

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA KABUL VE KARARLILIK TERAPİSİ  
TEMELLİ VE MOTİVASYONEL GÖRÜŞME DESTEKLİ  
DANIŞMANLIĞININ İŞLEVSEL İYİLEŞME VE  
MOTİVASYON DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

**Erman YILDIZ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**Tez Danışman  
Prof. Dr. Rukye AYLAZ**

**Doktora Tezi-2019**

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

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA KABUL VE KARARLILIK TERAPİSİ  
TEMELLİ VE MOTİVASYONEL GÖRÜŞME DESTEKLİ  
DANIŞMANLIĞININ İŞLEVSEL İYİLEŞME VE MOTİVASYON  
DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

**Erman YILDIZ**

**Hemşirelik Anabilim Dalı  
Doktora Tezi**

**Tez Danışman  
Prof. Dr. Rukuye AYLAZ**


Bu Araştırma İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi  
Tarafından 1505 Proje numarası ile desteklenmiştir.

**MALATYA  
2019**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Erman YILDIZ**'ın "**Şizofreni Hastalarında Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli ve Motivasyonel Görüşme Destekli Danışmanlığının İşlevsel İyileşme ve Motivasyon Düzeylerine Etkisi**" konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 27/05/2019

  
Prof. Dr. Rukuye AYLAZ  
İnönü Üniversitesi  
Tez Danışmanı  
Jüri Başkanı

Prof. Dr. Hatice Birgül CUMURCU  
İnönü Üniversitesi  
Üye



Doç. Dr. Derya TANKİVEROĞLU  
Gaziantep Üniversitesi  
Üye



  
Doç. Dr. Nermin GÜRHAN  
Gazi Üniversitesi  
Üye

  
Dr. Öğr. Üyesi Funda KAVAK BUDAK  
İnönü Üniversitesi  
Üye

### ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ..../...../2019 tarih ve 2019/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ  
Enstitü Müdürü

## İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ .....	1
1.1. Araştırmanın Amacı .....	3
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. Şizofreninin Tanımı, Belirtileri, Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi.....	4
2.2. Şizofrenide Sınıflandırma .....	6
2.3. Şizofrenide Tedavi.....	7
2.4. Şizofrenide İşlevsel İyileşme .....	8
2.5. Şizofreni ve Motivasyon.....	10
2.6. Motivasyonel Görüşme (MG).....	11
2.7. Şizofrenide Motivasyonel Görüşme .....	12
2.8. Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT) .....	13
2.9. Şizofrenide Kabul ve Kararlılık Terapisi.....	18
2.10. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme ve Motivasyonu Arttırmada Psikiyatri Hemşiresinin Rolü .....	20
3. MATERYAL VE METOT .....	23
3.1. Araştırmanın Türü.....	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	23
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	24
3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri .....	25
3.5. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri .....	25
3.6. Veri Toplama Araçları .....	25
3.6.1. Hasta Tanıtım Formu .....	25
3.6.2. Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ).....	25
3.6.3. Şizofreni Hastalarının Tedavileri İle İlgili Motivasyonlarını Belirleme Formu (ŞHTİMBF) 26	
3.7. Verilerin Toplanması .....	28
3.8. Psikiyatri Hemşireliği Girişimi .....	28

3.8.1. Deney Grubuna Uygulanan Psikiyatri Hemşireliği Girişimi .....	29
3.8.2. Kontrol Grubuna Uygulanan Psikiyatri Hemşireliği Girişimi .....	32
3.9. Araştırmanın Değişkenleri.....	38
3.10. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi .....	40
3.11. Araştırmanın Etik İlkeleri .....	41
3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği .....	41
4. BULGULAR.....	42
4.1. Nicel Veriler ile İlgili Bulgular.....	42
4.2. Nitel Veriler ile İlgili Bulgular .....	50
5. TARTIŞMA .....	57
5.1. İşlevsel İyileşme Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	57
5.2. Motivasyon Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	66
KAYNAKLAR .....	68
EKLER.....	85
EK-1: Özgeçmiş	85
EK-2: Tanıtıcı Bilgi Formu.....	86
EK-3: Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ).....	87
EK-4: Şizofreni Hastalarının Tedavileri ile İlgili Motivasyonlarını Belirleme Formu (ŞHTİMBF)	88
EK-5: Tez Çalışması Sırasında Uzman Görüşü Alınan Kişiler.....	89
EK-6: Kabul ve Kararlılık Terapisi Kursu Katılım Belgesi .....	90
EK-7: Motivasyonel Görüşme Tekniği Eğitimi Katılım Belgesi .....	91
EK-8: Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu (Deney Grubu).....	93
EK-9: İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurul Onayı .....	96
EK-10: Malatya İli Kurum İzni .....	97
EK-11: Elazığ İli Kurum İzni .....	98
EK-12: Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği Kullanım İzni .....	99

## **TEŞEKKÜRLER**

Doktora eğitimim boyunca tezimin tüm aşamalarında desteğini ve emeğini esirgemeyen, deneyimlerini paylaşan sayın hocam, danışmanım Prof. Dr. Rukuye AYLAZ'a çalışmam süresince her türlü yardım ve desteğini gösteren, değerli komite üyelerim Sayın Prof. Dr. Hatice Birgül CUMURCU'ya, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Funda KAVAK BUDAK'a,

Tez çalışmama katılan tüm hastalarım ve uygulamama olanak sağlayan, desteklerini esirgemeyen Göztepe Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Yeşilyurt Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Elazığ Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ndeki sorumlu tüm ekibe....

Bu doktora tezini destekleyen İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimine...

Bu yaşıma kadar hep yanımda olan, sevgi ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen biricik annem Esme YILDIZ, babam Emir Ali YILDIZ ve kardeşim Erhan YILDIZ'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**Erman YILDIZ**

## ÖZET

### **Şizofreni Hastalarında Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli ve Motivasyonel Görüşme Destekli Danışmanlığının İşlevsel İyileşme ve Motivasyon Düzeylerine Etkisi**

**Amaç:** Bu araştırma, şizofreni tanılı bireylerde KKT temelli ve MG destekli danışmanlığının işlevsel iyileşme ve motivasyon düzeylerine etkisini tespit etmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

**Materyal Metot:** Araştırma ön test- son test kontrol gruplu yarı deneme modeli ile nitel yöntemlerin de yer aldığı karma modelde bir araştırma olarak yürütüldü. Araştırmanın başlangıcında güç analizi yapıldı ve araştırma 36 deney, 51 kontrol olmak üzere toplamda 87 hasta ile yürütüldü. Veriler Eylül 2018- Mayıs 2019 tarihleri arasında toplanmış ve verilerin elde edilmesinde Hasta Tanıtım Formu, ŞİLÖ ve ŞHTİMBF kullanıldı. Deney grubundaki hastalara araştırmacı tarafından Malatya'daki TRSM'lerde 8 oturumluk grup danışmanlığı programı uygulandı. Kontrol grubundaki hastalara herhangi bir girişim uygulanmadı. Nicel verilerin analizinde sayı, yüzdelik, ortalama, standart sapma, ki-kare, bağımlı gruplarda t testi, bağımsız gruplarda t testi kullanılırken, nitel verilerin analizinde içerik analizi kullanıldı.

**Bulgular:** Deney grubu hastalarında son test ŞİLÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının kontrol grubuna göre artış gösterdiği ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ( $p<0.05$ ). Deney grubu hastaların ön test ve son test ŞİLÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ( $p<0.05$ ). Yapılan içerik analizi sonucunda hastaların ilaç tedavisine uyumlarını motive eden üç ana tema ve 10 kategori geliştirildi. Deney grubundaki hastalar kontrol grubuna kıyasla, günlük yaşam aktivitelerine ve sosyal ilişkilere katılabilmek, hastalığı kabul, yan etkilere rağmen yaşamdan memnuniyet ve değer odaklı yaşam sürmek gibi alanlarda bilinçli tedavi motivasyonunu elde ettiklerini ifade ettiler.

**Sonuç:** KKT temelli ve MG destekli danışmanlık, şizofreni hastalarının işlevsel iyileşme ve motivasyon düzeylerini artırmada etkili olmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Grup danışmanlığı, hemşirelik, işlevsel iyileşme, kabul ve kararlılık terapisi, motivasyonel görüşme, şizofreni.

## ABSTRACT

### **The Effects of Counseling for Acceptance and Commitment Therapy with Motivational Interviewing-Based on Functional Recovery and Motivation Levels for Schizophrenia Patients**

**Objective:** This research was conducted to determine the effect of ACT based and MI supported counseling on functional recovery and motivation levels in individuals with schizophrenia.

**Material Methods:** This research was conducted as a research in a mixed model including pre-test and post-test, semi-test model and qualitative methods. Power analysis was performed at the beginning of the study and the study was carried out with 87 patients (36 experiments, 51 controls) selected. Data were collected between September 2018 and in May 2019 and Patient Information Form, FROGS, and MSP were used to obtain the data. The experimental group consisted of 8 counseling sessions in Community Mental Health Centers in Malatya. No intervention was performed in the control group. In the analysis of quantitative data, number, percentage, mean, standard deviation, chi-square, t-test in dependent groups, t-test in independent groups were used, content analysis was used in the analysis of qualitative data.

**Results:** In the experimental group, the posttest FROGS sub-dimension and total score averages increased compared to the control group and the difference between the mean scores was statistically significant ( $p < 0.05$ ). In the experimental group pretest and posttest subscale and total means scores of FROGS was found to be statistically significant ( $p < 0.05$ ). As a result of the content analysis, three main themes and 10 categories were developed that motivated patients' adherence to drug therapy. The patients in the experimental group stated that they were able to participate in daily life activities and social relationships, to accept the disease and to live life satisfaction and value-oriented life despite side effects.

**Conclusion:** ACT-based and MI-based counseling was effective in improving the functional recovery and motivation levels of schizophrenia patients.

**Keywords:** Group counseling, nursing, functional recovery, acceptance and commitment therapy (ACT), motivational interview, schizophrenia.



## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ACT</b>	: Acceptance and Commitment Therapy
<b>DSM</b>	: Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders
<b>BDT</b>	: Bilişsel Davranışçı Terapi
<b>EKT</b>	: Elektro Konvülsif Tedavi
<b>FROGS</b>	: The Functional Remission of General Schizophrenia Scale
<b>KKT</b>	: Kabul ve Kararlılık Terapisi
<b>MG</b>	: Motivasyonel Görüşme
<b>MI</b>	: Motivational Interviewing
<b>MSP</b>	: Motivations of Schizophrenia Patients
<b>PSE</b>	: Psikososyal Beceri Eğitimi
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for Social Science
<b>ŞİLÖ</b>	: Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği
<b>ŞHTİMBF</b>	: Şizofreni Hastalarının Tedavileri ile İlgili Motivasyonlarını Belirleme Formu
<b>TRSM</b>	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

## ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Şekil 2.1.</b> KKT Psikopatoloji Modeli: Psikolojik Katılık (6 Temel Patolojik Süreç).....	14
<b>Şekil 2.2.</b> Psikolojik Esneklik Modeli.....	18
<b>Şekil 3.1.</b> Araştırma Uygulama Planı.....	27
<b>Şekil 3.2.</b> Deney Grubuna MG destekli KKT Temelli Grup Danışmanlığı Programı Uygulama Planı .....	33
<b>Şekil 4.1.</b> Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Ön Test ve Son Test ŞİLÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılım Grafikleri .....	49

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 2.1.</b> DSM-5'e Göre Şizofreni Tanı Ölçütleri .....	7
<b>Tablo 3.1.</b> Grup Danışmanlığının İçeriği .....	34
<b>Tablo 3.2.</b> Deney ve Kontrol Gruplarının Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması .....	38
<b>Tablo 3.3.</b> Araştırma Verilerinin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler .....	41
<b>Tablo 4.1.</b> Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	42
<b>Tablo 4.2.</b> Kontrol Grubunda Yer Alan Bireylerin ŞİLÖ Toplam ve Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	44
<b>Tablo 4.3.</b> Deney Grubunda Yer Alan Bireylerin ŞİLÖ Toplam ve Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	45
<b>Tablo 4.4.</b> Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Bireylerin ŞİLÖ Toplam ve Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	46
<b>Tablo 4.5.</b> Deney ve Kontrol Grubuna Ait Etki Büyüklükleri.....	48
<b>Tablo 4.6.</b> Bu Araştırmada Geliştirilen Kategoriler ve Ana Temalar .....	50

# 1. GİRİŞ

Şizofreni, temel sanrısız semptomlara ek olarak, çeşitli alanlarda (örneğin, mesleki işlevsellik; sosyal işlevsellik) bozukluk ile birlikte sosyal damgalanma ve yaşamsal işlev bozukluğu ile ilişkilidir (1). Şizofreni genel popülasyonun yaklaşık %1'inde bulunur (2). Şizofreni, tüm dünyada engelliliğe neden olan en önemli 10 neden arasında ve en fazla yeti yitimine sebep olan psikiyatrik bozukluktur (3). Dünya Sağlık Örgütü, şizofreninin doğrudan maliyetlerinin Batı ülkelerindeki gayri safi milli hasılanın %7 ile 12'si arasında olduğunu tahmin etmektedir (4). Şizofrenide antipsikotik ilaçların birçok olumlu etkisi olmasına rağmen, istenmeyen yan etkileri ile beraber kişisel ve toplumsal maliyetlerle oldukça pahalı bir süreci oluşturmaktadır (5). Ayrıca ilaç tedavisi kesilir ya da düzensiz kullanılırsa hastalığın nüks etme olasılığı daha yüksek seviyelere ulaşabilir (6-8). İlk atak psikoza bulunan bireylerin iyileştikten sonra 5 yıl içinde %82'sinde hastalık nüks etmektedir. Bununla birlikte, antipsikotik tedavinin çok uzun süreli etkileri hakkında net bir bilgi bulunmamaktadır (3, 8, 9). Hem hastaları engelleyen hem de tedaviye uyumu tehdit eden yan etkilerden dolayı mevcut tedavi seçenekleri yetersiz kalmaktadır. İlgili alanda yapılan çalışmaların sonuçlarına göre, şizofrenide kullanılan ilaçların olumsuz ve kognitif semptomlar üzerinde klinik olarak anlamlı iyileşmeler sağlamadığını ve hastaların 1/3'ünün tedaviye yanıt vermediği bildirilmektedir (8, 10). Ayrıca yüksek relaps oranı ile birlikte tedaviye daha dirençli semptomlar, kognitif defisitler ve işlevsel sorunlar gibi dinamikler hastalığın kötü sonuçları ile ilişkilidir (11, 12). Bütün bu belirsizlikler, sorunlar ve hastalığın değişken doğası yeni terapötik yaklaşımları ve kombinasyonları ortaya koymanın gerekliliğini göstermektedir. Bu nedenle şizofreni sağaltımında farmakolojik ve psikososyal yaklaşımların kombine bir şekilde kullanılması önerilmektedir. Şizofreni tanılı bireylerde psikososyal yaklaşımlardan biri olan grup danışmanlığı genel olarak birey ya da grup halinde yapılandırılabilir. Çeşitli terapi ekollerine temellendirilmiş grup danışmanlığı bireylerin hastanede kalış sürelerini kısaltmasının yanı sıra, relapsı azaltabilir, içgörülerini ve işlevselliklerini arttırabilir ve tedaviye olan motivasyonlarını teşvik edebilir (13, 14).

Son yıllarda Bilişsel Davranışçı Terapilerin (BDT) üçüncü kuşak terapilerinden olan Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT) psikotik özellikli hastalıkların sağaltımında erken dönem çalışmaları ümit verici sonuçlar sağlamıştır (15-17). Son meta-analizler

KKT'nin en az BDT'nin daha geleneksel formları kadar etkili olduğunu ve semptomlar üzerinde akut ve uzun vadeli etkiler açısından istendik sonuçlara ulaştırdığı belirtilmektedir (18, 19). KKT halen Amerikan Psikoloji Birliği tarafından psikoz da dahil olmak üzere bir dizi psikiyatrik koşulda ampirik olarak desteklenen bir psikoterapi olarak listelenmektedir (20, 21). Shawyer ve ark.'nın psikozda KKT'nin etkinliğini test ettikleri randomize kontrollü çalışmalarında KKT'nin dirençli psikozda dahi olumlu sonuçlar verdiğini bulmuşlardır (22). Aralarında KKT'nin de bulunduğu üçüncü kuşak terapilerin psikoz grubu hastaların tedavisindeki etkilerini inceleyen yakın zamanlı meta-analizin sonuçlarına göre mevcut terapilerin hastaların işlevsellikleri üzerinde anlamlı iyileşmeler gösterdiği bildirilmektedir (23).

Şizofreni, sıklıkla motivasyon düzeyinde önemli ve kalıcı azalmalara neden olur, bu da bireylerin psikososyal rehabilitasyona dahil olma girişimlerini engeller ve bu tür tedavilerin etkinliğini doğrudan etkiler (24-26). Şizofreni tanılı bireylerde, bilişsel rehabilitasyonu arttırmaya yönelik motivasyonel görüşmenin (MG) etkinliğini değerlendiren bir çalışmanın bulgularına göre, şizofreni spektrum bozukluğu ve bilişsel bozukluğu olan bireylere yönelik MG'nin, hem işe özgü motivasyonu hem de bilişsel eğitime bağlılığı arttırmak için etkin bir şekilde kullanılabileceğini göstermiştir (26). Şizofreni tanılı bireylerde MG'nin ilaç tedavisine uyumuna etkisini inceleyen yakın zamanlı bir derleme çalışmasının sonuçlarına göre, MG şizofreni hastalarında ilaç uyumunu arttırmada etkili bulunmuştur (27). MG'nin, değişimle ilgili kararsızlıklar üzerine odaklandığı göz önüne alındığında, kararlaştırılan BDT yaklaşımları da dahil olmak üzere, mevcut etkili tedavilerin güçlendirilmesi için umut vaat edebilir (28). Ayrıca MG, özellikle mevcut tedavileri değiştirmek yerine, tedavilerin etkisini ve gücünü arttırmak için yararlı olabilir (29).

KKT bazı kavram ve fikirleri MG ile paylaşıyor gibi görünüyor. Örneğin her iki terapi yaklaşımı, birey ile terapist arasındaki eşitlikçi bir ilişkiyi vurgulamakta, bireyin değişim sürecine katkıda bulunma deneyimini ön plana çıkarmakta, müdahaleleri bireye uyarlamakta ve her ikisi de bireyle açıkça karşılaşmaktan kaçınmamaktadır (30). Bu nedenle MG destekli KKT'nin BDT'nin daha geleneksel formları gibi diğer müdahale yaklaşımlarından daha büyük bir potansiyele sahip olduğu iddia edilebilir. Ayrıca her iki terapi yaklaşımı da terapötik iletişime, her bireyin değerli olduğuna, değişim potansiyelinin bulunduğu ve bireyin her davranışının bir anlamı olduğuna atıfta bulunması sebebiyle psikiyatri hemşireliğinin felsefesiyle örtüşmektedir (26, 31-33).

Böylece her iki terapi, şizofreni tanılı bireylerin tedavisinde önemli engellerden olan işlevsel iyileşme ve motivasyon eksikliğinin giderilmesinde psikiyatri hemşireleri tarafından uygulanabilir. Öte yandan ulusal ve uluslararası alanda yapılan incelemeler neticesinde KKT ve MG'nin birlikte kullanıldığı herhangi bir çalışma tespit edilememiştir. Bu yönüyle her iki terapi yaklaşımının birlikte kullanılarak test edilmesi bu hasta grubu için önemlidir. Psikiyatri hemşirelerinin her iki terapi ekolünü entegre etmek suretiyle, grup terapileri yürüterek hastaların psikososyal tedavisinde faydalı sonuçlar elde edeceği varsayılmaktadır. Bu sebeple söz konusu kombinasyonun tanımlanması ve test edilmesi ile hastalara ve bu alanla ilgili literatüre katkıları olacağı düşünülmektedir.

### **1.1. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma, şizofreni tanılı bireylerde kabul ve kararlılık terapisi temelli ve motivasyonel görüşme destekli danışmanlığın işlevsel iyileşme ve motivasyon düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### **Hipotezler**

**H<sub>1</sub>:** Şizofreni tanılı bireylere uygulanan kabul ve kararlılık terapisi temelli ve motivasyonel görüşme destekli danışmanlık, hastaların işlevsel iyileşme düzeylerini arttırır.

**H<sub>2</sub>:** Şizofreni tanılı bireylere uygulanan kabul ve kararlılık terapisi temelli ve motivasyonel görüşme destekli danışmanlık, hastaların motivasyon düzeylerini arttırır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Şizofreninin Tanımı, Belirtileri, Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi

#### Tanım

Şizofreni kavramı Yunanca yarma anlamındaki “skhizein” ve düşünce anlamındaki “phrin” sözcüklerinin birleşmesiyle, ilk kez İsviçreli psikiyatrist olan Eugene Bleuler tarafından ortaya atılmıştır (34). Şizofreni yaşamın erken dönemlerinden başlayarak tüm yaşam boyu süren aynı zamanda insanın düşünce, duygu ve davranışlarını büyük oranda etkileyen, bireyin kişiler arası ilişkilerden ve realitelerden uzaklaşarak kendine özgü bir dünyada yaşadığı, kendisinin ve çevresindekilerin yaşantısında değişikliklere yol açan bir rahatsızlıktır. Şizofreni, gelişimsel merkezinde, eksik uyarıcı (eksitator) bağlantıdan kaynaklanan baskılama dengesizliğinin bir bozukluğudur (35, 36).

#### Belirtiler

Şizofreninin belirtileri, özellikle belirgin kognitif ve negatif belirtiler, kortikal gri cevherde ve beyaz cevherde azalmalar ve görevle ilişkili prefrontal kortikal aktivasyonda azalma ile ilişkilidir (ancak evrensel değildir) (37, 38). Belirtiler kişiden kişiye farklılık gösterse de şizofreninin ortak semptomları şunları içerir:

- ✓ *Halüsinasyonlar*: Normalde olmayan şeyleri görmek veya işitmek gibi.
- ✓ *Sanrılar*: Akıl dışı veya gerçek olmayan şeyleri inanmak. Örneğin; Hayal kırıklığı örnekleri, başkalarının bireyin zihnini okuyabileceğini düşünmesi, başkalarının bireyin zihnini kontrol etmeye çalışıklarına inanması veya başkalarının bireyi incitmeye çalışmasından kaynaklı sürekli endişe duyması gibi.
- ✓ İletişim kurmada problem ve/veya mantıklı olmayan şeyleri söyleme konusunda sorun yaşama.
- ✓ *Hareket problemleri*: Tekrarlanan hareketler veya hiç hareket etmeme.
- ✓ *Duyguları gösteren sorun*: Düz bir sesle konuşma ve yüz ifadelerini göstermeme, gülümseme veya kaşlarını çatma gibi.
- ✓ Başkalarıyla etkileşim kurmada sorun yaşama.
- ✓ Dikkat çekmek ve karar vermekte sorunlar.
- ✓ İntihar düşünceleri (39).

## **Epidemiyoloji**

Şizofreni bütün psikiyatri klinik yatak kapasitesinin yaklaşık %25'inin işgal edilmesine, tanı ve tedaviye ilişkin maliyetin yükselmesine, yaşam süresinin yaklaşık %20 kısılmasına yol açar. Ayrıca şizofreni vakalarının yaklaşık %10-15'inin intiharla sonuçlandığı ileri sürülmektedir. Şizofreninin yıllık insidans hızı 100.000'de 10 ile 54 arasında değişmektedir (34, 40). ABD'de 100 kişiden yaklaşık 1 kişinin şizofreni tanısı olduğu bildirilmiştir (39). Şizofreni Dünya Sağlık Örgütü'nün 1990 ve 2010 yıllarında yapmış olduğu Global Hastalık Yüku çalışmalarında yeti yitimi açısından ilk sıralarda yer almıştır (41).

Şizofreninin yaşam boyu görülme sıklığı genel nüfusta %1 ile 1.5 arasında değişmektedir (36, 42). Geçmişte kadın ve erkek arasında şizofreni sıklığı ve yaygınlığı bakımından önemli fark görülmediği belirtilirken, son zamanlarda erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir (43). Bununla birlikte hastalığın kadınlarda daha geç yaşlarda başladığı ve erkeklere kıyasla daha iyi bir prognoza sahip olduğu belirtilmektedir (44). Dünyada yaklaşık 40 milyon şizofreni hastası olduğu tahmin ediliyor, bu sayı Türkiye'de ise yaklaşık olarak 650 bin civarındadır (45, 46).

## **Etiyoloji**

Şizofreninin kompleks doğasından ötürü etiyojisi henüz netlik kazanmamakla beraber, hastalığın patogenezi, hem çevresel hem de genetik birçok risk faktöründen etkilenir. Çevresel faktörler arasında doğum tarihi, doğum yeri ve mevsimsel etkiler, bulaşıcı hastalıklar, hamilelik ve doğum sırasındaki komplikasyonlar, madde bağımlılığı ve stres sayılabilir. Şu anda, çevresel faktörlere ek olarak, şizofreni gelişiminde genetik faktörlerin rol oynadığı varsayılmaktadır. Görüşler şizofreni gelişimine etki eden risk faktörleri bakımından çeşitlilik göstermektedir (47). Etiyolojide rol oynayan faktörleri ise şöyle sıralamak mümkündür;

- ✓ Genetik faktörler
- ✓ Viral ve immün faktörler
- ✓ Endokrin faktörler
- ✓ Nörofizyolojik değişiklikler
- ✓ Nörokimyasal değişiklikler
- ✓ Beyindeki yapısal değişikliklerdir (34, 40).



Etiyolojiyi de genetik yatkınlığı saptamaya yönelik yapılan, aile, ikiz ve evlat edinme araştırmaları sonucunda genetik yatkınlığın şizofrenide önemli bir rol oynadığı saptanmıştır. şizofreni tanısı alan bireylerin birinci derece akrabalarında şizofreni gelişme olasılığı genel topluma kıyasla 10 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Bir ebeveyn durumdan muzdarip olursa, çocuğa geçme olasılığı %13'tür (47). Her iki ebeveynde de mevcutsa, risk %20'den fazladır. Kalıtımla ilgili olarak yapılan çalışma sonuçlarına göre şizofrenide birçok gene bağlı, çok etmenli bir geğişin var olduğu üzerinde durulmaktadır. şizofrenide geğiş kesin olarak bilinmiyor olsa da moleküler ve genetik çalışmalar, geğişin, büyük olasılıkla birçok etkili genin çevresel etkenlerle etkileşimini sonucu olduğuna işaret etmektedir (36, 48). şizofreni etiyojisinde obstetrik komplikasyonlar, esrar kullanımı, göğ, doğum mevsimi, sosyal sınıf ve doğum yeri gibi diğer belirlenmiş çevresel risk faktörlerinin rolüde araştırılmıştır (49). şizofreni tanısı alan erkek bireylerde (n=750) hastalık başlangıcında çevresel faktörlerin etkisini inceleyen kohort çalışmasının bulgularına göre, 18 yaşından önce perinatal komplikasyonların, nörotravmanın ve esrar kullanımının hastalık başlangıcında güçlü bir belirleyici olduğunu ortaya koymuştur (50).

## **2.2. şizofrenide Sınıflandırma**

Günümüzde şizofreni tanısı Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından hazırlanan DSM (Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders) tanı kriterleri dikkate alınarak konmaktadır. 2013 yılında yayınlanan DSM-5 tanı kriterleri ile birlikte şizofreni tanı ölçütleri de yeni halini almış oldu. DSM-5 göre şizofreni tanı ölçütleri Tablo 1.'de verilmektedir (51, 52).

