J., Fraböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M. and Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (1), 1-9.
- Beck, E. M., Cavelti, M., Kvrđic, S., Kleim, B., Vauth, R. (2011). Are we addressing the ‘right stuff’ to enhance adherence in schizophrenia? Understanding the role of insight and attitudes towards medication. *Schizophrenia Research*, 132, 42-49.
- Bilge, A., Ekitli, B. E., Embel, N., Kaya, F. G., Hira-Turan, S. K. ve Oğullu, M. K. (2016). Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’ndeki şizofreni hastalarına uygulanan öncü belirtileri tanıma ve baş etme eğitiminin içgörü düzeyi ve yaşam kalitesine etkisi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 7, 52-68.
- Binbay, T., Alptekin, K., Elbi, H., Zağlı, N., Druker, M., Tanık, F.A., Özkınay, F., Onay, H. and Van-Os, J. (2012). İzmir kent merkezinde şizofreni ve psikotik belirtili bozuklukların yaşamboyu yaygınlığı ve ilişkili oldukları sosyodemografik özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23, 1-12.
- Binbay, T., Ulaş, H. ve Alptekin, K. (2010). Şizofreni epidemiyolojisine Türkiye’den katkı yapmak: Nasıl ve neden. *Klinik Psikiyatri*, 9-15.
- Binbay, T., Ulaş, H. ve Alptekin, K. (2011). Türkiye’de Psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22, 40-52.
- Birsöz, S. ve Karaman, T. (2003). *Psikiyatri tanı ve tedavi current diagnosis & treatment in psychiatry*. 1. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi, 260-277.
- Boden, R., Brandt, L., Kieler, H., Andersen, M. and Reutfors, J. (2011). Early nonadherence to medication and other risk factors for rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Research*, 133, 36-41.
- Bonney, S. and Stickley, T. (2008). Recovery and mental health: A review of the british literature. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 15140-1553.
- Bostancı, N. (2005). Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik stigma ve bunun azaltılmasına yönelik uygulamalar. *Düşünen Adam*, 32-38.
- Breitborde, N. J. Kb, Moreno, F. A, Mai-Dixon, N., Peterson, R., Durst, L., Bernstein, B., Byreddy, S. and McFarlane, W. R. (2011). Multifamily group psychoeducation and cognitive remediation for first-episode psychosis: A randomized controlled trial. *BioMed Central Psychiatry*, 11, 9.
- Bressington, D., Mui, J. and Gray, R. (2013). Factors associated with antipsychotic medication adherence in community-based patients with schizophrenia in hong kong: A cross sectional study. *International Journal Mental Health Nursing*, 22, 35-46.

- Browne, S., Roe, M., Lane, A. (1996). A preliminary report on the effect of a psychosocial and educative rehabilitation – programme on quality of life and symptomatology in schizophrenia. *European Psychiatry*, 11, 386-389.
- Bustillo, J., Keith, S. J. and Lauriello, J. (2000). *Schizophrenia: Psychosocial treatment*. In: Sadock, B. J., Sadock, V. A., (eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (7th ed) Vol. I, Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 1210-1217.
- Chaiyajan, W., Sitthimongkol, Y., Yuttatri, P. and Klainin, P. (2009). Effects of a psychoeducational program on attitude towards medication and compliance with first appointment after discharge in schizophrenic patients. *Journal of Nursing Sciences*, 27, 73-81.
- Callaghan, P. (2004). Exercise: a neglected intervention in mental health care? *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 11(4), 476-83.
- Chambon, O., Eckman, T., Trinh, A. (1992). Social Skills Training as a way of Improving Quality of Life Among Chronic Mentally Ill Patients: Presentation of a Theoretical Model. *European Psychiatry*, 7, 213-220.
- Chan, S. W., Yip, B., Tso, S., Chang, B.S. and Tam, W. (2009). Evaluation of a Psychoeducation Program for Chinese Clients with Schizophrenia and their family care givers. *Patient Education and Counseling*, 75(1), 67-76.
- Chiba, R., Miyamoto, Y., Kawakami, N. and Harada, N. (2014). Effectiveness of a program to facilitate recovery for people with long-term mental illness in japan. *Nursing Health Science*, 16, 277-283.
- Chien, W. T., Leung, S. F., Yeung, F. K. K. and Wang, W. K. (2013). Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: Psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1463-1481.
- Chino, B., Nemoto, T., Fujii, C. and Mizuno, M. (2009). Subjective assessments of the quality of life, well-being and self-efficacy in patients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63, 521-528.
- Choe, K., Sung, B., Kang, Y. and Yoo, S. Y. (2016). Impact of psychoeducation on knowledge of and attitude toward medications in clients with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Perspectives in Psychiatric Care*, 52, 113–119.
- Corrigan, P. W., Rowan, D., Green, A. (2002). Challenging two mental illness stigmas: personal responsibility and dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 293-309.
- Çakır, F., İlhem, C. ve Yener, F. (2010). Kronik psikotik hastalarda taburculuk sonrası takip ve tedaviye uyum. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23, 50-59.
- Çakır, S. ve Camuz-Gümüş, F. (2015). Individual or group psychoeducation: Motivation and continuation of patients with bipolar disorders. *International Journal of Mental Health*, 44(4), 263-268.

- Çakmak, S., Süt, H., Öztürk, S., Tamam, L. ve Bal, U. (2016). Psikiyatri kliniğinde uğraşı ve psikososyal müdahalelerin hastaların kişiler arası işlevsellik ve bireysel ve sosyal performans düzeylerine etkisi. *Archives of Neuropsychiatry*, 53, 234-240.
- Çam, O. ve Yalçiner, N. (2017). Ruhsal hastalık ve iyileşme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(1), 55-60
- Çetin, M. (2010). Şizofreni özel sayısı. *Türkiye Klinikleri Psychiatry Special Topics*, 3, 38-80.
- Çetinkaya-Duman, Z., Aştı, N., Üçok, A. ve Kuşçu, M. K. (2007). Şizofreni hastalarına ve ailelerine “bağımsız ve sosyal yaşam becerileri topluma yeniden katılım programı” uygulaması, izlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 91-99.
- De Silva, M., Cooper, S., Li, H.L., Lund, C. and Patel, V. (2013). Effect of psychosocial interventions on social functioning in depression and schizophrenia: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 253-260.
- Demirkıran, F. and Terakye, G. (2001). Depresif hastaların ilaç tedavisine uyumları ve destekleyici hemşirelik uygulamalarının uyum düzeyine etkisi. *Kriz Dergisi*, 9, 29-39.
- Demirkol, M. E., Tamam, L., Evlice, Y. E. ve Karaytuğ, M. O. (2015). Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumu. *Çukurova Medical Journal*, 40, 555-568.
- Demirören, M., Şenol, Y., Koşan, A. M. ve Saka, M. C. (2015). Tıp eğitiminde ruhsal bozukluklara karşı damgalama eğitimi gereksiniminin değerlendirilmesi: Nitel ve nicel yaklaşım. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16, 22-29.
- Deveci, A., Danacı, A. E., Yurtsever, F., Deniz, F. ve Yüksel, E. G. (2008). the effects of psychosocial skills training on symptomatology, insight, quality of life, and suicide probability in schizophrenia. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19, 266-273.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S. and Biswas-Diener, R. (2009). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 39, 247-266.
- Dikeç, G. ve Kutlu, Y. (2014). Bir grup şizofreni hastasında tedaviye uyum ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(3), 143-148.
- Dikeç, G. ve Kutlu, Y. (2015). Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumunu artırmak için bir yöntem: Tedaviye uyum programı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(1), 40-46.
- Dilbaz, N. (2011). Tedavi iş birliği ışığında şizofreni tedavisinde tedavi uyumu. İçinde *Kronik ruhsal hastalıklarda tedavi iş birliği. Uzman görüşleri*. İstanbul: Sigma Publishing, 12-23.
- Doğan, O. (2008). Psikiyatrik rehabilitasyonun toplum içinde uygulama örneği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(1), 33-37.

- Doğan, S., Doğan, O., Tel, H., Coker, F., Polatöz, O. ve Doğan, F. B. (2004). Psychosocial approaches in outpatients with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, (27), 279-282.
- Doğan, S., Doğan, O., Tel, H., Çoker, F., Polatöz, Ö. ve Doğan-Başegmez, F. (2002a, Nisan). *Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar*. Bahar Sempozyumları VI, Kongre Bildirileri Özet Programı, Antalya.
- Doğan, S., Doğan, O., Tel, H., Çoker, F., Polatöz, Ö. ve Doğan-Başegmez, F. (2002b). Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Ayaktan hastalar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 69-74.
- Doğanavşargil, G. Ö. (2009). *Şizofreni ve depresyonda içselleştirilmiş damlama ve yaşam kalitesi*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 35-42.
- Draper, M. L. Stutes, D. S., Maples, N. J. and Velligan, D. I. (2009). Cognitive adaptation training for outpatients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 842-853.
- Duman, Ç. Z., Aşti, N., Üçok, A. ve Kuşçu, M. K. (2007). Şizofreni hastalarına ve ailelerine “bağımsız ve sosyal yaşam becerileri topluma yeniden katılım programı” uygulaması, izlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(2), 91-101.
- Duman, Z. Ç., Yıldırım, N. K., Üçok, A., Er, F. ve Kanik, T. (2010). The effectiveness of a psychoeducational group program with inpatients being treated for chronic mental illness. *Social Behavior Personality*, 38, 657-666.
- Dülgerler, Ş. (2004). *Şizofrenik bozukluğu olan bireylerin ailelerine verilen psikoeğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi*. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 25-34.
- Dülgerler, Ş. (2014). *Şizofrenik bozukluklar*. Çam, O., Engin, E. (editörler). *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı*. (1. Baskı). İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, 358-406.
- Dülgerler, Ş. ve Çam, O. (2006). *Şizofreni ile ilgili sorularınız ve yanıtlar “aileler için el kitabı”*. İzmir: Güven Kitabevi, 25-30.
- Ebrinç, S., Başoğlu, C., Çetin, M., Filiz, M. ve Şendoğan, N. (2002). Şizofrenili hastalarda haloperidol ve risperidon’un klinik etki ve yan etkileri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 12, 6-13.
- Ebrinç, S., Çetin, M., Başoğlu, C., Ağargün, M. Y., Seçil, M., Can, S., Çobanoğlu, N. (2001). Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışavurumunun incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2, 5-14.
- Eklund, M., Hansson, L. and Bengtsson-Tops, A. (2004). The influence of temperament and character on functioning and aspects of psychological health among people with schizophrenia. *European Psychiatry*, 19, 34-41.

- Emiroğlu, B., Karadayı, G., Aydemir, Ö. ve Üçok, A. (2009). Şizofreni hastalarında işlevsel iyileşme ölçeği: Güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46, 15-24.
- Erefe, İ. (2012). Veri toplama araçlarının niteliği. Erefe, İ. (editör). *Hemşirelikte araştırma ilke süreç ve yöntemleri*. (4. Baskı.) Ankara: Odak Ofset Matbaacılık, 169-188.
- Eren, İ., Şimşek, D. ve Çalışkan, A.M. (2007). Şizofreni hastalarında yetiyitimi ve belirti şiddetinin yaşam kalitesine etkisi. *Düşünen Adam*, 20(2), 68- 78.
- Erol, A., Ünal, E. K., Aydın, E. T. ve Mete, L. (2009). Şizofrenide sosyal işlevselliği yordayan etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(4), 313-321.
- Ersoy, M. A. ve Varan, A. (2007). Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği, türkçe formu'nun güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 163-171.
- Binbay E. T. (2008). *Psikiyatrik hastalıkların epidemiyolojisi. Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar sempozyumu*. Uğur, M., Balcıoğlu, İ., Kocabaşoğlu, N. (editörler). İstanbul, 25-30.
- Fervaha, G., Agid, O., Takeuchi, H., Foussias, G., Lee, J. and Remington, G. (2015). Clinical and functional outcomes in people with schizophrenia with a high sense of well-being. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 203, 187-193.
- Fokman, T. A., Wishing, W. C., Marder, S. R. (1992). Technique for training schizophrenic patients in illness self-management. A controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1549-1555.
- Gabbard, G. O. (2000). *Combined psychotherapy and pharmaco-therapy*. Sadock, B. J., Sadock, V. A., (eds). Comprehensive textbook of psychiatry (7th ed.). Vol. II. Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkins, 2225-2234.
- Granholm, E., Ben-Zeev, D. and Link, P. C. (2009). Social disinterest attitudes and group cognitive-behavioral social skills. Training for functional disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35 (5), 874-883.
- Gunatilake, S., Ananth, J., Parameswaran, S., Brown, S. and Silva, W. (2004). Rehabilitation of schizophrenic patients. *Curr Pharm Des*, 10(18), 2277-2288.
- Güçray, S.S, Çekici, F. ve Çolakkadıoğlu, O. (2009). Psiko-eğitim gruplarının yapılandırılması ve genel ilkeleri. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 5 (1), 134-153.
- Güçük, M. (2010). *Şizofreni hastalarında zihin kuramı becerilerinin başa çıkma tutumları ve sosyal işlevsellik ile ilişkisi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 23-46.
- Gülseren, L., Çam, B., Karakoç, B., Yiğit, T., Danacı, A.E., Çubukçuoğlu, Z., Taş, C., Gülseren, Ş., Mete, L. (2010). Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21, 203-212.

- Gümüş, A. B. (2006). Şizofrenide hasta ve ailelerin yaşadığı güçlükler, psikoeğitim ve hemşirelik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1(2), 23-34.
- Güneş, D. (2010). *Şizofreni hastalarının yaşam kalitesinin ve sosyal işlevselliğinin objektif ve sübjektif değerlendirmesi*. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 18-25.
- Hasan, A. A., Callaghan, P. and Lymn, J. S. (2015). Evaluation of the impact of a psychoeducational intervention for people diagnosed with schizophrenia and their primary caregivers in Jordan: A randomized controlled trial. *BioMed Psychiatry*, 15, 72.
- Hazel, N. A., McDonell, M. G., Short, R. A., Berry, C. M., Voss, W. D. (2004). Impact of multiple-family groups for outpatients with schizophrenia on caregivers distress and resources. *Psychiatric Services*, 55(1), 34-41.
- Hegedus, A. and Kozel, B. (2014). Does adherence therapy improve medication, adherence among patients with schizophrenia? A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, 490-497.
- Heinrichs, D. W., Hanlon, T. E. and Carpenter, W. T. (1984). The quality of life scale: An instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 388-398.
- Heinssen, R. K., Liberman, R. P. and Kopelowicz, A. (2000). Psychosocial skills training in schizophrenia. A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 277-283.
- Herz, M. I., and Lamberti, S. (2000). A Program for relaps prevention in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 57, 277-283.
- Higgins, L., Ghatak-Dey, P. and Davey, G. (2007). Mental health nurses' experiences of schizophrenia rehabilitation in China and India: A preliminary study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 22-27.
- Horan, W. P., Kern, R. S., Shokat-Fedai, K., Sergi, M. J., Wynn, J. K. and Green, M. F. (2009). Social cognitive skills training in schizophrenia: An initial efficacy study of stabilized outpatients, *Schizophrenia Research*, 107, 47-54.
- Işık, E. (2006). *Güncel şizofreni*. (1. Baskı). Ankara: Format Matbaacılık, 17-53.
- Işık, E. ve Işık, U. (2008). *Şizofreni*. Işık E, Işık U, Taner E (Ed). Güncel klinik psikiyatri içinde. Ankara: Golden Print Matbaası, 83-114.
- İnternet: Özpoyraz, N. (2008). *Şizofrenik bozukluk*. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Ders Notları. Web: www.okulweb.meb.gov.tr. Son Erişim Tarihi: 14.02.2019.
- İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). *Ulusal ruh sağlığı eylem planı*. Ankara. Web: <https://khgm.saglik.gov.tr/Dosyalar/9a9dd52e9b6d42d3b0b3f821b8b2c0c5.pdf>. Accessed March 11, 2019. Son Erişim Tarihi: 12.05.2019.

İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı (2011). Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge, 1-8. Web: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11269/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-hakkinda-yonerge.html>. Son Erişim Tarihi: 20.09.2019.

İnternet: World Health Organization. (WHO). (2003). *Adherence to long term therapies*, Geneva: World Health Organization Publishing. Web: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/. Son Erişim Tarihi: 18.04.2019.

İnternet: World Health Organization (WHO). (2017). Schizophrenia. Web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/>, Son Erişim Tarihi: 21.02.2019.

Kanlı, A. H. (2018). *Pozitif ve negatif belirtilerle seyreden şizofreni hastalarında tedavi uyumu ve yaşam kalitesi*. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, 17-37.

Kao, C.C. and Huang, H.M. (2014). A comparison of the quality of life of patients with schizophrenia in day care and homecare settings. *Journal of Nursing Research*, 22(2), 126-135.