**Tablo 2.1.** DSM-5'e Göre Şizofreni Tanı Ölçütleri

DSM-5'e göre şizofreni tanı ölçütleri
<b>A. Ayırtedici (karakteristik) belirtiler:</b>
1. Hezeyanlar (Sanrı, delüzyon).
2. Halüsinasyonlar (Varsanılar).
3. Darmadağın konuşma (örn. sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma).
4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı.
5. Silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımın azalması, yüzde ifade olmaması, ilginin kaybolması, konuşmada bozulma).
Bunlardan iki ya da daha fazlasının hastada bulunması koşulu aranmaktadır. Bu belirtiler en az bir ay sürmüş olmalıdır. Ancak, eğer belirtiler sağaltımla bir aydan önce düzelmişse en az bir ay koşulu geçerli olmayabilir. İki belirtiden biri ilk üç maddedeki belirtiler arasında olmalıdır.
<b>B.</b> Hastalık başladıktan sonra iş, insan ilişkileri, kendine bakım gibi işlev alanlarından en az birinde hastalık öncesine oranla gerileme olmalıdır.
<b>C.</b> Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık süre olmalıdır.
<b>D</b> ve <b>E</b> ölçütlerine göre şizoafektif ya da başka bir duygulanım bozukluğu bulunmamalıdır. Belirtiler bir ilaç/madde kullanmaya ya da fiziksel tıbbi bir duruma bağlı olmamalıdır.
<b>F.</b> Hastanın öyküsünde bir otizm spektrum bozukluğu varsa en az bir ay süre ile sanrıların ve varsanıların bulunması gerekir ( <b>51</b> ).

### 2.3. Şizofrenide Tedavi

Şizofrenin tedavisi günümüzde farmakolojik özellikteki bir takım preparatlar, psikososyal rehabilitasyon ve psikososyal terapilerin kullanıldığı çok boyutlu bir yaklaşım ile gerçekleştirilmektedir. Bu çok yönlü yaklaşımla şizofreninin orta ve iyi düzeyde düzelmeye gösterdiği ve hastaların bireysel ve toplumsal yaşamlarını sürdürmede daha az sorunla karşılaşmaları belirtilmektedir (36, 53).

Şizofrenide mümkün olan en iyi sonuca ulaşabilmek için biyolojik tedavilerle (antipsikotikler, antidepresanlar, antiepileptikler, Elektro Konvülsif Tedavi (EKT) ve

antikolinergik etkili ilaçlar) psikoterapilerin ve aile eğitiminin bir arada olması gerekmektedir (34, 40).

Şizofreni tedavisi ve rehabilitasyon aşamasında amaç; bireyin uygun, gerçekçi ve istendik amaçlar edindirmek, şizofreninin pozitif ve negatif semptomlarını iyileştirmek, relapsları önlemek ya da geciktirmek, aile veya toplum tarafından kabul edilmesi güç olan davranışları azaltmak, hastanın, aile üyelerinin ve bakım verenlerin baş etme becerilerini ve kapasitelerini güçlendirmek ya da ortadan kaldırmak, hastanın, bireysel fonksiyonlarından en üst düzeyde yararlanabilmesi için toplum desteğini ve buna yönelik servisleri sağlamaktır (54, 55).

#### **2.4. Şizofrenide İşlevsel İyileşme**

Şizofrenide semptomların azalması ve relaps oranının azaltılması, hayatın işleyişini geliştirmeye katkıda bulunur, ancak bu işlevsel iyileşmeyi sağlamak için yeterli değildir (56). Şizofreni tanılı bireyler, günlük yaşam becerilerine, sosyal ilişkilere, aileleriyle ve çevreleriyle iletişim kurmada ciddi sorunlara sahiptir ve hastaların iyileşme sırasında bile hastalık öncesi işlevsel seviyelere dönemediği bilinmektedir. Bu nedenle şizofrenide işlevsel iyileşme ve bireylerin topluma entegrasyonu önemli terapötik hedefler arasında yer almaktadır (57). Şizofreni tedavisinin amacı sadece psikotik belirtilerin yönetiminden ziyade “iyileşme” dir. İyileşme, mesleki, eğitimsel ve sosyal aktiviteleri ve anlamlı kişilerarası ilişkiler ve bağımsız yaşamı kapsayan geniş ölçekli klinik, psikolojik ve sosyal yönleri içeren çok boyutlu bir kavramdır. Klinik iyileşme (remisyon), semptomların (örn., sanrılar) azaltılması anlamına gelir. Psikolojik iyileşme psikiyatrik deneyimleri anlamak ve bunlarla başa çıkmak için yollar geliştirmeyi ve böylece yaşamda bir kontrol ve yapı hissini yeniden kazanmayı ifade eder (58). Şizofrenide işlevsel iyileşme; belirtilerin kontrol altına alınması ile birlikte kognitif performans ve sosyal işlevselliğin de yükseltilmesini ihtiva eder (59). Sosyal iyileşme, sosyal ve mesleki faaliyetlere katılımı, tatmin edici sosyal ilişkilerin oluşmasını ve iyi bir yaşam ortamına erişilmesini kapsar. İyileşmenin kesin tanımları farklılık göstermektedir, ancak çoğu “semptom stabilitesine veya psikiyatrik yatıştan özgürlüğe yönelik kriterler, artı belirlenmiş bir süre boyunca sosyal ve iş / okul işleyişinin normale dönmesi için kriterler” içerir (60). Şizofreni tanılı bireylerde işlevsel iyileşmeden bahsedilebilmesi için;

- ✓ Sağlık ve tedavi hakkında içgörünün kazanılması,
- ✓ Bireyin sosyal hayattan beklenen görevlerini sürdürebilmesi,
- ✓ İdari ve mali yönetimini sağlayabilmesi,

- ✓ Ev işi etkinliklerini sürdürebilmesi,
- ✓ Kişiler arası ilişkiler ve yaşam için gerekli olan sosyal ortamın sağlanması,
- ✓ Mesleki işlevsellik gibi alanlarda ideal işlevselliğe sahip olabilmek gibi bir çok parametreyi bünyesinde barındırması gerekir (59).

Elli çalışma ile yapılan bir meta-analizin sonuçlarına göre, şizofreni ve ilişkili psikoz hastalarının yalnızca %13,5'inin iyileşmeyi sağladığını, iyileşmenin “klinik ve sosyal alanlarda iyileşmeler” olarak tanımlandığını ve şizofreni olan 7 kişiden sadece 1'i iyileşme kriterlerini karşıladığı bulunmuştur. Son yıllarda tedavi seçeneklerinde büyük değişikliklere rağmen, iyileşmiş vakaların oranı ise artmamıştır (61). Warner, şizofrenide iyileşmeyi incelemek için 114 takip çalışmasını analiz ettiği çalışmasında, iyileşmeyi tam iyileşme (psikotik belirtilerin kaybolması ve hastalık öncesi hastalık seviyesine geri dönüş) ve sosyal iyileşme (ekonomik ve konut bağımsızlığı ve düşük sosyal bozulma) olarak kategorize etmiştir. Bu analize göre, hastaların %11-%33'ü tamamen iyileşmiş ve %22-53'ü sosyal olarak iyileşmiştir. Ayrıca, iyileşme oranlarının zamanla artmadığını bildirmiştir (62).

Şizofrenide nörobiliş ile işlevsel sonuçlar arasındaki bağlantı iyi bilinmektedir (63, 64). Daha yakın zamanlarda, sosyal biliş şizofreni hastalarında işlevsel sonuçların önemli bir itici gücü olarak kabul edilmiştir (58, 65, 66). Sosyal biliş, diğer insanların bilişsel ve davranış kalıplarını özümsemek için gerekli olan duygusal ve bilişsel süreçlerle ilgilidir (66). Sosyal biliş, “kendini ve başkaları arasındaki ilişkilerin temsilini inşa etme ve bu ifadeleri sosyal davranışları yönlendirmek için esnek bir şekilde kullanma yeteneği” olarak tanımlanmıştır (67). Örneğin, şizofreni hastalarında nörobiliş, sosyal biliş ve kişilerarası beceriler arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, şizofreni hastalarının yaşadığı sosyal işlevsellikteki bozuklukların, kişilerarası becerilerdeki eksikliklerle güçlü bir ilişkiye sahip olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, kişilerarası becerilerdeki bu açıklar, genel bilişsel yeteneklerdeki ve sosyal bilişlerdeki bozulmalarla ilişkili bulunmuştur (68).

Şizofreni hastalarının büyük bir örneklemini (n=921) içeren bir çalışmada, gerçek hayattaki işlevselliği etkileyen değişkenler özetlenerek, üç kategoride toplandı: (1) hastalıkla ilgili değişkenler (biliş, semptomlar ve fonksiyonel kapasiteler), (2) kişisel kaynaklarla bağlantılı değişkenler (hizmetlere karşı esneklik ve katılım) ve (3) kişinin yaşadığı bağlamla ilgili değişkenler (içselleştirilmiş damgalama ve sosyal destek). Araştırma, esneklik, damgalama ve ruhsal sağlık hizmetlerine katılımın, semptomatoloji, biliş ve gerçek dünya işleyişi arasındaki ilişkilere aracılık ettiğini gösterdi (56).

Özetle çalışma sonuçları şizofreni tanılı bireylerin işlevsel iyileşme düzeyleri arttıkça, sağlığın korunması başta olmak üzere tatmin edici ve üretken yaşamlara yol açabileceğini ve tedaviye uyumu arttırdığını göstermektedir (57, 59). Bu noktada sağlık hizmeti ekibinin önemli bir üyesi olan psikiyatri hemşirelerinin, şizofreni tanılı bireylerin işlevsel iyileşmelerini arttırmak için uygun girişimlerde bulunmaları büyük önem taşımaktadır (69). Bu bağlamda hemşirelerin, hastaların kendi değerlerini gerçekleştirmelerini, ulaşılabilir hedefler belirlemelerini ve olumlu düşüncelerini sağlamalarına yardımcı olmaları önemli bir rol oynayabilir (57).

## **2.5. Şizofreni ve Motivasyon**

Motivasyonun çeşitli tanımları önerilmiş olmasına rağmen, motivasyon genellikle hedefe yönelik davranışı başlatan, yönlendiren ve sürdüren bir içsel durum olarak tanımlanmaktadır. Motivasyon, bireyin bir eylemin ödüllendirici değerini belirsiz bir geleceğe taşımasını sağlar. Bu nedenle, motivasyon, hedefe yönelik aktivitenin öznel ve davranışsal yönlerini etkiler (70).

Şizofreni hastaları arasında motivasyon eksiklikleri uzun süredir gözlemlenmiş olup, Bluer şizofreni hastalarını ihmalkar ve tembel olmak üzere motivasyonu düşük bireyler olarak tanımlamıştır (71, 72) ve bu durum işlevselliğin ve yaşam kalitesinin azalmasının en güçlü belirleyicileri arasında incelenmiştir (73, 74). Bir etkinlik gerçekleştirmek için yetkinlik eksikliğinden, bir eylemin istenen sonuca yol açacağı beklentisinin olmayışından ve ilk etapta herhangi bir arzunun olmayışından kaynaklı motivasyon eksikliği meydana gelebilir (75). Şizofrenide zevk ve motivasyon eksikliği önde gelen negatif belirtilerdir ve bu durum hastaların sosyal ve mesleki davranışlarının zayıf olmasına neden olur. Son zamanlarda artan kanıtlar, anhedoni ve motivasyonun birbirine bağlı olduğunu, ancak farklı nöral ilişkilere sahip olduğunu göstermektedir. Bu belirtilerin her ikisinin de ödül ağının eksik işlevinden kaynaklanabileceğini belirtmek önemlidir. Şizofreninin nörogörüntüleme bulgularına yönelik bir başka analiz, nöral korelasyonların, ventral striatum, anterior singulat korteks ve orbitofrontal korteks dahil olmak üzere ödül ağında örtüştüğünü göstermektedir (76). Şizofreni hastalarında görülen bu eksiklikler, diğerlerinin zevkli bulabileceği, üretken mesleki çalışmalara katıldığı, hatta yardım ve tedavi arayışında olan hedefler doğrultusunda çalışmayı da içeren çeşitli sosyal yönleri etkileyebilir (77).

Öz Belirleme Teorisine göre, motivasyon içsel ve dışsal motivasyon gibi iki kategoriye ayrılabilir (75). Dışsal motivasyon, somut bir ödül için bir şey yapmaktır. Öte yandan içsel motivasyon, kendisi uğruna ya da doğal tatmininden dolayı bir şey yapmaktır. İçsel motivasyon ayrıca öz düzenleme modellerine göre yaklaşım ve kaçınma motivasyonları olarak sınıflandırılır. Yaklaşım motivasyonu olumlu bir sonuç elde etme veya kişisel ustalık elde etme arzudur ve kaçınma motivasyonunun olumsuz bir sonucu veya değerlendirmeyi önleme arzudur (77). Yaklaşım motivasyonu manipüle edildiğinde içsel motivasyon artar, ancak kaçınma motivasyonu manipüle edildiğinde azalır. Şizofreni hastalarında hem dışsal hem de içsel motivasyonlar motivasyona katkıda bulunur. Nitekim, dışsal motivasyonun içsel motivasyondan daha kolay erişilebilir olması nedeniyle, şizofrenide motivasyon üzerine yapılan çalışmaların çoğu, dışsal motivasyona odaklanmıştır. Ancak yakın zamanda yapılan bir gözden geçirme, şizofrenide tedavi başarısı için içsel motivasyon takviyesinin rolünü vurgulamıştır (76). Kişinin dışsal veya içsel motivasyona ne kadar bağımlı olduğu zamanla değişebilirse de, bu iki motivasyon türünün birlikte çalıştığı büyük olasılıkla görülmektedir (78). Örneğin, çeşitli ödüller için dışsal motivasyon, şizofreni hastalarında başarılı bilişsel düzelmeye için içsel motivasyon düzeyini geliştirmek için sıklıkla kullanılmaktadır (79).

## **2.6. Motivasyonel Görüşme (MG)**

Motivasyonel görüşme (MG), bireyin problemleri davranışları değiştirme motivasyonunu arttırmak için tasarlanmış kısa kanıta dayalı bir müdahaledir. Miller ve Rollnick MG'yi , kararsızlığı keşfedip çözerek değişime yönelik içsel motivasyonu geliştirmek için “birey odaklı, yönlendirici bir yöntem” olarak tanımlamaktadır. MG, çatışmalara odaklanmaktan ziyade direnişle başa çıkmaya çalışan ve arzu edilen davranışlar arasındaki çelişkileri geliştiren ve öz-yeterliliği destekleyen deneyimlere odaklanmaktadır (80). Başlangıçta madde kullanım davranışları olan bireyler için geliştirilmiş olmasına rağmen, MG, diyet, egzersiz ve tedaviye uyum gibi diğer sağlıkla ilgili davranışlara uygulanmıştır (81). MG tarafından kullanılan kuramsal yapılar, Davranışçı Kuram (Davranışçılık), Sosyal Bilişsel Kuram, Transteorik model ve Birey Merkezli Terapi gibi çağdaş insan değişim teorilerinin birleşiminden geliştirilmiştir (82, 83). MG, özellikle transteorik model olmak üzere bu davranışsal modellerden evrimleşen değişim aşamalarını benimseyen ve öz-yeterlik ve kişisel tutumlara odaklanan bir terapi tarzıdır (84). MG, bireyin davranışlarında başarılı bir değişiklik yapmak için motivasyonu değiştirmeye ve geliştirmeye hazır olup olmadığını değerlendirmek için transteorik

modeli kullanır. MG uygulanırken değişim aşamalarında hareket etmek, bir kişinin tutumları ve sonuç beklentileri aracılığıyla akıl yürütmesine izin verir, değişime yönelik iēsel kararsızlıklarını giderir ve kendi belirlediği hedeflerine ulaşmak iēin ēalıřmaya başlar (84). MG, kişiyi kendi kişisel deneyimlerini ve değerlerini keşfetmeye teşvik eder ve onların algı ve beklentilerinin onların hazır olmalarına ve değişime olan güvenlerine nasıl katkıda bulunduğunu fark etmesini sağlar (80). MG, hastaların ilaēlara karşı olan kararsızlıklarını ve ilaē alma davranışlarını değiştirmedeki direncini gidermede yardımcı olabildesinin yanında, diğer terapiler ile entegre kullanıldığında terapinin gücünü arttırabilir (85).

### **2.7. şizofrenide Motivasyonel Görüşme**

şizofreni tanılı bireyler nispeten belirsiz bir süreci yaşıyor olmalarının yanı sıra bireylerin tedaviye yönelik algıları, tedaviye yönelik davranışlarda büyük bir engel oluşturabilir. Bu hastalık grubunda, tedaviye uyumsuzluk sıklıēa karşılaşılan bir olgu olmakla birlikte, sıklıē tekrarlı yatışlar, daha agresif olaylar, daha fazla intihar, önemli duygusal ve sosyal yük ve daha yüksek ekonomik maliyetler ile ilişkilidir (86). Son yıllarda, tedaviye uyum oranlarını iyileştirmek iēin ēeřitli müdahaleler geliştirilmiştir (87). Bu müdahalelerden olan MG, birey odaklı ve direktif bir terapi yöntemi olup, bireylerin kararsızlıklarını keşfedip ēzerek, değişime yönelik iēsel motivasyonu geliştirmeyi amaē edinir (28). MG'nin davranış değişikliği ile ilgili diğer sağlık hizmeti alanlarındaki olumlu sonuēlarını takiben, psikotik bozuklukları olan bireylerde de tedaviye (ilaē-terapi) uyumu iyileştirmek iēin uyarlanmış ve MG'nin etkinliği araştırılmıştır (86, 87). Bu bağlamda, MG, bireyde motivasyonu arttırdığı ve onları daha fazla yardım almaya teşvik ettiği iēin diğer müdahale veya tedavi iēin uygun bir n tedavi olabilir (88). Literatürde şizofreni tanılı bireylerin ilaē tedavisine uyumları noktasında, MG ve diğer bilişsel yaklaşımlara dayanan müdahalelerin istendik sonuēlar ortaya koyduğunu bildirmektedir (86). MG diğer terapilerle kombine kullanıldığında, terapiye karşı direnci ēzme iēin destekleyici bir yaklaşım olarak da kullanılmaktadır. Ne var ki terapi sürecindeki karşılaşılan direnēler; değişim hakkındaki ambivalan duygular ya da terapinin gerektirdiği amaēlara karşı şüpheler sonucu ortaya ēıkar (89). Bir başka deyişe, bireyin direnē göstermesinin ve oturum aralarında verilen ev devi ve alıştırmalara uyum göstermemesinin düşük motivasyondan ya da tedavinin belirsizliğinden kaynaklı olabileceği belirtilmektedir (90). Tam da bu noktada MG, bireyin kombine terapiye olan motivasyonunu, isteğini ve karışıklığı ēzmesine yardımcı olur. Konu ile ilgili yapılan bir

araştırmaya göre, BDT'den önce MG uygulanan bireylerin direncinin önemli derecede kırıldığı tespit edilmiştir (89). Şizofreni tanılı bireylerde MG'nin bilişsel bağlantısını inceleyen randomize kontrollü çalışmanın sonuçlarına göre, MG hem işe özgü motivasyonu hem de bilişsel eğitime bağlılığı arttırmak için etkin olarak kullanılabilir bir terapi yöntemi olarak saptanmıştır. Ayrıca MG'nin diğer davranışsal müdahalelere ve programlara kolayca dahil edilebilir olması sebebiyle, hastalarda istedik sonuçlara ulaşılacağı bildirilmiştir (26). Bu bağlamda MG'nin, değişimle ilgili kararsızlıklar üzerine odaklandığı göz önüne alındığında, karşılaştırılan BDT yaklaşımları da dahil olmak üzere, mevcut etkili tedavilerin güçlendirilmesi için umut vaat edebilir (28). Ayrıca MG, özellikle mevcut tedavileri değiştirmek yerine, tedavilerin etkisini ve gücünü arttırmak için yararlı olabilir (29). Şizofreni tanılı bireylerde, MG terapi girişimlerinin tamamlayıcısı olabilir, çünkü odak noktası bireyi değişime hazırlamaktır. MG grup danışmanlığın özellikle ilk aşamalarında hastaların istedik yönde değişmeye dair motivasyonlarını arttırmaya odaklanabilir. Böylece özellikle değişim için isteksiz veya ambivalan düşünceleri olan kişilerin tedavi sürecine katılmaları kolaylaşacaktır (90, 91).

### **2.8. Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT)**

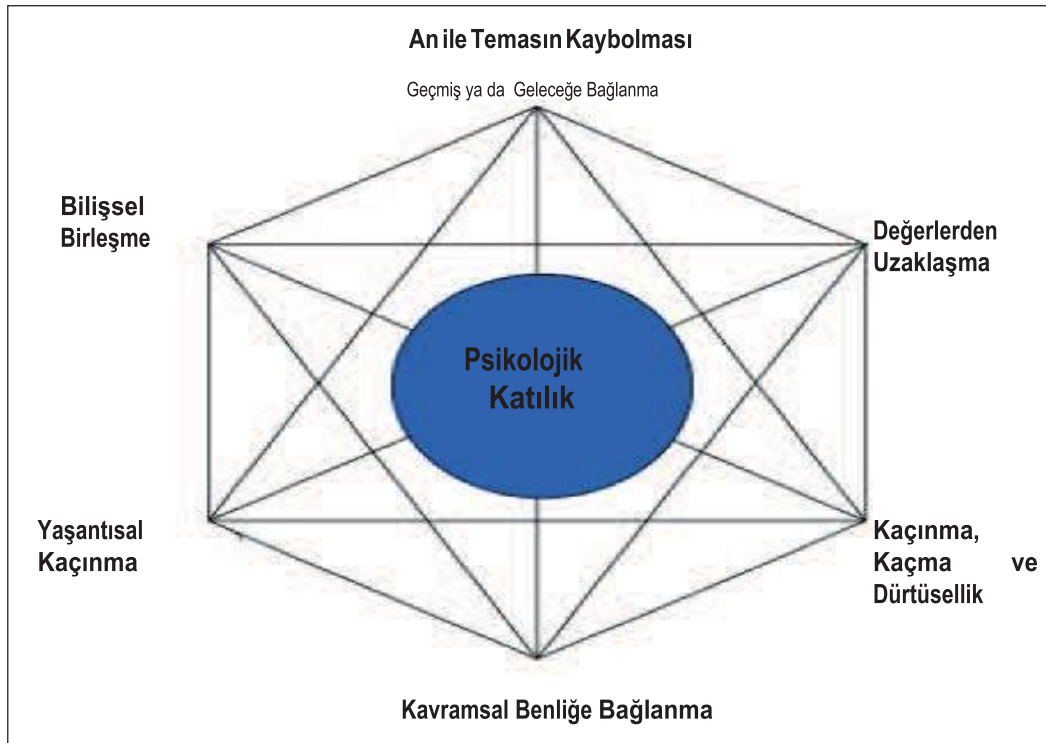
Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT), deneyimlenebilir olayların (yani semptomların) aktif olarak kabul edilmesini ve değerli bir yaşam sürdürmeyi geliştirmeyi hedefleyen, BDT temelli bir üçüncü dalga davranış terapisi. Bilişsel davranışçı terapilerde (BDT) üçüncü kuşakta içgörü, farkındalık ve kabul ile ilgili yaklaşımların etkili olduğu söylenebilir. Söz konusu yaklaşımlarla içsel yaşantılara ait farkındalık oluşturmak çekirdek temayı meydana getirmektedir (31, 92).

KKT'de amaç kabul ve kendinelik yaklaşımlarını kullanarak, bireylerin can sıkıcı düşünceler, hoş gitmeyen duygular, acı verici hatıralar ya da rahatsız edici deneyimler arasındaki ilişkinin değiştirilmesidir. Belirti (düşünceler, anılar, hisler, bedensel duyular vb.) azaltma ve belirtilerin içeriğini değiştirme asla KKT'nin amacı değildir (93). Nitekim KKT'nin asıl sorun olarak gördüğü şey de bu olayları değiştirmeye, bastırmaya, ortadan kaldırmaya ya da kontrol etmeye yönelik çabalardır. KKT yaklaşımına göre, bireyler ancak semptomların varlığını kabul ederek değerli yaşam üzerinde hareket ettikleri zaman ortadan kalkar. KKT'e göre bireyler duyguların üstesinden gelmek, acı verici hatıralardan kaçınmak veya olumsuz düşünceleri olumlu düşüncelerle değiştirmeye çalışmakla çok fazla meşgul oldukları takdirde, yaşamlarının öncelikli ihtiyaçlarını karşılayamaz hale gelirler. Bunun sonucunda da katı ve verimsiz



birer “*sorun çözücü*”ye dönüşürler. KKT bireylere söz konusu deneyimleri sadece gözlemlemeyi ve oldukları gibi kabul etmeyi önerir. Bu yeni bakış açısıyla bireylerin duyguları sadece birer duygu, hatıraları sadece birer hatıra, düşünceleri sadece birer düşünce olarak görmelerini sağlar. KKT’nin ikinci bir özelliği de bireylerin kişisel değerleriyle bağ kurmalarını ve bu değerlerle uyumlu, kararlı eylemlerde bulunmalarının sağlanmasına yaptığı vurgudur. Birey duyguların, düşüncelerin, travmatik anıların veya bunlarla ilişkili istenmeyen bedensel belirtilerin ortaya çıkışı kontrol edilemiyorsa, bireyin enerjisini kontrol edebildiği bir noktaya yönlendirmesi gerekir ve bu da o andaki davranışları ifade eder (93-95).

KKT psikopatolojinin oluşmasında, psikolojik katılık diye adlandırdığı modeli savunmaktadır. Bu model, an ile temasın kaybolması (geçmiş veya geleceğe bağlanma), değerlerden uzaklaşma, kaçınma- kaçma ve dürtüsellik, kavramsallaştırılmış benliğe bağlanma, yaşantısal kaçınma ve bilişsel birleşme gibi altı alt boyutla değerlendirilir (Şekil 1) (96). Bu alt boyutları tek tek inceleyecek olursak:



**Şekil 2.1.** KKT Psikopatoloji Modeli: Psikolojik Katılık (6 Temel Patolojik Süreç).

**1. Bilişsel birleşme (cognitive fusion):** Düşünceler gibi sözel içeriklerin davranışlar üzerindeki hakimiyetini içerir. Esasen bu durumun varlığı patolojik olarak görülmeyebilir fakat düşüncelerin davranış üzerindeki baskısı orantısız olduğunda birey an içinde bulunduğu uyarıların farkında olmaz ise patoloji oluşabilir. Bu durumda birey bulunduğu duruma uygun tepkiler veremeyebilir. Öte yandan KKT'nin savunduğu bilişsel ayrışmada (defusion) ise, bu kognitif süreçlerin davranış üzerindeki işlev bozan baskınlığının azaltılması için sözel olmayan, yargılama ve yorumlama içermeyen bir duruş takınılır. Ayrışma sayesinde bilişlerin içeriğine dokunulmadan bilişsel ilişkilendirmenin açığa çıkması sağlanır. Farkında ve kendinde bir duruş sergileyerek, düşünme eyleminin ve düşüncelerin varlığının farkedilmesine odaklanılır. Özetle ayrışmada düşüncelere kapılmak ya da onlar tarafından zarar görmek yerine, düşüncelerin adeta arabaları izler gibi gelip geçmelerine izin verilmesi beklenilir (96).

**2. Yaşantısal kaçınmada (experiential avoidance):** İçsel yaşantıların (düşünceler, duygular, duyular ya da hatıralar) biçim, frekans ya da durumsal duyarlılığını kontrol etme ya da değiştirmeye yönelik girişimler anlamına gelir, bu da davranışsal zarara neden olur. Bir KKT bakış açısından, yaşantısal kaçınma, olayları değerlendirmek, tahmin etmek ve önlemek için yeteneklerimizden doğal olarak ortaya çıkar. Öngörücü ve değerlendirici yetenekler, duyguları, düşünceleri, bedensel duyularını ve hatıraları pozitif ve negatif kategorilere ayırmaya ve daha sonra bu deneyimler temelinde bu deneyimleri aramaya veya bunlardan kaçınmaya olanak veren sözel kurallar üretmeye neden olur. Ancak, deneyimleri önlemek veya değiştirmek için yapılan doğrudan girişimler, belirli bağlamlarda talihsiz ve paradoksal etkilere sahip olabilir. Yaşantısal kaçınma, kısa vadede olmasa da, uzun vadede hem yararsızdır hem de kendi kendini büyütme eğilimindedir. Örneğin, sosyal davetleri azaltarak korkulu durumlardan kaçınan bir kişi şu anda rahatlamış olabilir ve yaşamının giderek daraldığını sadece kademeli olarak fark edebilir.

**3. Kavramsallaştırılmış benliğe bağlanma:** Bireylerin ne yaptığını, neyi sevdiğini, niçin sorun yaşadığını ve çözüm olarak neyin işe yaradığını, nasıl olduğunu ve başkalarından nasıl farklı olduğunu anlatan öyküleri vardır. Üstelik sadece birey kendi hakkında değil, başkaları hakkında da hikayeler inşa edebilir. Tıpkı kavramsallaştırılmış bir benlikle karıştığımız gibi, başkalarını da kavramsallaştırmakla ilgilenebiliriz. Aslında bu durum bir seviyeye kadar işlevsel olarak değerlendirilebilir. Ancak bireyin bu hikayelere bağlanma derecesi yüksek ise, ilişkisel bağlamın davranış üzerindeki etkisi

yüksek olacaktır ve bireyin uzun vadeli değerleri için harekete geçmesi önünde engellenmeler meydana gelebilir. Örneğin kişi arkadaşları tarafından bir spor etkinliğine çağırıldığında ‘benim agorafobim var’ hikayesinin etkisi altında teklifi geri çevirebilir bu tekrar eder seviyeye ulaştığında değerlere dayalı davranışlardan uzaklaşılabilir (97).

**4. Değerlerden uzaklaşma:** Değerler, devam eden davranış kalıplarına yansıyan seçilmiş ve yapıları niteliklerdir. Sonuçta, değerler seçilmiş ve anlamlı bir şekilde yaşamakla ilgilidir. Onlar hayatlarımıza rehberlik etmek için kullanabileceğimiz pusula başlıklarıdır. Bu noktada KKT'nin savunduğu, bireyin istediği gibi bir hayat sürmesi ve bu hayat tarzına yönelik ne tür davranışsal planlamaların yapılabileceği ancak değerlerin netleştirilmesi yoluyla elde edilebilir yönündedir. KKT'nin psikopatoloji oluşmasında savunduğu bilişsel birleşme, yaşantısal kaçınma, an ile temasın kaybolması ve kavramlaştırılmış benliğe bağlanma gibi boyutlar bireyin içsel yaşantılarına takılı kalması ve onlarla mücadele etmesine neden olurken aynı zamanda değerlerinden de uzaklaşmasına yol açar. Bu durum anlamlı bir hayattan uzaklaşmayla sonuçlanabilir. Bu nedenle kabul, ayrışma, anda olma ve bağlamsal benlik müdahalelerinin kendileri birer terapötik hedef değil; değerlere uygun, daha anlamlı bir davranış örüntüsünün sağlanması için uygun esnekliği kazandırmak için gerekli süreçlerdir (96, 97).

**5. Kaçınma, kaçma ve dürtüsellik:** İnsanlar yaşamlarını, bağlı oldukları değerlere odaklanmak yerine, kendilerini endişe ve depresyonun üstesinden gelmek ya da öz saygılarını savunmak gibi hedeflere ulaşma çabası içine girdiklerinde, hayatlarını “boş yere” tüketebilirler. Psikolojik katılık da denilen bu durumu yüksek düzeyde olan bireyler, negatif adlandırdıkları içsel yaşantılardan kurtulmak ya da yoğunluğunu azaltmak için kendine zarar verme, psikoaktif madde kullanma gibi belirli ortamlarda kaçma veya kaçınma davranışları sergileyebilirler. Böyle durumlarda insanlar baltayı keskinleştirerek metaforik olarak tüketilirler ve asla ağaçları kesmek ve yaşadıkları evi inşa etmek için kullanamazlar. Bu genellikle insanların arzulanan niteliklerinden ve yaptıklarından ayrılan eylem kalıplarının ortaya çıkmasına neden olur ve onları değerlerinden koparır. Bazen bu durum genel olarak zayıf bir yaşam biçimi ya da taahhütleri yerine getirme ve saklayamama şeklinde ortaya çıkar. Örneğin, insanlar iş, yakın ilişkiler, sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları, boş zaman aktiviteleri veya anlamlı manevi pratiklerle etkili bir şekilde meşgul olamazlar. Çoğunlukla, bu tarz bir örüntü kendini canlılık eksikliği ve insanların yaşamlarını kontrol ettikleri duygusu olarak sunar. KKT, olabildiğince geniş bir davranış repertuarı elde etmek için kaçınma, kaçma ve

dürtüsel davranış örüntüsünü zayıflatırken, değerlerin hayata geçirilmesi için değer odaklı davranışların pekiştirilmesini hedefler (96, 97).

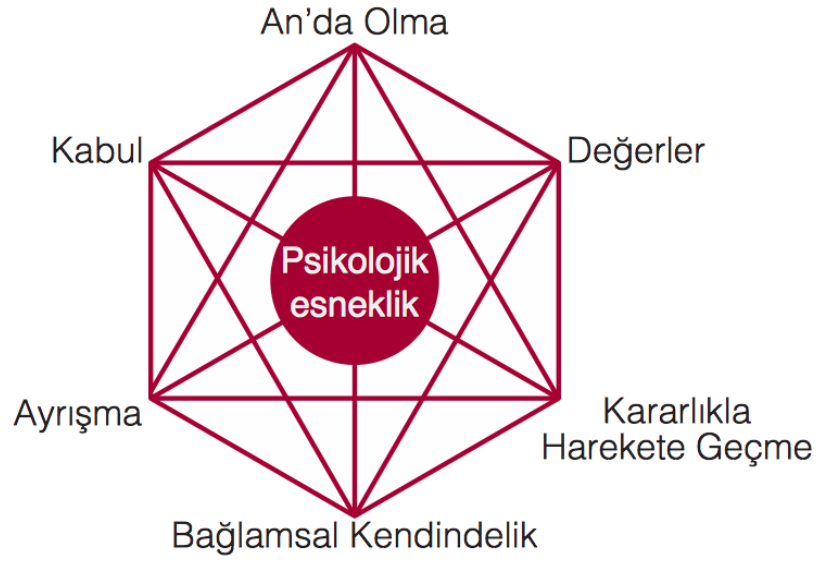
**6. An ile Temasin Kaybolması ( Geçmiş ya da Geleceğe Bağlanma):** KKT'nin savunduğu psikopatoloji modeline göre, bilişsel birleşme ve yaşantısal kaçınma gibi deneyimler bireyi içinde saptandığı durum ve andan kopararak ya geçmiş ya da geleceğe yönelik zihinsel uğraşlara yönlendirir. Bu zihinsel deneyimlerin de ruminasyon ve kaygı ile ilişkili olduğu birçok yönden doğrulanmaktadır. Buna yönelik KKT içinde bulunulan ana esnek ve gönüllü bir şekilde odaklanmayı amaç edinir. Böylece birey değer odaklı davranışları doğrultusunda ilerleme fırsatı elde etmiş olur. KKT'de anda olma kendinelik egzersizleri, metaforlar ve değerlerin açığa çıkarılması gibi çeşitli egzersiz repertuarları sayesinde gerçekleşir (94-96).

### **KKT'de Altı Çekirdek Süreç**

KKT, psikolojik esnekliği artırma genel hedefiyle, daha önce tanımlanmış olan çekirdek esneklik süreçlerinin her birini hedeflemektedir. Psikolojik esneklik, Şekil 2'de (98) gösterilen altı pozitif süreçle belirlenir. Bunlar;

1. Anda olma (Şimdi ve burada ol),
2. Değerler (Neyin önemli olduğunu bil),
3. Kararlılıkla harekete geçme (Gereğini yap),
4. Bağlamsal kendinelik (Saf farkındalık),
5. Ayrışma (Düşünceni izle) ve
6. Kabul (Açık ol).

Bu alanların her biri, terapide yerleştirilen, modellenen ve desteklenen pozitif bir psikolojik beceri olarak kavramsallaştırılır. KKT'deki tüm yetkinlikler, bu esneklik özelliklerini güçlendirmek için tasarlanmıştır ve bu nedenle bu model terapinin kendisinin bir modeli olarak düşünülebilir. Psikolojik esneklik görüldüğü üzere, şekil 1'de betimlenen psikopatoloji ve acı modeli ile paralellik gösteriyor. KKT psikopatolojiyi bu süreçler açısından ele alır. Çekirdek süreçler birbirleriyle çok önemli şekillerde ilişkilidir ve altı sürecin hiçbiri birbirinden ayrı değerlendirilmemelidir. Bu, esneklik süreçlerinin KKT'deki terapötik yetkinlikler ile çok yakından ilişkili olmasının bir nedenidir: model, müdahale düzeyinde, bu süreçlerin terapist ve birey arasındaki etkileşimlerde tezahür etmesi gerektiğini öne sürmektedir. Başka bir deyişle, KKT'deki esneklik süreçleri, etkili bir terapötik ilişki ve etkili müdahaleler için bir model içermektedir (31, 94-96).



**Şekil 2.2.** Psikolojik Esneklik Modeli.

### **2.9. Şizofrenide Kabul ve Kararlılık Terapisi**

Şizofreni gibi psikotik bozuklukları tedavi etmek birçok terapist için zorlayıcı çabaları da beraberinde getirmektedir. Ne var ki uygulama kılavuzları, psikozun tedavisinde yardımcı psikososyal müdahalelerin uygulanmasını önermesine rağmen (99, 100), çoğu hastaya bu tür müdahaleler sunulmamaktadır (101). Bu noktada yaşanan problemin önemli bir kısmını, terapistin şizofreni tanılı bireyi “zor hasta” diye algılayarak tedavi etme ihtimali ile gözünün korkması ve yeni müdahaleler için gerekli eğitim veya deneyimi elde etmemesi yönündeki deneyimleri oluşturabilir (102). Buna ek olarak, şizofreni tanılı bireylerin tedaviye başlaması ve tedaviyi devam ettirmesi daha zor olabilir bu sebeple tedaviye olan uyumsuzluk dikkati çeken ve sık görülen bir klinik problemdir (103).

Son yıllarda, psikolojik bozukluklarla ilişkili sıkıntıların hafifletilmesine yardımcı olmak için kabul temelli yaklaşımların bilişsel-davranışsal çerçevelere dahil edilmesine yönelik bir hareket olmuştur (104, 105). KKT böyle bir psikolojik terapidir. KKT, psikolojik sıkıntıya büyük ölçüde bilişsel ve deneysel kaçınma ile birlikte bireyin temel değerleri ile tutarlı davranışsal adımlar atma yeteneğini engelleyen psikolojik katılığın neden olduğunu savunur (106).

Genel olarak, KKT modeli deneyimsel kaçınmayı hedeflemeye çalışır. Çeşitli klinik örneklerde yapılan çalışmalar, deneysel kaçınmanın psikopatoloji ile güçlü bir korelasyona sahip olduğunu ortaya koymaktadır (107-109). Yakın tarihli psikoz çalışmaları, halüsinasyonlara odaklanan deneyimsel kaçınmaların, paranoya ve sanrılar gibi istenmeyen psikolojik etkilerle birlikte olduğu ve şizofrenide kognitif bozukluklara yol açtığını bildirmektedir (110, 111). Deneyimsel kaçınmanın, psikoza olan ve hastaneye yatırılan hastalarda etkili başa çıkma çabalarını engellediği ve bir çeşit zihinsel sertlik veya katılığa yol açtığı düşünülmektedir (112). KKT, deneyimsel kaçınmayı kendine özgü çeşitli stratejileri kullanarak, psikozla ilgili yoğunluğu ve sıkıntıyı azaltmayı hedefler (1). KKT, bilişlerin içeriğini veya sıklığını değiştirmek yerine, psikolojik esnekliği arttırmak için kişinin psikolojik ilişkisini düşünceler, duygular ve duyularla değiştirmeyi amaçlamaktadır (113). Örneğin, KKT’de işitsel halüsinasyonları olan birey sesleri duyarken, seslerin varlığını ve ürettikleri duyguları kabul etmeleri konusunda teşvik edilir ve değerlere dayalı eylemlere dikkati çekmeye odaklanılır (114). Özünde KKT, işlevsel değişim üretmeye dayanan bir davranışsal tedavidir (115).

KKT, psikotik belirtilerin tedavisinde umut veren bir yaklaşım olarak görünmektedir. İlaçlar geleneksel olarak psikoz belirtileri olan kişiler için tercih edilen tedavi olmuştur ve bu hastalara yardımcı olsalar da, çoğu zaman neredeyse yeterli değildir. KKT, hastanede yatan hastalarda yaygın olarak kullanılan disiplinler arası tedavi modlarıyla birlikte entegre edilebilir veya kullanılabilir. Her ne kadar KKT katılımcılarının çoğu halüsinasyonlar ve / veya sanrılar yaşandığını kabul etmeye devam etseler de, semptomlarının inanılabilirliği büyük ölçüde azalır ve bu değişikliğin nüksler ve tekrarlı yatış oranlarının daha düşük olmasına ve semptomlarla ilişkili subjektif sıkıntının azalmasına katkıda bulunduğu görülmektedir (22, 116, 117). Psikotik belirtilerin kaçınılmaz olarak ortaya çıkmasını kabul ederken veya buna izin verirken seçilen değerlere yönelme vurgusu, bireylerin semptomlarına uygun davranmak yerine, değerleriyle tutarlı hedefler üzerinde çalışırken, tedavi rejimlerine (ilaç gibi) uymaya yönelik motivasyonlarını artırmaktadır (117). Konu ile ilgili bir çalışmanın sonuçlarına göre, KKT’nin psikotik bozukluklar yaşayan bireylerin potansiyel olarak yaşadığı depresyonu ve negatif belirtileri iyileştirmede umut vaat ettiği belirtilmiştir (104).

Her ne kadar KKT, BDT’nin geleneksel formundan benzerlikler taşıyor olsa da özellikle psikoz alanında önemli teorik ve teknik yönlerden farklılık göstermektedir (118). Her türlü davranışsal ve bilişsel terapi gibi, KKT de deneysel olarak kanıtlanmış

bir yaklaşımdır (119). BDT'nin temel amacı, bireyin yaşam kalitesini iyileştirmek için semptomları ve sıkıntıları azaltmaktır. BDT, halüsinasyonları azaltmak ve yanlış inançları düzeltmek amacıyla bilişsel yeniden yapılandırma ve davranışsal deneyleri kullanır. Öte yandan KKT, kişinin hayattaki işlevselliğini ve yaşam kalitesini arttırarak, değerli yaşam hedeflerine doğru hareketi teşvik etmek amacıyla, halüsinasyonlar ve sanrısız inançlar da dahil olmak üzere, olumsuz özel olayları deneyimlediği ilişkiyi değiştirmeye odaklanır. KKT, hastaların psikotik belirtileri ile etkileşime girdiği süreci değiştirmek için dikkat ve kabul bazlı müdahaleleri içerir. Daha felsefi ve stratejik olarak, KKT, dil ve bilişte aktif bir temel araştırma programına bağlı bağlamsal bir yaklaşım olan ilişkiyel çerçeve kuramına (RFT) dayanır (120). KKT, hem semptomların etkisini hem de hedef belirleme ve tedavi rejimlerine uyma motivasyonunu ele aldığından, psikotik belirtilerin tedavisine benzersiz şekilde uygun olabilir. Bununla birlikte KKT kendi başına psikotik belirtilerin kaynağı üzerinde durmaz (117).

## **2.10. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme ve Motivasyonu Arttırmada Psikiyatri Hemşiresinin Rolü**

Son yıllarda şizofreni sağaltımında, çeşitli eleştirileri bünyesinde barındırmasına rağmen biyo-psiko-sosyo-kültürel bir yaklaşımın daha fazla konuşulması, şizofreni tanılı bireyler açısından hiç de şaşırtıcı değildir (121). Psikiyatri hemşiresi, tıpkı diğer psikiyatrik rahatsızlıkları olan bireylerde olduğu gibi şizofreni tanılı bireylerle de en uzun süre birlikte olan sağlık profesyonelleridir (12). Şizofreni tanılı bireylerin karşılaştığı hemen hemen her türlü zorluk ve problemle (tedaviye uyumsuzluk-motivasyon eksikliği, madde kullanım bozukluğu, işlevsellikte bozukluk, intihar davranışları, damgalanma, içgörü eksikliği vb.) mücadelede psikiyatri hemşireleri doğrudan rol alabilmektedir (12).

Psikiyatri hemşireleri, hastaların işlevsel iyileşmelerini ve tedaviye olan motivasyonlarını arttırmada faydalı olabilecek girişimleri planlama ve uygulamada benzersiz konumdadır. Ayrıca psikiyatri hemşirelerinden hastaların tedaviye dahil olmasını sağlamak amacıyla terapi ve görüşme yöntemleri gibi müdahaleleri bilmesi ve uygulayabilmesi böylece tedavi işbirliğini sürdürmesi istenmektedir (12, 57, 88). Psikiyatri hemşireleri, 19 Nisan 2011 tarihinde yürürlüğe giren “*Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik*” e göre, eğitim ve danışmanlık hizmeti kapsamında ruh sağlığı ekibinin önemli bir üyesi olarak grup terapisi görüşmelerine katılabilir. Ayrıca özel eğitim olarak psikoterapi uygulamalarında görev alabilir şekilde görev yetki ve sorumlulukları tanımlanmıştır (122). Yönetmelikte de

görüldüğü üzere, psikiyatri hemşirelerinin danışmanlık ve terapist rolleri bu rollerden başlıcalarıdır. Psikiyatri hemşirelerinin danışmanlık rolü temel mesleki uygulamalar arasında yer almaktadır ve danışmanlık, ruh sağlığını geliştirmede kullanılabileceği gibi, ruhsal bozukluğu ve yeti kayıplarını önleyerek işlevselliği ve tedavi motivasyonunu arttırmada da kullanılabilmektedir (57, 116, 123). Kuşkusuz psikiyatri hemşirelerinin terapötik yaklaşımlardan olan grup danışmanlığında uygun ve gerçekçi hedefler belirlemeleri kilit roledir. Aksi takdirde aşırı derecede hırslı hedefler grup danışmanlığının etkisini azaltarak motivasyonu düşürebilir. Psikiyatri hemşirelerinin grup danışmanlığı ile ilgili hedefi; hastanın mevcut düşünce bozukluğunun çözümlenmesi ya da varsanılarının yok edilmesi şeklinde değil de, bireyin rahatsızlığını alevlendiren ve psikozun sürekliliğini sağlayan dinamiklerin mevcut kişilerarası ilişkileri olduğunu görmesi yönünde olabilir. Grup danışmanlığında, şimdi ve buradanın terapötik kullanımı ile grup üyeleri birbirine güvenir; birbirlerinin güçlü yanlarını vurgulayıp birbirlerini destek ve yardım sağlarlar; ve diğerleri tarafından nasıl algılandıkları ve onlardan nasıl etkilendikleri konusundaki bilgiyi yumuşak bir şekilde birbirlerine iletirler (123). Öte yandan günümüzde psikiyatri hemşireleri terapist rollerinin gereği olarak, ilgili alanda sertifikalandırılmış çeşitli terapi ekollerine dayanan terapileri, hasta bireylerin tedavi ve bakımına entegre ederek kullanmaktadır (11, 124-126). Psikiyatri hemşirelerinin, bu rolleri göz önünde bulundurulduğunda klinisyen olarak psikoterapi, grup danışmanlığı, terapötik iletişim, araştırma ve sağlığın geliştirilmesi gibi rollerinin gereklerini yerine getirmesi istenen bir müdahaleler kümesi olarak karşımızda durmaktadır. Nitekim psikiyatri hemşireleri bu terapi yaklaşımlardan güncel ve kanıta dayalı olanları takip etmeli ve uygulamaya aktarmalıdır (127-129).

Psikiyatri hemşireleri ile ruhsal problemi olan bireyler arasındaki tüm etkileşimler, bu etkileşimlerin süresi kısa olsa bile, sağlığın teşviki için bir fırsat olarak görülebilir. Psikiyatri hemşireleri, bu hasta örneğinde sağlık arama davranışlarını arttırmak, tedaviye katılımı arttırmak ve potansiyel olarak istenmeyen sağlık sonuçlarını önlemek için, MG yöntemlerini kullanabilirler. MG, psikiyatri hemşireleri açısından hastalarını ruhsal sağlık sorunları için daha fazla yardım aramaya motive etmek için etkili bir süreç ve faydalı bir araç konumundadır. Bireyin tedavi seanslarına daha fazla katılmalarını sağlayarak sağlığın teşviki noktasında önemli katkı sağlayabilir. Psikiyatri hemşireleri, hastaların içsel motivasyonunu arttıran bir ön tedavi olarak MG kullanarak yatan ve



ayakta tedaviye hasta katılımını arttırmak ve bireyleri topluma kazandırmak için ideal konumdadır (88).

Şizofreni tanılı bireylerin sağaltımında ilaçlar, aile müdahaleleri ve bilişsel davranışçı terapi (BDT) gibi psikososyal müdahalelerle birleştirildiğinde, sonuçların iyileştiği gösterilmiştir (130). 1990'lardan beri, bilişsel davranışsal müdahalelerin bir "üçüncü dalgası" ortaya çıkmıştır (31). Bu terapiler bilişsel davranışsal bir çerçeveye dikkat, kabul ve farkındalık unsurlarını içerir. Tekniklerinde farklı olmakla birlikte, bu farkındalık müdahaleleri ortak bir hedefi paylaşmaktadır, yani bireyin şu anki yaşam deneyimini benimseme isteğini arttırarak olumsuz duyguların düzenlenmesidir (131, 132). KKT, BDT'nin üçüncü (son) dalga terapilerinden ve MG gibi kanıta dayalı bir terapi yaklaşımı olmasının yanı sıra, terapi ile ilgili çalışmaların ağırlıklı olarak 2010 ve sonrası dönemde olması (22, 88, 91, 94, 95) sebebiyle psikiyatri hemşireleri tarafından kullanılması ve test edilmesi makul bir yaklaşım olarak görülüyor. Ayrıca her iki terapi yaklaşımı (KKT ve MG); (a) birey ile terapist arasındaki eşitlikçi bir ilişkiyi vurguladıkları, (b) bireyin değişim sürecine katkıda bulunma deneyimini ön plana çıkardıkları, (c) her bireyin değerli olduğuna, değişme potansiyelinin saptandığına (d) bireyin her davranışının bir anlamı olduğuna atıfta bulunması (e) esnek bir yaklaşımı benimsemeleri, (f) müdahaleleri bireye uyarlamakta ve her ikisi de bireyle açıkça karşılaşmaktan kaçınmadıkları gibi nedenlerden ötürü psikiyatri hemşirelerinin benimsediği felsefik yaklaşıma da ters düşmemektedir (26, 30-33). Ayrıca bu hasta grubunda, her iki terapinin birlikte kullanıldığı herhangi bir çalışmanın olmayışı, bu entegrasyonun test edilmesi için itici bir güç olarak değerlendirilebilir. Bu yönüyle psikiyatri hemşirelerinin uygulayacağı, KKT temelli ve MG destekli danışmanlığın ilaç dışı diğer müdahale yaklaşımlarından daha büyük bir potansiyele sahip olduğu söylenebilir. Bu şekilde MG ve KKT'nin kombinasyonu bir öz yönetim uygulaması haline gelebilir ve daha fazla sayıda hastaya kolaylıkla uygulanabilir. Bu bağlamda psikiyatri hemşireleri MG ve KKT kombinasyonunu içeren danışmanlık hizmetini verebilir. Böylece hastaların işlevsel iyileşmelerini ve tedaviye olan motivasyonlarını arttırabilirler.

### 3. MATERYAL VE METOT

#### 3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma ön test-son test kontrol gruplu yarı deneme modeli ile nitel yöntemlerin de yer aldığı karma modelde bir araştırma olarak yürütüldü. Bu çalışmada Creswell'in gelişmiş desenler ana başlığı altında tanımlanmış müdahale deseni kullanıldı. Müdahale desenin amacı, bir deney ya da müdahale programının gerçekleştirilmesi aracılığıyla araştırma sürecine nitel veriyi dahil ederek bir araştırma problemini irdelemektir. Bu tipolojide ön ve son test modelli bir deneysel desen içerisine nitel veri dahil edilebilir. Bu desen, deneysel çalışmaların vazgeçilmez olduğu sağlık bilimlerinde güçlü ve popüler bir desen olduğu için tercih edildi (133). Nicel yaklaşımın baskın olduğu gömülü model olarak tasarlanmış olan çalışmada nicel yaklaşıma öncelik verilmiş, nitel araştırma dizisi nicel bir strateji olan deneysel desenin içine gömülmüştür. Araştırma kapsamındaki nicel ve nitel veriler, deney ve kontrol grubunu oluşturan bireylerden eş zamanlı bir şekilde toplandı.

Bu araştırma türünün kullanılmasının gerekçesi olarak şunlar söylenebilir: Nitel araştırma dizisi çalışmaya eklenmemiş olsaydı, çalışmacı şizofreni tanılı bireylerde KKT temelli ve MG destekli danışmanlığın işlevsel iyileşme düzeyini ölçmesine rağmen, bireylere uygulanan bu danışmanlık şeklinin hastaların motivasyonlarına yönelik algılarına etkisini belirleyemeyecekti. Aynı şekilde nicel araştırma dizisi çalışmaya eklenmemiş olsaydı, çalışmacı KKT temelli ve MG destekli danışmanlığın bireylerin tedavi motivasyonları hakkındaki görüşlerine etkisini ölçmesine rağmen, bu danışmanlığın bireylerdeki işlevsel iyileşme düzeyleri üzerindeki etkisini belirleyemeyecekti.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Malatya il merkezinde bulunan toplamda iki Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (Göztepe ve Yeşilyurt Toplum Ruh Sağlığı Merkezi) ile Elazığ İl Merkezi'nde bulunan Elazığ Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Eylül 2018 - Mayıs 2019 tarihleri arasında yürütüldü.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) televizyon salonu, eğitim odası, spor odası, iş- uğraş odası, okuma salonu, mutfak ve yemek odası gibi yaşam alanlarını içermektedir. Bu merkezlerde şizofreni tanılı bireyler başta olmak üzere kronik

psikiyatrik bozukluğu olan bireylere toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde takip ve tedaviler başta olmak üzere, psikososyal destek hizmetleri ve gerektiğinde evde sağlık hizmetleri gibi işlevsel girişimler bireylerin yaşadıkları ortamlarda sunulmaktadır. Malatya Yeşilyurt Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde 1 psikiyatrist, 1 psikolog, 6 hemşire, 1 sekreter, 4 personel; Malatya Göztepe Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde 1 psikiyatrist, 1 psikolog, 3 hemşire, 1 beden eğitimi ve spor öğretmeni, 1 iş-uğraşı terapisti, 1 sekreter, 3 personel; Elazığ Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde ise 1 psikiyatrist, 1 psikolog, 3 hemşire, 1 sekreter, 3 personel görev almaktadır. Bu merkezlere hastalar sabah saat: 09:00'da evlerinden servislerle alınıp getirilmekte akşam saat 14:00'de tekrar evlerine bırakılmaktadır.