Kaplan, H.I. and Sadock, B.J. (2005). *Klinik psikiyatri*. Synopsis of psychiatry. Aydın, H. (Editor). 2. Baskı. İstanbul: Güneş kitabevi, 134-154.

Kaplan, H.I. and Sadock, B.J. (2009). *Klinik psikiyatri el kitabı*. (4. Baskı). Ankara: Öncü Basımevi, 141-148.

Karow, A., Wittmann, L., Schöttle, D., Schäfer, I., Lambert, M. (2014). The assessment of quality of life in clinical practice in patients with schizophrenia. *Dialogues Clinic Neuroscience*, 16, 185-195.

Katschnig, H. (2000). Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (407), 33-37.

Kaya, H. (2009). Sağlık hizmetlerinde hasta eğitimi ve hemşirenin sorumlulukları. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Science*, 1, 19-23.

Kern, R.S., Glynn, S.M., Horan, W.P. and Marder, S.R. (2009). Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 347-336.

Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140.

Klingberg, S., Schneider, S., Wittorf, A., Buchkremer, G. and Wiedemann, G. (2008). Collaboration in outpatient antipsychotic drug treatment: Analysis of potentially influencing factors. *Psychiatry Research*, 161(2), 225-234.

Kluge, R. C. and Kissling, W. (2008). Psikoeğitim: Şizofrenide psikoeğitim: Bu alandaki yeni gelişme ve yaklaşımlar. *Current Opinion in Psychiatry* (Türkçe Baskı), 4(3), 30-52.

Knutson, M. B., Newberry, S. and Schaper, A. (2013). Recovery education: A tool for psychiatric nurses. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 20, 874-881.

- Kocal, Y., Karakuş, G. ve Sert, D. (2017). Şizofreni: Etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(2), 251-267.
- Koç, A. (2006). *Kronik psikoz hastalarında tedavi uyumunun ve tedavi uyumu ile ilişkili etkenlerin değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 33-53.
- Köroğlu, E. (2015). *Klinik psikiyatri*. Ankara: HYB Basım Yayın, 102-110.
- Köroğlu, E. ve Güleç, C. (2007). *Psikiyatri temel kitabı*. 2. Basım. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 184-205.
- Kurtz, M. M. and Richardson, C. L. (2012). Social cognitive training for schizophrenia: A metaanalytic investigation of controlled research. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 92-104.
- Kültür, S., Mete, L. ve Erol, A. (2007). *Psikiyatri temel kitabı* (2. Baskı). Köroğlu E, Güleç C. (eds.). Hekimler Yayın Birliği, 184-204.
- Lehman, A. F., Lieberman, J. A., Dixon, L. B., McGlashan, T. H., Miller, A. L., Perkins, D. O. and Kreyenbuhl, J. (2004). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. American psychiatric association; steering committee on practice guidelines. *American Journal of Psychiatry*, 161(2), 1-56.
- Liberman, R. P., Mueser, K. T. and Wallace, C. J. (1986). Social skills training for schizophrenic individuals at risk of relapse. *American Journal of Psychiatry*, 143, 523-526.
- Lukens, E. P. and McFarlane, W.R. (2004). Psychoeducation as evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4 (3), 205-225.
- Macpherson, R., Edwards, T., Chilvers, R., David, C. and Elliott, H. J. (2009). Twenty-four hour care for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.
- Magliano, L., Fiorillo, A., Fadden, G., Gair, F., Economou, M., Kallert, T., Schellong, J., Xavier, M., Goncalves Pereira, M., Torres Gonzales, F., Palma-Crespo, A., Maj, M. (2005). Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: Preliminary results of a study funded by the european commission. *World Psychiatry*, 4, 45-49.
- Mahone, I. H., Maphis, C. F. and Snow, D. E. (2016). Effective strategies for nurses empowering clients with schizophrenia: Medication use as a tool in recovery. *Issues in Mental Health Nursing*, 37, 372-379.
- Masand, P. S. and Narasimhan, M. (2006). Improving adherence to antipsychotic pharmacotherapy. *Current Clinical Pharmacology*, 1, 47-56.
- Matsuda, M. and Kohno, A. (2016). Effects of the nursing psychoeducation program on the acceptance of medication and condition-specific knowledge of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30, 581-586.

- Matsui, M., Sumiyoshi, T., Arai, H., Higuchi, Y. and Kurachi, M. (2008). Cognitive functioning related to quality of life in schizophrenia. *Progress in Neuro Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 32, 280-287.
- Meriç, M. (2006). *Anksiyolitik ve antidepresan kullanan bireylerin tedaviye uyumlarının incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 22-35.
- Moriana, J. A., Alarcón, E. and Herruzo, J. (2006). In-home psychosocial skills training for patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57(2), 260-272.
- Nasr, T. and Kausar, R. (2009). Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: A randomized controlled trial. *Annals of General Psychiatry*, 8, 1-6.
- Nelson, E. L., Zaylor, C. and Cook, D. A. (2010). Comparison of psychiatrist evaluation and patient symptom report in a jail telepsychiatry clinic. *Telemedicine Journal and E-Health*, 2, 54-59.
- Ngac, T. N., Weiss, B. and Trung, L. T. (2016). Effects of the family schizophrenia psychoeducation program for individuals with recent onset schizophrenia in Vietnam. *Asian Journal of Psychiatry*, 22, 162-166.
- Norton, N., Williams, H. J. and Owen, M. J. (2006). An update on the genetics of schizophrenia. *Current Opinion Psychiatry*, 19, 158-164.
- Oban, G. ve Küçük, L. (2011). Ergenlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı etkileyen etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 31-39.
- Ong, S. H. and Caron, A. (2008). Family-based psychoeducation for children and adolescents with mood disorders. *Journal Of Child and Family Studies*, 17(6), 809-822.
- Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O. and Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: A review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 9-22.
- Öksüz, E. (2010). *Şizofreninin erken döneminde hasta ailelerine uygulanan grup eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi*. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 25-32.
- Özbaş, D. (2009). *Hemşirelik öğrencilerinin psikiyatri hemşiresinin rollerini algılayışı*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 21-25.
- Özcan, A. (2006). *Hemşire-hasta ilişkisi ve iletişim*. 2. Basım. Ankara: Sistem Ofset Bas. Yay. San. Tic. Ltd. Şti., 4-13.
- Özçelik, E. K. (2015). *Şizofreni hastalarında aile ortamı içselleştirilmiş damgalama ve yaşam kalitesi*. Yüksek Lisans Tezi, Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzincan, 22-28.
- Özkan, B. (2011). *Şizofreni hastası ve bakım vericisine verilen psikoeğitim ve telepsikiyatrik izlemin hasta işlevselliği ve ilaç uyumu ile aile yükü, depresyon ve*

- duygu dışavurumuna etkisi*. Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, 15-38.
- Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2011). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. (11. Baskı). Ankara: Tuna Matbaacılık Yayın San. ve Tic. A.Ş., Nobel Tıp Kitapevleri, 28-35.
- Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2016). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. (14. Baskı). Ankara: Tuna Matbaacılık Yayın San. ve Tic. A.Ş., Nobel Tıp Kitapevleri, 152-180.
- Özütek, Z. (2005). *Şizofrenide aile ve hasta arasındaki etkileşimin hastalık belirtileri ve yaşam kalitesi üzerine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 26-38.
- Özyiğit, E. Ş. (2004). Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye ilişkin tutumları. *Yeni Symposium*, 105-112.
- Pekkala, E. and Merinder, L. (2002). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.
- Pekkala, E. T. and Merrinder, L. B. (2009). Psychoeducation for schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), 1-11.
- Petretto, D. R., Preti, A., Zuddas, C., Veltro, F., Luigi Rocchi, M. B, Sisti, D., Martinelli, V., Carta, M. G. and Masala, C. (2013). Study on psychoeducation enhancing results of adherence in patients with schizophrenia (SPERA-S): Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 14, 323.
- Polit, D. F., Beck, C. T. and Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing and Health*, 30, 459-467.
- Prasko, J., Vrbova, K., Latalova, K. and Mainerova, B. (2011). Psychoeducation for psychotic patients. *Biomedical Papers*, 155, 1-11.
- Roberts, D. L. and Velligan, D. I. (2011). Medication adherence in schizophrenia. *Drug Discover Today: Therapeutic Strategies*, 8(1-2), 11-15.
- Roder, V., Mueller, D. R., Mueser, K. T. and Brenner, H. D. (2006). Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: Is it effective?. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (1), 81-93.
- Rummel- Kluge, C. and Kissling, W. (2008). Şizofrenide psikoeğitim: Bu alandaki yeni gelişme ve yaklaşımlar. *Current Opinion in Psychiatry*, 4 (3), 119-124.
- Sadock, B. J. and Sadock, V. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 252-285.
- Sadock, B. J. and Sadock, V. A. (2003). *Synopsis of psychiatry, behavioral sciences/clinical psychiatry* (9th edition). New York: Lippincott Williams &Wilkins, 365-375.

- Sadock, B. J. and Sadock, V. A. (2007). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 201-259.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A. (2007). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Sekizinci Baskı, cilt 2, (Çeviri ed.: H Aydın, A Bozkurt) Güneş Kitabevi, Ankara, 1158-1160.
- Sauvanaud, F., Kebir, O., Vlaisse, M., Doste, V., Amado, I., Krebs, M. and Encéphale, L. (2017)._Therapeutic benefit of a registered psychoeducation program on treatment adherence, objective and subjective quality of life. *French Pilot Study for Schizophrenia*, 43(3), 235-240.
- Schooler, N. R. (2006). Relapse prevention and recovery in the treatment of schizophrenia. *Journal of Clinic Psychiatry*, 67(5), 19-23.
- Schulze, B. and Angermeyer, C. (2003). Subjective experiences of stigma. a focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science&Medicine*, 56, 299-312.
- Scott, J. F. and Dixon, L. B. (1995). Psychosocial interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 621-630.
- Sevinçok, L. (2000). Şizofrenide psikososyal tedaviler, *Şizofreni Dizisi*, 1, 72-80.
- Shanley, E. and Jubb-Shanley, M. (2007). The recovery alliance theory of mental health nursing. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 14, 734-743.
- Sibitz, I., Unger, A., Woppmann, A., Zidek, T. and Amering M. (2011). Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 316-323.
- Slade, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., McCrone, P. and Leamy, M. (2011). Refocus trial: Protocol for a cluster randomised controlled trial of a pro-recovery intervention within community based mental health teams. *BMC Psychiatry*, 11, 185.
- Songur, E. (2015). *Çocukluk çağı başlangıçlı şizofreni* (Seminer). Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat.
- Soygür, H., Alptekin, K., Atbaşoğlu, C. E. ve Herken, H. (2007). *Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği, 205-215.
- Soygür, H., Aybaş, M., Hınçal, G., Aydemir, Ç. (2000). Şizofreni hastaları için yaşam nitelikleri ölçeği: Güvenirlilik ve yapısal geçerlik çalışması. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 13, 204-210.
- Söğütlü, L. (2014). *Toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına psikososyal beceri eğitimi uygulanması ve sonuçları*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 24-36.
- Sönmez, E. (2008). *Şizofren hastalarında dönerkapı fenomen değişkenlerinin incelenmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 4-8.

- Sönmez, S. (2009). *Şizofreni hastalarında psikoeğitim grup çalışmasının pozitif ve negatif belirtiler, sosyal işlevsellik, yeti yitimi, içgörü ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin araştırılması*. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 8-18.
- Strauss, G. P., Sandt, A. R., Catalano, L. T. and Allen, D. N. (2012). Negative symptoms and depression predict lower psychological well-being in individuals with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, (53), 1137-1144.
- Štrkalj-Ivezić, S., Vrdoljak, M., Mužinić, L. and Agius, M. (2013). The impact of a rehabilitation day centre program for persons suffering from schizophrenia on quality of life, social functioning and self-esteem. *Psychiatria Danubina*, 25(2), 194-199.
- Şengün, F. (2007). *Şizofreni hastasına bakım verenlerin ruhsal sağlık durumlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 32-35.
- Şengün, F., Altıok, H. Ö. ve Üstün, B. (2011). Kanıta dayalı bir uygulama: Psikoeğitim. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 27(3), 66-74.
- Tanrıverdi, D. (2008). *Şizofreni hastalarının bakım vericilerine verilen psikoeğitimin bakım yüklerine etkisi*. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 14-26.
- Tel, H. ve Ertekin, P. Ş. (2012). Ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2), 61-66.
- Tel, H., Doğan, S., Özkan, B. ve Çoban, S. (2010). Hasta yakınlarına göre kronik psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedaviye uyumu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1, 7-12.
- Tormoehlen, K. and Lessick, M. (2010). Schizophrenia in women. *Nursing for Women's Health*, 14(6), 484-495.
- Townsend, M. C. (2016). *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri kanıta dayalı uygulama bakım kavramları* (6. Baskı). CT. Özcan, N. Gürhan (Çev.Ed.). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 258-327.
- Townsend, M.C. (2004). Schizophrenia and other psychotic disorder. *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing*, 3, 276-291.
- Turgut, H. ve Yenilmez, Ç. (2013). Akut dönemdeki şizofreni hastaları ve psikotik özellikli manik atak hastalarında sosyodemografik ve klinik özelliklerin sanrı türleriyle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14, 291-301.
- Uzun, Ö. ve Battal, S. (2005). *Şizofreni*. İçinde Sadock, B.J., Sadock, V.A. Kaplan, H.I. and Sadock, B.J. *Klinik psikiyatri*. (2nd ed.). Çev. H. Aydın, A. Bozkurt (Eds.). Ankara: Güneş Kitabevi, 134-153.
- Üçok, A. (2008). Şizofreninin erken döneminde klinik özellikler ve tedavi ilkeleri. *Klinik Psikiyatri*, 11(1), 3-8.

- Üçok A, Atlı H, Çetinkaya Z, Kandemir PE. (2002). Şizofreni hastalarında bütüncül yaklaşımlı grup tedavisinin yaşam kalitesine etkisi: bir yıllık uygulama sonuçları. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 39, 113-118.
- Üçok, A., Polat, A., Çakır, S. (2006). One year outcome in first episode schizophrenia predictors of relapse. *European Archives of Psychiatry Clinic Neuroscience*, 256, 37-43.
- Ünsal-Barlas, G. ve Işıl, Ö. (2010). Kronik şizofren hastalarda psikososyal beceri eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel sayısı*, 312-317.
- Üstün, B. (2000). Şizofrenide sosyal beceri eğitimi kursu. *Şizofreni Yazıları*, 1(2), 26-29.
- Valenstein, M., Ganoczy, D., McCarthy, J. F., Myra, K. H., Lee, T. A. and Blow, F. C. (2006). Antipsychotic adherence over time among patients receiving treatment for schizophrenia: A retrospective review. *Journal of Clinic Psychiatry*, 67, 1542-1550.
- Valiente, C., Espinosa, R., Trucharte, A., Nieto, J. and Martínez-Prado, L. (2019). The challenge of well-being and quality of life: A meta-analysis of psychological interventions in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 16-24.
- Varcoralis, E.M. (2009). *The schizophrenias*. İçinde, E.M., Varcoralis, M.J. Halter (Eds). Essentials of pschiatric mental health nursing. St. Louis: Elsevier Inc., 270-301.
- Veneziano, L. and Hooper, J. (1997). A method for quantifying content validity of health-related questionnaires. *American Journal of Health Behavior*, 21(1), 67-70.
- Videbeck, S. L. (2011). *Psychiatric-mental health nursing*. (5th ed). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, 301-305.
- Weiner, R. D. (2001). *The practice of electroconvulsive therapy: Recommendations for treatment, training, and privileging: A Task Force Report of the American Psychiatric Association*. American Psychiatric Publishing, 125-138.
- Yıldırım, A. (2007). *Psikoeğitimsel yaklaşımın ve izleme çalışmasının şizofreni tanılı hasta ailelerinin aile işlevleri ve hastaların sosyal destek düzeylerine etkisi*. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 35-42.
- Yıldız, M. (2001). Şizofrenide psikososyal beceri eğitiminde içerik ve etkinlikler. *Klinik Psikiyatri*, 4, 119-123.
- Yıldız, M. (2004). *Psikiyatrik rehabilitasyon, bireyden topluma ruh sağlığı*. Sayıl, I. (Editor). İstanbul: Erler Matbaacılık, 151-163.
- Yıldız, M. (2005a). *Şizofreni*. (2. Baskı). İstanbul: Sena Ofset Ltd. Ştd., 42-55.
- Yıldız, M. (2005b). Şizofrenide ruhsal toplumsal tedaviler. *Türkiye Klinikleri*, 1(12), 67-73.

- Yıldız, M. (2005c). *Şizofrenili hastaların ayaktan tedavisinde ruhsal ve toplumsal girişimler neden gereklidir ve nasıl uygulanabilir? Neden nasıl şizofreni?* (1. Baskı). Candansayar, S. (Editör). Ankara: Peday Yayınları, 237-268.
- Yıldız, M. (2011a). *Ruhsal toplumsal beceri eğitimi*. (1. Baskı). Ankara Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları, 3-18.
- Yıldız, M. (2011b). *Şizofreni hastaları için ruhsal beceri eğitimi*. (1. Baskı). Ankara: Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları, 6-12.
- Yıldız, M., Yazıcı, A., Ünal, S. Aker, T., Özgen, G., Ekmekçi, H., Duy, B., Torun, F., Ünsal, G., Coşkun, S., Sipahi, B., Çakıl, G., Eryıldız, M. (2002). Şizofreninin ruhsal toplumsal tedavisinde sosyal beceri eğitimi- belirtilerle başetme ve ilaç tedavisi yaklaşımının Türkiye’de çok merkezli bir uygulaması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(1), 41-47.
- Yıldız, M., Yüksel, A. G. ve Erol, A. (2005). Şizofrenide ruhsal ve toplumsal beceri eğitimi uygulaması grup eğitimi deneyimleri. *Türkiye’de Psikiyatri*, 7, 1-9.
- Yüksel, N. (2006). *Ruhsal hastalıklar*. (3. Baskı). Ankara: MN Medikal & Nobel Tıp Kitap Sarayı, 196-205.

EKLER

EK-1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Hastamız;

Ben Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Merve Kızılırmak. Danışmanım Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Satı DEMİR ile birlikte **“Şizofreni Hastalarına Uygulanan Sosyal Beceri Geliştirmeye Odaklı Grup Psikoeğitiminin İlaç Uyumu, Yaşam Kalitesi, İyilik Hali ve Sosyal İyi Oluşa Etkisi”** adlı bir araştırma yürütmekteyiz. Çalışmanın amacı, şizofreni hastalarına uygulanan sosyal beceri geliştirmeye odaklı grup psikoeğitiminin ilaç uyumu, yaşam kalitesi, iyilik hali ve sosyal iyi oluşa etkisini belirlemektir. Araştırma Karabük İl Sağlık Müdürlüğü Karabük Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde yapılacaktır. Bu araştırmanın yapılması için Karabük İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izin alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacı tarafından hazırlanan "Katılımcı Bilgi Formu", "Morisky İlaç Uyum Ölçeği", "Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği", "İyilik Hali Ölçeği" ve "Sosyal İyi Olma Ölçeği" uygulanacaktır. Araştırmacı size haftada bir gün grup psikoeğitimi verecektir. Eğitimden sonra ve üç ay sonra tekrar "Morisky İlaç Uyum Ölçeği", "Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği", "İyilik Hali Ölçeği" ve "Sosyal İyi Olma Ölçeği" uygulanacaktır.

Çalışma sonuçları bilimsel yayın için kullanılacaktır ve konu ile ilgili sonraki araştırmalara yol gösterici olacaktır. Araştırma sürecinde herhangi bir risk söz konusu değildir. Araştırmaya katılıp katılmama konusunda tamamen serbestsiniz, katıldıktan sonrada istediğiniz zaman çalışmadan çıkabilirsiniz. Çalışmadan ayrılmanız durumunda tıbbi takip ve tedavileriniz hiçbir şekilde etkilenmeyecektir. Bu çalışmaya katıldığınız için sizden herhangi bir ücret alınmayacak ya da size bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma için etik kuruldan olumlu görüş alınmıştır. Çalışmada kimliğiniz gizli tutulacaktır. Ancak gerekirse sizin kimlik bilgilerinizi içeren kayıtlara etik kurul üyeleri izleyici ve yoklayıcılar yasal olarak bakabilir. Aşağıdaki onay formunda yer alan maddeleri okuyunuz. Eğer onaylıyorsanız sağdaki kutucuğu (X) şeklinde işaretleyiniz, hastanın adı soyadı bölümüne ad ve soyadınızı yazarak imzalayınız. Bu belgeyi imzaladığınızda gerekli izinleri vermiş olacaksınız.

Merve Kızılırmak Tatu

HASTA ONAY FORMU

HASTA ONAY FORMU		
1. Çalışma ile ilgili olarak bilgilendirme formunu okudum. Aklıma takılan soruları sorabildim.		
2. Çalışmaya gönüllü olarak katılıyorum.		
Hastanın adı soyadı:	Tarih	İmza
Çalışmayı yapan kişinin adı soyadı:	Tarih	İmza

EK-2. Katılımcı Bilgi Formu

1. Yaş: 1. (18-25) 2. (26-35) 3. (36-45) 4. (46-55) 5. (55 yaş ve üstü)
2. Cinsiyet: 1. Kadın 2. Erkek
3. Medeni durum: 1. Evli 2. Bekar
4. Eğitim Durumu: 1. İlkokul 2. Ortaokul 3. Lise 4. Üniversite 5. Lisansüstü
6. Okur-yazar
5. Çalışıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
6. Ekonomik durum: 1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere eşit 3. Gelir giderden fazla
7. Hastalığınız nedeniyle ne kadar süredir tedavi görüyorsunuz?
1. (0-1) yıl 2. (2-5) yıl 3. (5-10) yıl 4. 10 yıl ve üzeri
8. Kaç kere psikiyatri kliniğine yatış yaptınız?
1. (1 kez) 2. (2 kez) 3. (3 ve üzeri)
9. Hastaneye her yatışınızdaki ortalama kalış süreniz nedir? (gün olarak)

EK-3. Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (TTUOÖ)

Lütfen aşağıdaki soruları geçen hafta içindeki ilaç kullanım davranışınızı en iyi tanımlayacak şekilde cevaplandırınız.

	EVET	HAYIR
1. Hiç ilaçlarınızı almayı unuttunuz mu?		
2. İlaçlarınızı zamanında almak konusunda dikkatsiz misiniz?		
3. Kendinizi iyi hissettiğinizde bazen ilaç almayı bıraktığınız oluyor mu?		
4. Kendinizi daha kötü hissettiğinizde bazen ilaç almayı bıraktığınız oluyor mu?		
5. İlaçları sadece hasta olduğumda alıyorum.		
6. Vücudum ve aklımın ilaç kullanımı ile kontrol edilmesi doğal değil.		
7. İlaçlarımı aldığımda düşüncelerim daha net oluyor.		
8. İlaç kullanmaya devam ederek hastalanmaktan korunabilirim.		
9. İlaçları aldığımda kendimi yaşayan bir ölü gibi garip hissediyorum.		
10. İlaç almak beni yorgun ve tembel yapıyor.		

EK-4. Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞHIYNÖ)

Bu ölçek sürdürüm tedavisi altındaki şizofreni hastalarının son bir ay içindeki uyumlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olup, hastaların kişisel deneyimlerinin zenginliğini, kişilerarası ilişkilerinin niteliğini ve mesleki rollerdeki üretkenlik düzeylerini ölçmektedir. Değerlendirme, hastada psikozun pozitif belirtilerinin olup olmaması veya hastaneye yatırılma ihtiyacı duyulup duyulmamasından bağımsız olarak yapılmaktadır. Ölçeğin yarı yapılandırılmış bir görüşme biçiminde uygulanması planlanmıştır. Her bir madde üç bölümden oluşur. Birinci bölümde, görüşmecinin değerlendirilecek parametreyi anlaması ve

bunun üzerinde yoğunlaşmasına yardımcı olmak üzere kısa bir tanımlama yapılmıştır. İkinci bölümde, görüşmecinin hastayı incelemeye başlamasına yardımcı olabilecek birkaç soru verilmiştir. Üçüncü bölümde ise, her bir madde için görüşmeciye karar almada yardımcı olmak üzere, dördünde kısa bir tanımlama bulunan, aralarda kalan diğerlerinde tanımlama yapılmamış toplam 7 dereceli bir skala verilmiştir. Skalada yer alan puanlardan 0, 2, 4 ve 6 için kısa bir tanımlama yapılmış; aralarda kalan 1, 3, 5 puanları, görüşmeciye derecelendirme yaparken esneklik sağlamak üzere tanımsız bırakılmıştır. Verilen sorular sadece birer öneri olarak hazırlanmıştır. Bu sorular ihtiyaca göre değiştirilebilir veya eklemeler yapılabilir. Her bir madde için görüşmecinin iyi bir değerlendirme yapmasına olanak verecek biçimde ele alınmalıdır. Ölçeğin amacı, yaşam alanlarında psikopatolojilerden kaynaklanan kısıtlamaları değerlendirmektir. Diğer etkenler açıkça tabloya karıştığında görüşmeci tarafından gerekli ayarlamalar yapılmalıdır (Örneğin, ağır bir bedensel hastalığa bağlı olarak hastanın toplumsal ilişkilerinde bir azalma ortaya çıkabilir). Ölçekte yer alan bütün maddeler değerlendirmeye alınmalıdır. Her bir madde için skalada yer alan sayılardan uygun bulduğunuzu işaretleyiniz. Ölçekte yer alan 21 madde aşağıdaki dört alt ölçekten birinde yer alır:

I. Kişilerarası ilişkiler (1-8)

II. Mesleki Rol (9-12)

III. Ruhsal Bulgular (13-17, 20-21)

IV. Kişisel eşya ve günlük faaliyet (18-19)

1-Evde birlikte yaşadığı kişilerle ilişkiler

Bu madde, kişinin evde birlikte yaşadığı kişilerle/ailesiyle yakın ilişkilerini değerlendirmek üzere düzenlenmiştir. Yakın ilişkiler, karşılıklı bakım ve paylaşımı da içerir.

EK-4. (devam) Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞHİYNÖ)

Önerilen sorular

Evde birlikte yaşadığınız kişiler arasında özellikle yakın olduklarınız var mı?

Bu kişilere kişisel konularınızı aşar mısınız?

Bu kişilerle ne sıklıkta konuşuyorsunuz?

Bu kişilerle olan ilişkilerinizi anlatır mısınız?

Birlikte neler yapıyorsunuz?

Evde bulunduğunuz zamanlarda vaktinizin çoğunu yalnız mı yoksa evdeki diğer kişilerle birliktemi geçiriyorsunuz?

Değerlendirme

0-Gerçek anlamda bir yakınlık yok

1-.....

2-Yalnızca seyrek olarak yakın etkileşim var

3-.....

4-Bir ölçüde istikrarlı sayılabilecek yakın etkileşimler var, ancak yoğunluğu yada düzeyi düşük; veya düzensiz ve tutarsız olarak gerçekleşiyor

5-.....

6-Evde birlikte yaşadığı kişilerle olan yakın ilişkilere yeterli katılım gösteriyor

.....

9- Eğer kişi yalnız yaşıyorsa ve yakınında hiç bir aile üyesi yoksa, burayı işaretleyiniz

2- Arkadaşlık ilişkileri

Bu madde kişinin evde birlikte yaşadığı kişiler ya da aile üyeleri dışındaki kişilerle kurduğu yakın ilişkileri değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Yakın ilişkiler karşılıklı bakım ve paylaşımı da içerir. Kişinin ruh sağlığı çalışanları ile kurduğu ilişkiler kapsam dışıdır.

Önerilen sorular

Aileniz yada birlikte yaşadığınız kişiler dışında özellikle yakın olduğunuz arkadaşlarınız var mı?

Bu kişilere kişisel konularınızı açar mısınız?

Kaç arkadaşınız var?

Bu kişilerle telefon veya yüz yüze ne sıklıkta görüşüyorsunuz?

Arkadaşlarınızla olan ilişkilerinizi anlatır mısınız?

EK-4. (devam) Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞHİYNÖ)

Arkadaşlarınız kişisel konularını sizinle konuşurlar mı?

Değerlendirme

0-Gerçek anlamda yakın bir arkadaşlık ilişkisi yok

1-.....

2- Yalnızca seyrek olarak yakın ilişkiler var

3-.....

4-Bir ölçüde istikrarlı sayılabilecek yakın ilişkiler var, ancak yoğunluğu yada düzeyi düşük; veya düzensiz ve tutarsız olarak gerçekleşiyor

5-.....

6-Birden fazla kişiyle yakın ilişkilere yeterli katılım var

3- Tanıdık edinebilme

Bu madde, bir önceki maddede söz edilen duygusal yatırım olmaksızın kişinin bir biçimde ilgi gösterdiği/hoşlandığı veya ortak faaliyet ve ilgi alanlarını paylaştığı kişilerle olan ilişkilerini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Evde birlikte yaşadığı kişiler ve ruh sağlığı çalışanları ile olan ilişkiler kapsam dışıdır.

Önerilen sorular

Yakın arkadaşlarınızdan başka, birlikte faaliyette bulunmaktan yada çeşitli ilgi alanlarını paylaşmaktan hoşlandığınız kişiler var mı?

Kaç kişi var?

Bu kişilerle ne sıklıkla bir araya geliyorsunuz?

Birlikte neler yapıyorsunuz?

Üyesi olduğunuz bir kulüp veya dernek var mı? Düzenli olarak katıldığınız bir faaliyet alanınız var mı?

İş arkadaşlarınızla iş dışında temaslarınız oluyor mu? Örneğin, birlikte öğle yemeğine çıkar mısınız yada iş çıkışı bir şeyler yapar mısınız?

Değerlendirme

0-Gerçek anlamda bir tanıdıklık bağı kuramıyor

1-.....

2-Az sayıda kişiyle ve yalnız seyrek olarak temas kurabiliyor

3-.....

EK-4. (devam) Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞHİYNÖ)

4-Kurabildiği ve halan sürdürmekte olduğu bazı tanıdıklıklar olsa da, bu ilişkilerde paylaşılan etkinlikler oldukça sınırlı ve dar kapsamlı

5-.....

6-Yeterli düzeyde tanıdık edinebiliyor ve ilişki sürdürüyor

4- Sosyal aktiviteler

Bu madde, eğlenmek, hoş vakit geçirmek amacıyla diğer insanlarla birlikte gerçekleştirilen faaliyetlere katılım düzeyini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. İş, okul gibi esas olarak başka amaçlara hizmet eden faaliyetler ve psikoterapi kapsam dışıdır.

Önerilen sorular

Eğlenmek, hoş vakit geçirmek amacıyla, diğer insanlarla bir araya geliyor musunuz?

Bu tür faaliyetlere ne sıklıkla katılıyorsunuz?

Bu faaliyetler hakkında biraz bilgi verir misiniz?

Düzenli olarak katıldığınız sosyal aktiviteler var mı?

Değerlendirme

0-Gerçek anlamda bir sosyal aktivite yok

2-Sosyal aktivitelere seyrek olarak katılım gösteriyor, ancak bu katılım düzenli bir tarzda değil yada kişinin ailesi veya birlikte yaşadığı kişilerle sınırlı

3-.....

4-Sıklık veya çeşitlilik yönünden az olmakta birlikte, bazı düzenli faaliyetlere katılıyor

5-.....

6-Yeterli düzeyde sosyal aktivitede bulunuyor

5-Sosyal bağlar

Bu madde, kişiyle ilgilenen, onun esenliği için kaygı duyan ya da faaliyetleri hakkında bilgi sahibi olan insanlardan oluşan sosyal bağlarının ne düzeyde olduğunu değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Ruh sağlığı çalışanları ile kurulan sosyal bağlar kapsam dışıdır.

Önerilen sorular

Sizinle ilgilenen, mutluluğunuzu ve sağlığınıza düşünen, esenliğiniz için kaygı duyan insanlar var mı?

Kaç kişi?

Bu kişiler bu ilgilerini nasıl ifade ediyorlar?

Hayatınızda önemli ve heyecan verici bir olay olsaydı, kiminle bağlantı kurardınız yada kime haber verirdiniz?

EK-4. (devam) Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞHİYNÖ)

Beslenme, ulaşım, günlük yaşamla ilgili pratik sorunlar gibi günlük konularda size duygusal olarak destek veren yada yardımcı olan insanlar var mı? Başınıza herhangi bir şey gelse, yardım için başvurabileceğiniz veya güvенеbileceğiniz insanlar var mı?

Değerlendirme

0-Gerçek anlamda bir sosyal bağ yok

1-.....

2-Hastanın sosyal bağları çok az sayıda yada düzeydedir ve/veya yakın aile üyeleriyle sınırlıdır.

3-.....

4-Sosyal bağları bir ölçüde mevcut olsa da, sayı veya düzey olarak az

5-.....

6-Hem nicelik hem nitelik yönünden yeterli düzeyde sosyal bağ mevcut

6- Girişkenlik

Bu madde kişinin toplumsal etkileşimlerini yönlendirmede aktif olma düzeyini değerlendirmek için hazırlanmıştır (etkileşim türünü, düzeyini, kiminle olduğunu saptayınız).

Önerilen sorular

İnsanlarla bir şeyler yapmak söz konusu olduğunda, genellikle teklif sizden mi yoksa onlardan mı gelir?

Arkadaşlarınızla bir araya geldiğinizde ne yapılacağına kim karar verir?