### **3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme**

Araştırmanın evreni Malatya il merkezindeki TRSM 'lere kayıtlı 100, Elazığ il merkezindeki TRSM' ye kayıtlı 150 olmak üzere toplam 250 şizofreni hastasından oluşmaktadır. Bu çalışmada "G. Power-3.1.9.2" programı kullanılarak, %95 güven düzeyinde örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. Araştırmada şizofreni tanılı bireylere verilen KKT temeli ve MG destekli danışmanlığın bireylerdeki işlevsel iyileşme düzeyleri üzerinde etkinliğini değerlendirmek amacıyla ön test-son test ile elde edilen değerlerin aralarında fark olup olmadığı araştırılacaktır. Yapılan daha önceki çalışmalardan elde edilen etki büyüklüğü 0.93 olarak bulunmuş (134) ve 0.90 teorik güç ile minimum örneklem hacmi toplamda minimum 52 (26 deney, 26 kontrol) kişi olarak hesaplandı (135). Araştırmanın veri toplama aşamasına başlamadan önce bahsi geçen üç merkeze düzenli olarak devam eden tüm şizofreni tanılı bireylerle araştırmaya katılmaları konusunda görüşmeler yapıldı. Ancak Yeşilyurt TRSM'ye kayıtlı deney grubundan 6 hasta sekonder gelişen hastalıkları, ulaşım güçlükleri, başka bir ile taşınma, ebeveynlerinin hasta ve yaşlı olmaları sebebiyle bakım verme zorunluluklarını ifade etmeleri sebebiyle; Göztepe TRSM'ye kayıtlı deney grubundan 4 hasta hastalıklarının alevlenmesi dolayısıyla ani hastaneye yatışları nedeniyle; Elazığ TRSM'ye kayıtlı kontrol grubundan 7 hasta ise herhangi bir neden göstermeden araştırmadan ayrıldı. Belirtilen nedenlerden dolayı araştırma 36 deney, 51 kontrol olmak üzere toplamda 87 hasta ile gerçekleştirildi.

Şizofreni hastalarının birbirlerinden etkilenmelerini önlemek amacıyla deney ve kontrol grupları; çalışma şekilleri, sunduğu imkânlar, görev yapan sağlık çalışanları ve hizmet verdiği hasta popülasyonu aynı olan iki farklı TRSM' den seçildi. Bu kapsamda

kontrol grubu Elazığ TRSM' den, deney grubu ise Malatya (Göztepe ve Yeşilyurt) TRSM' den seçildi. Kontrol ve deney grubu seçiminde herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmeden her iki TRSM' de bulunan ve TRSM' ye düzenli devam eden çalışmaya alınma kriterleri ve gönüllülük esasına uyan 87 şizofreni hastası araştırmaya dahil edildi.

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

- DSM-5 tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı konulan,
- 18 ve 65 yaş arasında olan,
- İletişime ve iş birliğine açık olan,
- Remisyon dönemi (alevlenme dönemi dışında) içindeki bireyler.

#### **3.5. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri**

- Demans ve/ veya diğer organik kökenli bozukluk tanısı alan,
- Halen alkol ya da psikoaktif madde kullanıyor olan,
- Hastane kayıtları ile saptanan mental retardasyon bulunan bireyler.

#### **3.6. Veri Toplama Araçları**

Bu araştırmanın nicel boyutunda, şizofreni tanılı bireylerin işlevsel iyileşme düzeylerini belirlemek amacıyla “Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği” (EK-3) kullanıldı. Araştırmanın nitel boyutunda ise araştırmacı tarafından hazırlanan “Hasta Tanıtım Formu” (EK-2) ile birlikte açık uçlu sorulardan oluşan “Şizofreni Hastalarının Tedavileri İle İlgili Motivasyonlarını Belirleme Formu” (EK-4) kullanıldı. Araştırmanın geçerlik-güvenirlik çalışmaları kapsamında bu form alanında uzman olan üç kişinin görüşüne sunuldu (EK-5).

##### **3.6.1. Hasta Tanıtım Formu**

Hasta Tanıtım Formu araştırmacı tarafından geliştirilmiş olup hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, birlikte yaşanan kişiler, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu, hastalığın süresi, son bir yılda yatış sayısı ve ilaç kullanma süresi gibi sosyo- demografik özellikleri ile hastalığın ve tedavinin seyrine ilişkin bilgileri içeren toplam 11 sorudan oluşmaktadır (EK-2).

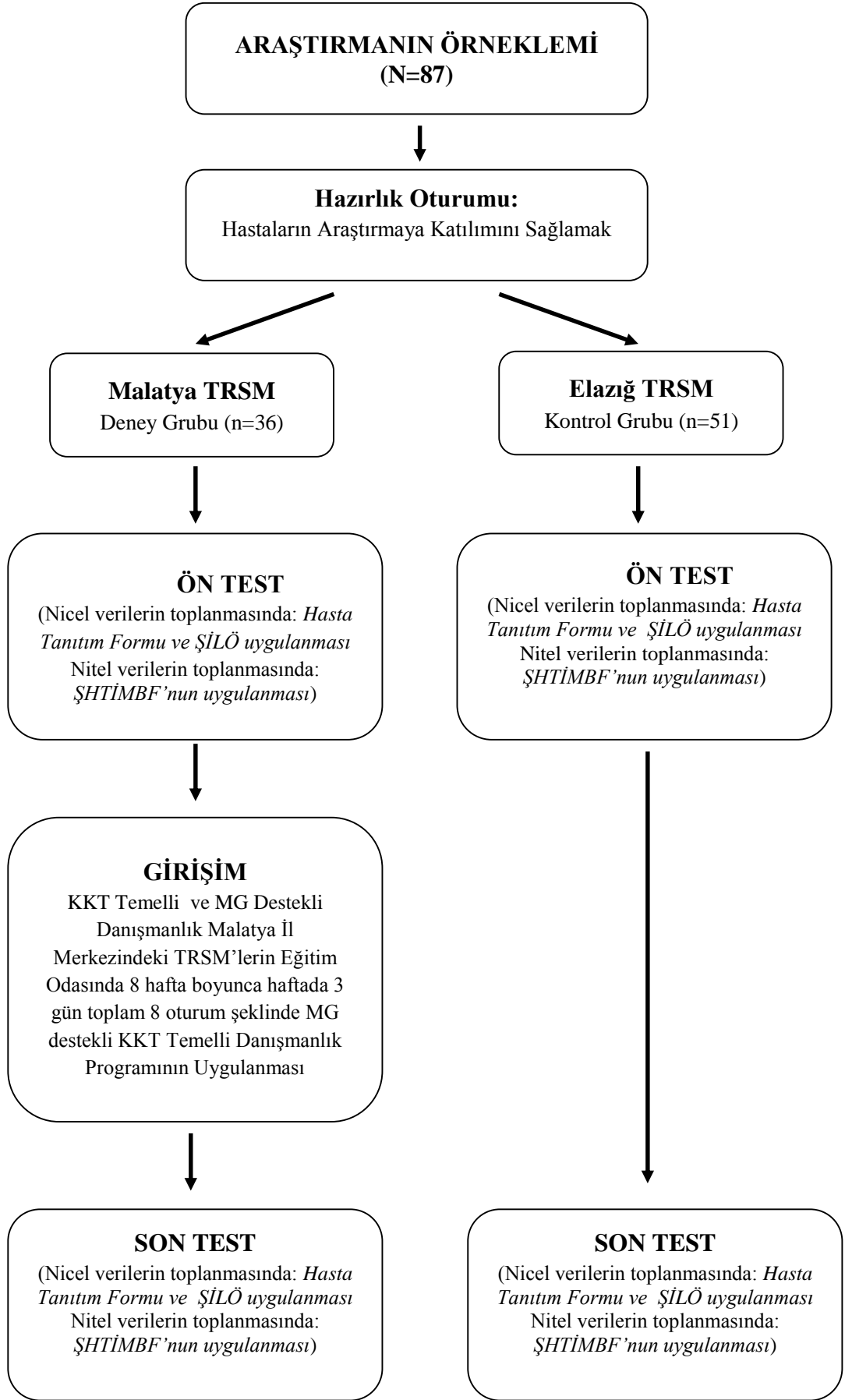
##### **3.6.2. Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ)**

Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ), Llorca ve arkadaşları tarafından 2009 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması yine aynı yıl Emiroğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçek 5'li likert tipte ve 19 maddeden oluşan bir

yapıdadır. Ölçek; günlük yaşam becerileri, sağlık ve tedavi, sosyal işlevsellik ve mesleki işlevsellik olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınan minimum toplam puan 19, maksimum toplam puan ise 95 puandır (136). Her madde 1-5 arasında giderek puan alır ve toplam puan her madde puanının toplanması yolu ile elde edilir. İşlevsel iyileşme düzeyi ile ilgili değerlendirme incelendiğinde; 58 puanın altı düşük; 59-66 arası orta, 66 puan ve üzeri alan hastaların işlevsel iyileşme düzeyi ise yüksek olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca ölçekten alınan toplam puan arttıkça işlevsel iyileşme düzeyi yükselmektedir. Türkçe formunun güvenilirlik çalışmasındaki Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur (137) (EK-3). Bu araştırmada da ölçeğin Cronbach Alpha kat sayısı 0.89 olarak saptandı.

### **3.6.3. Şizofreni Hastalarının Tedavileri İle İlgili Motivasyonlarını Belirleme Formu (ŞHTİMBF)**

Araştırmacı tarafından geliştirilen form, şizofreni hastalarının bakış açısıyla mevcut tedavilerindeki kararsızlıkları ve değişime yönelik motivasyonlarını nitel olarak değerlendirmek amacıyla hazırlandı. Form; şizofreni hastalarına uygulanacak olan müdahale öncesi ve sonrasında kararsızlıkları ve değişimi sorgulayan 5 yarı yapılandırılmış sorudan oluşmaktadır (EK-4).



Şekil 3.1. Araştırma Uygulama Planı

### **3.7. Verilerin Toplanması**

Veriler araştırmacı tarafından TRSM’de bulunan özel bir odada, mevcut soruların araştırmacı tarafından bire bir okunarak ve verilen cevaplar formlara işlenerek ortalama 50-60 dakika sũreyle gerçekleştirildi. Araştırmada deney ve kontrol gruplarına ˆn test formları (Hasta Tanıtım Formu, ŐİLˆ ve ŞHTİMBF) Eylũl 2018 ve Aralık 2018 tarihleri arasında uygulandı. Bu sũre içinde deney ve kontrol grubunu oluşturan hastalar başta ilaç tedavisi ve TRSM’nin rutin uygulamaları gibi standart tedavilerini almaya devam etti. Araştımanın nitel kısmını oluşturan ŞHTİMBF’u yũz yũze derinlemesine gˆrũřme yoluyla toplandı. Gˆrũřmeler sırasında bir ses kayıt cihazı kullanılarak, hastalara ses kaydı hakkında bilgi verildi. Araştırmacı tarafından oluşturulan ve literatũr doğrultusunda hazırlanan (1, 32, 138, 139) Şizofreni hastalarının motivasyon ve tedaviye uyumunu arttırmayı amaçlayan kabul ve kararlılık temelli grup danışmanlığı programı, Malatya (Yeşilyurt ve Gˆztepe) TRSM’nin eğitim odasında, deney grubundaki hastalara sekiz hafta boyunca; grup danışmanlığı programı içerisinde verilen ev ˆdevleri ve alıştırmaların yapılabilmesi amaçıyla arşamba, perşembe ve cuma gũnleri olmak ũzere haftada ũ gũn toplam sekiz oturum Şeklinde uygulandı. Hastalar danışmanlık programını interaktif eğitim yˆntemine gˆre toplamda ũ ayrı grupta olmak ũzere, 12 kişilik gruplar halinde tamamladı. Her oturum; hastaların durumu gˆz ˆnũne alınarak 30’ar dakikalık sũre ile ikiye bˆlũnerek, arada 10 dakika dinlenme ile toplam 70 dakikalık sũrede gerçekleştirildi. Bũtũn grup danışmanlığı programı sũresince ve her oturum sonrası ilave sorusu olan hastalar ile birebir gˆrũřũlerek danışmanlık ve destek hizmeti verildi. Ayrıca çeşitli nedenlerle oturumlara katılamayan ya da programa (gũn/tarih olarak) uymakta gũlũk çeken hastalar için telafi grupları oluşturularak, telafi oturumları dũzenlendi. Deney grubuna 8 hafta sũreyle toplam 8 oturum Şeklinde motivasyonel gˆrũřme destekli ve KKT temelli grup danışmanlığı uygulandıktan sonra, deney ve kontrol grubundan son test verilerinin (Hasta Tanıtım Formu, ŐİLˆ ve ŞHTİMBF) toplanması tamamlandı.

### **3.8. Psikiyatri Hemsireliği Girişimi**

Grup danışmanlığını uygulayacak olan araştırmacı uygulamaya başlamadan ˆnce 24 saatlik KKT (EK-6) ve 16 saatlik MG temel eğitim programına katıldı (EK-7). Araştırmada ˆncelikli olarak Malatya ve Elazığ il merkezinde bulunan TRSM’lere kayıtlı Şizofreni hastalarının dosyaları incelenerek, hastalara ait bilgiler kriterlere uygunluk yˆnũnden değerlendirildi.

### 3.8.1. Deney Grubuna Uygulanan Psikiyatri Hemşireliği Girişimi

Deney grubunu oluşturan bireylere her biri yaklaşık 70 dakika süreli, 8 oturumdan oluşan Motivasyonel Görüşme Destekli, KKT temelli grup danışmanlığı oturumları gerçekleştirildi. Grup oturumları araştırmacının liderliğinde, Malatya ilindeki TRSM'lerde, haftada bir kere yapıldı.

**Hazırlık Oturumu:** Kriterlere uygun olan bireyler araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra TRSM'ye davet edilerek hazırlık oturumu yapıldı. Bu oturumda, hastalara çalışmanın amacı ve önemi, grup danışmanlığı programının içeriği, süresi anlatılarak, hastaların programdan beklentileri öğrenildi. Hazırlık oturumu sonrası, hastalarla ilk oturum için gün/saat belirlenerek, uygulamaya başlandı. Bu oturumda temel olarak tanışmaya ve terapötik bir ittifak geliştirmeye odaklanıldı.

**Tedavi motivasyonu (1 ve 2. Oturumlar):** Bu araştırmada kullanılacak terapilerden olan MG'de şizofreni tanılı bireylerin terapi ve tedaviye uyumları noktasında yaşadıkları ambivalansı incelemek, çözümlenmek, değişime ve güvene olan bağlılığın güçlendirilmesi çekirdek amacı oluşturdu ve araştırmacı bu hedefe ulaşmak konusunda kasıtlı olarak direktif davranma prensibini takındı (140). MG grup danışmanlığının özellikle ilk aşamalarında hastaların istedik yönde değişmeye dair motivasyonlarını arttırmaya odaklanıldı. Bununla birlikte MG süreci gerekli hallerde diğer oturumlara dahil edilerek, hastaların motivasyonları ile ilgili sorunlar ortaya çıktığı zaman başvurulacak bir yaklaşım olmaya devam etti. Böylece özellikle değişim için isteksiz veya ambivalansı olan kişilerin tedavi sürecine katılmaları kolaylaştı (90, 91). Bu süreçte MG'nin temel teknikleri olan;

- ✚ Empatinin ortaya çıkarılması,
- ✚ Çelişkilerin gösterilmesi,
- ✚ Direnç durumu ile çalışma,
- ✚ Kendi kendine yeterliliği destekleme kullanılarak hastaların yaşadığı semptomları yan etkilerden ayırması hedeflendi (90, 91, 141).

Ayrıca MG kapsamında hastalara yaklaşımda şu prensipler grup danışmanlığının tüm aşamalarında kullanıldı:

- ✚ Özellikle yansıtmalı dinleme yoluyla, bireylerin anlayış çerçevesini anlamaya çalışmak,
- ✚ Kabul ve onayı ifade etmek,



- ✚ Danışanların endişe ve sorun tanıma algıları ile beraber değişim niyeti, değişim becerisi ve istekleri konusunda kendini motive eden ifadeleri çıkartmak ve desteklemek,
- ✚ Danışanların değişime hazırlık derecesini ölçmek ve direncin danışandan hızlı davranarak oluşmadığına emin olmak,
- ✚ Danışanların kendi yolunu seçme özgürlüğünü tanımaktır (141, 142).

Değişim için motivasyonun kurulmasında önemlilik ve güven-yeterlilik cetveli uygulamasına geçilerek değişim cesaretlendirildi. Bir kişi için değişmek önemliyse ve bu değişikliği yapma konusunda kendine yeterince güven duyuyorsa, bu değişimi gerçekleştirebilir. Bunu araştırmak ve kişiye kazandırmak için 0 ile 10 arasında bir skala üstünden değerlendirme yapması istendi.

Bu noktada önce önemlilik (*“Düzenli tedaviye devam etmek sizin için ne kadar önemli? Eğer önemliliği 0’den ona kadar bir cetvel yaparsak ve 0 “hiç önemli değil” ve 10 “çok önemli”yi gösterirse, siz kendinize hangi sayıyı uygun görürsünüz?”*) sorgulandı. Eğer çok düşük verdiyse “neden 3 değil 1” veya “3 değil 8 olması için ne ya da neler gerekir” şeklinde sorularak birey için değişimin önemi artırıldı. 5 ise artı ve eksileri tartışıldı.

Daha sonra güven-yeterlilik (*“Eğer aklınızda düzenli tedaviye devam etme ile ilgili bir düşünceniz var ise, bunu başarmakta kendinize ne kadar güveniyorsunuz? Eğer kendinize olan güveni 0’den ona kadar bir cetvel yaparsak ve 0 “hiç güvenmiyorum” ve 10 “çok güveniyorum”u gösterirse, siz kendinize hangi sayıyı uygun görürsünüz?”*) sorgulandı. Eğer çok düşük verdiyse “neden 4 değil 1” veya “4 değil 7 olması için ne gerekir” soruları soruldu, 5 ise artı ve eksileri tartışıldı. Geçmiş deneyimleri gündeme getirilerek, kişi değişim için yüreklendirildi.

Eğer önemlilik düşük ise, onun üstüne odaklanıldı. Aralarında ciddi bir farklılık varsa, hangisi daha düşük ise ona önem verildi. Eğer her ikisi eşitse, önemlilikten başlanıldı. Her ikisinin de çok düşük olduğu durumlarda, başvuru alan metodun doğru bir seçim olup olmadığı, diğer parametrelere önem vermenin gerekliliği üstünde duruldu.

Değişim taahhüdünü güçlendirmek ve konuşmak MG’nin ikinci aşaması ele alındı. Bu bağlamda;

- ✚ Değişimi tetikleyecek sorular sormak (*“Değişirseniz, ne kadar yapabileceğinizi düşünüyorsunuz?”; “Değişmeden bugünkü gibi yaşadığınızı düşünün. 10 yıl sonra*

*hayatınız nasıl olacak?"; "Durumunuz hakkında sizi endişelendiren nedir?"; "Ne olursa bunları yapmaktan vazgeçersiniz?"*),

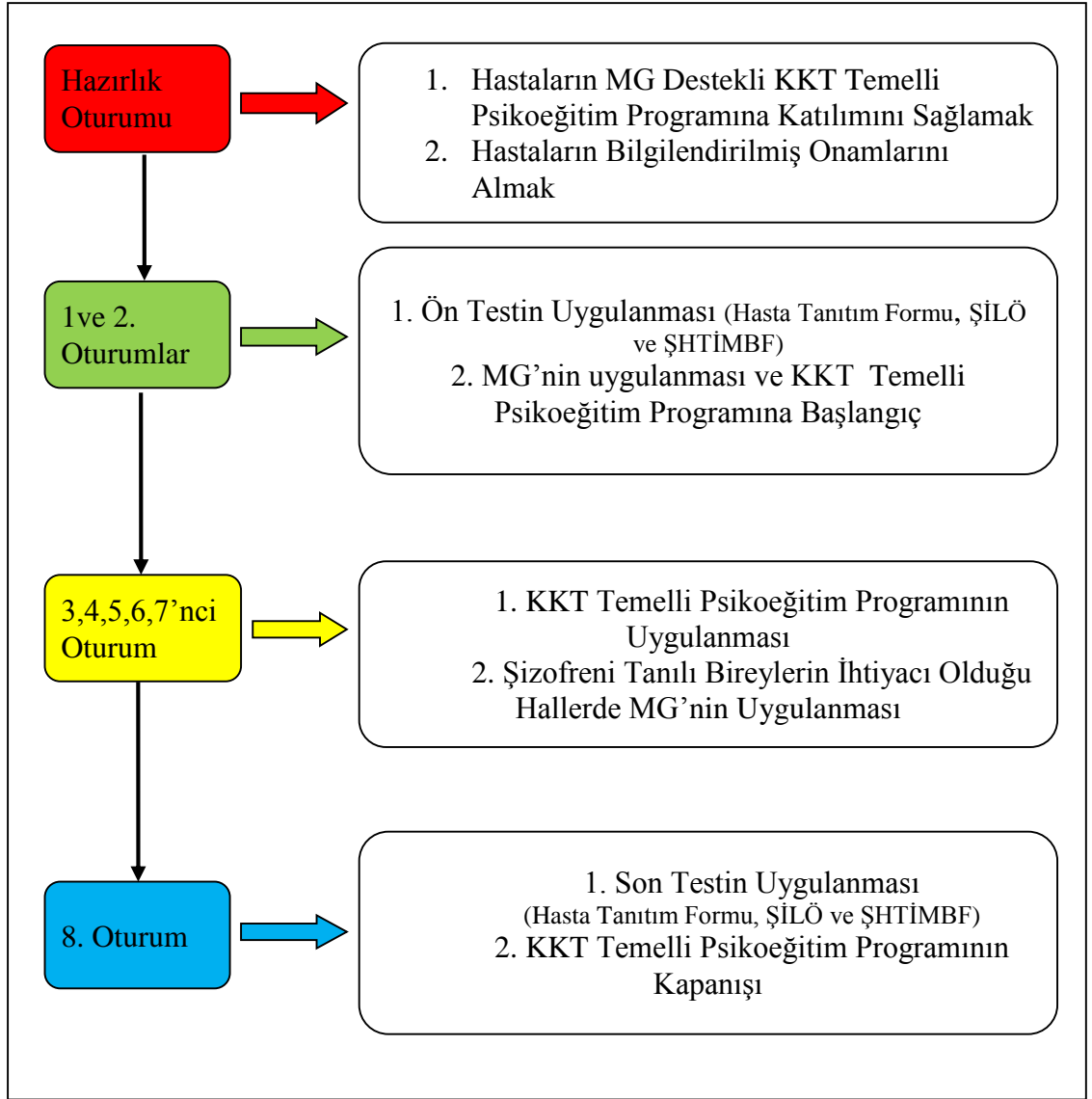
- ✚ Değişimi hızlandırabilecek sorular sormak (*"Eğer yapmaya karar verirsen, hangi yolu tercih edersin?"; "Bununla ilgili olumlu şeyler neler?"; "Ne yapmayı istiyorsun?"*),
- ✚ Önemlilik cetvelini kullanmak,
- ✚ Karar dengesini açığa çıkarmak,
- ✚ Geleceğe bakmak (*"Değiştğinde neler olacağını düşünüyorsun?" "On yıl sonra nasıl bir hayatın olacak?"; "Eğer değişmezsen, gelecekte neler olacağını düşünüyorsun?"*),
- ✚ Hedefleri ve değerleri ortaya çıkarmak gibi yaklaşımlar kullanıldı (90, 91).

**Kabul ve kararlılık ile işlevsellik (3-8. Oturumlar):** Deney grubuna ilerleyen oturumda (3. Oturum) başlamak üzere KKT temelli grup danışmanlığı uygulamasına geçildi. Bu oturumlarda çekirdek hedef hastanın işlevsel iyileşme düzeyini arttırmak üzerinedir. Grup danışmanlığı uygulaması 8. Oturuma kadar devam edildi. Bu oturumlar boyunca bireylerle etkili bir bağ kurmak adına hastalarla aynı gemide olduğumuzun vurgusu ön planda oldu. Araştırmacı özellikle hastalarla ilişkide kendisinin "üstünlük sağlama çabası" na karşı tetikte oldu. Bunu sağlamak adına üçüncü oturumda "İki Dağ Metaforu" hastalarla paylaşıldı. Bu oturumun (3. Oturum) başında anı yakalamak adına "10 Nefes Alma" egzersizi uygulandı (Kendinelik egzersizi). Birçok KKT protokolü önemli oranda grup danışmanlığı içermektedir. Araştırmacı tarafından bu mümkün olduğunca didaktik bir biçimde değil, yaşantısal egzersizlerle ve metaforlarla yapıldı. Grup danışmanlığında metaforlar (1) kısa bir sürede yoğun bir bilgi akışı sağlaması; (2) herkesçe kabul edilebilir seviyede olmalarından dolayı bireylerin daha kolay benimseyebilmeleri; ve (3) bireylerin hatırlama eğilimlerini arttırmaları sebebiyle grubun seviyelerine göre belirlendi. Müdahalede, bataklıkta mücadele metaforu, canavarla halat çekme metaforu, yalan makinası metaforu ve akıntıdaki yapraklar metaforu dahil olmak üzere, KKT'de yaygın olarak kullanılan metaforlar KKT temelli grup danışmanlığının ana bileşenlerinden oldu (139). Araştırmacı hastalarla ilgili herhangi bir problemi KKT bakış açısından hızlıca kavramsallaştırmak için iki anahtar sorunun cevabını aradı. Bu sorular şöyledir: "(1) Birey hangi değerleri doğrultusunda ilerlemek istiyor?" ve "(2) Bireyin yolundaki engeller nelerdir?". Oturumlar yapılandırılırken genel yapı şu aşamaları takip edecektir: (a) Kendinelik alıştırması (nefes egzersizi); (b) Bir önceki oturumun gözden geçirilmesi; (c) Temel müdahaleler; (d) Ev ödevi.

Bu süreçte KKT oturumları, anda olma (şimdi ve burada ol), ayrışma (düşünceni izle), kabul etme (açık ol), bağlamsal benlik (saf farkındalık), değerler (neyin önemli olduğunu bil) ve değer odaklı eylemler (gereğini yap) gibi altı temel terapötik süreç takip edildi. Bu teknikler yoluyla psikolojik esnekliği geliştirmeye ve sosyal işlevselliği arttırmaya dönük bir yaklaşım benimsendi. Ayrıca beden ve nefes, beden tarama, farkındalık hareketi ve üç dakikalık soluklanma teknikleri gibi farkındalık egzersizleri grup danışmanlığı programı süresince her oturumun özellikle başlangıç kısmında kullanıldı. Ek olarak, bilişsel defüzyon teknikleri (düşüncelerden psikolojik mesafeyi arttırmaya yönelik teknikler) de kullanıldı (143). Böylece hastaların dikkatini şimdiki ana verebilmeleri, içsel olarak kendi yaşantılarını, bedenlerini, duygularını, düşüncelerini gözlemleyebilmeleri, yargısız ve acele etmeden davranabilmeleri, kendilerini olduğu gibi kabul edebilmeleri, kendi fiziksel ve ruhsal sınırlarını keşfedebilmeleri, hastalık belirtilerini, sürecini, tedavisini ve hastalığın yaşamlarında oluşturduğu etkiyi tanıma ve tanımlayabilmeleri, hastalıkla baş etme becerilerini geliştirebilmeleri hedeflenmiş olup; bu yaşantısal çalışmalar yoluyla şizofreni hastalarının motivasyonlarını ve işlevsel iyileşmelerini artırma hedeflendi. Deney grubuna uygulanacak grup danışmanlığı programının içeriğinin detaylı bilgisi Tablo 3.1’de verilmektedir.

### **3.8.2. Kontrol Grubuna Uygulanan Psikiyatri Hemşireliği Girişimi**

Bu araştırmada kontrol grubuna deneysel araştırma bitene kadar herhangi bir uygulama yapılmadı. Deneysel araştırma bittikten sonra kontrol grubundan isteyen hastalara deney grubuna uygulanan program uygulandı.