Eğlenmek ya da hoş vakit geçirmek için bir fikriniz olduğunda, diğer insanları davet etmek zor geldiği için, bazen bu fırsatı kaçırdığınız oluyor mu?

İnsanları telefonla arar mısınız?

İnsanları arayıp görüşme isteğiniz oluyor mu?

Eğlenmek, hoş vakit geçirmek istediğinizde, yalnız olmayı mı yoksa başkalarıyla birlikte olmayı mı tercih ediyorsunuz?

Değerlendirme

0-Sosyal faaliyetlerin gerçekleşmesi hemen hemen tümüyle diğer insanların girişkenliği ile mümkün oluyor

1-.....

EK-4. (devam) Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞHİYNÖ)

2-Kişi ara sıra girişkenlik davranışı gösterse de, genel olarak sosyal edilginliği nedeniyle sosyal yaşamında belirgin bir fakirleşme söz konusu; veya girişkenliği sadece yakın aile üyeleriyle sınırlı

3-.....

4-Girişkenliği yeterli düzeyde olmasa da, bu durum kişinin sosyal aktiviteleri üzerinde çok az düzeyde olumsuz sonuçlara neden oluyor

5-.....

6-Yeterli düzeyde girişken

7-Toplumdan uzaklaşma

Bu madde, kişinin rahatsızlığı ya da ilgisizliğine bağlı olarak, sosyal etkileşimlerden aktif olarak kaçınma, uzaklaşma düzeyini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır.

Önerilen sorular

İnsanlarla ilişkide bulunmak sizin için rahatsız edici oluyor mu?

Başka insanlar size birlikte bir şeyler yapmayı teklif ettiklerinde reddettiğiniz oluyor mu?

Böyle bir teklif gelse, reddeder miydiniz?

Yapacak hiçbir işiniz olmadığında dahi, bu tür teklifleri reddettiğiniz oluyor mu?

Sadece başka insanlar ilişki kurmayı gerektiriyor diye, önemli işlerinizi yapmaktan kaçındığınız oluyor mu?

Telefonlara yanıt vermekten kaçındığınız oluyor mu?

Bu tür davranışlarınızın yaşamınızı nasıl etkilediğini düşünüyorsunuz?

İnsanlarla yalnızca istediğiniz bir şeyi başarmada onların yardımına ihtiyaç duyduğunuz için mi ilişki kuruyorsunuz?

Yalnızlığı, evde tek başına kalmayı tercih ettiğiniz olur mu? Ne sıklıkta?

Değerlendirme

0- Gerçek anlamda sosyal ilişkilerden aktif olarak kaçınıyor

1-.....

2-Kendi amaçları için çok az sosyal ilişki kurmakla birlikte, temel ihtiyaçlarını karşılayacak ölçüde sosyal temaslara giriyor; veya içe kapanma durumu sadece yakın aile üyeleri ile olan ilişkilerinde mevcut değil

3-.....

4-Bazı doyum verici ve eğlendirici sosyal uğraşları olsa da, bunlar kaçınmaya bağlı olarak azalmış durumda

EK-4. (devam) Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞHİYNÖ)

5-.....

6-Toplumdan uzaklaşma eğilimi taşıdığını gösteren hiçbir bulgu yok

8-Karşı cinsle ilişkiler*

Bu madde, kişinin karşı cinsinden olan kişilerle, olgun-yakın bir ilişki kurabilme ve doyum verici cinsel yaşam kapasitesini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. *Bu maddenin yazılış mantığı, kişinin karşı cinse ilgi duyan bir tercihe sahip olduğunu varsaymaktadır. Kişinin sürekli ve tutarlı bir eşcinsel tercihinin açıkça saptandığı durumlarda, tarzınızı bu duruma uygun olarak düzenleyiniz ve aynı kapasiteleri kişinin durumuna uygun olarak değerlendiriniz.

Önerilen sorular

Bekarlar için

Katıldığınız toplumsal faaliyetlerde kadınlar da (erkeklerde) oluyor mu?

Karşı cinsten kaçındığınız yada onlarla ilişki kurmayı çok fazla rahatsız edici bulduğunuz oluyor mu?

Karşı cinsten birisi ile randevulaşıp buluştuğunuz oluyor mu?

Kız (erkek)arkadaşınız oldu mu? Kaç kişi? Ne düzeyde?

Bu ilişkiler hakkında biraz bilgi verebilir misiniz? Bu ilişki sizin için doyum verici miydi?

Duygusal olarak bu ilişkiye ne kadar katıldığınızı düşünüyor musunuz?

Hiç aşık oldunuz mu?

Cinsel ilişkiniz oldu mu? İlişkinizin yeterince doyum verici olduğunu düşünüyor musunuz?

Karşı cinsten bir arkadaşınıza sarılmak, öpmek gibi sevginin bedensel ifadelerini gösterdiğiniz oluyor mu?

Evliler için

Evliliğiniz nasıl gidiyor?

Eşinizle neler paylaşıyorsunuz?

Eşinizle neler konuşuyorsunuz?

Onunla kişisel duygu ve düşüncelerinizi paylaşıyor musunuz?

Kavga ettiğiniz oluyor mu? Ne sıklıkta?

Eşinize sarılmak, öpmek gibi sevginin bedensel ifadelerini gösteriyor musunuz?

Cinsel yaşamınızı yeterince doyum verici buluyor musunuz?

Kendinizi eşinize ne ölçüde yakın hissediyorsunuz?

EK-4. (devam) Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞHİYNÖ)

Değerlendirme

0-Karşı cinse karşı hiçbir ilgi yok veya aktif olarak kaçınma mevcut

1-.....

2-Karşı cinsle ancak aşağıdaki sınırlılıklar içinde olabilen temaslar mevcut; duygusal katılım olmaksızın sadece bedensel rahatlama sağlayan bedensel aktivite ilişkide ciddi ve sürekli kesintiler var doyumsuzluk ve duygusal karmaşa egemen

3-.....

4-Tam olmasa da yakınlık ve duygusal yatırım içeren ilişkileri oluyor. Bu ilişkilerin doyum verici yanı ağır basıyor ve ilişkide bazı cinsel davranışlar ve sevginin bedensel ifadeleri mümkün olabiliyor

5-.....

6-Genellikle doyum verici ve duygusal yönden zengin, yakın ve uyumlu cinsel davranışlar gösteriyor

9-Mesleki role uyum

Bu madde, kişinin ne kadar iyi yada ne kadar eksiksiz şekilde başarılı olduğuna bakılmaksızın, girişimde bulunduğu işteki rolüne uyum düzeyini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Evde çalışanlar (ev hanımları gibi) için, kişinin üstlendiği sorumlulukların, çalışan normal yeterlikte bir insanın üstlendiği sorumluluklarla karşılaştırıldığında tamgün bir işi yada bir kısmını ne ölçüde yansıtip yansıtmadığını düşününüz. Eğer değerlendirilen kişi işsiz ise, uygun iş arama aktivitesi için harcanan zamanı dikkate alınız.

Önerilen sorular

Bir işiniz var mı?

Bu işte haftada kaç saat çalışıyorsunuz?

İşinize ek olarak okula gidiyor musunuz?

İşinizin dışında, çocuklarınıza bakmak veya ev işleri gibi ek sorumluluklar üstleniyor musunuz?

Öğrenciler için;

Ne tür bir eğitim programına devam ediyorsunuz?

Kaç ders alıyorsunuz?

Okulda haftada kaç saatiniz geçiyor?

EK-4. (devam) Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞHİYNÖ)

Okulun yanı sıra çalışıyor musunuz? Okul dışında çocuk bakmak veya ev işleri gibi ek sorumluluklar üstleniyor musunuz?

Evde çalışanlar için;

Evinizin ve ailenizin bakımına ne ölçüde katılıyorsunuz?

Evde üstlendiğiniz sorumluluklar nelerdir?

Çocuk yetiştiriyor musunuz?

Evdeki diğer kişiler bu konularda size ne ölçüde yardımcı oluyor?

Değerlendirme

0-Gerçek anlamda bir mesleki rol uyumu yok

1-.....

2-Yarım günden az

3-.....

4-Yarım günden fazla, tam günden az

5-.....

6-Tamgün

10-Başarı

Bu madde, kişinin girişimde bulunmayı tercih ettiği belirli bir mesleki rolü yerine getirmedeki başarı ve başarıyla sona erdirmeye düzeyini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır.

Önerilen sorular

Kişiyi maaşı, maaş zamları, işinin zorlayıcılığı ve sorumluluğu, işverenden gelen övgü ve yergiler, iş arkadaşlarıyla olan etkileşiminin yeterliliği, işine devamsızlık yapıp yapmadığı, terfiler veya iş kariyerinde bir gerileme olup olmadığı yönünde sorular sorunuz.

Öğrenciler için;

Okulu, sınıfı, ders programının zorluğu, öğretmenlerden gelen övgü ve eleştiriler, sınıf arkadaşlarıyla olan etkileşiminin yeterliliği, okula devam durumu, verilen ev ödevlerine karşı tutumu, ve ders programının dışındaki aktiviteleri konusunda sorular sorunuz.

Evde çalışanlar;

Yemek pişirmek, alışveriş yapmak, bulaşık yıkamak, temizlik yapmak, toz almak, çamaşır yıkamak, evin bütçesini idare etmek, çocukların bakımı ve duygusal ihtiyaçlarını karşılamak gibi yapılması gereken görevlerin yeterli performansta yapıp yapılmadığı konusunda sorular sorunuz. Bunlara ek olarak ev idaresi, çocuk yetiştirilmesi konularında, aile üyelerinden kişiye yönelik övgü ve eleştirilere ilişkin sorular da sorabilirsiniz.

EK-4. (devam) Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞHİYNÖ)

Değerlendirme

0-Tercih ettiği rolün işlevlerini yerini getirme girişiminde bulunamıyor veya girişimde bulunsa da sürdüremeyecek kadar yetersiz bir performans gösteriyor

1-.....

2-Oldukça düşük bir başarı düzeyini güçlükle sürdürmeye ancak yetecek bir performans gösteriyor

3-.....

4-Genel olarak yeterli sayılabilecek başarı düzeyi

5-.....

6-Tercih ettiği rolün işlevlerini çok iyi bir biçimde yürütüyor; sürekli ve tutarlı bir başarı grafiği gösteriyor

11-Potansiyelini kullanabilme becerisi

Bu madde, kişinin mesleki rolünde gerçekleştirdiği uyum ve başarının, sahip olduğu potansiyel ve fırsatlardan yararlanmayı ne ölçüde yansıttığını değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Kişinin yetenekleri, bedensel engelleri, eğitim düzeyi, ekonomik, toplumsal ve kültürel etkenleri göz önünde bulundurunuz. Kişinin potansiyeline değer biçmede, herhangi bir ruhsal hastalık yada kişilik bozukluğunu doğrudan yansıtan sınırlılıkları dikkate almayınız.

Önerilen sorular

Bu madde, çok yönlü bir karar sürecini gerektirmektedir. Kişinin yetenekleri ve elindeki fırsatları ortaya koymak için gerekli olan açılımları ve kolaylıkları sağlayacak herhangi bir soruyu sorabilirsiniz.

Değerlendirme

0-Potansiyelini gerçekleştirmede hemen hemen tam bir başarısızlık

1-.....

2-Yeteneklerinin belirgin olarak altında kalan bir işte çalışıyor; veya işsiz ancak aktif olarak iş arıyor

3-.....

4-Kapasitesinin bir miktar altında bir işte çalışıyor

5-.....

6-Mesleki role uyumu ve başarısı, kişinin yetenekleri ve elindeki fırsatlarla orantılı

12-Mesleki doyum

EK-4. (devam) Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞHİYNÖ)

Bu madde, kişinin seçtiği mesleki rolde gösterdiği performansı, işini yaparken ne ölçüde rahat ve sıkıntısız olduğunu ve bu işten doyum sağlama düzeyini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır.

Önerilen sorular

İşinizi yada okulunuzu seviyor musunuz?

Başka bir işle uğraşmayı olmayı tercih eder miydiniz?

Bu konuda bir değişiklik planlıyor musunuz?

Yaptığınız iş size haz veriyor mu? İşinizin yeterince doyum verici olduğunu düşünüyor musunuz?

İşiniz yada okulunuz kendinizi iyi hissetmenizi sağlıyor mu?

İşinize istekli gidiyor musunuz?

Değerlendirme

0-Yaygın bir mesleki doyumsuzluk ve mutsuzluk

1-.....

2-Tümüyle mesleki doyumsuzluk yaşamasa da, seçtiği mesleki rol hiçbir olumlu haz duygusu sağlamıyor. Can sıkıntısı eşlik ediyor.

3-.....

4-Mesleki rolünde çok az hoşnutsuzluk duyuyor; yada hoşnutsuzluğu yok fakat işinden aldığı zevk sınırlı

5-.....

6-Bazı yakınmaları olsa da, oldukça tutarlı ve düzenli bir mesleki doyum mevcut; yaptığı işten haz alıyor

* hasta hiçbir mesleki rol işlevi göstermiyorsa bu madde uygulanabilir değildir.

13-Amaç edinebilme

Bu madde kişinin yaşamı için gerçekçi, bütünleşmiş amaçlar ortaya koyma düzeyini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır.

Önerilen sorular

Sizin için yaşamı yaşanmaya değer kılan şey nedir?

Geleceğe ilişkin olarak düşündüğünüz oluyor mu?

Kendiniz için saptadığınız amaçlarınız var mı?

Önümüzdeki birkaç ay yaşamınızın nasıl geçeceğini umuyorsunuz?

EK-4. (devam) Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞHİYNÖ)

Önümüzdeki bir yıl için, özel yaşamınız yada işinizle ilgili olarak ne tür planlarınız var?

Değerlendirme

0-Hiçbir planı yok yada planları varsa da bunlar garip; sanrısallık veya büyük ölçüde gerçekdışı

EK-4. (devam) Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (QLSS)

1-.....

2-Geleceğe ilişkin planları varsa da bunlar müphem, anlaşılabilir ve gerçeği bir ölçüde yansıtır; planlar birbirleriyle bütünleştirilmesi bakımından yetersiz veya kişinin yaşamı için pek az önem taşıyor

3-.....

4-Yaklaşık bir yıllık zaman dilimi için gerçekçi ve açık seçik planları var, ancak bunlar uzun vadeli yaşam planına az derecede entegre edilebiliyor

5-.....

6-Hem kısa hem de uzun vadede gerçekçi, açık seçik ve bütünleştirilmiş planlar

14-Motivasyon

Bu madde, kişinin yeterli bir güdülenmeyle, amaca yönelik bir aktiviteyi ne ölçüde başlattığı yada sürdürebildiğini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır.

Önerilen sorular

Amaçlarınızı ne ölçüde gerçekleştirebiliyorsunuz?

Son zamanlarda üzerinde çalıştığınız veya başarı ile tamamladığınız şeyler nelerdir?

Herhangi bir alanda yapmayı düşündüğünüz ancak bir yolunu bulamadığınız için yapamamış olduğunuz görevler/işler var mı?

Bunun gibi, sadece çözüm yolunu bulamadığınızdan ötürü bir işi yapamamış olma yaşantısının günlük aktivitelerinize zarar verdiği oldu mu?

Motivasyon düzeyinizi nasıl buluyorsunuz?

Kendinizi gayretli, enerjik ve istekli hissediyor musunuz?

Tek düze-yavan bir yaşama saplanıp kalma eğiliminde olduğunuzu düşünüyor musunuz?

Bazı şeyleri erteleme eğiliminde oldunuz mu?

Bazı şeyleri başarmak için kendinizi bunaltı içinde hissettiğiniz oldu mu?

Değerlendirme

0-Motivasyon eksikliği nedeniyle temel günlük yaşamı belirgin olarak zarar görüyor.

1-.....

EK-4. (devam) Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞHİYNÖ)

2-Yaşamın sürdürülmesi için gerekli temel ihtiyaçlarını karşılayabiliyor, ancak herhangi bir alanda ilerleme, gelişme yada başarı gösteremiyor

3-.....

4-Yaşamındaki günlük ihtiyaçları karşılayabiliyor ve bazı yeni başarılar sağlayabiliyor, ancak motivasyon eksikliği bazı alanlarda belirgin bir başarı kaybına neden oluyor

5-.....

6-Motivasyon eksikliği yok

15-Çevreye ilgi

Bu madde, kişinin çevresiyle ilgili olma ve anlamadığı şeyleri sorma, araştırma düzeyini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Değerlendirme yapılırken sanrı ve varsanılar gibi psikozdan kaynaklanan durumlara karşı gösterilen ilgi, kapsam dışında tutulmalıdır. Ancak psikoza bağlı olarak gelişen düşüncelerle patolojik olarak ilgilenme halinin gerçek çevreye olan ilgiyi sınırlayabileceğini göz önünde tutunuz.

Önerilen sorular

Hakkında daha çok şey bilmek istediğiniz ya da daha iyi anlamak istediğiniz konular oluyor mu? Ne sıklıkta oluyor?

Bunlar ne tür konular?

Bir konuda daha fazla bilgi edinmek için çaba gösterdiğiniz oldu mu? Bunun için neler yapıyorsunuz? Girişim tarzınızla ilgili olarak bilgi verebilir misiniz?

Gazete okuyor musunuz?

Televizyon, radyo izliyor musunuz?

Güncel olaylar, haberler yada sporla ilgili konulara, yayınlara ilgi duyuyor musunuz?

Çevrenizde olan bitenlere gösterdiğiniz ilgi açısından kendinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

Değerlendirme

0-Yeni konular veya olaylara çok az merak yada ilgi duyuyor

1-.....

2-Nadiren de olsa, çevreye merak/ilgi duyduğu oluyor, ancak bu merak kişinin düşünce ve hareket alanına tam olarak yansıyamıyor ve süreklilik göstermiyor

3-.....

EK-4. (devam) Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞHİYNÖ)

4-Çevresine bir ölçüde ilgi gösteriyor, merak duyuyor, bunlar için zaman harcıyor ve bunlar hakkında bilgi sahibi olmak için gerçek anlamda bir çaba sarf ediyor

5-.....

6-Bir çok konuya ilişkin merakı/ilgisi var ve bu konuların bir kısmı hakkında okuma, soru sorma, planlı gözlemler yapma gibi yöntemlerle bilgi edinmek için çaba gösteriyor

16-Anhedoni

Bu madde, kişinin haz alma kapasitesini değerlendirmek için hazırlanmıştır. Açık ve gözlenebilir bir depresif sendromun (örneğin ajitasyon, ağlama, belirgin aşağılık ve değersizlik duyguları gibi) sonucu olarak görülen anhedoniye değerlendirme dışı tutunuz. Ancak depresyonla karşılaşabilme olasılığı olan toplumdaki uzaklaşma eğilimi, apati gibi tabloların eşlik ettiği anhedoni değerlendirilmeye alınmalıdır. Depresyonun varlığını araştırmak ve bunun haz alma kapasitesi üzerine olan etkilerini tayin edebilmek için gerekli tüm soruları sorunuz.

Önerilen sorular

Eğlenebiliyor musunuz?

Yaptığınız bir şeyden gerçekten zevk aldığınız ya da doyum sağladığınız oluyor mu?

Ne sıklıkta?

Bir çok kişi için eğlenceli gibi görünen şeylerden zevk almakta bir sıkıntınız oluyor mu? Başka insanlarla bu açıdan kendinizi karşılaştırdığınızda arada fark görüyor musunuz?

Günün önemli bir bölümünü can sıkıntısı içinde ya da çevrenize ilgisiz kalarak geçirdiğiniz oluyor mu? Ne sıklıkta?

Değerlendirme

0-Haz alam yaşantısı hemem hemen tümüyle yetersiz

1-.....

2-Seyrek olarak sınırlı ölçüde haz alam yaşantıları oluyor, ancak yetersiz düzeyde

3-.....

4-Düzeyi ve yoğunluğu düşük olmakla birlikte düzenli sayılabilecek haz yaşantıları oluyor

5-.....

6-Anhedoni yok. Olsa da bu, kişide o dönemde eş zamanlı olarak bulunan anksiyete ve depresyon ile izah edilebiliyor

EK-4. (devam) Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞHİYNÖ)

17-Zaman kullanımı

Bu madde kişinin zamanını nasıl geçirdiğini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Gün boyu uyumak, yatakta uzanmak, hiçbir şey yapmadan bir yerde oturmak veya programı izlemediği halde televizyonun karşısında oturmak gibi davranışlar, belirli bir amaca dönük olmayan ve eylemsiz bir biçimde geçirilen zaman kullanımına örnek olarak verilebilir.

Önerilen sorular

Vaktinizin çoğunu hiçbir şey yapmadan, sadece bir yerde oturarak veya yatakta kalarak geçirdiğiniz oluyor mu?

Vaktinizin çoğunu televizyon seyrederek veya müzik dinleyerek geçirdiğiniz oluyor mu? O sırda televizyondaki programa ya da dinlediğiniz müziğe gerçekten kendinizi verebiliyor musunuz? Yapacak daha iyi bir şeyiniz olmadığı için mi bunları yaptığınızı düşünüyorsunuz?

Vaktinizin çoğunu uyuyarak geçirdiğiniz oluyor mu? Ne sıklıkta?

Zamanınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

Zamanı boşa harcama eğilimi taşıdığınız oluyor mu?

Değerlendirme

0-Günlerinin büyük bölümünü amaçsız ve eylemsiz geçiriyor

1-.....

2-Günlerinin hemen hemen yarısını amaçsız ve eylemsiz geçiriyor

3-.....

4-Günlerinin yarısından azını amaçsız ve eylemsiz olarak geçiriyor

5-.....

6-Dinlenmek için gerekli olan normal sürenin dışında hiçbir aşırı amaçsız ve eylemsiz zaman dilimi yaşamıyor

18-Günlük kullanımdaki kişisel eşyalar

Bu madde, kişinin günlük kullanımda belirli eşyalara sahip olmasını yaşadığımız kültürel ortama katılımın temel gereksinimlerinden biri olduğunu kabul etmektedir.

Önerilen sorular

Bu maddeyi değerlendirebilmek için aşağıda sıralanan 12 eşyanın her biri hakkında sorular sorunuz.

EK-4. (devam) Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞHİYNÖ)

Aşağıda sıralanan şeyleri üzerinizde taşıyor musunuz?

1-cüzdan/çanta

2-anahtarlar

3-ehliyet/kimlik

4-kol saati

5-para/kredi kartı

6-sigorta yada sosyal güvenlik kartı

Yanınızda yada evinizde aşağıdaki eşyaları bulundurur musunuz?

1-yaşadığınız şehir yada bölgenin haritası

2-kendinize ait çalar saat

3-tarak/saç fırçası

4-gecelik/pjama

5-otobüs kartı/bilet

6-jeton/telefon kartı/posta pulu

Değerlendirme

0-Günlük kullanıma ait hiçbir eşya yok (0 eşya)

1-.....

2-Günlük kullanıma ait kişisel eşyaların büyük kısmı yok (3-4 eşya)

3-.....

4-Orta düzeyde eksiklik (7-8 eşya)

5-.....

6-Az miktarda eksiklik var yada hiç eksiklik yok (11-12 eşya)

19-Günlük faaliyetler

Bu madde, kişinin gün boyu belirli faaliyetlerle meşgul olmasının, yaşadığımız kültürel ortama katılımın temel gereksinimlerinden biri olduğunu kabul etmektedir.

Önerilen sorular

Bu maddeyi değerlendirebilmek için aşağıda sıralanan 12 faaliyetin her biri hakkında sorular sorunuz. Geçtiğimiz iki hafta içinde aşağıdaki faaliyetlerin hangilerini gerçekleştirdiniz?

1-gazete okuma

2-fatura ödeme

3-mektup yazma

EK-4. (devam) Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞHİYNÖ)

4-sinemaya/tiyatroya gitme

5-otomobil kullanma veya tek başına toplu taşıma aracına binme

6-gıda alışverişi

7-gıda dışında alışveriş

8-lokantada yemek yeme

9-kitap/kaset vb. alışverişi

10-toplantıya katılma

11-spor faaliyetlerine katılma

12-parka yada eğlence yerlerine gitme

Değerlendirme

0-Hemen hemen hiçbir günlük faaliyet yok (0 faaliyet)

1-.....

2-Günlük faaliyetlerin büyük kısmı eksik (3-4 faaliyet)

3-.....

4-Orta düzeyde eksiklik (7-8 faaliyet)

5-.....

6-Az miktarda eksiklik var yada hiç eksiklik yok (11-12 faaliyet)

20-Eşduyum

Bu madde, kişinin, karşısındaki diğer kişinin varlığına, bakış açısına ve duygusal durumuna saygı gösterme, dikkate alma, önem ve değer verme yetisini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Bu değerlendirme, kişinin diğer insanlarla olan etkileşimlerini tanımlamasından ve bu etkileşimleri nasıl gördüğünden yola çıkarak yapılır.

Önerilen sorular

Yakın olduğunuz veya birlikte çok zaman geçirdiğiniz bir kişiyi düşünün.

Onunla ilgili olarak sizi neler sinirlendirir veya canınızı sıkarak, kızdırır?

Yaptığınız hangi şeyler onu sevindirir, hoşnut eder?

Onu üzüntülü, sıkıntılı gördüğünüzde nasıl bir tepkide bulunursunuz?

Onunla bir tartışmaya girseniz yada fikir ayrılığınız olsa, bu durumu nasıl çözümlersiniz?

Genellikle başka insanların duygularına karşı duyarlı olduğunuzu düşünüyor musunuz?

Başka insanların neler hissettikleri sizi ilgilendirir mi? Bu sizi nasıl etkiler?

EK-4. (devam) Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞHİYNÖ)

Değerlendirme

0-Eşduyum yetisi yok

1-.....

2-Eşduyum yetisi, kendi ben merkezci bakış açısı nedeniyle büyük ölçüde bozuk

3-.....

4-Karşısındaki insanların bakış açılarını ve duygularını dikkate alabiliyor, ancak kendi dünyasına dalma eğiliminde

5-.....

6-Çoğunlukla karşısındaki kişinin durumunu kendiliğinden dikkate alabiliyor; onun duygusal tepkilerini sezebiliyor ve bu bilgiyi kendi tepkilerini, davranışlarını düzenlemede kullanabiliyor.

21-Görüşmeci ile duygusal etkileşim ve iş birliği

Bu madde kişinin aşağıdaki yetilerini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır:

- Görüşmeci ile görüşme yapabilme ve sürdürebilme
- Görüşmeciye duygusal olarak bağlantının sürdüğünü hissettirebilme
- Görüşmeciye karşılıklı ilişkide katılımcı bir rol üstlendiğini gösterebilme
- Görüşmenin gerçek bir alışveriş ilişkisi tarzında geçmesi

Bu maddenin değerlendirilmesi, tüm görüşmeyi temel alan kapsamlı bir kararı gerektirir

Değerlendirme

0-Görüşmeci, kişinin görüşmek istememesi ve çok az tepki vermesiyle, kendine gerçek anlamda önem verildiğini hisseder

1-.....

2-Görüşmeye çok sınırlı bir katılım

3-.....

4-Görüşmeye katılımda sınırlılıklar var ve düzenli değil

5-.....

6-İstikrarlı ve iyi bir görüş

EK-4. (devam) Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞHİYNÖ)

1. Evdeki ilişkiler	0	1	2	3	4	5	6
2. Arkadaşlık ilişkileri	0	1	2	3	4	5	6
3. Tanıdık edinebilme	0	1	2	3	4	5	6
4. Sosyal aktiviteler	0	1	2	3	4	5	6
5. Sosyal bağlar	0	1	2	3	4	5	6
6. Girişkenlik	0	1	2	3	4	5	6
7. Toplumdan uzaklaşma	0	1	2	3	4	5	6
8. Karşı cinsle ilişkiler	0	1	2	3	4	5	6
9. Mesleki role uyum	0	1	2	3	4	5	6
10. Başarı	0	1	2	3	4	5	6
11. Potansiyelini kullanabilme becerisi	0	1	2	3	4	5	6
12. Mesleki doyum	0	1	2	3	4	5	6
13. Amaç edinebilme	0	1	2	3	4	5	6
14. Motivasyon	0	1	2	3	4	5	6
15. Çevreye ilgi	0	1	2	3	4	5	6
16. Anhedoni	0	1	2	3	4	5	6
17. Zaman kullanımı	0	1	2	3	4	5	6
18. Kişisel eşyalar	0	1	2	3	4	5	6
19. Günlük faaliyetler	0	1	2	3	4	5	6
20. Eşduyum	0	1	2	3	4	5	6
21. Görüşmeci ile etkileşim	0	1	2	3	4	5	6

EK-5. İyilik Hali Ölçeği (İHÖ)

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin karşısına çarpı (X) işareti koyunuz.		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Bazen Katılmıyorum	Kararsızım	Bazen Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Amaçlı ve anlamlı bir yaşam sürdürüyorum							
2	Sosyal ilişkilerim destekleyici ve mutluluk verici.							
3	Günlük aktivitelerimle meşgul oluyorum ve onlara ilgi duyuyorum.							
4	Diğer insanların mutluluklarına ve iyi olmalarına aktif biçimde katkıda bulunuyorum.							
5	Benim için önemli olan aktivitelerde yeterli ve yetenekliyim.							
6	İyi bir insanım ve iyi bir yaşam sürüyorum.							
7	Geleceğim hakkında iyimserim.							
8	İnsanlar bana saygı gösterir.							

EK-6. Sosyal İyi Olma Ölçeği (SİÖÖ)

(1) Kesinlikle Katılmıyorum (2) Önemli ölçüde katılmıyorum (3) Çok az katılmıyorum (4) Kararsızım (5) Bazen Katılıyorum (6) Önemli ölçüde katılıyorum (7) Kesinlikle katılıyorum anlamına gelmektedir.							
1. Dünya bana fazla karmaşık geliyor.	1	2	3	4	5	6	7
2. Kendimi hiçbir gruba ait hissetmiyorum.	1	2	3	4	5	6	7
3. Bana iyilik yapan insanlar karşılığını beklemezler.	1	2	3	4	5	6	7
4. Dünyaya katabileceğim değerli bir şeyler var.	1	2	3	4	5	6	7
5. Dünya herkes için daha iyiye gidiyor.	1	2	3	4	5	6	7
6. Kendimi çevremdeki insanlara yakın hissediyorum.	1	2	3	4	5	6	7
7. Yaptığım şeylerin çevreme hiçbir yararı yok.	1	2	3	4	5	6	7
8. Dünyada neler olup bittiğine anlam veremiyorum.	1	2	3	4	5	6	7
9. Hiçbir toplumsal ilerleme olmuyor.	1	2	3	4	5	6	7
10. İnsanlar diğer insanların sorunlarını umursamıyorlar.	1	2	3	4	5	6	7
11. Çevremdeki insanlar benim için bir rahatlık kaynağıdır.	1	2	3	4	5	6	7
12. Yaşadığım çevrede olabilecekleri tahmin edebilmek benim için çok zor değildir.	1	2	3	4	5	6	7
13. İçinde bulunduğum toplum benim gibi insanlar için yeterince ilerlemiyor.	1	2	3	4	5	6	7
14. İnsanların nazik olduğuna inanıyorum.	1	2	3	4	5	6	7
15. Topluma katkı sağlayacak önemli bir şeyim yok.	1	2	3	4	5	6	7

EK-7. Psikoeğitim Oturumları

1.OTURUM-HAZIRLIK OTURUMU
AMAÇLAR ve HEDEFLER
1. Amaç: Grup üyelerinin birbirleriyle tanışmasını sağlamak.
Hedef 1: Lider kendi ismini söyler ve kendisi hakkında bilgi verir.
Hedef 2: Grup üyesi kendi ismini söyler.
2. Amaç: Psikoeğitim programı ile ilgili bilgilendirmek.
Hedef 1: Psikoeğitim programının amacını söyler.
Hedef 2: Psikoeğitim programının içeriğini söyler.
Hedef 3: Psikoeğitim programında kullanılacak yöntemleri ifade eder.
Hedef 4: Psikoeğitim programının süresini ve oturum sıklığını söyler.
3 Amaç: Grup kurallarını belirlemek.
Hedef 1: Grup kurallarının belirlenmesine katkıda bulunur.
Hedef 2: Önemli grup kurallarını açıklar ve diğerlerini grup üyelerinin getirmeleri için destekler.
4. Amaç: Geri bildirim kelimesinin anlamını öğrenmek.
Hedef 1: Geri bildirim kelimesinin tanımını yapar.
Hedef 2: Geribildirim vermenin önemini anlar.
5. Amaç: Grup üyelerinin beklentilerini paylaşmaları için desteklemek.
Hedef 1: Psikoeğitim programına ilişkin beklentileri yazar.
YÖNTEM
1. Anlatım
2. Soru-cevap
3. Özetleme
SÜREÇ ve İÇERİK
1. Tanışma
• Grup lideri genel bir “selamlama ve hoşgeldiniz” der.
• Lider kendisini gruba tanıtır (adı, mesleği, eğitim durumu, deneyimi, çalışma alanı vb.)
• Gönüllü üyeden başlayarak her bir üye kendi ismini kendisi söyler.
• Üyeler, kendileri hakkında daha ayrıntılı bilgi verir (hangi okullarda okudukları, ne iş yaptıkları, gruba nasıl geldikleri, hobileri vb.).
2. Programın tanıtımı (Grup lideri tarafından grubun amacı, süresi, sıklığı hakkında bilgi verilmesi, grup kurallarının belirlenmesi ve gelen soruların cevaplanması)
• Grup lideri psikoeğitim programının genel bir tanıtımını yapar (programın süresi, sıklığı, kullanılacak yöntemler vb.)
• Lider, “sosyal”, “beceri”, “psikoeğitim” kelimelerinin ne anlama geldiğini grup üyelerine sorar.
• Üyelerden alınan cevaplara göre lider bu kelimelerin anlamını açıklar.
• Lider, psikoeğitim programının amacını üyelere açıklar.
• Grup lideri, psikoeğitim programında yer alan beceri alanlarından örnekleri büyük bir kağıda yazar ve grup üyelerine gösterir.
• Daha sonra grup üyelerinin katılımı ile birlikte grup kuralları belirlenir.