Şekil 3.2. Deney Grubuna MG destekli KKT Temelli Grup Danışmanlığı Programı Uygulama Planı

**Tablo 3.1.** Grup Danışmanlığının İçeriği

<b>Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli ve Motivasyonel Görüşme Destekli Danışmanlık Programının İçeriği</b>	
<b>HAZIRLIK OTURUMU</b>	<b>Hedef:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Hastaların Motivasyonel Görüşme Destekli Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Grup Danışmanlığı Programına katılımını sağlamak</li><li>2. Araştırmanın amacını, programın içeriğini ve süresini tanıtmak</li><li>3. Hastaların programdan beklentilerini öğrenmek</li></ol>
<b>1. OTURUM (Kararsızlığı Keşfetmek)</b>	<b>Hedef:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Hastaların tedaviye olan uyumları noktasında yaşadıkları ambivalansı değerlendirmek, incelemek ve çözümlenmek.</li><li>2. Ön test verilerini toplamak.</li></ol> <b>Gündem:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>A. Gündemin açıklanması (Temel soru: “Bugün neler konuşacağız?”)</li><li>B. Ön testin uygulanması</li><li>C. Hastaların değişime karşı direncinin belirlenmesi</li><li>D. Hastalığın belirtilerini anlama tedaviye engel olan unsurların değerlendirilmesi</li><li>E. Değişim için motivasyonun kurulmasında önemlilik ve güven-yeterlilik cetveli uygulaması</li><li>F. 1 dakika sessizlik ile kapanış.</li></ol>
<b>2. OTURUM (Motivasyonu Güçlendirmek ve Sürdürmek)</b>	<b>Hedef:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Hastaların tedaviye olan uyumları noktasında değişimi ve bağlılığı güçlendirmek ve motivasyonu arttırmak.</li></ol> <b>Gündem:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>A. Bir önceki oturumun özetlenmesi ve gündemin açıklanması</li><li>B. Değişimi tetikleyecek soruların sorulması (“Değişirseniz, ne kadar yapabileceğinizi düşünüyorsunuz?”; “Değişmeden bugünkü gibi yaşadığınızı düşünün. 10 yıl sonra hayatınız nasıl olacak?”; “Durumunuz hakkında sizi endişelendiren nedir?”; “Ne olursa bunları yapmaktan vazgeçersiniz?”).</li><li>C. Değişimi hızlandırabilecek soruların kullanılması (“Eğer yapmaya karar verirsen, hangi yolu tercih edersin?”; “Bununla ilgili olumlu şeyler neler?”; “Ne yapmayı istiyorsun?”),</li><li>D. Önemlilik cetvelini kullanması,</li><li>E. Karar dengesinin açığa çıkarılması,</li><li>F. Geleceğe dönük soruların sorulması (“Değiştiğinde neler olacağını düşünüyorsun?” “On yıl sonra nasıl bir hayatın olacak?”; “Eğer değişmezsen, gelecekte neler olacağını düşünüyorsun?”),</li><li>G. Hedeflerin ve değerlerin ortaya çıkarılması.</li><li>H. 1 dakika sessizlik ile kapanış.</li></ol>
<b>3. OTURUM (Ayrışma)</b>	<b>Hedef:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Hastaların düşüncelerinin hakiki doğasını görmek: kelimelerden ve fotoğraflardan daha fazla veya eksik şeyler olmadıklarını farketmelerini sağlamak.</li><li>2. Düşüncelerin sözlük anlamlarının değil işlevselliklerini hesaba katarak tepki vermek ( Bir başka ifadeyle, düşüncelerin ne kadar doğru olduklarından ziyade ne oranda işe yaradıklarını göz önüne alarak değerlendirmek).</li><li>3. Düşünceyi tutmadan, gelip gitmesine izin vermek.</li><li>4. Hastalarla ayrışmanın neden gerektiği üzerinde kritik yapmak.</li><li>5. Hastaların işlevsel iyileşme düzeylerini arttırmak.</li></ol> <b>Gündem:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>A. Bir önceki oturumun özetlenmesi ve gündemin açıklanması,</li><li>B. “10 Nefes Alma” egzersizinin uygulanması,</li></ol>

- C. Hastaların düşüncelerini fark etmesinin sağlanması ( “Zihniniz şu anda neyi anlatıyor?”, “Düşünen tarafınız bu durum hakkında ne söylüyor”, “Şu anda ne düşündüğünüzü farkedebiliyor musunuz?, Zihninizin şu an ne yaptığını farkedin”)
- D. Hastaya düşüncelerinin işe yarayıp yaramadığının sorulması (“Bu düşüncenin size nasıl bir yararı oluyor? Ona sıkıca sarılmanız baş etmeye çalıştığınız durumu kolaylaştırıyor mu?”, “Düşüncenin size söylediği şeyi yapsanız, bu sizi daha anlamlı ve huzurlu bir hayat yoluna doğru mu götürür yoksa sıkışmış ve ızdıraplı bir hale mi getirir?”),
- E. Hastalara düşünceleri ile birleştiği ve ayrıştığı zamanları farkedip etmediğinin sorulması ( “Şu an için, o düşüncenin ne kadar etkisindedir?”, “Düşüncenin sizi nasıl esir aldığını fark edebiliyor musunuz?”),
- F. Düşüncenin içeriğine kapılmadan sadece düşüncenin fark edilmesinin sağlanması,
- G. Düşüncüyü tutmadan, gelip gitmesine izin verilmesinin sağlanması,
- H. “Akıntıdaki Yapraklar” ya da “Masalcı Dede Metaforu” egzersizinin uygulanması,
- İ. 1 dakika sessizlik ile kapanış.

#### **Alıştırmalar ve Ev Ödevleri**

Eğer isterseniz bazı egzersizler denemenizi isteyeceğim:

- ✚ Gelecek oturuma kadar öncelikle şunu öğrenmek istiyorum, düşüncelerin seni nasıl avlıyor, seni nasıl tuzağa düşürüyor? Bu hangi durumlarda tekrarlanmaktadır? Ne gibi şeyler söylemektedir? Düşünceleriniz tarafından tuzağa düşürüldüğünüzde, farketmenizi “Aha! yine yakalandım” demenizi istiyorum.
- ✚ Stresli olduğunuzda, kaygı hissettiğinizde ya da size ‘sıcak’ gelecek bir düşünce fark ettiğinizde “Akıntıdaki Yapraklar” ya da “Masalcı Dede Metaforu” egzersizini uygulayınız.
- ✚ Son olarak düşüncelerinizin sizi tuzağa düşürmeye çalıştığını farkettiğinizde, bırakın düşünceler işini yapsın fakat siz onalara kendinizi bırakmayınız, düşüncelerin içine girmeyiniz.

#### **4. OTURUM (Kabul)**

##### **Hedef:**

1. Hastaların duygu ve düşüncelerinin hoş ya da acı vermelerinden bağımsız olarak oldukları gibi var olmalarına izin vermek.
2. Hastaların duygu ve düşüncelerine yer açmak ve onlarla mücadele etmesini bırakmasını sağlamak.
3. Hastaların duygu ve düşüncelerinin doğal akışları içerisinde gelip gitmelerine müsaade etmek.
4. Hastalarla kabulün neden gerektiği üzerinde kritik yapmak.
5. Hastaların işlevsel iyileşme düzeylerini arttırmak.

##### **Gündem:**

- A. Bir önceki oturumun özetlenmesi ve gündemin açıklanması,
- B. “Demir Atma” egzersizinin uygulanması,
- C. Alıştırma ve ev ödevlerinin tartışılması,
- D. İstenmeyen kişisel tecrübelerle açık, savunmaya geçmeden ve derinlemesine bir terapötik ilişkinin kurulması (“Orada olmasına izin ver”, “Açık ol ve onun için kendinde bir yer aç”, “olduğu yerde kalmasına izin ver”, “Onunla mücadele etmeyi bırak”, “Onunla barış yap”, Bırak orda olsun”),
- E. Her duygu ve düşüncenin kabulünden ziyade sadece kendi değerlerimize uygun olarak hareket etmemizi sağlıyorsa kabul etmeyi savunmak,
- F. “ Eğer hayatımızı anlamlandıran ve zenginleştiren davranışlarda bulunmamızı sağlamıyorsa, acı verici tecrübelerimiz için bir yer açmanın anlamı yoktur.” Bilgisinin paylaşılması,

- G. Değişimin hemen hemen her zaman kaygıya yol açtığı ve eğer bunun için yer açmak istemiyorsak değişimi gerçekleştirmede zorluk çekebileceğimizin altının çizilmesi,  
H. “Batalıkta Yürüme Metaforu” egzersizinin uygulanması,  
İ. “Gemideki Canavarlar Metaforu”nun kullanılması,  
J. 1 dakika sessizlik ile kapanış.

#### **Alıştırmalar ve Ev Ödevleri**

- ✚ Gelecek oturuma kadar bugün yaptığımız gibi hislerinize yer açma uygulamasını yapınız.
- ✚ Hislerinize mücadele etmeye başladığımız zaman sadece bu egzersizin üzerinden bir kere geçiniz.
- ✚ Son olarak, önümüzdeki hafta boyunca hislerinize mücadele ettiğiniz zamanları ve onlara karşı açık olduğunuz, onlar için yer açtığımız zamanların farkına varınız.

### **5. OTURUM (Şimdi ve Burada Olmak)**

#### **Hedef:**

1. Hastanın anlık deneyimlerine karşı bilinçli farkındalığı arttırarak, davranışı değiştirmek ya da sürdürmekle ilgili önemli bilgileri bir araya getirerek neler olduğunu tam olarak anlatmak.
2. Ruhsal olarak şimdide bulunmak, bilinçlilik, farkındalık ve esnek dikkati sağlamak.
3. İçsel psikolojik dünya ile birlikte dıştaki maddesel dünyaya yönelmiş esnek dikkati sağlamak.
4. Hastalarla anda bulunmanın neden gerektiği üzerinde kritik yaparak işlevselliklerini arttırmak.

#### **Gündem:**

- A. Bir önceki oturumun özetlenmesi ve gündemin açıklanması,
- B. “10 Nefes Alma” egzersizinin uygulanması,
- C. Alıştırma ve ev ödevlerinin tartışılması,
- D. Şimdiki anı sunmak için “Zaman Makinası Metaforu”nun kullanılması,
- E. “Eller ile Kendinelik” egzersizinin uygulanması,
- F. 1 dakika sessizlik ile kapanış.

#### **Alıştırmalar ve Ev Ödevleri**

- ✚ Gelecek oturuma kadar evde ya da dışarıda herhangi bir iş (bulaşık yıkamak, araba sürmek, bahçe işleriyle uğraşmak, duş almak, müzik dinlemek, yürümek, uzanmak vb.) yaparken her gün on ya da yirmi dakika nefes egzersizi uygulayınız.
- ✚ Gün boyunca her fırsat bulduğunuzda (örneğin tv reklam aralarında, market sırasında, trafik ışıklarında) beş-on dakika boyunca kendinde, ağır ve derin nefesler almayı uygulayınız.
- ✚ Soyutlandığınızı, konsantrasyonunuzu kaybetmeye başladığınızı, çıldırmaya başladığınızı hissettiğinizde veya stresli bir ortama girdiğinizde kısa odaklanma tekniklerini uygulayınız.

### **6. OTURUM (Bağlamsal-Gözlemleyen Benlik)**

#### **Hedef:**

1. Hastaların düşünce ve duygulardan bağımsız olup, onları gözlemlemek ve kabul etmek için güvenli ve sabit bir görüş noktası sağlayan bir farkındalık hissi ile bağlantı kurmasını sağlamak.
2. Acıları ne denli büyük olursa olsun bireylere içlerinde acılarının zarar veremeyeceği ‘bir alan’ saptandığını tecrübe ettirerek acılarından kaçmalarını durdurma konusunda rehberlik etmek.
3. Hastalarla gözlemleyen benliğin neden gerektiği üzerinde kritik yaparak işlevselliklerini arttırmak.

#### **Gündem:**

- A. Bir önceki oturumun özetlenmesi ve gündemin açıklanması,
- B. “10 Nefes Alma” egzersizinin uygulanması,

- C. Alıştırma ve ev ödevlerinin tartışılması,
- D. “Gökyüzü ve Hava Durumu Metaforu”nun sunulması,
- E. “Satranç Tahtası Metaforu”nun sunulması,
- F. “Düşünmenizi İzleyin” yaşantısal egzersizinin uygulanması,
- G. Bir dakikalık sessizlik ile kapanış.

#### **Alıştırmalar ve Ev Ödevleri**

- ✚ “10 Nefes Alma” egzersizine devam ederken, kendinize şu yönergeyi ekleyiniz: “Şu andan itibaren, bu egzersizleri yaparken, zaman zaman bunları farkedenin kim olduğuna dikkat etmelisin.”
- ✚ Aynı şekilde diğer egzersizleri de yaparken özellikle bu egzersizleri gözlemleyen benliğe yönelik yapınız.

### **7. OTURUM (Değerler ve Değer Odaklı Eylemler)**

#### **Hedef:**

1. Hastaların işlevsel iyileşme düzeyini geliştirmek.
2. Hastaların değerlerini netleştirmek, değerlendirmek ve değerleri ile bağlantılarını arttırmaya çalışmak.
3. Hastaların değerlerini davranışları için rehber olacak şekilde kullanmasını sağlamak.
4. Hastaların değerlerini süregiden ve gelişmeye açık eylem biçimlerine dönüştürmek.
5. Hastalarla değer odaklı eylemlerin neden gerektiği üzerinde kritik yaparak işlevselliklerini arttırmak.

#### **Gündem:**

- A. Bir önceki oturumun özetlenmesi ve gündemin açıklanması,
- B. “10 Nefes Alma” egzersizinin uygulanması,
- C. “İki Dağ Metaforu”nun hastalarla paylaşılması,
- D. Değerlerin tanıtılması (Değerler ve hedefler arasındaki fark),
- E. “Arabadaki İki Çocuk Metaforu” nun hastalarla paylaşılması,
- F. “Pusula Metaforu” nun hastalarla paylaşılması,
- G. “Demir Atma” egzersizinin uygulanması,
- H. Değerler doğrultusunda yaşamın önündeki engelleri aşmak için **DARE**'nin kullanılması,
  - D:** (*Defusion*) Ayrışma
  - A:** (*Acceptance of discomfort*) Rahatsızlığı kabul etme,
  - R:** (*Realistic goals*) Gerçekçi hedefler,
  - E:** (*Embracing values*) Değerleri kucaklama.
- İ. 1 dakika sessizlik ile kapanış.

#### **Alıştırmalar ve Ev Ödevleri**

- ✚ Öncelikle nefes alma egzersizini uygulayınız.
- ✚ Gelecek oturuma kadar şu iki alıştırmayı yapınız: (a) Kendi değerlerinizle hareket ettiğiniz anları fark edin. (b) Böyle davranmak neye benziyor ve neyi değiştiriyor?

### **8. OTURUM (Sonuçlandırma)**

#### **Hedef:**

1. Motivasyonel Görüşme Destekli Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Grup Danışmanlığı Programını değerlendirmek.
2. Son test verilerini toplamak.
3. Motivasyonel Görüşme Destekli Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Grup Danışmanlığı Programı içerisinde öğrenilen egzersiz tekniklerini hastaların günlük hayatta devam ettirebilmesini sağlamak.

#### **Gündem:**

- A. Gündemin açıklanması,
- B. Hastalar tarafından Motivasyonel Görüşme Destekli Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Grup Danışmanlığı Programının değerlendirilmesi,
- C. “10 Nefes Alma” egzersizinin uygulanması,



- D. Hastalar ile Motivasyonel Görüşme Destekli Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Grup Danışmanlığı Programı içerisinde öğrenilen egzersiz tekniklerinin günlük hayatta nasıl devam ettirilebileceğinin tartışılması,
- E. Son test verilerinin toplanması,
- F. 1 dakika sessizlik ile kapanış.

### 3.9. Araştırmanın Değişkenleri

**Bağımlı Değişken:** Şizofreni tanılı bireylerin işlevsel iyileşme ve motivasyon düzeyleridir.

**Bağımsız Değişken:** MG destekli KKT temelli grup danışmanlığı programıdır.

**Kontrol Değişkenleri:** Hastanın yaşı, cinsiyet, medeni durumu, çocuk varlığı, birlikte yaşadığı kişiler, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu, son bir yılda yatış sayısı, hastalık süresi ve ilaç kullanma süresidir.

**Tablo 3.2.** Deney ve Kontrol Gruplarının Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Kontrol Grubu (n=51)		Deney Grubu (n=36)		X <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%		
<b>Yaş</b>						
22-39 yaş	13	25.5	12	33.3	0.715	0.699*
40-48 yaş	22	43.1	13	36.1		
49 ve üzeri yaş	16	31.4	11	30.6		
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	9	17.6	12	33.3	2.836	0.092*
Erkek	42	82.4	24	66.7		
<b>Medeni Durum</b>						
Evli	11	21.6	8	22.2	0.005	0.942*
Bekar	40	78.4	28	77.8		
<b>Çocuk Varlığı</b>						
Var	13	25.5	7	19.4	0.436	0.509*
Yok	38	74.5	29	80.6		
<b>Birlikte Yaşadığı Kişiler</b>						
Yalnız	8	15.7	5	13.9	2.198	0.333*
Aile	28	54.9	25	69.4		
Bir Yakını ile	15	29.4	6	16.7		

<b>Eğitim Durumu</b>						
İlkokul	9	17.6	6	16.7		
Ortaokul	20	39.2	13	36.1	0.144	0.931*
Lise	22	43.2	17	47.2		
<b>Çalışma Durumu</b>						
Çalışıyor	3	5.9	1	2.8	0.464	0.639**
Çalışmıyor	48	94.1	35	97.2		
<b>Ekonomik Durumunu</b>						
<b>Nasıl Algıladığı</b>						
Düşük	15	29.4	8	22.2	.561	0.454*
Orta	36	70.6	28	77.8		
<b>Hastalık Süresi (Yıl)</b>						
1-11	12	23.5	10	27.8		
12-19	22	43.2	12	33.3	0.852	0.653*
20 ve üzeri	17	33.3	14	38.9		
<b>Son Bir Yılda Yatış Sayısı</b>						
Hiç Yatmamış	26	51.0	21	58.3		
1 ve 2 kez	10	19.6	8	22.2	1.110	0.574*
3 ve üzeri	15	29.4	7	19.4		
<b>İlaç Kullanma Süresi (Yıl)</b>						
1-7	13	25.5	4	12.5		
8-18	23	45.1	16	50.0	2.116	0.347*
19 ve üzeri	15	29.4	12	37.5		

\* Ki kare testi kullanıldı.

\*\* Fisher'in kesin testi (Fishers Exact Test) kullanıldı.

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylerin tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 3.2.'de görülmektedir. Deney ve kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, birlikte yaşadığı kişiler, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumunu nasıl algıladığı, hastalık süresi, son bir yılda yatış sayısı ve ilaç kullanma süresi gibi tanıtıcı özellikler açısından istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmadığı ve her iki grubun benzer olduğu belirlendi ( $p>0.05$ ) (Tablo 3.2).

### **3.10. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi**

Bu araştırmada nitel ve nicel verilerin birleştirilmesinde verilerin gömülmesi şeklinde bir birleştirme yapıldı. Bu durumda birleştirme nitel verileri deneysel uygulamanın içine dahil etmeyi kapsamaktadır. Gömülü deneysel araştırmalarda nicel bir strateji olan deney çerçevesinde nitel yaklaşım kullanılarak nicel yaklaşımla ulaşılmayacak veriye ulaşmaya çalışılır. Verilerin gömülmesi, bir deneysel araştırmaya nitel veri ekleyerek, nicel bir veriyi desteklemek için kullanılan bir yöntem olduğu için tercih edildi. Ayrıca bu şekilde gömerek birleştirme, müdahale deseninde sıkça tercih edilmektedir (133). Bu araştırmada nicel veri toplama yöntemleri kullanılarak bir müdahalenin etkisi ölçülürken, nitel veri toplama yöntemleri kullanılarak deney grubunun müdahale hakkındaki görüşleri belirlendi. Gömülü tasarımlar kullanılarak araştırma alanının genişletilmesi ve fenomenin farklı noktalarının incelenmesi hedeflendi.

#### **Nicel verilerin analizi**

Araştırmanın nicel verilerinin istatistiksel analizi SPSS (Statistical Package for Social Science) 22 paket programı kullanılarak gerçekleştirildi. Normal dağılıma uygunluk; Shapiro-Wilks ve Kolmogrov-Smirnov testlerinin yanı sıra histogram, P-P grafiği, Q-Q grafiği, çarpıklık ve basıklığın değerlendirilmesi ile incelendi. Analizler sonucunda normal dağılım gösterdiği anlaşılan veriler “ortalama  $\pm$  standart sapma” şeklinde sunuldu. Önemlilik düzeyi  $p < 0.05$  olarak değerlendirildi. Araştırmaya ait etki büyüklükleri Cohen'in (Cohen'in  $d$ 'si) genel kuralına göre yorumlandı ve grup ortalamalarına göre hesaplandı. Tüm etki büyüklükleri, girişim öncesi ve girişim sonrası değişim puanlarına dayanmaktadır. Etki büyüklüklerinin değerlendirmesi şu şekildedir: 0.20-0.49 arası küçük etki; 0.50-0.79 arası orta etki; 0.8 ve üstü ise büyük etki büyüklüğünü göstermektedir (144).

#### **Nitel verilerin analizi**

Araştırmanın nitel verilerinin analizinde, derinlemesine ve odak grup görüşmesi yöntemiyle elde edilen verilerin ham dökümü yapıldıktan sonra hemşirelik alanında iki öğretim üyesinden uzman görüşleri alınarak içerik analizi yapıldı. İçerik analizinde kodlar ve kategoriler (temalar) tümevarımsal bir yöntem aracılığıyla ham verilerden elde edildi (145). Şizofreni tanılı bireylerden elde edilen nitel veriler kelimesi kelimesine Microsoft Word programına aktarılarak, araştırmanın amacına yönelik içeriğin çözümlenmesi bağlamında temalandırıldı ve alt başlıklar altında toplandı. Nitel verilerin güvenilirliği arttırmak için şizofreni tanılı bireylerin ifadelerinden doğrudan alıntılar

sunuldu (146, 147). Nitel veri analizinin güvenilirliğini ve titizliğini sağlamak için verilerin uzun süreli değerlendirilmesi, akran ve uzman kontrolü anahtar stratejiler olarak kullanıldı (148).

**Tablo 3.3.** Araştırma Verilerinin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Değişkenler	Kullanılan İstatistik Yöntem
✓ Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre değerlendirmesi	➤ Yüzdeler, ortalama ve standart sapma
✓ Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması	➤ Ki- kare
✓ Deney ve kontrol gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması	➤ Bağımsız gruplarda t testi
✓ Deney ve kontrol gruplarının kendi içinde puan ortalamalarının karşılaştırılması	➤ Bağımlı gruplarda t testi
✓ Deney ve kontrol grubuna ait etki büyüklüklerinin hesaplanması	➤ “Cohen d” değeri

### 3.11. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya insan olgusunun dahil olması bireysel hakların korunmasını gerekli kıldığından “**Bilgilendirilmiş Onam**” (EK-8) koşulu etik ilke olarak yerine getirildi. Araştırmaya katılan hasta birey, yakını (vasisi) ve bir tanıktan yazılı ve sözlü onam alındı. Ayrıca görüşmelerde hastalardan, seslerinin bir kayıt cihazı eşliğinde kaydedileceğine dair yazılı ve sözlü izin de alındı. Araştırma katılan hastalardan veriler toplamaya başlamadan önce hastalara araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek “**Özerklik**” ilkesi, araştırma yayınlansa bile ismini ve kimlik bilgilerini kesinlikle gizli tutulacağı ve 3. bir şahısa verilmeyeceği söylenerek “**Gizliliğin Korunması**” etik ilkesine uyulmasına özen gösterildi. Araştırma için İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurul’ndan onay alındı (EK-9). Ayrıca araştırmanın Malatya (EK-10) ve Elazığ (EK-11) TRSM’lerinde yapılabilmesi için kurumlardan yazılı izin alındı. Araştırmada deney ve kontrol grubuna son test uygulandıktan sonra kontrol grubunda yer alan bireylere de istekleri doğrultusunda grup danışmanlığı uygulaması yapıldı.

### 3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmada son test ölçümünün sadece bir kez yapılarak, izlemin yapılmaması çalışmanın sınırlılıklarındandır ayrıca bu araştırmanın bulgularından elde edilen sonuçlar sadece çalışma grubuna genellenebilir.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde şizofreni tanılı bireylere verilen KKT temelli ve motivasyonel görüşme destekli danışmanlığın hastaların işlevsel iyileşme ve motivasyonları üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular sunuldu. Araştırmada nicel ve nitel veriler saptandığından bulguların raporlanması; “Nicel veriler ile ilgili bulgular”, “Nitel veriler ile ilgili bulgular” şeklinde iki ana başlıkta ele alındı. Bu sayede okuyucunun bulguları daha rahat gözden geçirebilmesi amaçlandı.

### 4.1. Nicel Veriler ile İlgili Bulgular

Araştırmanın nicel bulguları tablolar şeklinde sunuldu.

**Tablo 4.1.** Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Kontrol Grubu (n=51)		Deney Grubu (n=36)	
	n	%	n	%
<b>Yaş</b>				
22-39 yaş	13	25.5	12	33.3
40-48 yaş	22	43.1	13	36.1
49 ve üzeri yaş	16	31.4	11	30.6
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	9	17.6	12	33.3
Erkek	42	82.4	24	66.7
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	11	21.6	8	22.2
Bekar	40	78.4	28	77.8
<b>Çocuk Varlığı</b>				
Var	13	25.5	7	19.4
Yok	38	74.5	29	80.6
<b>Birlikte Yaşadığı Kişiler</b>				
Yalnız	8	15.7	5	13.9
Aile	28	54.9	25	69.4
Bir Yakını ile	15	29.4	6	16.7

<b>Eğitim Durumu</b>				
İlkokul	9	17.6	6	16.7
Ortaokul	20	39.2	13	36.1
Lise	22	43.2	17	47.2
<b>Çalışma Durumu</b>				
Çalışıyor	3	5.9	1	2.8
Çalışmıyor	48	94.1	35	97.2
<b>Ekonomik Durumunu Nasıl Algıladığı</b>				
Düşük	15	29.4	8	22.2
Orta	36	70.6	28	77.8
<b>Hastalık Süresi (Yıl)</b>				
1-11	12	23.5	10	27.8
12-19	22	43.2	12	33.3
20 ve üzeri	17	33.3	14	38.9
<b>Son Bir Yılda Yatış Sayısı</b>				
Hiç Yatmamış	26	51.0	21	58.3
1 ve 2 kez	10	19.6	8	22.2
3 ve üzeri	15	29.4	7	19.4
<b>İlaç Kullanma Süresi (Yıl)</b>				
1-7	13	25.5	4	12.5
8-18	23	45.1	16	50.0
19 ve üzeri	15	29.4	12	37.5

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubuna alınan şizofreni tanılı bireylerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1’de belirtildi. Kontrol grubundaki hastaların %43.1’inin 40 ile 48 yaşları arasında olduğu, %82.4’ünün erkek, %78.4’ünün bekar, %25.5’inin çocuğunun olduğu, %54.9’unun ailesiyle birlikte yaşadığı ve %43.1’inin lise mezunu olduğu belirlendi. Hastaların %94.1’inin çalışmadığı, %70.6’sının ekonomik durumunu orta seviyede algıladığı ve %43.1’inin 12-19 yıldır şizofreni öyküsüne sahip olduğu tespit edildi. Ayrıca hastaların %51’inin son bir yılda hastaneye hiç yatmadığı ve %45.1’inin 8-18 yıldır ilaç kullandığı saptandı.