EK-7. (devam) Psikoeğitim Oturumları

- Grup lideri, üyelerin konuşulanlarla ilgili soruları olup olmadığını sorar. - Grup lideri, gelen sorular varsa cevaplar.
3. Grup üyelerinin beklentilerinin paylaşılması
- Grup lideri, grup üyelerine program ile ilgili duygu ve düşüncelerini sorar. - Gönüllü üyeden başlayarak gelen cevaplar doğrultusunda etkileşim sağlanır. - Üyelerin programdan beklentileri ele alınır. - Grup lideri bu aşamada tüm üyelere bir defter dağıtır ve beklentilerini deftere yazmalarını ister. - Sonrasında gönüllü üyeden başlamak üzere, üyeler beklentilerini gruba sunarlar. - Uygun olan beklentiler desteklenir, gerçekçi olmayan, ya da yanlış anlaşılan noktalar düzeltilir, anlaşılmayan noktalar için gerekli açıklamalar yapılır, soyut olanlar ise somut hale getirilmeye çalışılır. - Oturumun sonunda grup lideri, bu zamana kadar konuşulanları özetler. - Lider grup üyelerinden ilk oturum ile ilgili geri bildirim vermelerini ister. - Geri bildirim vermek isteyenlerin paylaşımları değerlendirilir, gelen sorular net olarak cevaplanır, katkılar olumlu pekiştirilerek desteklenir. - Lider, bir sonraki oturum gündemi ile ilgili grup üyelerini bilgilendirir.
2. OTURUM- ŞİZOFRENİYİ TANIMA
AMAÇ ve HEDEFLER
1. Amaç: Şizofreninin tanımını öğrenmek.
Hedef 1: Şizofrenin genel bir tanımını yapar.
2. Amaç: Hastalık sürecini öğrenmek
Hedef 1: Şizofreninin başlangıcı, belirtileri ve seyrini açıklar.
Hedef 1: Rol-oynama çalışmasında hastalık sürecini açıklar.
Hedef 2: Hastalık belirtilerini yazar.
3. Amaç: Hastalık süreci ile ilgili olası durumları kavramak.
Hedef 1: Alevlenme dönemini tanımlar.
Hedef 2: Haberci belirtileri söyleme.
Hedef 3: Rol-oynamada çalışmasında hastalık belirtileriyle ilgili olası durumları ifade eder.
4. Amaç: Alevlenme döneminde yapılması gerekenleri içeren acil plan uygulamasını öğrenir.
Hedef 1: Acil planın ne olduğunu açıklar.
Hedef 2: Acil planın amacını söyler.
Hedef 3: Acil planın basamaklarını söyler.
Hedef 4: “Acil plan” geliştirir.
5. Amaç: Şizofreni ile ilgili yaşanan sorunlarla baş etme yöntemlerini öğrenmek.
Hedef 1: Hastalıkla ilgili yaşanan sorunları (belirtileri) yazar.
Hedef 2: Hastalıkla ilgili yaşanan deneyimleri paylaşır.
Hedef 3: Hastalıkla ilgili yaşanan sorunlara ilişkin baş etme yöntemlerini ifade eder.

EK-7. (devam) Psikoeğitim Oturumları

YÖNTEM
1. Anlatım
2. Soru-cevap
3. Ev ödevi
4. Rol oynama
5. Deneyimlerin paylaşılması
6. Grup tartışması
7. Pekiştireç verme
8. Sorun çözme
9. Özetleme
SÜRECİ ve İÇERİK
1. Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması
- Grup lideri tarafından bir önceki oturum özetlenir. - Lider grup üyelerinden ilk oturum ile ilgili geri bildirim vermelerini ister. - Geri bildirim vermek isteyenlerin paylaşımları değerlendirilir, gelen sorular net olarak cevaplanır, katkılar olumlu pekiştireç verilerek desteklenir.
2. Grup üyelerinin duygu-durumlarının paylaşılması
- Grup lideri, üyelere geçtiğimiz bir haftanın nasıl geçtiğini, kendilerini nasıl hissettiklerini, önemli bir değişikliğin olup olmadığını sorar. - Grup lideri gönüllü üyeden başlayarak cevapları alır.
3. Oturum konusunun paylaşılması
- Grup lideri, bu oturumda üzerinde konuşulacak konuları genel başlıklarıyla ifade eder. - Bu arada grup üyelerine kendi hastalıkları hakkında neler bildikleri ve sağlık personelleri ya da çevrelerinden neler öğrendikleri sorulur. - Gönüllü üyeden başlayarak tüm üyelerin konuşması sağlanır. - Grup lideri şizofreniyi tanıtmak için genel bir bilgilendirme yapar. - Grup üyelerine hastalıklarını hangi fiziksel hastalığa benzettikleri sorulur. - Üyelerin verdikleri cevaplara göre fiziksel bir hastalık seçilir ve örnek üzerinden şizofreni açıklanır (örnek: hipertansiyon). - Devamında üyelerin hastalıkla ilgili deneyimlerini (sanrı, varsanı, davranış değişiklikleri vb.) paylaşımları istenir. - Verilen örnek ve paylaşılan deneyimler sonrası üyelere soruları olup olmadığı sorulur. - Üyelerden gelen sorular cevaplanır, katkılar olumlu pekiştireç verilerek desteklenir, yanlış bilinenler düzeltilir. - Grup üyelerine şizofreninin nedenleri, belirtileri ve seyri hakkında bilgilendirme yapılır. - Üyelerin hastalıkla ilgili yaşadıkları sorunların neler olduğu sorulur. - Üyelerin hastalık sürecinde yaşadıkları belirtileri daha önce verilen defterlere yazmaları için 5 dakikalık bir süre verilir. 5 dakika bittiğinde üyelerin defterlerine yazdıkları belirtileri gruba paylaşmaları istenir. - Üyelerin gruba ilettikleri ortak belirtiler lider tarafından belirlenir ve üyelerin bunları defterlerine yazmaları istenir. - Tüm bu konuşulanlar çerçevesinde üyelerin soruları olup olmadığı sorulur,

EK-7. (devam) Psikoeğitim Oturumları

• Üyelerden gelen sorular varsa cevaplanır, katkılar olumlu pekiştireç verilerek desteklenir, yanlış bilinenler düzeltilir.
• Grup üyelerine şizofreninin alevlenme dönemi ve haberci belirtilerle ilgili bilgilendirme yapılır.
• Sonrasında grup üyelerine bugüne kadar kaç kez hastalandıkları sorulur.
• Üyelerden gelen cevaplar alınır.
• Lider, haberci belirtiler listesini üyelere dağıtır ve kendilerinde en çok gözlemledikleri ya da çevredeki insanların fark ettikleri belirtileri işaretlemelerini ister.
• Üyelerden haberci belirtiler listesinde işaretledikleri belirtiler ortaya çıktığında neler yaptıkları sorulur.
• Gönüllü üyeden başlayarak gelen cevaplar alınır.
• Paylaşılan olumlu davranışlar lider tarafından pekiştirilir ve desteklenir, olumsuz davranışların ise negatif sonuçları konuşulur.
• Basamaklar halinde yazılmış olan acil plan kağıtları üyelere dağıtılır ve nasıl doldurulacağına ilişkin açıklama yapılır.
• Daha sonra üyelerle bir rol oynama yapılır.
• Üyelerden biri klinikte çalışan bir doktor, hemşire ya da terapisti canlandırırken, grup lideri ise hastayı canlandırır. Oyunda hastanın haberci belirtilerini kullanarak ona bunun ne anlama geldiği sorulur ve hastalık ile ilgili genel bir bilgi vermesi istenir.
• Rol oynama sonrası üyelerin kendilerini nasıl hissettikleri sorulur.
• Canlandırılan oyun ile ilgili üyelerden geri bildirim alınır, eksiklikler tamamlanır ve yanlış bilinenler düzeltilir.
• Daha sonra grup üyelerinin örnek bir durum üzerinden grup etkileşimi sağlayarak tartışmaları istenir.
• <u>Örnek durum:</u> “Yalnız yaşıyorsunuz. Son bir haftadır yeterli uyku uyuyamadınız. Uyku düzeniniz oldukça bozuldu. Geceleri sürekli sigara ve kahve içiyorsunuz. Sıkıntılarınız da gittikçe artıyor. Bu durumda ne yaparsınız?”
• Örnek durum üzerinden grup etkileşimi sağlandıktan sonra grup lideri konu ile ilgili toparlayıcı bilgi verir.
4. Oturumun özetlenmesi
• Grup lideri, gruba oturumu özetlemek için gönüllü bir üye olup olmadığını sorar.
• Eğer varsa bu üyeden oturumu özetlemesini ister.
• Eğer özetleme için gönüllü bir üye olmazsa lider oturumu kendi özetler ve üyelere sonraki oturumlarda bu özetlemeleri grup üyelerinden isteyeceğini belirtir.
5. Ev ödevi verilmesi
• Oturumda üyelere dağıtılan acil plan kağıtlarını bir sonraki oturuma kadar aile bireylerinden destek alarak doldurmaları istenir.
• Ev ödevini tüm üyelerin anlaması sağlanır, gelen sorular varsa cevaplanır ve oturum sonlandırılır.
• Lider, bir sonraki oturum gündemi ile ilgili grup üyelerini bilgilendirir.
3. OTURUM-ŞİZOFRENİ TEDAVİSİNİ DEĞERLENDİRMEK
AMAÇ ve HEDEFLER
1. Amaç: Şizofreni tedavisinin amacını öğrenmek.
Hedef 1: Şizofreni tedavisinin amacını söyler.
2.Amaç: Şizofreni tedavisinde kullanılan yöntemleri öğrenmek.
Hedef 1: Şizofrenide kullanılan tedavi yöntemlerini söyler.
3. Amaç: Antipsikotik kelimesinin anlamını öğrenmek.
Hedef 1: Antipsikotik kelimesinin anlamını söyler.
4. Amaç: Şizofreni tedavisinde ilaçların etki mekanizmasını öğrenmek.

EK-7. (devam) Psikoeğitim Oturumları

Hedef 1: Şizofreni tedavisinde ilaçların etki mekanizmasını söyler.
5. Amaç: İlaçların yararlarını öğrenmek.
Hedef 1: İlaçların yararlarını söyler.
Hedef 2: Rol-oynama çalışmasında ilaçların yararlarından bahseder.
6. Amaç: Düzenli ilaç kullanımının önemini kavramak.
Hedef 1: Düzenli ilaç kullanmanın önemli olduğunu ifade eder.
7. Amaç: İlaçların yan etkilerini öğrenmek.
Hedef 1: İlaçların yan etkilerini söyler.
Hedef 2: Rol-oynama çalışmasında ilaçların yan etkilerini ifade eder.
8. Amaç: İlaç tedavisinde yaşanan sorunlarla baş etme yöntemlerini öğrenmek.
Hedef 1: İlaç kullanımı ile ilgili deneyimleri ifade eder.
Hedef 2: Rol-oynama çalışmasında ilaç kullanımı ilgili yaşanan sorunlara ilişkin baş etme yöntemlerini ifade eder.
Hedef 3: İlaç kullanımı ile ilgili yaşanan sorunlara ilişkin kullanılan etkisiz baş etme yöntemlerini, etkili baş etme yöntemleriyle nasıl değiştirileceğini açıklar.
Hedef 4: İlaç kullanımı ilgili yaşadığı sorunlara ilişkin yeni baş etme yöntemleri keşfeder.
9. Amaç: İlaç kullanımında yaşanan sorunlarla baş etmede tedavi ekibinin önemini kavramak.
Hedef 1: İlaç kullanımında yaşanan sorunlarla baş etmede tedavi ekibinden yardım alabileceğini ifade eder.
YÖNTEM
1. Anlatım
2. Soru-cevap
3. Ev ödevi
4. Rol oynama
5. Deneyimlerin paylaşılması
6. Grup tartışması
7. Tekrarlama
8. Sorun çözme
9. Pekiştirme
10. Özetleme
1. Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geribildirim alınması
• Grup lideri tarafından grup üyeleri ile birlikte bir önceki oturum özetlenir.
2. Grup üyelerinin duygu durumlarının paylaşılması
• Grup lideri, üyelere geçtiğimiz bir haftanın nasıl geçtiğini, kendilerini nasıl hissettiklerini, önemli bir değişikliğin olup olmadığını sorar
• Lider, gönüllü üyeden başlayarak cevapları alır.
3. Ev ödevinin değerlendirilmesi
• Grup lideri tarafından ikinci oturumda verilen “acil plan” oluşturma ile ilgili ev ödevi kontrol edilir.
• Üyelerin ev ödevi yapma ile ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşması istenir.
• Paylaşma gönüllü üyeden başlanır ancak gönüllü olan yoksa lider üyelerden birini seçer ve duygu ve düşüncelerini paylaşmasını ister.

EK-7. (devam) Psikoeğitim Oturumları

4. Oturum konusunun paylaşılması
- Lider üçüncü oturumun konusunu “Şizofreni tedavisini değerlendirmek” olarak üyelere açıklar. - Lider bu oturumda işlenecek konu başlıklarını içerecek şekilde grup üyelerini bilgilendirir. - Lider üyelere “anpsikotik” kelimesinin anlamını sorar, aynı zamanda üyelere şizofreni tedavisinde yaygın kullanılan ilaçların bir listesini verir. - Soruya gelen cevaplara göre katkılar desteklenir, eksikler tamamlanır ya da yanlış bilinenler düzeltilir. - İlaç kullanımının yararlarından bahsedilir. - Bu esnada ilaç kullanımının yararlarını içeren bir liste üyelere dağıtılır. - Daha sonra ilaçların yan etkilerinden bahsedilir ve yaygın görülen ilaç yan etkilerini içeren bir liste üyelere dağıtılır ve incelemeleri istenir. - Sonrasında üyelerin ilaç yan etkileriyle ilgili deneyimlerini paylaşmaları istenir. - Grup üyelerinden gelen cevaplar değerlendirilir. - Grup üyelerinin paylaşımları sonrası ilaç yan etkileriyle nasıl baş ettikleri sorulur. - Üyelerden gelen cevaplar değerlendirilir. - Konu ile ilgili bilgilendirme yapılır, üyelerden gelen sorular varsa cevaplanır, uygun katkılar desteklenir, eksikler tamamlanır ve yanlış bilinenler düzeltilir. - İlaç kullanımı ile ilgili bilgilendirmede tedavi ekibinin (doktor, hemşire vb.) önemine vurgu yapılır. - İlaç kullanımıyla ilgili tedavi ekibine sorulması gereken başlıca soruların bir listesi üyelere dağıtılır. - Üyelerin bu listeyi incelemeleri istenir. - Listede yer alan maddeler grup lideri tarafından tekrarlanır. - Daha sonra ilaç tedavisinin düzenlenmesi, değiştirilmesi ya da sonlandırılmasında doktor kontrolünün önemi anlatılır. - Üyelere tüm konuşulanlarla ilgili soruları olup olmadığı sorulur. - Üyelerden gelen sorular cevaplanır, uygun katkılar desteklenir, yanlış bilinenler düzeltilir. - Üyelerle rol oynama çalışması yapılır. - Rol oynamaya başlamadan önce üyelerin rollerini iyice anlamaları sağlanır. - Grup üyelerinden gönüllü olmak isteyen varsa seçilir, yoksa grup lideri üyeyi kendisi seçer. - Oyunda lider hastayı canlandırırken, üye de bir uzman rolündedir (hemşire, doktor, eczacı vb.). Hasta elinde birden fazla antipsikotik ilaç yazılmış olan reçete ile ilgili uzmana çeşitli sorular sorar: “Kendimi iyi hissettiğim halde neden hala bu ilaçları kullanmak zorundayım?”, “Neden birden fazla ilaç kullanıyorum?”, “İlaçların yararları neler?”, “Daha ne kadar bu ilaçları kullanacağım?”, “İlaçların çok yan etkisi var, bunlarla nasıl baş edeceğim?”. Uzman rolündeki üyenin oturumda işlenen konuları içeren bu soruları cevaplaması istenir. - Rol oynama sonrası grup üyelerinin kendilerini nasıl hissettikleri sorulur ve rol oynama çalışmasının değerlendirilmesi yapılır. - Rol oynama sonrası, grup üyelerine örnek bir durum verilir ve sorunu çözmeleri istenir. - Örnek durum: “Sizin ilaç kullandığınızı bilmeyen bir arkadaşınızla dışarı gezmeye çıktınız. İlaç alma zamanınız geldi. Bu durumda ne yaparsınız?”.
4. Oturumun özetlenmesi
- Grup lideri, gruba oturumu özetlemek için gönüllü bir üye olup olmadığını sorar. Eğer varsa bu üyeden oturumu özetlemesini ister. - Eğer özetleme için gönüllü bir üye olmazsa lider oturumu kendi özetler ve üyelere sonraki oturumlarda bu özetlemeleri grup üyelerinden isteyeceğini belirtir.
Ev ödevinin verilmesi
- Üyelerden “ilaç yan etkileri ve yapılması gerekenler” listesini aileleriyle görüşmeleri istenir. Aileyle görüşme sonrası ailenin tepkilerini not almaları istenir. - Üyelerin ev ödevini en iyi şekilde anlamaları sağlanır. - Lider, bir sonraki oturum gündemi ile ilgili grup üyelerini bilgilendirir.

EK-7. (devam) Psikoeğitim Oturumları

4. OTURUM- STRES VE STRESLE BAŞ ETME
AMAÇ ve HEDEFLER
1. Amaç: Stresin tanımını öğrenmek.
Hedef 1: Stresin tanımını yapar.
2. Amaç: Stres kaynaklarını öğrenmek.
Hedef 1: Stres kaynaklarını söyler.
3. Amaç: Stresin etkilerini öğrenmek.
Hedef 1: Stresin olumlu ve olumsuz etkilerini söyler.
4. Amaç: Stresin hastalık süreci ile ilişkisini kavramak.
Hedef 1: Stresin hastalık süreci üzerindeki olumsuz etkisini ifade eder.
5. Amaç: Strese karşı uygun tepkilerin oluşturulmasını öğrenmek.
Hedef 1: Strese karşı uygun tepkilerin neler olduğunu ifade eder.
6. Amaç: Stresle etkili baş etme yöntemlerini öğrenmek.
Hedef 1: Stresle etkili baş etme yöntemlerini söyler.
7. Amaç: Damgalanmanın neden olduğu stresi azaltmayı öğrenmek.
Hedef 1: Damgalanmanın neden olduğu stresi fark eder.
Hedef 2: Damgalanmanın neden olduğu stres ve bununla baş etme ile ilgili deneyimlerini paylaşır.
Hedef 3: Kendi özgüveni hakkında paylaşımında bulunur.
Hedef 4: Özgüven geliştirmek amacıyla yapılan alıştırmaya katılır.
Hedef 5: Damgalamanın neden olduğu strese ilişkin sorun çözme alıştırmasına katılır.
8. Amaç: Olumlu düşünme tarzını geliştirmek.
Hedef 1: Özgüven geliştirici, bireysel güçlenmeyi sağlayan, olumlu düşünmeye yardımcı olan ifadeleri kullanır.
9. Amaç: Stresle etkisiz baş etme yöntemlerini fark etmek.
Hedef 1: Stresle etkisiz baş etme yollarını söyler.
YÖNTEM
1. Anlatım
2. Soru-cevap
3. Ev ödevi
4. Deneyimlerin paylaşılması
5. Grup tartışması
6. Tekrarlama
7. Video gösterimi
8. Özetleme
9. Pekiştireç verme

EK-7. (devam) Psikoeğitim Oturumları

SÜREÇ ve İÇERİK
1. Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geribildirim alınması
Grup lideri tarafından bir önceki oturum özetlenir.
2. Grup üyelerinin duygu durumlarının paylaşılması
- Grup lideri, üyelere geçtiğimiz bir haftanın nasıl geçtiğini, kendilerini nasıl hissettiklerini, önemli bir değişikliğin olup olmadığını sorar. - Lider, gönüllü üyeden başlayarak cevapları alır.
3. Ev ödevinin değerlendirilmesi
- Grup lideri tarafından üçüncü oturumda verilen “ilaç yan etkileri ve yapılması gerekenler” listesini aile bireyleri ile paylaşma ile ilgili ev ödevi kontrol edilir. - Üyelerden gelen sorular varsa cevaplanır. - Üyelerin ev ödevi yapma ile ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşması istenir. - Paylaşma gönüllü üyeden başlanır ancak gönüllü olan yoksa lider üyelerden birini seçer ve duygu ve düşüncelerini paylaşmasını ister.
4. Oturum konusunun paylaşılması
- Lider dördüncü oturumun konusunu “Stres ve stresle baş etme” olarak üyelere açıklar. - Lider bu oturumda işlenecek konu başlıklarını içerecek şekilde grup üyelerini bilgilendirir. - Grup lideri, üçüncü oturuma grup üyelerine stresin tanımını sorarak başlar. - Gelen cevaplara göre genel bir stres tanımı yapılır. - Stresin etki mekanizması lider tarafından şekil üzerinde anlatılır. - Stresin tanımı ve etki mekanizması anlatıldıktan sonra stres kaynaklarının neler olabileceği grup üyelerine sorulur. - Üyelerden gelen cevaplar değerlendirilir. - Stresin olumlu ve olumsuz etkileri örnekler verilerek anlatılır. - Grup lideri bu aşamaya kadar anlatılanları özetler. - Stresin hastalık süreci üzerindeki olumsuz etkisinden bahsedilir. - Grup lideri hastalıkla ilişkili damgalanmanın neden olduğu strese vurgu yapar. - Üyelerin damgalanmanın neden olduğu stres ve bununla baş etme ile ilgili deneyimlerini paylaşmaları istenir. - Gönüllü üyeden başlayarak paylaşımlar desteklenir. - Grup üyelerinin kendi özgüvenleri hakkında konuşmaları istenir. - Grup üyelerine kendilerini neden değersiz ya da güvensiz hissettikleri sorulur. - Üyelerden gelen cevaplar grup lideri tarafından tahtaya yazılır. - Olumlu düşünce tarzını geliştirmek amacıyla “kötü durum”, “halledemem”, “dayanamam” gibi olumsuz düşünceler yerine “bu bir şanssızlık, üstesinden gelebilirim”, “yapabileceğim en iyisini deneyeceğim”, “bununla da baş edecek güce sahibim” gibi olumlu düşünceleri ortaya çıkarıp grup üyelerinin bunları ifade etmesini sağlar. - Özgüveni geliştirmek ve grup üyelerinin kendilerini güçlü hissedebilecekleri birçok yanlarının olduğunu görmeleri amacıyla alıştırmaya yapılır (1. kimsin, ailen, akrabaların, memleketin, doğum yerin, okuduğun okullar, mesleğin, 2. ait olduğunu hissettiğin gruplar, demekler, parti arkadaşların, güvendiğin kişiler, yaşadığın yer, 3. kendini değerli hissettiğin alanlar, başarıların, hedeflerin, yeteneklerin, güçlü yanların).

EK-7. (devam) Psikoeğitim Oturumları

Damgalanmanın neden olduğu stresle ilgili bir sorun çözme alıştırmaları yapılır. Örnek durum: hastalığınızla ilgili geçmişte yaşamış olduğunuz ve şu an yaşamakta olduğunuz sorunları komşularınız bilmektedirler. Sokakta onlarla karşılaştığınızda sizden uzak durduklarını hissediyorsunuz. Onlarla görüşmelerinizi sürdürmek ve çevrenizden kopmak istemiyorsunuz. Bu durumda ne yaparsınız?
Grup lideri stresle baş etmede etkili yöntemlerden bahseder.
Konu ile ilgili bir video gösterimi yapılır.
Daha sonra grup lideri, stresle etkisiz baş etme yöntemlerinden bahseder.
4. Oturumun özetlenmesi
Grup lideri, gruba oturumu özetlemek için gönüllü bir üye olup olmadığını sorar. Eğer varsa bu üyeden oturumu özetlemesini ister.
Eğer özetleme için gönüllü bir üye olmazsa lider oturumu kendi özetler ve üyelere sonraki oturumlarda bu özetlemeleri grup üyelerinden isteyeceğini belirtir.
5. Ev ödevinin verilmesi
Üyelerin bir sonraki oturma kadar yaşadıkları stres yaratan durumları ve kullandıkları başatma tekniklerini (bu durum karşısında ne yaptıkları, bunun etili olup olmadığı) yazmaları istenir.
Lider tarafından hazırlanan boş kartlar üyelere dağıtılır.
Ev ödevini tüm üyelerin anlaması sağlanır, gelen sorular varsa cevaplanır ve oturum sonlandırılır.
Lider, bir sonraki oturum gündemi ile ilgili grup üyelerini bilgilendirir.
5. OTURUM- İLETİŞİM BECERİLERİNİ GELİŞTİRMEK
1. Amaç: İletişimin tanımını öğrenmek.
Hedef 1: İletişimin tanımını söyler.
2. Amaç: İletişimin amacını öğrenmek.
Hedef 1: İletişimin amacını ifade eder.
3. Amaç: İletişimin öğelerini öğrenmek.
Hedef 1: İletişimin sözlü ve sözsüz öğelerini yazar.
4. Amaç: Etkili bir iletişimin önemini kavramak.
Hedef 1: Etkili bir iletişim için gerekenleri söyler.
5. Amaç: İletişim becerilerinin önemini kavramak.
Hedef 1: İletişim becerilerinin önemli olduğunu ifade eder.
6. Amaç: İletişimde kendini doğru ifade edebilmeyi öğrenmek.
Hedef 1: Rol-oynama çalışmasında ben-dilini kullanır.
Hedef 2: Rol-oynama çalışmasında kendini doğru ifade eder.
7. Amaç: Etkili iletişim becerilerini geliştirmeye başlamak.
Hedef 1: Rol-oynama çalışmasında iletişim becerilerini kullanır.
8. Amaç: Kendini doğru ifade edebilmek için duyguları tanımak ve ifade etmek.
Hedef 1: Gösterilen yüzlerin hangi duyguları ifade ettiğini tanıy ve söyler.

EK-7. (devam) Psikoeğitim Oturumları

YÖNTEM
1. Anlatım
2. Soru-cevap
3. Deneyimlerin paylaşılması
4. Grup tartışması
5. Tekrarlama
6. Video gösterimi
7. Rol-oyunama
8. Özetleme
9. Pekiştirme verme
SÜREÇ ve İÇERİK
1. Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geribildirim alınması
Grup lideri tarafından bir önceki oturum özetlenir.
2. Grup üyelerinin duygu durumlarının paylaşılması
- Grup lideri, üyelere geçtiğimiz bir haftanın nasıl geçtiğini, kendilerini nasıl hissettiklerini, önemli bir değişikliğin olup olmadığını sorar. - Lider, gönüllü üyeden başlayarak cevapları alır.
3. Ev ödevinin değerlendirilmesi
- Üyelerden “Stres yaratan günlük durumları ve kullandıkları baş etme teknikleri”ni yazmalarının istendiği ev ödevi kontrol edilir. - Üyelerden gelen sorular varsa cevaplanır. - Üyelerin ev ödevi yapma ile ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşması istenir. - Üyelerden gelen paylaşımlar değerlendirilir.
4. Oturum konusunun paylaşılması
- Lider beşinci oturumun konusunu “İletişim becerilerini geliştirmek” olarak üyelere açıklar. - Lider bu oturumda işlenecek konu başlıklarını içerecek şekilde grup üyelerini bilgilendirir. - Grup lideri, grup üyelerine iletişimin anlamını sorar. - Gelen cevaplara göre genel bir iletişim tanımı yapılır. - İletişimin amacı, neden gerekli olduğu, sadece sözcüklerin kullanılmasının yeterli olmadığı, ses tonu, uygun jest ve mimiklerin de (beden dili) oldukça önemli olduğu hakkında genel bir bilgilendirme yapılır. - Daha sonra etkili bir iletişim için neler gerektiği üyelere sorulur. - Üyelerden gelen cevaplara göre bir liste yapılır. - Grup lideri maddeleri tekrar eder. - Grup lideri, üyelere bu maddeleri sözlü ve sözsüz öğeler olarak ayırmalarını ve daha önce verilmiş olan defterlerine yazmalarını ister. - Gönüllü bir üyeden yazdıklarını paylaşması istenir. - Üyelerden gelen sorular varsa cevaplanır, uygun katkılar desteklenir, eksikler tamamlanır ve yanlış bilinenler düzeltilir. - Temel iletişim becerilerinden bahsedilir (konuşmayı başlatmak, başkalarını dinlemek, konuşmayı sürdürmek, soru sorma/öğrenmek).

EK-7. (devam) Psikoeğitim Oturumları

• Grup lideri, üyelere günlük yaşamda karşılaştıkları iletişim sorunlarını paylaşmalarını ister.
• Üyelerin paylaşımları değerlendirilir.
• İletişimde ben dili ve öneminden bahsedilir.
• Kendini doğru ifade edebilmek için duyguların tanınmasının önemli olduğuna vurgu yapılır.
• Grup üyelerine 10 adet farklı duyguları ifade eden yüz resimleri gösterilir ve hangi duyguyu ifade ettikleri sorulur.
• Üyelerden gelen cevaplar alınır, doğru bilinenler pekiştirilir, yanlış bilinenler düzeltilir.
• Grup üleriyle rol oynama çalışması yapılır.
• Rol oynamaya başlamadan önce üyelerin defterlerine de yazmış oldukları iletişimin sözlü ve sözsüz öğeleri tekrar gözden geçirilir.
• Rol Metni: “Burada yakın zamana kadar birbirlerini görmeyen iki arkadaş arasındaki basit bir karşılaşmayı rol oynayacaksınız. İki arkadaş sosyal bir ortamda markette, parkta ya da sokakta karşılaşmış olabilirler. Karşılıklı hatır sorduktan sonra görüşmeyi neler yaptıklarını konuşacaklar ve sonra tekrar görüşmek üzere vedalaşacaklar”
• Rol oynama sonrası üyelerin kendilerini nasıl hissettikleri sorulur.
• Üyelerden gelen cevaplar alınır.
• Rol oynamadan sonra örnek bir durum üzerinden “hoşnutsuzluğu ve kızgınlığı ifade etmek” üzerine kısa bir alıştırma yapılır.
• Örnek durum: Kardeşiniz eve her zamankinden çok geç geldi. Merak ettiniz, bildiğiniz birkaç yere telefon ettiniz fakat haber alamadınız. Çok üzüldünüz. Kardeşiniz eve geldiğinde ona kızgınlığınızı nasıl ifade edersiniz?
• Oturumu bitirmeden önce gruba soruları ya da yorumları olup olmadığı sorulur.
4. Oturumun özetlenmesi
• Grup lideri, gruba oturumu özetlemek için gönüllü bir üye olup olmadığını sorar. Eğer varsa bu üyeden oturumu özetlemesini ister.
• Eğer özetleme için gönüllü bir üye olmazsa lider oturumu kendi özetler ve üyelere sonraki oturumlarda bu özetlemeleri grup üyelerinden isteyeceğini belirtir.
• Lider, bir sonraki oturum gündemi ile ilgili grup üyelerini bilgilendirir.
6. OTURUM- SORUN ÇÖZME BECELERİLERİNİ GELİŞTİRMEK
1. Amaç: Sorunu tanımayı öğrenmek.
Hedef 1: “Sorun” un tanımını söyler.
Hedef 2: Sorun yaratan durumu fark eder.
2. Amaç: Sorun karşısında etkin olmayı öğrenmek.
Hedef 1: Sorun karşısında benimsenmesi gereken tutumları kavrar.
3. Amaç: Sorun çözme basamaklarını öğrenmek.
Hedef 1: Sorun çözme basamaklarını sayar.
4. Amaç: Sorun çözümünde kaynak gereksiniminin önemini kavramak.
Hedef 1: Sorun çözümü için uygun kaynağı fark eder.
5. Amaç: Günlük yaşamda sorun yaratan durumları fark etmek.
Hedef 1: Günlük yaşamda sorun yaratan durumları ifade eder.
YÖNTEM
1. Anlatım
2. Soru-cevap
3. Ev ödevi

EK-7. (devam) Psikoeğitim Oturumları

4. Deneyimlerin paylaşılması
5. Grup tartışması
6. Özetleme
SÜREÇ ve İÇERİK
1. Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geribildirim alınması
Grup lideri tarafından bir önceki oturum özetlenir.
2. Grup üyelerinin duygu durumlarının paylaşılması
- Grup lideri, üyelere geçtiğimiz bir haftanın nasıl geçtiğini, kendilerini nasıl hissettiklerini, önemli bir değişikliğin olup olmadığını sorar. - Lider, gönüllü üyeden başlayarak cevapları alır.
3. Oturum konusunun paylaşılması
- Lider altıncı oturumun konusunu “Sorun çözme becerilerini geliştirmek” olarak üyelere açıklar. - Lider bu oturumda işlenecek konu başlıklarını içerecek şekilde grup üyelerini bilgilendirir. - Grup lideri, grup üyelerine “sorun” un anlamını sorar. - Lider, üyelere gelen cevapları alır. - Gelen cevaplara lider genel bir “sorun” tanımını yapar. - Sorun ve çözümüne ilişkin temel özellikler maddeler halinde açıklanır. - Bu aşamada lider üyelerin soruları olup olmadığını sorar. - Üyelerden gelen sorular varsa cevaplanır, uygun katkılar desteklenir, eksikler tamamlanır ve yanlış bilinenler düzeltilir. - Üyelerden günlük yaşamlarında kendilerine sorun yaratan durumları, bu sorunlar karşısında takındıkları tutumları, sorunu çözmek için çaba gösterip göstermedikleri ya da çözümünü başkalarına bırakıp bırakmadıklarını paylaşmaları istenir. - Üyelerden gelen paylaşımlar değerlendirilir. - Lider, sorun çözme basamakları hakkında üyeleri bilgilendirir. - Sorun çözme basamaklarını içeren bir liste üyelere dağıtılır. - Bilgilendirme sonrası konu ile ilişkin sorular cevaplanır, katkılar desteklenir, eksiklikler tamamlanır, yanlış bilinenler düzeltilir. - Üyelerle örnek bir durum üzerinden sorun çözme alıştırmaları yapılır. Örnek durum: “Ulaşım için düzenli olarak belediye otobüsünü kullanmaktasınız. Otobüsünüzün evinize en yakın durağa ne zaman gelmesi gerektiğini biliyorsunuz. Bugün gruba zamanında yetişmek için durağa vaktinde geliyorsunuz. Bekliyorsunuz, bekliyorsunuz fakat otobüs gelmiyor ve gruba geç kalacaksınız. Grubu kaçırmak istemiyorsunuz. Ne yaparsınız?”.
4. Oturumun özetlenmesi
- Grup lideri, gruba oturumu özetlemek için gönüllü bir üye olup olmadığını sorar. Eğer varsa bu üyeden oturumu özetlemesini ister. - Gönüllü bir üye yoksa lider özetleme yapması için üyelere birini kendisi seçer.
5. Ev ödevi verilmesi
- Üyelere, bir sonraki oturuma kadar geçen bir haftalık sürede yaşadıkları bir sorunu, sorun çözme basamaklarını kullanarak çözmeleri ve bunu defterlerine yazmaları istenir. - Ev ödevini tüm üyelerin anlaması sağlanır. - Üyelerin, ev ödevine ilişkin duygu ve düşünceleri alınır. - Lider, bir sonraki oturum gündemi ile ilgili grup üyelerini bilgilendirir.