Deney grubundaki hastaların %36.1’inin 40 ile 48 yaşları arasında olduğu, %66.7’sinin erkek, %77.8’inin bekar, %80.6’sının çocuğunun olmadığı, %69.4’ünün ailesiyle birlikte yaşadığı saptandı. Hastaların %47.2’sinin lise mezunu olduğu, %97.2’sinin çalışmadığı, %77.8’inin ekonomik durumunu orta seviyede algıladığı, %38.9’unun 20 yıl ve üzerinde şizofreni öyküsüne sahip olduğu belirlendi. Ayrıca

hastaların %58.3'ünün son bir yılda hastaneye hiç yatmadığı ve %50'sinin 8-18 yıldır ilaç kullandığı tespit edildi (Tablo 4.1).

**Tablo 4.2.** Kontrol Grubunda Yer Alan Bireylerin ŞİLÖ Toplam ve Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kontrol Grubu	Ön Test	Son Test	Test ve Önemlilik*
	(n=51) $\bar{X} \pm SS$	(n=51) $\bar{X} \pm SS$	
Sosyal İşlevsellik	10.80±2.22	12.07±1.78	t = -10.15, p= 0.001
Sağlık ve Tedavi	7.60±1.87	8.52±1.75	t = -24.23, p= 0.001
Günlük Yaşam Becerileri	11.92±2.17	12.76±2.14	t = -16.39, p= 0.001
Mesleki İşlevsellik	5.01±2.24	5.33±1.92	t = -4.78, p= 0.001
ŞİLÖ Toplam	35.35±6.58	38.70±5.72	t = -18.73, p= 0.001

\* Bağımlı Gruplarda t Testi

Bu araştırmaya dahil edilen kontrol grubunda yer alan bireylerin ŞİLÖ toplam ve alt boyutları ön test ve son test puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.2'de sunuldu. Kontrol grubunda yer alan bireylerin ŞİLÖ ön test son test puan ortalamaları incelendiğinde; “Sosyal İşlevsellik” alt boyutu ön test puanının 10.80±2.22'dan, 12.07±1.78'e yükseldiği ve ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı (p=0.001). “Sağlık ve Tedavi” alt boyutu ön test puanının 7.60±1.87'dan 8.52±1.75'e yükseldiği ve ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edildi (p=0.001). “Günlük Yaşam Becerileri” alt boyutu ön test puanının 11.92±2.17'den 12.76±2.14'e yükseldiği ve ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı (p=0.001). “Mesleki İşlevsellik” alt boyutu ön test puanının 5.01±2.24'den 5.33±1.92'e yükseldiği ve ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi (p=0.001). ŞİLÖ toplam ön test puanının 35.35±6.58'den

38.70±5.72'e yükseldiği ve ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı (p=0.001) (Tablo 4.2).

**Tablo 4.3.** Deney Grubunda Yer Alan Bireylerin ŞİLÖ Toplam ve Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Deney Grubu	Ön Test	Son Test	Test ve Önemlilik*
	(n=36)	(n=36)	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Sosyal İşlevsellik	8.72±2.30	12.61±2.69	t = -9.49, p= 0.001
Sağlık ve Tedavi	5.91±1.53	10.05±2.75	t = -8.74, p= 0.001
Günlük Yaşam Becerileri	10.41±1.94	17.33±2.11	t = -38.46, p= 0.001
Mesleki İşlevsellik	3.75±1.02	5.86±0.76	t = -31.79, p= 0.001
ŞİLÖ Toplam	28.80±5.57	45.86±6.48	t = -21.76, p= 0.001

\* Bağımlı Gruplarda t Testi

Araştırma dahil edilen deney grubunda yer alan bireylerin ŞİLÖ toplam ve alt boyutları ön test ve son test puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.3'de sunuldu. Deney grubundaki hastaların ŞİLÖ ön test son test puan ortalamaları incelendiğinde; "Sosyal İşlevsellik" alt boyutu ön test puanının 8.72±2.30'dan, 12.61±2.69'a yükseldiği ve ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı (p=0.001). "Sağlık ve Tedavi" alt boyutu ön test puanının 5.91±1.53'dan 10.05±2.75'e yükseldiği ve ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edildi (p=0.001). "Günlük Yaşam Becerileri" alt boyutu ön test puanının 10.41±1.94'den 17.33±2.11'e yükseldiği ve ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı (p=0.001). "Mesleki İşlevsellik" alt boyutu ön test puanının 3.75±1.02'den 5.86±0.76'e yükseldiği ve ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi (p=0.001). ŞİLÖ toplam ön test puanının 28.80±5.57'den 45.86±6.48'e yükseldiği ve ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı (p=0.001) (Tablo 4.3).



**Tablo 4.4.** Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Bireylerin ŞİLÖ Toplam ve Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

ŞİLÖ ve Alt Boyutları	Ölçeğin Uygulama Zamanları	Kontrol	Deney	Test ve Önemlilik*
		Grubu (n=51)	Grubu (n=36)	
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Sosyal İşlevsellik	Ön Test	10.80±2.22	8.72±2.30	t = 4.23, p= 0.001
	Son Test	12.07±1.78	12.61±2.69	t = -1.03, p= 0.305
Sağlık ve Tedavi	Ön Test	7.60±1.87	5.91±1.53	t = 4.45, p= 0.001
	Son Test	8.52±1.75	10.05±2.75	t = -2.92, p= 0.005
Günlük Yaşam Becerileri	Ön Test	11.92±2.17	10.41±1.94	t = 3.32, p= 0.001
	Son Test	12.76±2.14	17.33±2.11	t = -9.85, p= 0.001
Mesleki İşlevsellik	Ön Test	5.01±2.24	3.75±1.02	t = 3.54, p= 0.001
	Son Test	5.33±1.92	5.86±0.76	t = -1.77, p= 0.081
ŞİLÖ Toplam	Ön Test	35.35±6.58	28.80±5.57	t = 4.86, p= 0.001
	Son Test	38.70±5.72	45.86±6.48	t = -5.43, p= 0.001

\*Bağımsız Gruplarda t Testi

Bu araştırmaya dahil edilen deney ve kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylerin ŞİLÖ toplam ve alt boyutları ön test ve son test puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4’de sunuldu. ŞİLÖ alt boyutlarına göre ön test puan ortalamaları incelendiğinde; “Sosyal İşlevsellik” alt boyutu deney grubunda yer alan bireylerde 8.72±2.30, kontrol grubunda yer alan bireylerde 10.80±2.22 olarak belirlendi. Deney ve kontrol grubunda yer alan bireylerin “Sosyal İşlevsellik” alt boyutu ön test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edildi (p=0.001). “Sağlık ve Tedavi” alt boyutu ön test puan ortalamaları deney grubunda yer alan bireylerde 5.91±1.53, kontrol grubunda yer alan bireylerde 7.60±1.87 olarak belirlendi. Deney ve kontrol grubunda yer

alan bireylerin “Sağlık ve Tedavi” alt boyutu ön test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ( $p=0.001$ ). “Günlük Yaşam Becerileri” alt boyutu ön test puan ortalamaları deney grubunda yer alan bireylerde  $10.41\pm 1.94$ , kontrol grubundaki bireylerde  $11.92\pm 2.17$  olarak saptandı. Deney ve kontrol grubunda yer alan bireylerin “Günlük Yaşam Becerileri” alt boyutu ön test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ( $p=0.001$ ). “Mesleki İşlevsellik” alt boyutu ön test puan ortalamaları deney grubunda yer alan bireylerde  $3.75\pm 1.02$ , kontrol grubunda yer alan bireylerde  $5.01\pm 2.24$  olarak belirlendi. Deney ve kontrol grubunda yer alan bireylerin “Mesleki İşlevsellik” alt boyutu ön test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edildi ( $p=0.001$ ). ŞİLÖ toplam ön test puan ortalamaları deney grubunda yer alan bireylerde  $28.80\pm 5.57$ , kontrol grubunda yer alan bireylerde  $35.35\pm 6.58$  olarak tespit edildi. Deney ve Kontrol grubunda yer alan bireylerin ŞİLÖ toplam ön test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ( $p=0.001$ ).

ŞİLÖ alt boyutlarına göre son test puan ortalamaları incelendiğinde; “Sosyal İşlevsellik” alt boyutu deney grubunda yer alan bireylerde  $12.61\pm 2.69$ , kontrol grubunda yer alan bireylerde  $12.07\pm 1.78$  olarak tespit edildi. Deney ve kontrol grubunda yer alan bireylerin “Sosyal İşlevsellik” alt boyutu son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptandı ( $p=0.305$ ). “Sağlık ve Tedavi” alt boyutu son test puan ortalamaları deney grubunda yer alan bireylerde  $10.05\pm 2.75$ , kontrol grubunda yer alan bireylerde  $8.52\pm 1.75$  olarak belirlendi. Deney ve kontrol grubunda yer alan bireylerin “Sağlık ve Tedavi” alt boyutu son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edildi ( $p=0.005$ ). “Günlük Yaşam Becerileri” alt boyutu son test puan ortalamaları deney grubunda yer alan bireylerde  $17.33\pm 2.11$ , kontrol grubunda yer alan bireylerde  $12.76\pm 2.14$  olarak saptandı. Deney ve kontrol grubunda yer alan bireylerin “Günlük Yaşam Becerileri” alt boyutu son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edildi ( $p=0.001$ ). “Mesleki İşlevsellik” alt boyutu son test puan ortalamaları deney grubunda yer alan bireylerde  $5.86\pm 0.76$ , kontrol grubunda yer alan bireylerde  $5.33\pm 1.92$  olarak belirlendi. Deney ve kontrol grubunda yer alan bireylerin “Mesleki İşlevsellik” alt boyutu son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptandı ( $p=0.081$ ). ŞİLÖ toplam son test puan ortalamaları deney grubunda yer alan bireylerde  $45.86\pm 6.48$ , kontrol grubunda yer alan bireylerde  $38.70\pm 5.72$  olarak tespit edildi. Deney ve kontrol

grubunda yer alan bireylerin ŞİLÖ toplam son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi (p=0.001) (Tablo 4.4).

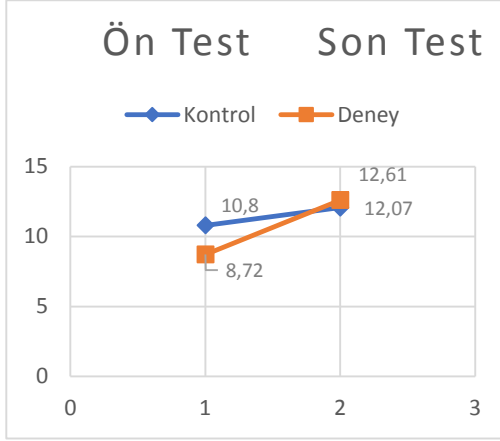
**Tablo 4.5.** Deney ve Kontrol Grubuna Ait Etki Büyüklükleri

ŞİLÖ ve Alt Boyutları	Ölçeğin Uygulama Zamanları	Kontrol Grubu (n=51)		Deney Grubu (n=36)	
		$\bar{X} \pm SS$	Cohen d*	$\bar{X} \pm SS$	Cohen d*
Sosyal İşlevsellik	Ön Test	10.80±2.22	0.63	8.72±2.30	1.55
	Son Test	12.07±1.78		12.61±2.69	
Sağlık ve Tedavi	Ön Test	7.60±1.87	0.50	5.91±1.53	1.86
	Son Test	8.52±1.75		10.05±2.75	
Günlük Yaşam Becerileri	Ön Test	11.92±2.17	0.38	10.41±1.94	3.41
	Son Test	12.76±2.14		17.33±2.11	
Mesleki İşlevsellik	Ön Test	5.01±2.24	0.15	3.75±1.02	2.34
	Son Test	5.33±1.92		5.86±0.76	
ŞİLÖ Toplam	Ön Test	35.35±6.58	0.54	28.80±5.57	2.82
	Son Test	38.70±5.72		45.86±6.48	

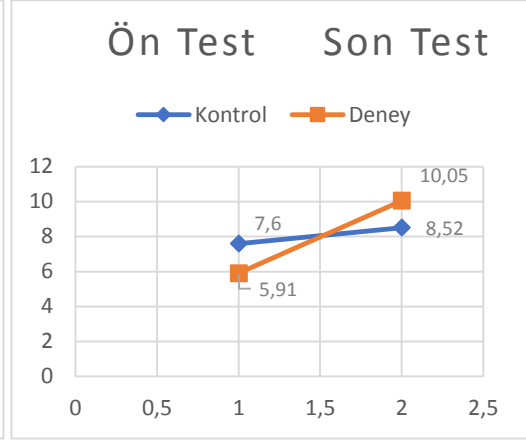
\* Etki büyüklükleri Cohen'in genel kuralına göre yorumlandı ve grup ortalamalarına göre hesaplandı. Tüm etki büyüklükleri, tedavi öncesi değişim puanlarına dayanmaktadır. Değerlendirme şu şekildedir: 0.20-0.49 arası küçük etki, 0.50-0.79 arası orta etki, 0.8 ve üstü ise büyük etki büyüklüğünü göstermektedir.

Bu araştırmaya dahil edilen deney ve kontrol grubuna ait etki büyüklükleri Tablo 4.5'de sunuldu. ŞİLÖ alt boyutlarına göre deney ve kontrol grubunun etki büyüklükleri incelendiğinde; deney grubu "Sosyal İşlevsellik" alt boyutunda büyük bir etki büyüklüğüne (Cohen d: 1.55) sahipken, kontrol grubu orta etki büyüklüğünü (Cohen d: 0.63) elde etti. Deney grubu "Sağlık ve Tedavi" alt boyutunda büyük bir etki büyüklüğüne (Cohen d: 1.86) sahipken, kontrol grubu orta etki büyüklüğüne (Cohen d: 0.50) sahipti. Deney grubu "Günlük Yaşam Becerileri" alt boyutunda büyük bir etki büyüklüğüne (Cohen d: 3.41) sahipken, kontrol grubu küçük etki büyüklüğünü (Cohen d: 0.38) elde etti. Deney grubu "Mesleki İşlevsellik" alt boyutunda büyük bir etki büyüklüğüne (Cohen d: 2.34) sahipken, kontrol grubu küçük etki büyüklüğüne (Cohen d: 0.15) sahipti. Deney grubu ŞİLÖ toplam puanında büyük bir etki büyüklüğüne (Cohen d: 2.82) sahipken, kontrol grubu orta etki büyüklüğünü (Cohen d: 0.54) elde etti (Tablo 4.5).

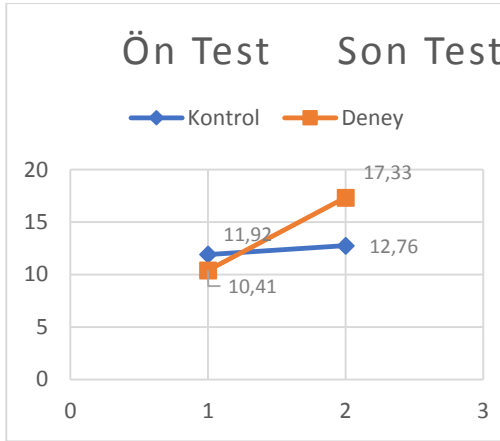
### Sosyal İşlevsellik Alt Boyutu



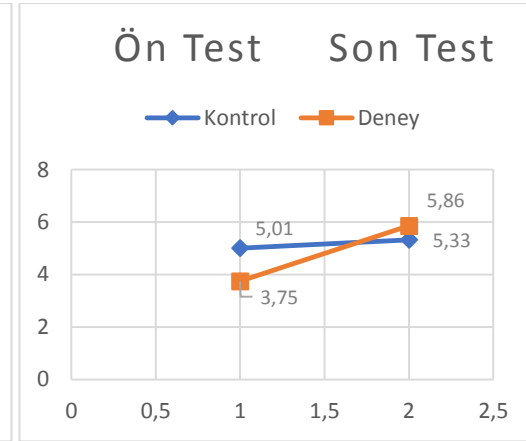
### Sağlık ve Tedavi Alt Boyutu



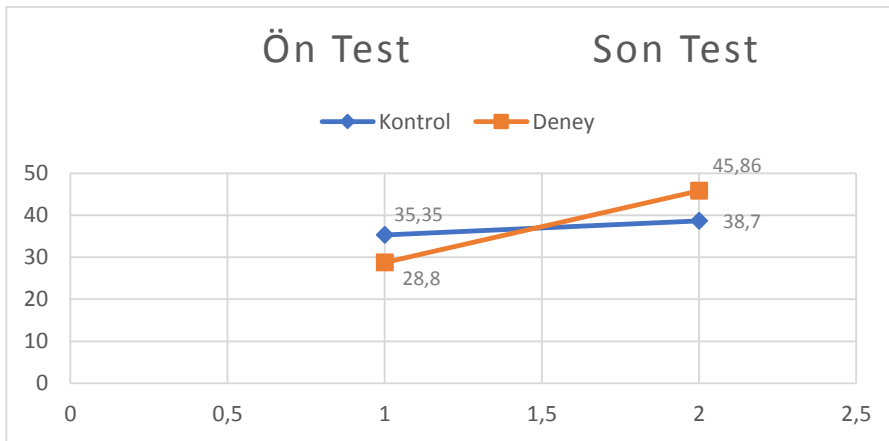
### Günlük Yaşam Becerileri Alt Boyutu



### Mesleki İşlevsellik Alt Boyutu



### ŞİLÖ Toplam



Şekil 4.1. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Ön Test ve Son Test ŞİLÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılım Grafikleri

## 4.2. Nitel Veriler ile İlgili Bulgular

Nitel veriler, deney ve kontrol gruplarındaki şizofreni tanımlı bireyler ile ayrı ayrı yapılan odak grup görüşmeleri yolu ile elde edildi. Bu araştırmada şizofreni tanımlı bireylerin ilaç tedavisine uyumlarını motive eden 3 ana tema ve 10 kategori geliştirildi. Bunlar: (1) antipsikotik tedavisinin olumlu tarafları; (2) antipsikotik tedavisinin olumsuz tarafları ve (3) bilinçli tedavi motivasyonudur. Bu araştırmada geliştirilen ana temalar ve kategoriler Tablo 4.6’da sunuldu.

**Tablo 4.6.** Bu Araştırmada Geliştirilen Kategoriler ve Ana Temalar

Ana Temalar	Kategoriler
1. Antipsikotik İlaç Tedavisinin Olumlu Tarafları	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Semptom İyileşmesi</li><li>✓ Nüks Önleme</li><li>✓ Normal Bir Yaşam Sürmek</li></ul>
2. Antipsikotik İlaç Tedavisinin Olumsuz Tarafları	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ İlaç Yan Etkileri</li><li>✓ İlaç Kullanımının Sürekli Olması</li><li>✓ Kararsızlık</li></ul>
3. Bilinçli Tedavi Motivasyonu	<p><u>Deney Grubu</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Günlük Yaşam Aktivitelerine ve Sosyal İlişkilere Katılabilmek</li><li>✓ Hastalığı Kabul</li><li>✓ Yan Etkilere Rağmen Yaşamdan Memnuniyet</li><li>✓ Değer Odaklı Yaşam Sürmek</li></ul>

### 4.2.1. Ana Tema: Antipsikotik İlaç Tedavisinin Olumlu Tarafları

Hem deney grubuna hem de kontrol grubuna katılan hastaların büyük bir kısmı düzenli antipsikotik ilaç tedavisinin, hastalığın iyileşmesi adına çeşitli faydaları olduğunu belirtti. Bu tema “Semptom İyileşmesi”; “Nüks Önleme” ve “Normal Bir Yaşam Sürmek” olmak üzere 3 kategoriden oluşuyordu.

#### 4.2.1.1. Semptom İyileşmesi

Katılımcılar, hastalık semptomlarında görülen iyileşmenin antipsikotik ilaç tedavisini sürdürme motivasyonlarına katkıda bulunduğunu belirtmişlerdir. Bu kategori çerçevesinde hastaların bazı ifadeleri ise şöyledir:

*“İlaçları kullandığımda beni neşeli ve keyifli yapıyor. Örneğin benim korkularım vardı ama kullandığım ilaçlar beni rahatlattı (D-36, Kadın)”*

*“İlaçlar uykumuzu düzeltiyor, bu sayede gece uykumuzu rahat aldığımız için gündüz enerjimiz yerinde olabiliyor. Ben her gece seroquel kullanıyorum, o olmadan uyuyamıyorum (K-9, Erkek).”*

#### **4.2.1.2. Nüks Önleme**

Bazı katılımcılar, düzenli ilaç kullanımının hastaneye yatışlarını önleyeceğini ifade etmişlerdir. Bir hastanın şöyle bir ifadesi vardı:

*“İlaçları kullanırsak hastaneye yatmaktan kurtuluruz. Ayrıca ilacı reddeden kişiler aşırı duygu yoğunluğu yaşayabilir ve cinnet getirebilirler. Bu durumda insanlar ya kendilerine ya da çevresindeki kişilere zarar verebilirler. Aslında şiddet yanlısı bir insan değilim ama ilaçlarımı kullanmazsam belkide intihar edebilirim. İlaçların dezavantajı yok denecek kadar az diye düşünüyorum (K-18, Kadın).”*

Bir başka hasta ise şu şekilde ifade etmiştir:

*“İlaçları kullanmazsak hastalık başa döner ve hastalığımız şiddetlenir, olur olmadık şeylere sinirleniriz... yeniden hasta oluruz (D-6, Erkek).”*

#### **4.2.1.3. Normal Bir Yaşam Sürmek**

Bazı hastalar, düzenli ilaç kullanma motivasyonuna sahip olmanın ruhsal olarak iyi kalabilmeyi, topluma uyum sağlayabilmeyi ve normal bir yaşam sürdürebilmeyi teşvik eden unsurların başında geldiğini belirtmiştir. Bir katılımcının bu durum ile ilgili ifadeleri şöyledir:

*“Yaklaşık 18 yıldır kullandığım ilaçlar ile ilgili herhangi bir yan etki yaşamadım ama bazen ya bu ilaçlar bana fayda sağlamazsa diye tedirgin oluyorum. İlaçların bana faydalarını şöyle sıralayabilirim: Topluma uyum sağlayabiliyorum ve sosyalleşiyorum; insanlarla ilişkilerim iyi oluyor. İlaçları kullanmazsam içime kapanıyorum, kimseyle konuşamıyorum, işime devam edemiyorum (K-7, Erkek).”*

#### 4.2.2. Ana Tema: Antipsikotik İlaç Tedavisinin Olumsuz Tarafları

Hem deney grubuna hem de kontrol grubuna katılan hastaların büyük bir kısmı düzenli antipsikotik ilaç tedavisinin o kadar da iyi olmayan tarafları olduğunu belirtti. Bu tema “İlaç Yan Etkileri”; “İlaç Kullanımının Sürekli Olması” ve “Kararsızlık” olmak üzere toplamda 3 kategoriden oluşuyordu.

##### 4.2.2.1. İlaç Yan Etkileri

Şizofreni tanılı bireylerin çoğu ilaçların baş ağrısı, baş dönmesi, hipertansiyon, cinsel sorunlar, halsizlik, huzursuzluk, kabızlık, yorgunluk, unutkanlık, ağız kuruluğu, kilo alımı, mide bulantısı, kasılmalar ve ağızda acı tad bırakma gibi istenmeyen etkilerinden şikayetçi oldular. Nitekim, bu olumsuz etkilerin tedavi motivasyonlarını ve sosyal hayata entegre olmalarını da olumsuz etkilediğini ifade ettiler. Bu konu ile ilgili bazı hastaların algıları ise şöyledir:

*“İlaçları bazen kullanmak istemiyorum. İlacı kullanıp kullanmama konusunda arada kalıyorum. Çünkü ilaçlar uyuşturuyor, halsizlik yapıyor. Ama mecbur kullanıyorum (D-12, Erkek).”*

*“İlaçları kullandıktan sonra baş dönmesi, mide yanması, ağız kuruluğu, halsizlik yapması bizi hayattan koparıyor. Mesela artık eskisi gibi gidip bir işte çalışmıyoruz (D-25, Erkek).”*

*“İlaçlar benim iştahımı arttırıyor ve bende aşırı kilo yapıyor bu yüzden ilaçları bıraktığım da oldu. Ama bu seferde sinirlilik yaptı (D-7, Erkek).”*

*“İlaçlar bazen tansiyonumu yükseltiyor. Baş dönmesi, halsizlik ve bayılmalarım oldu... Bu etkiler bazen o kadar şiddetli oldu ki ambulans çağırmak zorunda kaldım. Bu yüzden ilaçlarımı değiştirmek istedim (K-9, Erkek).”*

*“İlaçlarımı değiştirmek istedim çünkü sabah kalktığımda ağızda acı bir tat bırakıyordu... İlaçlar ağızda metalik bir tat bırakıyordu (K-23, Erkek).”*

*“Kullanmış olduğum ilaçların cinsel sorun yaratacağına dair endişelerim var... Örneğin yaklaşık bir haftadır benim cinsel durumum kötü (K-32, Erkek).”*

#### 4.2.2.2. İlaç Kullanımının Sürekli Olması

Kontrol grubuna katılan bazı hastalar yaşamlarının sonuna kadar sürekli ilaç kullanma durumunun başlı başına bir “sorun” olduğunu ve tedavi motivasyonunu olumsuz etkilediğini ifade ettiler. Bir diğer ifadeyle düzenli ilaç kullanımı hasta olmanın “hatırlatıcısı” olarak görülmektedir. Katılımcılar, ilaç kullanımının ömür boyu süreceği gerçeğini kabul etmeyi zor bulduklarını bildirdiler. Ayrıca bu ilaç rejiminin beraberinde getirdiği diğer bir sorunun ise başkaları tarafından takip edilmek olduğunu belirttiler. Bir hastanın bu konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

*“Düzenli tedavinin dezavantajının sürekli ilaç kullanmak olduğunu düşünüyorum. Sürekli göz hapsindeyiz. Çevremizdekiler ilaçlarımızı kullanıp kullanmadığımızı sürekli denetliyor. Bu da hiç hoş bir durum değil (K-20, Erkek).”*

Bir başka hasta ise şu şekilde ifade etmiştir:

*“Bazen bu ilaç tedavisi ne zaman bitecek. Ne kadar sürecektir diye düşünüyorum. Hep bizim hayatımız ilaçla mı geçecek? Bu şekilde devam ederse böbrekler veya karaciğerimiz iflas mı edecek? gibi sorular aklımdan geçiyor bu da beni endişelendiriyor (K-45, Kadın).”*

#### 4.2.2.3. Kararsızlık

Bazı katılımcılar, ilaçların olumlu ve o kadar da iyi olmayan taraflarını bir arada düşününce, zaman zaman düzenli tedaviye devam etme motivasyonları hakkında kararsız ve şüpheli davranabildiklerini söylediler. Bir hastanın bu konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

*“18 senedir kalçama iğne (depo antipsikotik) yapılıyor. Bu iğne eskiden 15 günde bir oluyordu ama şimdi ayda bir yapılıyor. İğne tedavisi beni rahatlattı ama bunun 18 senedir devam etmesi beni çok sıktı... Zaman zaman bu iğneyi yaptırmak istemiyorum çünkü iğne yaptırdıktan sonra içimde tarif edemediğim bir korku oluyor... Sonra düşünüyorum bu ilacı almasam bu seferde hastalığım başa dönebilir, yani eski öfke patlamalarım olabilir diyorum. (D-1, Erkek).”*



### **4.2.3. Ana Tema: Bilinçli Tedavi Motivasyonu**

Katılımcılar hastalıkla mücadelede bilinçli tedavi motivasyonunun iyileşmeye katkıda bulunduğunu ifade ettiler. Farklı alt kategorilerde de olsa deney grubundaki hastalar, bu motivasyona sahip olduklarını belirttiler. Bu tema “Günlük Yaşam Aktivitelerine ve Sosyal İlişkilere Katılabilmek”; “Hastalığı Kabul”; “Yan Etkilere Rağmen Yaşamdan Memnuniyet” ve “Değer Odaklı Yaşam Sürmek” olmak üzere 4 kategoriden oluşuyordu.

#### **4.2.3.1. Deney Grubu**

Deney grubunda yer alan şizofreni tanılı bireyler kontrol grubundan farklı olarak grup danışmanlığı almışlardır. Bu araştırmadan elde edilen nitel bulgular çerçevesinde deney grubunda yer alan bireylerin düzenli tedaviyi gerçekleştirmeye yönelik motivasyonlarının kontrol grubundaki bireylere göre daha belirgin şekilde ortaya çıkması dikkat çekicidir. Bireylerin bilinçli tedavi motivasyonunu gerçekleştirmeye yönelik algıları arasında ise (a) günlük yaşam aktivitelerine ve sosyal ilişkilere katılabilmek; (b) hastalığı kabul; (c) yan etkilere rağmen yaşamdan memnuniyet ve (d) değer odaklı yaşam sürmek gibi kategorileri saymak mümkündür.

##### **4.2.3.1.1. Günlük Yaşam Aktivitelerine ve Sosyal İlişkilere Katılabilmek**

Katılımcılar, ilacın günlük yaşama geri dönebilmede önemli bir rol oynadığını ve bu nedenle zihinsel dengeyi kazandırdığını bildirdiler. Hastalar çalışma, ev işlerine yardım etme, alışveriş yapma, yürüyüş, iskambil veya okey oynama gibi günlük faaliyetlerde bulunabilmek için düzenli ilaç tedavisinin gerekli olduğunu ifade ettiler. Bir hastanın bu konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

*“İlaçları kullanmazsak sinirli ve öfkeli halimiz artabilir. Geçmişte başıma geldiği için söylüyorum. İlaçlarımı bıraktım aileme istemeden de olsa şiddet uyguladım. Beni hastaneye yatırmak zorunda kaldılar. Hastaneden çıktığımda bu olanları hiç hatırlamıyordum. Ailem bana anlattığında onlara karşı mahcup oldum ve o andan itibaren ilaçlarımı düzenli kullanmaya karar verdim. Şimdi ilaçlarımı düzenli kullandığım için ailemle ve arkadaşlarımla olan ilişkimde bir sıkıntı yaşamıyorum. Onlarla birlikte ve yalnız yürüyüşe çıkabiliyorum, market alışverişini yapabiliyorum (D-29, Kadın).”*

Bir başka hasta ise şu şekilde ifade etmiştir:

*“Düzenli tedaviye devam edersek hastalığımızı kontrol altına alabiliriz...toplum içinde yaşayabiliriz... işimize ya da mesleğimize devam edebiliriz... Eğer tedaviye devam etmezsek kötüleşiriz... topluma giremeyebiliriz... kendimizi dört duvara kapatabiliriz... hatta kendi özbakımımızı yapamayabiliriz (D-9, Kadın).”*

#### **4.2.3.1.2. Hastalığı Kabul**

Bazı hastalar mevcut hastalıklarını kabullenme konusunda önemli söylemlerde bulundu. Ayrıca katılımcılar hastalığın kabulünün zor bir süreç olduğunu ancak tedavi motivasyonunu arttıran önemli bir parametre olduğunu ifade ettiler. Bu konu ile ilgili bazı hastaların algıları şöyledir:

*“Hastalık durumu sanırım değiştiremeyeceğim bir gerçeklik... Hal böyle iken ilaçlarımı kullanmam hem benim hem de çevremdekiler için en iyisi galiba... Düzenli tedavinin dezavantajı olduğunu sanmıyorum. Sadece kullanılan ilaçlara bağlı yan etkiler olabilir. Birçok kişi ilaçlardan dolayı uykusuzluktan şikayet eder ama bende daha çok aşırı uyku, kasılmalar, konuşmada bozukluklar ve baş dönmesi yapıyor. Bunlarda çok şükür ki uzun süreli değiller (D-33, Erkek).”*

*“Hasta olmayı ben dahil hiç kimse istemez... Elbette hala keşke benim başıma gelmeseydi diyorum, ama elden ne gelir (gözleri dolu dolu oluyor)...İtiraf etmek gerekir ki 33 yıldır bu hastalıkla birlikte yaşıyorum ve sanırım artık kabullendim. Yani ilaçlar ve diğer terapiler benim hayatımda olması gereken şeyler (D-28, Kadın).”*

#### **4.2.3.1.3. Yan Etkilere Rağmen Yaşamdan Memnuniyet**

Bazı hastalar yaşamın getirdiği olumsuzlukların yanı sıra hayatın olumlu yönlerinin de olduğunu ifade ettiler. Katılımcılar antipsikotiklerin yan etkileriyle yaşamayı öğrendiklerini belirttiler. Bu konu ile ilgili bir hastanın görüşü şöyledir:

*“Kullandığım ilaçlar bende unutkanlık yapıyor... Hani balık hafızalı derler ya o hesap... Bazen çok iyi bildiğim şeyleri bile unutabiliyorum ve söyleyemiyorum. Ama her şeye rağmen ilaçları kullandığımda beni neşeli ve keyifli yapıyor. (D-1, Kadın).”*

Bir başka hasta ise şu şekilde ifade etmiştir:

*“İlaçların zararı olduğu kadar faydası da var. Bence ilaçların en önemli zararı metabolizmayı bozmasıdır. En önemli faydası da uykumuzu düzeltmesidir. İlaçlar biraz kilo aldırıyor ama hasret kaldığım uykumu da geri getirdi. Eskiden neredeyse hiç uyuyamazdım ama şimdi ilaçlar uykumu bir nebze de olsa düzeltti. Gece uykusunu iyi alınca artık çok az sinirli olduğumu fark ettim... Böylece ailemle iletişimim de düzeldi. (D-8, Erkek).”*

#### **4.2.3.1.4. Değer Odaklı Yaşam Sürmek**

Deney grubuna katılan bazı katılımcılar düzenli tedavinin değer odaklı davranışları motive eden ana unsurlar olarak gördüklerini belirttiler. Hastalar tedavinin sağlıklı bir yaşam sürmek, ailelere destek olmak, faydalı bir insan olmak gibi kişisel değerlerin gelişmesine katkıda bulunduğunu ifade ettiler. Bu konu ile ilgili bazı hastaların algıları şöyledir:

*“Ben sağlıklı bir hayatım olsun da anneme, babama bakayım istiyorum. Onlar artık belli bir yaşa geldiler. Bi de benim hastalığımla uğraşmasınlar istiyorum... Sağlıklı olmak için de tedavimi aksatmamam gerekiyor. Bu yüzden doktor ve hemşirelerin her dediğini mümkün olduğu kadar yapıyorum (D-21, Kadın).”*

*“Engelli KPSS’ye hazırlandım ve sınava girdim. Şimdi atamaları bekliyorum. İnşallah bir iş sahibi olurum da kendime ve aileme destek olurum. Hem bir işte çalışma hastalığımı da unutturur belki...Tabi bu sınava hazırlanma sırasında ve şimdi tedavimi düzenli aldığım için sınava daha rahat girdim. Belki de bu tedaviyi almasaydım şimdi durumum daha kötü olurdu...Şimdi en azından hayattan bir beklentim var (D-9, Erkek).”*

## 5. TARTIŞMA

Bu araştırma, tedavisi ve bakımının uzun sürdüğü ve bu doğrultuda sağlık eşitsizlikleri ve olumsuz yaşam olaylarına maruz kalan, şizofreni tanılı bireylerin işlevsel iyileşme ve motivasyonları konusunda mevcut belirsizliklerin bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Bu doğrultuda bu araştırma şizofreni tanılı bireylerde KKT temelli ve MG destekli danışmanlığın işlevsel iyileşme ve motivasyon düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yürütülmüştür. Bu karma model araştırması, farklı sayılabilecek bir bakış açısını kullanmak suretiyle, şizofreni tanılı bireylerde KKT ve MG'yi entegre ederek hastaların işlevsel iyileşme ve motivasyon düzeylerine odaklanan, özgün ve öncü nitelikte bir araştırma olma özelliğini taşımaktadır. İşlevsel iyileşme ile ilgili değerlendirme nicel yöntemler kullanılarak elde edilirken, motivasyon ile ilgili değerlendirme ise nitel yöntemler kullanılarak elde edilmiştir. Bu araştırmanın hipotezleri çerçevesinde şizofreni tanılı bireyler açısından KKT ve MG işlevsel iyileşme düzeylerini arttırmada ve yaşanan motivasyon eksikliklerini gidermeyi desteklemede umut verici bir kombinasyon olmaya aday gözükmektedir. Klinik anlamda ise psikiyatri hemşireleri ve diğer klinisyenler açısından KKT ve MG kombinasyonu şizofrenide işlevsel iyileşme ve motivasyon konusunda pragmatik bir yaklaşım olabilir. Öte yandan bu araştırmanın temel bileşenlerini oluşturan KKT ve MG kombinasyonu ile ilgili herhangi bir çalışma tespit edilemediğinden araştırmanın tartışma bölümü, literatür kapsamında benzer psikososyal yaklaşımların kullanıldığı çalışmaların bulgularından faydalanılarak yapılandırılmıştır. Bu doğrultuda KKT temelli ve MG destekli danışmanlığın işlevsel iyileşme ve motivasyon düzeylerine etkisi konusunda elde edilen nicel ve nitel bulgular, karmaşıklığı önlemek adına iki ayrı başlıkta ve mevcut literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

### 5.1. İşlevsel İyileşme Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Şizofrenide semptomların azalması ve relaps oranının azaltılması, hayatın işleyişini geliştirmeye katkıda bulunur, ancak bu işlevsel iyileşmeyi sağlamak için yeterli değildir. Şizofreni tanılı bireyler, günlük yaşam becerilerine, sosyal ilişkilere, aileleriyle ve çevreleriyle iletişim kurmada ciddi sorunlara sahiptir ve hastaların iyileşme sırasında bile hastalık öncesi işlevsel seviyelere dönemediği bilinmektedir (149). Şizofreni yönetimi, işlevsel iyileşmeye dayalı daha kapsamlı bir modele doğru evrilmektedir. İşlevsel iyileşme kavramı, klinik remisyonun ötesine geçer ve hastanın yaşamının birçok yönünü kapsar, bu da bir tanımlamaya dayanmayı ve güvenilir değerlendirme ölçütlerini

geliştirmeyi zorlaştırır. Bu nedenle şizofrenide işlevsel iyileşme ve bireylerin topluma entegrasyonu önemli terapötik hedefler arasında yer almaktadır (56, 57).

Bu araştırmada ŞİLÖ toplam ön test puan ortalamaları deney grubunda yer alan bireylerde  $28.80 \pm 5.57$ , kontrol grubunda yer alan bireylerde  $35.35 \pm 6.58$  olarak tespit edilmiştir. Deney ve kontrol grubunda yer alan bireylerin ŞİLÖ toplam ön test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Hem kontrol hem deney grubunda yer alan bireylerin ön test ŞİLÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının düşük olduğu tespit edilmiştir. Şizofreni tanılı bireylerde işlevsel iyileşmenin düşük düzeylerde seyretmesi aslında yeni bir bulgu değildir. Nitekim literatürde yapılan benzer çalışmalarda şizofreni tanılı bireylerde işlevsel iyileşmenin düşük olduğu belirlenmiştir (57, 150, 151). Bu durumun arka planında ise hastalığın tahmin edilemez ve dalgalı seyir gösteren bir tedavi sürecini barındırması, bilişsel işlevler, duygulanım, motor aktivite ve hareketler, bedensel işlevler, sosyal ilişkiler ve mesleki işlevlerde bozulma meydana getirmesi gibi karmaşık dinamikler nedeniyle, hastaların işlevsel iyileşmeleri düşük düzeyde kalmış olabilir.

Araştırmada deney grubunda yer alan bireylerin son test ŞİLÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarında kontrol grubuna göre artma meydana geldiği görülmektedir. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ). Benzer şekilde deney grubundaki hastaların ŞİLÖ toplam ön test ve son test puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde, ŞİLÖ toplam ön test puanının  $28.80 \pm 5.57$ 'den  $45.86 \pm 6.48$ 'e yükseldiği ve ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Bunun yanı sıra deney grubu ŞİLÖ toplam puanında büyük etki büyüklüğü (Cohen d: 2.82) elde edilmiştir. Bu bulguya göre, deney grubunu oluşturan şizofreni tanılı bireylerin işlevsel iyileşme düzeyinin arttığı ve uygulanan girişimin yüksek düzeyde etkili bir yaklaşım olduğu söylenebilir. Bu araştırmada kullanılan KKT ve MG kombinasyonu ile ilgili herhangi bir çalışma tespit edilemediğinden literatür kapsamında doğrudan bir karşılaştırma yapmak pek mümkün gözükmemektedir. Bununla birlikte psikotik bozukluklarda KKT'nin etkilerini inceleyen sınırlı sayıda çalışmaya göre, KKT'nin şizofrenide umut verici sonuçlar elde ettiğini bulmuştur. Kanada'da yapılan bir çalışmada, KKT'nin çocukluk çağı travması geçiren psikotik hastalara faydalı olabileceğine (genel semptom şiddetinde, anksiyete belirtilerinde ve duygusal düzenleyici kabiliyetlerin kabulü) dair kanıtlar elde edilmiştir (152). İran'da yapılan bir çalışmada KKT'nin genel sağlığı geliştirdiğini ve

psikozdan muzdarip metamfetamin bağımlılarında saldırganlığı azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (153). Psikotik bozukluklarda yaşanan depresyonun tedavisinde KKT'nin umut verici bir terapi olduğu vurgusu iki çalışmanın ortak sonucu olarak görülmektedir (104, 134). KKT'nin psikotik bozukluklarda subjektif bir yarar sağladığı (22), tedavi memnuniyeti ve iyileşme beklentileri üzerinde de olumlu etkileri olduğu saptanmıştır (154). Psikotik bozukluklar bağlamında KKT'nin diğer terapilere kıyasla daha kolay ve az maliyetli olması ilgi çekici bulgular arasında yerini almıştır (115). Yapılan bir çalışmada KKT'nin psikotik bozukluklarda sıkça karşılaşılan ve pozitif belirtilerden olan halüsinasyon sıklığı ile birlikte yaşanan sıkıntıyı azalttığı bildirilirken (16), bir başka çalışmada halüsinasyonları iyileştirmede anlamlı bir farklılık bildirilmemiştir (155). 2002'de yapılan ve sadece 4 KKT oturumdan oluşan çalışmanın bulgularına göre, KKT pozitif psikotik belirtileri %50 azaltmıştır (15). Bu araştırmaya entegre edilmiş müdahale kollarından bir diğeri olan MG'nin, şizofrenide daha çok klinik iyileşme alanına odaklandığını bildiren çalışmalar görülmüştür. Bu çalışmalarda ortak bir sonuçtan bahsetmek mümkün görülme de (156-160), bazı randomize kontrollü çalışmaların bulgularına göre şizofreni tanılı bireylerde MG'nin tedavi uyumunu artırarak psikotik belirtileri ve hastane yatışlarını azalttığı saptanmıştır (156, 158, 160). Şizofreni tanılı bireylerde klinik iyileşmenin, işlevsel iyileşme yolunda önemli bir aşamayı oluşturduğu göz önünde bulundurulduğunda (161), kuşkusuz MG'nin önemi daha iyi anlaşılmaktadır. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar KKT ve MG kombinasyonunun işlevsel iyileşme düzeyini artırmada etkili olduğunu düşündürmektedir.

Şizofrenide işlevsel iyileşmenin desteklenmesine yönelik literatür incelendiğinde kanıtın yeterli düzeyde olmadığı ve işlevsel iyileşme ile yapılacak çalışmalara ihtiyacın vurgulandığı bir tablo ile karşılaşmıştır. Şizofreni sağaltımında işlevsel sonuçlar ile ilgili kanıt düzeyi yüksek çalışmalar kapsamında psikososyal müdahale çalışmalarının daha çok hasta psikoeğitimi (162), aile psikoeğitimi (163), sosyal beceri eğitimi (164) ve bilişsel terapiler (165) olduğu görülmüştür. Yakın zamanda yayınlanan sistematik derlemede ise bahsi geçen psikososyal rehabilitasyon müdahalelerinin şizofrenide kanıt dayalı uygulamalar olarak düşünülmesi ve hastalığın standart tedavisinin önemli bir parçası haline gelmesi önerilmiştir (166). Şizofrenide içgörü ve işlevsel iyileşmeyi teşvik etmek için farkındalık temelli psikososyal beceri eğitiminin (PBE) etkisini araştıran çalışmanın bulgularına göre, şizofreni tanılı bireylerde farkındalık temelli PBE bireylerin içgörü düzeylerini ve işlevsel iyileşme düzeylerini arttırmada etkili bulunmuştur (167).

Benzer bir diğere deneysel çalışmanın bulgularına göre şizofreni tanılı bireylerde uygulanan PBE hastaların psikopatolojilerinde, i grlerinde, ilaç uyumlarında, depresyon düzeylerinde, yaşam kalitelerinde ve işlevselliklerinde belirgin düzelmelere yol açmıştır (168). şizofrenide PBE ve metabilışsel eğitimin sosyal ve bilişsel işlevselliğe etkisinin incelendiği ve kontrol grubunun yer almadığı deneysel çalışmada, hem PBE grubunda hem de metabilışsel eğitim grubunda yer alan şizofreni tanılı bireylerde psikopatoloji, sosyal ve bilişsel işlevsellik alanlarında istatistiksel olarak önemli sonuçlar elde edilmiştir (169). Avustralya’da gerçekleştirilen benzer bir çalışmada şizofreni tanılı bireylere PBE uygulanmış ve bu uygulamanın hastaların sosyal işleyişini ve kişilerarası ilişkilerini geliştirdiği belirlenmiştir (170). İspanya’daki benzer çalışmada şizofreni tanılı bireylere uygulanan sosyal beceri eğitiminin 6 aylık takip sürecinde hastaların negatif semptomları azalttığı ve işlevsel iyileşmeyi arttırdığı bulunmuştur (171). 2018 yılında yayınlanan şizofreni tanılı bireylerde işlevsel iyileşmenin desteklenmesi ve değerlendirilmesini amaç edinen ve delphi tekniği kullanılarak 53 uzmanın görüşünün alındığı bir çalışmanın bulgularına göre önemli sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışmada işlevsel iyileşmeyi sağlamak için psikososyal müdahalelerin gerekli olduğu konusunda uzmanların %92.3’ünün ortak görüşü ortaya çıkmıştır. Önerilen tüm müdahaleler arasında ise çeşitli terapilerin (sosyal beceri eğitimi, aile terapisi, bilişsel terapiler, sosyal bilişsel eğitim ve mesleki programlar dahil) bir kombinasyonu, işlevsel iyileşmenin sağlanmasında en yararlı yaklaşımlar olarak sıralanmıştır (161). Bu yönüyle mevcut literatürün bu araştırmanın bulgularını ve metodolojisini desteklediği söylenebilir. Ayrıca bu araştırmanın müdahale bileşenlerinden olan KKT ve MG’nin benimsemiş olduğu bazı kavram ve fikirlerin paralel olduğu düşünüldüğünde, bu kombinasyonun psikiyatri hemşireleri ve diğer klinisyenler açısından rahatlıkla uygulayabileceği konusundaki belirsizliği gidermede ilk adım olma özelliğini barındırdığı söylenebilir.

KKT temelli ve MG destekli grup danışmanlığının özellikle şİL alt boyutlarından olan; uyku ve beslenmenin düzenlenmesi gibi biyolojik ritimlere uyum, idari ve finansal yönetim, kişisel hijyen, stresle baş edebilme ve öfke kontrolü, maddelerini içeren günlük yaşam becerileri alt boyutunda diğer alt boyutlara kıyasla daha fazla artış meydana getirdiği tespit edilmiştir. Nitekim deney grubunda günlük yaşam becerileri alt boyutunda büyük etki büyüklüğü (Cohen d: 3.41) elde edilmiştir. Bu bulguya göre, deney grubunu oluşturan şizofreni tanılı bireylerin günlük yaşam becerilerinin iyileştiği ve uygulanan girişimin etkili bir yaklaşım olduğu söylenebilir.

KKT temelli ve MG destekli grup danışmanlığının hastalarda motivasyon, farkındalık ve psikolojik esnekliği artırarak bilişsel ve yaşantısal kaçınmayı azalttığı ve bireyin temel değerleri ile tutarlı davranışsal adımlar atma yeteneğini desteklemeye yönelik etkileri (106) bunun sonucu olarak düşünülmektedir.

Araştırmada kontrol grubunda yer alan bireylerin ŞİLÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarında, son test puanlarının ön test puanlarına göre az da olsa arttığı ve ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Ayrıca kontrol grubu ŞİLÖ toplam puanında orta etki büyüklüğü (Cohen d: 0.54) elde edilmiştir. Bu bulgu TRSM’de hastalara toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde uygulanan psikososyal destek hizmetleri, gerektiğinde evde sağlık hizmetleri, takip ve tedaviler gibi rutin müdahalelerin, işlevsel sonuçlar elde etmeyi desteklediği gerçeği ile açıklanabilir.

Araştırmada KKT temelli ve MG destekli müdahalenin, deney grubunda yer alan hastaların ŞİLÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarında artış meydana getirdiği saptanmıştır. Puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Bu sonuç **“Şizofreni tanılı bireylere uygulanan kabul ve kararlılık terapisi temelli ve motivasyonel görüşme destekli danışmanlık, hastaların işlevsel iyileşme düzeylerini arttırır.”** şeklindeki araştırmanın hipotezini doğrulamaktadır.

## **5.2. Motivasyon Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Şizofreni, hedefe yönelik davranışları engelleyen motivasyon eksiklikleri ile ilişkilidir. Şizofreni tanısı alan bireylerde farklı tiplerde motivasyon problemleri yaygın olarak görülmektedir. Ayrıca şizofreninin heterojen bir hastalık olduğu ve motivasyon problemlerinin nedenleri açısından, bireyler arasında farklılık gösterebileceği iyi bilinmektedir. Örneğin, bazı hastalar sosyal ilişkilerde yalnızlık veya sosyal etkileşimlerde derin bir ilgisizlik gösterirken, bazı hastalar sosyal bağlantılarla ilgilenir, ancak reddedilme korkusu veya sosyal kaygıya ilişkin endişeler nedeniyle sosyal etkinliklere girmekten kaçınabilirler. Şizofrenide motivasyon eksikliği hastalığın negatif bir belirtisi olarak değerlendirilmekle birlikte, hasta ve klinisyenlerin işlevsel sonuca ulaşmalarını zorlayan bir durumdur (172). Amotivasyon ve anhedoni, tedaviye katılım ve tedaviye uyum ve topluma entegre olabilme davranışları ve öğrenme becerisi dahil olmak üzere hemen hemen her davranış yönünü etkilediğinden, şizofrenide önemli kavramlardır. Bu iki semptom psikozdaki motivasyonel bozulmanın çekirdeğini



oluştururken, motivasyon ve anhedoninin altta yatan doğası ve mekanizmaları hala tam olarak anlaşılammıştır (173). Bu motivasyonel eksikliklerin altında yatan mekanizmaların, özellikle diğer depresif semptomların ötesinde, daha iyi anlaşılması, işlevsel iyileşmeyi ve subjektif iyilik halini iyileştirmeyi amaçlayan stratejilerin geliştirilmesi için kritik öneme sahiptir (174). Şizofrenide psikososyal müdahaleye yönelik çoğu yaklaşım temel olarak hastalık tedavisi ve prognozu, algılanan veya deneyimli stigma, başa çıkma ve davranış tarzları ve profesyonellerle terapötik ittifak hakkında bilgi sağlar. Bununla birlikte, şizofreni tedavisi için uzmanların fikir birliğinde olduğu son kılavuzlarda önerildiği gibi şizofreni hastalarının, ilaç alımlarını anlamalarına ve kabul etmelerine ve ilaçların yan etkilerine ilişkin yaşam durumlarıyla başa çıkmalarına yardımcı olarak ilaçlara uyumlarını arttırmaları için MG gibi psikososyal ve davranışsal yaklaşımların gerektiği fikri ön plana çıkmaktadır (175, 176). 2014 yılında güncellenen son klinik uygulama rehberi, şizofreni hastaları için herhangi bir tıbbi tedavi veya psikososyal müdahale öncesinde hastaların motivasyonlarının ve öngörülen ilaç ve tedavi rejimlerine uymada potansiyel engellerinin değerlendirilmesini önerir (175).

Bu doğrultuda şizofreni tanılı bireylerin hepsinin tedaviye olan motivasyon eksiklikleri açısından risk altında olduğunu kabul etmek önemlidir. Nitekim literatürde kullanılan herhangi bir tekniğin ya da yaklaşım tarzının tam manasıyla etkili olduğu gösterilmemiştir. Ne psiko-eğitimsel müdahalelerin ne de davranışsal değişikliklerin tedavi motivasyonları üzerinde önemli bir etkisi olduğu bulunmuştur. Schulz ve ark. tarafından yapılan bir kontrollü çalışmada, akut bir psikoz atağı geçiren bireyler için psikoeğitici ya da davranışsal yönetim programlarının semptom şiddetini önemli ölçüde azaltabileceğini, ancak hastaların tedavi motivasyonları ile birlikte, içgörü ya da işlevsellik üzerinde önemli bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir (177). Bu nedenle, motivasyon eksiklikleri açısından risk sürekli olarak değerlendirilmeli ve hastaya yönelik birden fazla strateji hedeflenmeli ve bu çerçevede bireye ve destek sistemlerine yönelik stratejiler uygulanmalıdır (178). Şizofrenide MG'nin genellikle ilaç tedavisine uyumu arttırmadaki etkinliği incelenmiş ancak elde edilen bulgular kendi içerisinde tutarsızlıkları da beraberinde getirmiştir. Bazı çalışmalar şizofreni tanılı bireylerde MG'nin tedavi motivasyonunu arttırarak psikotik belirtileri ve hastane yatışlarını azalttığı yönünde veriler sağlarken (156, 158, 160), konu ile ilgili bazı derleme çalışmaları ise, ilaç uyumu geliştirmedeki MG'nin etkinliği konusunda ya asgari düzeyde kanıt (159) ya da büyük ölçüde etkisiz olduğu yönünde bulgular ortaya koymuştur (157).

Şizofreni tanılı bireylerde motivasyon eksiklikleri nedeniyle yaşanan tedaviye uyumsuzluk birçok çalışmanın ortak bulgusudur (179-182). Bu araştırmada bazı katılımcılar ilaç yan etkileri, ilaç kullanımının sürekli olması ve ilaç kullanımına yönelik yaşanan kararsızlığın (ambivalan düşünceler) tedavi motivasyonu üzerindeki olumsuz etkilerine dair geri bildirimlerde bulunmuşlardır. Bu bulgu şizofreni tanılı bireylerin tedaviye başlama ve tedaviyi sürdürme motivasyonlarında zorlandıkları gerçeği ile açıklanabilir. Benzer çalışmalardan olan ve Etiyopya'da şizofreni hastalarında ilaca uyumsuzluğun nedenlerine dair bakış açılarını irdeleyen kalitatif çalışmanın bulgularına göre, ilaç yan etkilerinin de aralarında bulunduğu içgörü eksikliği, tedavi ile düzelme başarısızlığı, madde kötüye kullanımı, damgalanma ve bakım verenin tutumu ile ilgili memnuniyetsizliklerin tedavi uyumsuzluğunun önündeki engeller olduğu belirlenmiştir (182). Nijerya'da şizofreni tanılı bireylerin antipsikotiklere olan uyumsuzluklarını inceleyen nitel araştırmada, yaşanan yan etkiler (sedasyon, zayıflık veya iştah artışı), uzun süren tedavi rejimine duyulan hayal kırıklıkları ve yoksulluk gibi unsurların farmakolojik tedaviye uyumsuzluğun nedenleri olduğu bulunmuştur (183). Pakistan'da şizofreni tanılı bireylerin farmakolojik tedaviye uyumsuzluk nedenlerinin araştırıldığı kohort çalışmasında, ilaçların olumsuz etkilerinin de aralarında saptandığı kötü ekonomik durum, içgörü eksikliği, psikotropik ilaçlara alternatif olarak psikoaktif maddeler kullanmak gibi ana unsurların şizofreni tanılı bireylerde tedaviye olan motivasyonu düşürerek uyumsuzluğa yol açtığı saptanmıştır (184). Bu araştırmada şizofreni tanılı bireylerin yaşadıkları motivasyon eksiklikleri kapsamında elde edilen bulgular, mevcut literatürde ve farklı ülkelerde gerçekleştirilen benzer çalışmaların verileri ile paralellik göstermektedir.