EK-7. (devam) Psikoeğitim Oturumları

7. OTURUM-KİŞİLERARASI İLİŞKİLERİ VE TOPLUMSAL FAALİYETLERİ GELİŞTİRMEK
1. Amaç: Arkadaş edinmenin önemini kavramak.
Hedef 1: Arkadaş edinmenin önemli olduğunu ifade eder.
Hedef 2: Arkadaşlık deneyimini paylaşır.
2. Amaç: Arkadaşlık kurma yollarını öğrenmek.
Hedef 1: Arkadaşlık kurma yollarını fark eder.
Hedef 1: Arkadaşlık kurma alıştırmalarına katılır.
3. Amaç: Toplumsal faaliyetlerin neler olduğunu öğrenmek.
Hedef 1: Toplumsal faaliyetlere örnek verir.
4. Amaç: Toplumsal faaliyetlerin yararlarını öğrenmek.
Hedef 1: Toplumsal faaliyetlerin yararlarını ifade eder.
Hedef 2: Toplumsal faaliyetlerle ilgili deneyimleri paylaşır.
YÖNTEM
1. Anlatım
2. Soru-cevap
3. Alıştırma
4. Ev ödevi
5. Deneyimlerin paylaşılması
6. Grup tartışması
7. Özetleme
SÜREÇ ve İÇERİK
1. Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geribildirim alınması
Grup lideri tarafından bir önceki oturum özetlenir.
2. Grup üyelerinin duygu durumlarının paylaşılması
- Grup lideri, üyelere geçtiğimiz bir haftanın nasıl geçtiğini, kendilerini nasıl hissettiklerini, önemli bir değişikliğin olup olmadığını sorar. - Lider, gönüllü üyeden başlayarak cevapları alır.
3. Ev ödevinin değerlendirilmesi
- Grup lideri tarafından altıncı oturumda verilen geçtiğimiz bir haftalık sürede yaşadıkları bir sorunu, sorun çözme basamaklarını kullanarak çözmeleri yazmalarının istendiği ev ödevi kontrol edilir. - Üyelerden gelen sorular varsa cevaplanır. - Üyelerin ev ödevi yapma ile ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşması istenir.
4. Oturum konusunun paylaşılması
- Lider yedinci oturumun konusunu “Kişilerarası ilişkileri ve toplumsal faaliyetleri geliştirmek” olarak üyelere açıklar. - Lider bu oturumda işlenecek konu başlıklarını içerecek şekilde grup üyelerini bilgilendirir. - Lider, arkadaş edinmenin önemini anlatır. - Daha sonra üyelerden kendi yaşamlarından arkadaşlık deneyimlerini ve halen bu ilişkilerin nasıl yürüdüğünü paylaşmaları istenir.

EK-7. (devam) Psikoeğitim Oturumları

• Üyelere, çoğunlukla neden arkadaşsız oldukları sorulur.
• Üyelerden gelen cevaplar alınır.
• Daha sonra lider, arkadaşlık ilişkilerinin geliştirilmesi ve bunun için gerekenler üzerinde durur.
• Konu ile ilişkin sorular cevaplanır, katkılar desteklenir, eksiklikler tamamlanır, yanlış bilinenler düzeltilir.
• Konuyla ilgili grup üyeleriyle bir alıştırmaya yapılır.
• Üyelerden hoşlarına giden durumlar karşısında hissettikleri olumlu duyguları söylemeleri istenir (sevinmek, mutlu olmak vb.). Daha sonra her üyenin gruptaki diğer bir üyeyle eşleşmesi ve bugün için birbirlerinde fark ettikleri yeniliklere dikkat çekerek onları güzel sözlerle karşılıklı ifade etmeleri istenir. Örneğin, traş olmak, yeni bir ayakkabı gibi.
• Alıştırmanın sonunda üyelerin birbirlerine karşı duygularında ne gibi değişiklikler olduğu sorulur.
• Üyelerden gelen cevaplar alınır.
• Okul, iş, bireysel ve toplumsal gereksinimlerle ilgilenmenin öneminden bahsedilir.
• Toplumsal faaliyetlere katılmanın yararları maddeler halinde üyelerle paylaşılır.
• Üyelerden, tek başına ya da arkadaşlarıyla birlikte yaptıkları toplumsal faaliyetleri paylaşmaları istenir.
• Üyelerin paylaşımları değerlendirilir.
4. Oturumun özetlenmesi
• Grup lideri, gruba oturumu özetlemek için gönüllü bir üye olup olmadığını sorar. Eğer varsa bu üyeden oturumu özetlemesini ister.
• Eğer özetleme için gönüllü bir üye olmazsa lider oturumu özetlemesi için üyelerden birini kendisi seçer.
5. Ev ödevi verilmesi
• Üyelere, tek başlarına ya da arkadaşlarıyla yapacakları eğlenceli faaliyetleri yazacakları, bu faaliyetlerden ne gibi yararlar beklediklerini ve bunları yapmaya devam edip etmeyeceklerini yazacakları bir kart dağıtılır ve bir sonraki oturumda getirmeleri istenir.
• Ev ödevini tüm üyelerin anlaması sağlanır.
• Lider, bir sonraki oturum gündemi ile ilgili grup üyelerini bilgilendirir.
8. OTURUM- PSİKOEĞİTİM PROGRAMININ DEĞERLENDİRİLMESİ
• Verilen ev ödevi kontrol edilir.
• Birkaç üyeden verilen ev ödeviyle ilgili yaptıklarını gruba paylaşmaları istenir.
• Bu oturumun son oturum olduğu üyelere hatırlatılır.
• Üyeler, uzun bir eğitim programını tamamladıkları için tebrik edilir.
• Psikoeğitim programı içeriğindeki sekiz oturumun ana başlıkları ve işlenen konulardan kısaca bahsedilir.
• Grup üyelerinin her birine işlenen konularla ilgili bazı sorular sorulur.
• Üyelerden gelen cevaplar değerlendirilir ve olumlu geribildirim verilir.
• Üyelere, psikoeğitim programı boyunca grup eğitiminden ne gibi faydalar sağladıkları, kendilerine neler kazandırdığı sorulur.
• Gönüllü üyeden başlayarak gelen cevaplar alınır.
• Üyelere, bundan sonraki hedeflerinin neler olduğu sorulur.
• Karşılıklı paylaşımlardan sonra üyeler, grubu sabır ve özveriyle sonuna kadar yürüttükleri için tekrar tebrik edilir ve alkışlanır.

EK-8. Kurum İzni



T.C.
KARABÜK VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 98024045-604.01.02
Konu : Uygulama İzni Hk.(Merve
KIZILIRMAK)

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI KARABÜK ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

İlgi : 29/08/2018 tarihli ve 14574941.302.99-E.33083 sayılı yazı.

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Merve KIZILIRMAK' ın "*Şizofreni Hastalarına Uygulanan Sosyal Beceri Geliştirmeye Odaklı Grup Psikoeğitiminin İlaç Uyumu, Yaşam Kalitesi, Hayat Hali ve Sosyal İyi Oluşa Etkisi*" konulu tez çalışmasını Hastaneniz Psikiyatri Polikliniği ve Karabük Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde yapılabilmesi Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Ahmet SARI
İl Sağlık Müdürü

Ek:
1- Tez Çalışması (31 Sayfa)
2- Komisyon Toplantı Formu (1 Sayfa)

EK-9. Etik Kurul Onayı

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Şizofreni Hastalarına Uygulanan Sosyal Beceri Geliştirme Odaklı Grup Psikoeğitiminin İlaç Uyumu, Yaşam Kalitesi, İyilik Hali ve Sosyal İyi Oluşa Etkisi”			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Satı DEMİR			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gazi Üniversitesi			
	DESTEKLEYİCİ				
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

EK-9. (devam) Etik Kurul Onayı

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
Karar Bilgileri	Karar No: 7/16	Tarih: 04.07.2018		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna “ oybirliği ” ile karar verilmiştir.			

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKAN / ADI / SOYADI	Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL	Anatomi	Karabük Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Didem ADAHAN	Aile Hekimi	Karabük Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Seyit Ali KAYIŞ	Tıp Bilişimi ve Biyoistatistik	Karabük Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet KARA	Tıbbi Biyokimya	Karabük Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Yusuf ERSAN	Histoloji ve Embriyoloji	Karabük Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Gülhan ÜNAL KOCAMAN	Periodontoloji	Karabük Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Nazan KARAHAN	Ebelik	Karabük Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Avukat Hüseyin ŞAHİN	Avukat	Karabük Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

* :Toplantıda Bulunmadı

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : KIZILIRMAK TATU, Merve
 Uyruğu : T.C.
 Doğum tarihi ve yeri : 03.04.1987/Diyarbakır
 Medeni hali : Evli
 Telefon : 05373611971
 e-mail : mervekzlrnak@gmail.com



Eğitim Derecesi	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Doktora	Gazi Üniversitesi/ Hemşirelik Ana Bilim Dalı	Devam ediyor
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi/ Hemşirelik Anabilim Dalı	2014
Lisans	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu	2004

İş Deneyimi, Yıl	Yer	Görev
2019-devam ediyor	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	Öğretim Görevlisi
2017-2019	Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	Araştırma Görevlisi
2011-2017	Eskişehir Devlet Hastanesi	Klinik Hemşiresi

Yabancı Dil

İngilizce

Yayınlar

Ulusal hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

Kızıllırmak, M. ve Demir, S. (2018). Motivasyonel görüşme ve hemşirelikte kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(4), 103-109.

Kızıllırmak, M. ve Demir, S. (2016). Hastanede çalışan hemşirelerin depresyon ve yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi. *TAF Prev Med Bull*, 15(2), 132-140.

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

Kızıllırmak, M. ve Demir, S. (2017-16-18 March). *Interpersonal Relationships and Social Rhythm Therapy*. International Conference on Nursing, Grand Park Lara Convention Center, Antalya.

- Kızılırmak, M. ve Fıncık, S. (2017-31 Haziran-1 Temmuz). *Motivasyonel Görüşme*. 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, Adnan Menderes Üniversitesi Atatürk Kongre Merkezi, Aydın.
- Fıncık, S. ve Kızılırmak, M. (2017-31 Haziran-1 Temmuz). *Anımsama Terapisi*. 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, Adnan Menderes Üniversitesi Atatürk Kongre Merkezi, Aydın.
- Kızılırmak, M. ve Demir, S. (2017-31 Haziran-1 Temmuz). *Geçerlileştirme Terapisi*. 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, Adnan Menderes Üniversitesi Atatürk Kongre Merkezi, Aydın.
- Kızılırmak, M. ve Fıncık, S. (2017-5-8 Kasım). *Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Beceri Düzeylerinin İncelenmesi*. 5. Uluslararası 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Ankara.
- Kızılırmak, M. ve Fıncık, S. (2017-5-8 Kasım). *Göç ve Ruh Sağlığı Hemşireliği*. 5. Uluslararası 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Ankara.
- Kızılırmak, M. ve Fıncık, S. (2017-5-8 Kasım). *Kadına Yönelik Şiddet ve Psikiyatri Hemşireliği*. 5. Uluslararası 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Ankara.
- Fıncık, S. ve Kızılırmak, M. (2017-5-8 Kasım). *Sanat Terapisi*. 5. Uluslararası 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Ankara.
- Fıncık, S. ve Kızılırmak, M. (2017-5-8 Kasım). *Bilişsel Davranışçı Terapiler*. 5. Uluslararası 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Ankara.
- Fıncık, S. ve Kızılırmak, M. (2017-5-8 Kasım). *Lisans Düzeyindeki Öğrencilerin Yaratıcı Drama Dersine Yönelik Tutumları*. 5. Uluslararası 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Ankara.
- Özyürek, A., Fıncık, S., Kızılırmak, M., Çetin, A. (2017-10-11 Kasım). *Üniversite Son Sınıf Öğrencilerinin Strese Yatkınlık ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi*. III. International Symposium on Multidisciplinary Studies (ISMS), Crowne Plaza, Ankara.
- Çetin, A., Özyürek, A., Kızılırmak, M., Fıncık, S. (2017-10-11 Kasım). *Üstün Yetenekli ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Sahip Çocukların Özelliklerinin Karşılaştırılması*. III. International Symposium on Multidisciplinary Studies (ISMS), Crowne Plaza, Ankara.

Uluslararası kitap bölümleri

- Townsend, M.C. (2016). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları*. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Girişimleri (Bölüm 6) (çev. Çiğdem Yüksel, Merve Kızılırmak). Editörler: Celale Tangül Özcan, Nermin Gürhan. Ankara: Akademisyen Kitabevi, 18-129.
- Kızılırmak, M. (2016). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği-Psikiyatri ve Psikiyatri Hemşireliğinin Tarihçesi* (Bölüm 2). Editör: Nermin Gürhan. Ankara: Nobel Kitabevi, 15-41.

Kızılırmak, M. (2016). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği-Etik ve Hemşirelikte Kullanımı* (Bölüm 33). Editör: Nermin Gürhan. Ankara: Nobel Kitabevi, 925-961.

Gürhan, N., Fırıncık, S., Başkaya, E. ve Kızılırmak, M. (2016). *Nöroplastisitenin Psikiyatri Hastalıklarındaki Yeri ve Tedavideki Önemi*. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği (Ed: Nermin Gürhan). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Başkaya, E., Kızılırmak, M., Solmaz, P. ve Kaya, Ç. (2017). *Psychiatric Nursing and Psychosocial Approaches. Researches on Science and Art in 21st Century Turkey* (Ed: Prof. Hasan Arapgirlioğlu, Prof. Albert L. Elliot, Assoc. Prof. Edward Turgeon, Assist Prof. Atilla Atik). Ankara: Gece Kitaplığı Yayınevi.

Kurslar

Psikiyatri Hemşireliğinde Psikoeğitim Uygulayıcı Eğitimi. IV. Uluslararası ve VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 1-3 Eylül 2016, Manisa.

Nitel Araştırma Yöntemleri Kursu.1. Ulusal Hemşirelikte Araştırma Kongresi, Ulucanlar Yarı Açık Cezaevi Kültür ve Kongre Merkezi, 18-19 Nisan 2017, Ankara.

Çözüm Odaklı Terapi Eğitimi. Bilgelik Enstitüsü, 23-24 Ağustos 2017, İstanbul.

Hobiler

Bisiklet sürmek, yemek yapmak, doğa yürüyüşü yapmak.



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..



Gazî elmi ve ayıcalıktır