Hastaların ilaca karşı olumlu tutumları, tedavinin algılanan yararları ve hastalığa ilişkin iç görüşleri daha iyi uyum ile tutarlı bir şekilde ilişkilidir. Klinisyenler ile iyi bir terapötik ilişki, büyük oranda tedaviye uyuma yönelik motivasyonu öngörür (185). Tedaviye uyum ile ilgili belirli sorunları gidermek için çeşitli destek hizmetleri mevcuttur. Örneğin, terapötik destek hizmetleri tedaviye uyumda bilişsel ve motivasyonel engellerin belirlenmesi ve değiştirilmesi amacıyla danışmanlık vermektedir. Tedavi motivasyonunu desteklemek ve geliştirmek için son yıllarda Bilişsel-davranışçı terapi (BDT) ile MG terapisinin kombinasyonu birlikte kullanılmaktadır (186). Şizofreni tanılı bireylerin sağaltımında, ilaçlar ile birlikte bilişsel davranışçı temelli terapiler gibi psikososyal müdahalelerin entegrasyonunun işlevsel sonuçlar elde ettiği

düşünüldüğünde (130), bilişsel davranışçı ekolün üçüncü dalga terapilerinden olan KKT'nin yine kendisi gibi kanıta dayalı bir terapi olan MG ile birleştirilerek uygulanması bu araştırmada pragmatik sonuçlar elde etmek amacıyla tercih edilmiştir. Bu sayede şizofreni tanılı bireylerde tedavi motivasyonu ve işlevsel sonuç elde etmek birincil hedefler arasındadır. Bu araştırmaya gönüllü olarak katılan şizofreni tanılı bireylerin tümü tedavi motivasyonlarına ilişkin odak grup görüşmelerine katılmıştır. Bu odak grup görüşmelerinde katılımcılar, tedaviye uyumlarını motive eden farmakoterapinin olumlu taraflarını içeren ön algılarından bahsetmişlerdir. Katılımcılar düzenli tedavinin semptom iyileşmesi, nüks önleme ve normal bir yaşam sürmek gibi yararları olduğunu belirtmişlerdir. Elde edilen bu bulgu; şizofreni tanılı bireylerin ihtiyaçlarını karşılamak için uyarlanmış müdahaleler bağlamında davranış değişikliğini motive etmek için eşzamanlı olarak uygulanan girişimlerin (destekleyici ve yargısız bir danışma tarzı, empati ve kabulü içermesinin yanı sıra bireyin kendi bakımına aktif olarak katılması) bir sonucu olarak değerlendirilebilir (187).

Bu araştırmada deney grubunu oluşturan katılımcılar günlük yaşam aktivitelerine ve sosyal ilişkilere katılabilmek, hastalığı kabul, yan etkilere rağmen yaşamdan memnuniyet ve değer odaklı yaşam sürmek gibi bilinçli tedavi motivasyonu içerisinde değerlendirilebilecek ifadelerde bulunmuştur. Başka bir ifadeyle, deney grubunda yer alan bireyler kontrol grubuyla kıyaslandığında tedavi motivasyonunu daha belirgin bir şekilde ortaya koymuştur. Bu araştırmanın bileşenlerinden olan MG'nin asıl amacının bireylerin içsel motivasyonunu geliştirmek olduğu düşünüldüğünde (188), şizofreni tanılı bireylerin bilinçli tedavi motivasyonunu tarif etmeleri beklenen bir sonuç olarak görülebilir. Bireylerin farmakoterapi sürecinde karşılaştıkları çeşitli yan etkilere rağmen yaşamdan memnuniyetlerini dile getirmelerinin arka planında, KKT modelinde vurgulanan anda olma ve istenmeyen kişisel tecrübelerden (duygular, hisler, düşünceler, dürtüler ve hatıralar) ayrışma ve onlara benlikte aktif bir şekilde yer açarak kabul etme (açık olma) çalışmalarının etkisi olduğu düşünülebilir. Bu araştırmada şizofreni tanılı bireylerin bilinçli tedavi motivasyonunu güçlendiren çekirdek kategorilerden bir diğeri, bireylerin değer odaklı yaşam sürmeye dönük algıdır. Bu algının oluşmasının temelinde ise uygulanan KKT modeli başta olmak üzere, bireylerin kişisel değerleriyle bağ kurmaları ve bu değerlerle uyumlu ve kararlı eylemlerde bulunmalarını teşvik eden felsefi bakış açısının yattığı düşünülmektedir. Benzer bir çalışma olan ve ABD'de şizofreni tanılı bireylerde antipsikotiklere uyumu araştıran nitel bir çalışmada, bireylerin

farmakoterapi sürecinde karşılaştıkları yan etkiler bulunmasına rağmen, motivasyonlarını diri tutmaya çalışan ve ilaçları kullanmaya devam eden katılımcıların olduğu tespit edilmiştir (189). İsrail’de erken dönem şizofrenide antipsikotik ilaçlara uyumsuzluğun açıklanmasında Sağlık İnanç Modelinin faydasını incelemeyi amaç edinen çalışmanın bulgularına göre, hekime karşı daha yüksek algılanan güvenin farmakolojik tedaviye olan motivasyonu ve uyumu desteklediği saptanmıştır (190). Chien ve ark. tarafından Çinli şizofreni tanılı bireylerde MG temelli ve BDT ilkelerini benimseyen uyum terapisinin etkisinin incelendiği randomize kontrollü çalışmada, altı aylık bir takip süresi içerisinde şizofreni spektrum bozukluğu olan kişilerde MG destekli uyum terapisinin sadece hastaların semptom şiddeti ve ilaçları kullanma motivasyonu değil, aynı zamanda hastaların hastalık ve/veya tedaviye ilişkin içgörülerini ve işlevlerini, yeniden hastaneye yatışları üzerinde başarılı sonuçlar elde ettiği belirlenmiştir (160). Benzer şekilde şizofreni spektrum bozukluğu olan kişiler için rutin psikiyatrik bakıma karşı MG temelli uyum terapisinin etkilerini inceleyen randomize kontrollü çalışmaya göre, şizofreninin erken evresinde olan kişilerin tedavisinde MG temelli uyum terapisi yetersiz tedavi motivasyonuna bağlı gelişen ve ilaç rejimine zayıf şekilde bağlı kalan bireylerde etkili bir yaklaşım olarak bulunmuştur (158). Bu yönüyle bu araştırmanın bulguları, literatürdeki benzer çalışmalar tarafından desteklenmektedir.

Şizofreni tanılı bireylerin tedavi motivasyonlarını desteklemede KKT temelli ve MG destekli danışmanlık etkili görünmektedir. Motivasyonu olumlu yönde etkileyen ana faktörler arasında; hastanın tedavisine dahil edilmesi, terapötik bir ittifak geliştirmesi, ilaç yan etkilerine rağmen yaşamdan memnuniyet, hastalığı kabul, günlük yaşam aktivitelerine ve sosyal ilişkilere katılabilmek ve değer odaklı bir yaşam sürmek sayılabilir. Bu sonuç **“Şizofreni tanılı bireylere uygulanan kabul ve kararlılık terapisi temelli ve motivasyonel görüşme destekli danışmanlık, hastaların motivasyon düzeylerini arttırır.”** şeklindeki araştırmanın hipotezini doğrulamaktadır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şizofreni tanılı bireylerde KKT temelli ve MG destekli danışmanlığının işlevsel iyileşme ve motivasyon düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

- Deney ve kontrol grubunda yer alan bireylerin tanıtıcı özellikleri karşılaştırıldığında; her iki grubun benzer ve hastaların çoğunun erkek, bekâr ve herhangi bir işte çalışmadığı,
- Kontrol ve deney grubunda yer alan bireylerin ön test ŞİLÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının düşük olduğu,
- Kontrol grubunda yer alan bireylerin ön test ve son test ŞİLÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu,
- Deney grubunda yer alan bireylerin son test ŞİLÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu,
- Deney grubunda yer alan bireylerin ön test ve son test ŞİLÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu,
- Şizofreni tanılı bireylerde KKT temelli ve MG destekli danışmanlığın işlevsel iyileşme ve motivasyon düzeyini artırmada etkili olduğu söylenebilir.
- Nitel verilerin analizi sonucunda hastaların motivasyon eksiklikleri arasında; farmakoterapiye bağlı gelişen yan etkiler, ilaç kullanımının uzun ve sürekli olması ve ilaç kullanımına yönelik yaşanan kararsızlık (ambivalan düşünceler) bireylerin ifadeleri arasında yer almıştır.
- Odak grup görüşmelerinde katılımcılar tedaviye uyumlarını motive eden farmakoterapinin olumlu taraflarını içeren ön algılarından bahsetmişlerdir ve düzenli tedavinin semptom iyileşmesi, nüks önleme ve normal bir yaşam sürmek gibi yararları olduğunu belirtmişlerdir.
- Araştırmada deney grubunu oluşturan katılımcılar günlük yaşam aktivitelerine ve sosyal ilişkilere katılabilmek; hastalığı kabul; yan etkilere rağmen yaşamdan memnuniyet ve değer odaklı yaşam sürmek gibi bilinçli tedavi motivasyonunu ifade etmişlerdir.

***Bu sonuçlar doğrultusunda:***

- ❖ TRSM'lerde ve kliniklerde şizofreni tanılı bireylerde KKT temelli ve MG destekli danışmanlık programlarının rutin (farmakoterapi) tedavi ile birlikte kombine bir şekilde uygulanması,
- ❖ TRSM'lerde ve psikiyatri kliniklerinde psikiyatri hemşirelerinin psikososyal müdahaleleri planlama ve uygulamada aktif olarak rol alması,
- ❖ Şizofreni tanılı bireylerle çalışan psikiyatri hemşirelerinin KKT ve MG eğitimlerini almaları ve bu doğrultuda KKT ve MG temelli psikososyal müdahaleleri uygulayabilmeleri,
- ❖ KKT ve MG'nin şizofreni tanılı bireylere verilecek olan psikiyatri hemşireliği bakımında kullanılması,
- ❖ Şizofreni tanılı bireylerin işlevsel iyileşme ve motivasyon düzeylerini artırmaya dönük neler yapılabileceğini araştıran çalışmaların yapılması önerilir.

## KAYNAKLAR

1. Gaudio B, Davis C, Epstein-Lubow G, Johnson J, Mueser K, Miller I. Acceptance and Commitment Therapy for Inpatients with Psychosis (the REACH Study): Protocol for Treatment Development and Pilot Testing. *Healthcare*. 2017,5(2):23.
2. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar i disorders in a general population. *Archives of General Psychiatry*. 2007,64(1):19-28.
3. Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. *The Lancet*. 2004,363(9426):2063-72.
4. Chong HY, Teoh SL, Wu DB-C, Kotirum S, Chiou C-F, Chaiyakunapruk N. Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2016,12:357-73.
5. De Picker LJ, Morrens M, Chance SA, Boche D. Microglia and Brain Plasticity in Acute Psychosis and Schizophrenia Illness Course: A Meta-Review. *Frontiers in Psychiatry*. 2017,8:1-14.
6. Jan V, Jan V. Very long- term outcome of schizophrenia. *International Journal of Clinical Practice*. 2018,0(0):e13094.
7. Emsley R, Chiliza B, Asmal L, Harvey BH. The nature of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2013,13(1):50.
8. Leucht S, Tardy M, Komossa K, Heres S, Kissling W, Salanti G, et al. Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2012,379(9831):2063-71.
9. Leucht S, Tardy M, Komossa K, Heres S, Kissling W, Davis JM. Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012, 379 (9831): 2063-71.
10. Keefe RSE, Harvey PD. Cognitive Impairment in Schizophrenia. In: Geyer MA, Gross G, editors. *Novel Antischizophrenia Treatments*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2012, p. 11-37.
11. Çetin N, Aylaz R. The Effect of Mindfulness-based Psychoeducation on Insight and Medication Adherence of Schizophrenia Patients. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2018,32(5):737-44.
12. Aylaz R, Yıldız E. The care burden and coping levels of chronic psychiatric patients' caregivers. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2018,54(2):230-41.

13. Orfanos S, Priebe S. Group therapies for schizophrenia: initial group climate predicts changes in negative symptoms. *Psychosis*. 2017,9(3):225-34.
14. Sharf RS. Theories of psychotherapy & counseling: Concepts and cases: Cengage Learning; 2015,31-69.
15. Bach P, Hayes SC. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002,70(5):1129-39.
16. Gaudio BA, Herbert JD. Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy*. 2006,44(3):415-37.
17. Kingdon D, Turkington D. Cognitive therapy of psychosis: Research and implementation (Article in Press). *Schizophrenia Research*. 2017.
18. Öst L-G. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*. 2008,46(3):296-321.
19. Powers MB, Zum Vörde Sive Vörding MB, Emmelkamp PMG. Acceptance and Commitment Therapy: A Meta-Analytic Review. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2009,78(2):73-80.
20. Walser RD, Karlin BE, Trockel M, Mazina B, Barr Taylor C. Training in and implementation of Acceptance and Commitment Therapy for depression in the Veterans Health Administration: Therapist and patient outcomes. *Behaviour Research and Therapy*. 2013,51(9):555-63.
21. Society of Clinical Psychology. Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis. <http://www.div12.org/psychological-treatments/treatments/acceptance-and-commitment-therapy-for-psychosis/> Accessed: 6 May 2018.
22. Shawyer F, Farhall J, Thomas N, Hayes SC, Gallop R, Copolov D, et al. Acceptance and commitment therapy for psychosis: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. 2017,210(2):140-8.
23. Louise S, Fitzpatrick M, Strauss C, Rossell SL, Thomas N. Mindfulness- and acceptance-based interventions for psychosis: Our current understanding and a meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 2018,192:57-63.
24. Choi J, Medalia A. Intrinsic motivation and learning in a schizophrenia spectrum sample. *Schizophrenia Research*. 2010,118(1):12-9.
25. Medalia A, Saperstein A. The Role of Motivation for Treatment Success. *Schizophrenia Bulletin*. 2011,37(Suppl 2):122-8.



26. Fiszdon JM, Kurtz MM, Choi J, Bell MD, Martino S. Motivational Interviewing to Increase Cognitive Rehabilitation Adherence in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2016,42(2):327-34.
27. Vanderwaal FM. Impact of Motivational Interviewing on Medication Adherence in Schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*. 2015,36(11):900-4.
28. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people for change 2ed. New York: Guilford Press.; 2002.
29. Westra HA, Constantino MJ, Antony MM. Integrating motivational interviewing with cognitive-behavioral therapy for severe generalized anxiety disorder: An allegiance-controlled randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2016,84(9):768-82.
30. Bricker J, Tollison S. Comparison of Motivational Interviewing with Acceptance and Commitment Therapy: A Conceptual and Clinical Review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2011,39(5):541-59.
31. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*. 2004,35(4):639-65.
32. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change: Guilford Press; 2011.
33. Özgür G. Motivasyonel Görüşme ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing-Special Topics*. 2016,2(3):54-9.
34. Lawrence RE, First MB, Lieberman JA. Schizophrenia and Other Psychoses. Psychiatry, Fourth Edition. 2015,791-856.
35. Arslantaş H, Sevinçok L, Uygur B, Balcı V, Adana F. Şizofreni Hastalarının bakım Vericilerine Yapılan Psikoeğitimin Hastalardaki Klinik Gidişe ve Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumu Düzeylerine olan Etkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2009,10(2):3-10.
36. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13 ed. Ankara: Nobel Tıp Kitapları; 2015,112-303.
37. Kochunov P, Hong LE. Neurodevelopmental and Neurodegenerative Models of Schizophrenia: White Matter at the Center Stage. *Schizophrenia Bulletin*. 2014,40(4):721-8.

38. Vita A, De Peri L, Deste G, Sacchetti E. Progressive loss of cortical gray matter in schizophrenia: a meta-analysis and meta-regression of longitudinal MRI studies. *Transl Psychiatry*. 2012,2:e190.
39. Science. JMECFCDaC. Antipsychotic Medicines for Treating Schizophrenia and Bipolar Disorder: A Review of the Research for Adults and Caregivers. 2013 Apr 10. In: Comparative Effectiveness Review Summary Guides for Consumers [Internet]. 2013.
40. Hollis C, Palaniyappan L. Schizophrenia and psychosis. (eds A. Thapar, D. S. Pine, J. F. Leckman, S. Scott, M. J. Snowling and E. Taylor). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 2015,774-806.
41. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2013,382(9904):1575-86.
42. Gürhan N. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. 1 ed. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri; 2016,539-565.
43. Eaton WW, Chen CY, Bromet EJ. Epidemiology of schizophrenia. *Textbook of Psychiatric Epidemiology, Third Edition*. 2011,263-87.
44. Black DW, Andreasen NC. *Introductory textbook of psychiatry: American Psychiatric Pub*; 2014,69-165.
45. Durmaz H, Okanlı A. Investigation of the effect of self-efficacy levels of caregiver family members of the individuals with schizophrenia on burden of care. *Archives of psychiatric nursing*. 2014,28(4):290-4.
46. Tanrıverdi D, Ekinci M. The effect psychoeducation intervention has on the caregiving burden of caregivers for schizophrenic patients in Turkey. *International journal of nursing practice*. 2012,18(3):281-8.
47. Janoutová J, Janáčková P, Šerý O, Zeman T, Ambroz P, Kovalová M, et al. Epidemiology and risk factors of schizophrenia. *Neuroendocrinology Letters*. 2016,37(1):1-8.
48. Çam O, Engin E. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi, 2014,411-47.
49. O'Donoghue B, Lyne J, Madigan K, Lane A, Turner N, O'Callaghan E, et al. Environmental factors and the age at onset in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*. 2015,168(1):106-12.

50. Stepniak B, Papiol S, Hammer C, Ramin A, Everts S, Hennig L, et al. Accumulated environmental risk determining age at schizophrenia onset: a deep phenotyping-based study. *The Lancet Psychiatry*. 2014,1(6):444-53.
51. Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan çeviri. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014.
52. Şar V. DSM-5 taslak tanı ölçütlerine genel bir bakış:“Batı cephesinde yeni bir şey yok” mu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2010,13:196-20.
53. Kantrowitz JT. Managing Negative Symptoms of Schizophrenia: How Far Have We Come? *CNS Drugs*. 2017,31(5):373-88.
54. Maletic V, Eramo A, Gwin K, Offord SJ, Duffy RA. The Role of Norepinephrine and Its  $\alpha$ -Adrenergic Receptors in the Pathophysiology and Treatment of Major Depressive Disorder and Schizophrenia: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*. 2017,8(42): ISSN:1664-0640.
55. Atmaca GD, Durat G. Şizofreni Hastalarında İntihar ve Depresyon. *DÜ Sağlık Bil Enst Derg*. 2016,6(1):51-5.
56. Silvana G, Alessandro R, Paola R, Alessandro B, Armida M, Paola B, et al. The influence of illness- related variables, personal resources and context- related factors on real- life functioning of people with schizophrenia. *World Psychiatry*. 2014,13(3):275-87.
57. Coşkun E, Şahin Altun Ö. The Relationship Between the Hope Levels of Patients With Schizophrenia and Functional Recovery. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2018,32(1):98-102.
58. Javed A, Charles A. The Importance of Social Cognition in Improving Functional Outcomes in Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*. 2018,9(157):1-14.
59. Emiroğlu B, Karadayı G, Aydemir Ö, Üçok A. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Archives of Neuropsychiatry*. 2009,46(Özel Sayı):15-24
60. Kern RS, Glynn SM, Horan WP, Marder SR. Psychosocial Treatments to Promote Functional Recovery in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2009,35(2):347-61.
61. Jääskeläinen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Saha S, Isohanni M, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of Recovery in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2013,39(6):1296-306.

62. Warner R. Recovery from schizophrenia: Psychiatry and political economy: Routledge; 2013.
63. Green MF, Llerena K, Kern RS. The “Right Stuff” Revisited: What Have We Learned About the Determinants of Daily Functioning in Schizophrenia? *Schizophrenia Bulletin*. 2015,41(4):781-5.
64. Nuechterlein KH, Subotnik KL, Green MF, Ventura J, Asarnow RF, Gitlin MJ, et al. Neurocognitive Predictors of Work Outcome in Recent-Onset Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2011,37(suppl\_2):33-40.
65. Schmidt SJ, Mueller DR, Roder V. Social Cognition as a Mediator Variable Between Neurocognition and Functional Outcome in Schizophrenia: Empirical Review and New Results by Structural Equation Modeling. *Schizophrenia Bulletin*. 2011,37(suppl\_2):41-54.
66. Mancuso F, Horan WP, Kern RS, Green MF. Social cognition in psychosis: Multidimensional structure, clinical correlates, and relationship with functional outcome. *Schizophrenia Research*. 2011,125(2):143-51.
67. Brown EC, Tas C, Brüne M. Potential therapeutic avenues to tackle social cognition problems in schizophrenia. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2012,12(1):71-81.
68. Pinkham AE, Penn DL. Neurocognitive and social cognitive predictors of interpersonal skill in schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2006,143(2):167-78.
69. Kylmä, J., Juvakka, T., Nikkonen, M., Korhonen, T., & Isohanni, M. Hope and schizophrenia: an integrative review. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.*. 2006,13(6):651-64.
70. Foussias G, Remington G. Negative Symptoms in Schizophrenia: Avolition and Occam's Razor. *Schizophrenia Bulletin*. 2010,36(2):359-69.
71. Luther L, Firmin RL, Lysaker PH, Minor KS, Salyers MP. A meta-analytic review of self-reported, clinician-rated, and performance-based motivation measures in schizophrenia: Are we measuring the same “stuff”? *Clinical Psychology Review*. 2018,61(1): 24-37.
72. Bleuler E. Dementia praecox or the group of schizophrenias. 1950.
73. Fervaha G, Foussias G, Agid O, Remington G. Motivational and neurocognitive deficits are central to the prediction of longitudinal functional outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2014,130(4):290-9.

74. Foussias G, Mann S, Zakzanis KK, van Reekum R, Agid O, Remington G. Prediction of longitudinal functional outcomes in schizophrenia: The impact of baseline motivational deficits. *Schizophrenia Research*. 2011,132(1):24-7.
75. Ryan RM, Deci EL. Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*. 2000,25(1):54-67.
76. Lee JS, Jung S, Park IH, Kim J-J. Neural Basis of Anhedonia and Amotivation in Patients with Schizophrenia: The role of Reward System. *Current Neuropharmacology*. 2015,13(6):750-9.
77. Barch DM, Yodkovik N, Sypher-Locke H, Hanewinkel M. Intrinsic motivation in schizophrenia: relationships to cognitive function, depression, anxiety, and personality. *Journal of Abnormal Psychology*. 2008,117(4):776.
78. Medalia A, Saperstein A. The Role of Motivation for Treatment Success. *Schizophrenia Bulletin*. 2011,37(suppl\_2):S122-S8.
79. Silverstein SM. Bridging the Gap Between Extrinsic and Intrinsic Motivation in the Cognitive Remediation of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2010,36(5):949-56.
80. Miller W, Rollnick S. Motivational Interviewing: Preparing People for Change, 2nd ed. *Journal for Healthcare Quality*. 2003,25(3):46.
81. Yu Ping C, Peggy C, Pamela A, H. FC. The Effect of Motivational Interviewing on Prescription Opioid Adherence Among Older Adults With Chronic Pain. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2015,51(3):211-9.
82. Markland D, Ryan RM, Tobin VJ, Rollnick S. Motivational Interviewing and Self-Determination Theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2005,24(6):811-31.
83. Emmons KM, Rollnick S. Motivational interviewing in health care settings: Opportunities and limitations. *American Journal of Preventive Medicine*. 2001,20(1):68-74.
84. Corrigan PW. Adherence to anti-psychotic medications and health behavior theories. *Journal of Mental Health*. 2002,11(3):243-54.
85. Kristin M, Yu Ping C. The Effect of Nurse Led Motivational Interviewing on Medication Adherence in Patients With Bipolar Disorder. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2015,51(1):36-44.
86. Barkhof E, Meijer CJ, de Sonnevile LMJ, Linszen DH, de Haan L. The Effect of Motivational Interviewing on Medication Adherence and Hospitalization Rates in

- Nonadherent Patients with Multi-Episode Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2013,39(6):1242-51.
87. Barkhof E, Meijer CJ, de Sonnevile LMJ, Linszen DH, de Haan L. Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia; A review of the past decade. *European Psychiatry*. 2012,27(1):9-18.
88. Lawrence, P., Fulbrook, P., Somerset, S., & Schulz, P. Motivational interviewing to enhance treatment attendance in mental health settings: A systematic review and meta-analysis. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.*. 2017,24(9-10):699-718.
89. Aviram A, Alice Westra H. The impact of motivational interviewing on resistance in cognitive behavioural therapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy Research*. 2011,21(6):698-708.
90. Alpaydın N, Çimen M, Erol BT, Sevi OM. Bilişsel Davranışçı Terapide Direnç ve Motivasyonel Görüşme Teknikleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2016,8(2):94-101.
91. Gürel FS. Motivasyonel Görüşme Tekniği. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*. 2017,8(2):163-6.
92. Herbert JD, Forman EM. Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies: John Wiley & Sons; 2011,146-196.
93. Davies J, Nagi C. Individual Psychological Therapies in Forensic Settings: Research and Practice: Taylor & Francis; 2017,503-93.
94. Strosahl KD, Robinson PA, Gustavsson T. (Çev. Edt: Yavuz Selim Altındal) Radikal Değişimler İçin Kısa Müdahaleler- Brief Interventions for Radical Change. 1 ed. İstanbul: Litera Yayıncılık; 2017.
95. Harris R. (Çev. Edt: Hasan Turan Karatepe & K. Fatih Yavuz) Kabul ve Kararlılık Terapisi ACT'i Kolay Öğrenmek İlkeler ve Ötesi İçin Hızlı Bir Başlangıç- ACT Made Simple. 2. Baskı ed. İstanbul: Litera Yayıncılık; 2017.
96. Yavuz KF. Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT): Genel Bir Bakış. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*. 2015,8(2):21-7.
97. Luoma JB, Hayes SC, Walser RD. Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists. 2 ed: New Harbinger Publications; 2017. 1-37 p.

98. Bağlamsal Bilimler ve Psikoterapiler Derneği. Psikolojik Esneklik Modeli, <http://www.baglamsalbilimler.org/materyaller/> (Erişim:7 Şubat 2019).
99. Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, Bennett M, Dickinson D, Goldberg RW, et al. The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin*. 2010,36(1):48-70.
100. Health Nif, Excellence C. Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009.
101. Morris EM, Johns LC, Oliver JE. Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis: John Wiley & Sons; 2013,405-96.
102. Katherine. B, Gillian. H. The implementation of the NICE guidelines for schizophrenia: Barriers to the implementation of psychological interventions and recommendations for the future. *Psychol Psychother Theory Res Pract*. 2008,81(4):419-36.
103. Kreyenbuhl J, Nossel IR, Dixon LB. Disengagement From Mental Health Treatment Among Individuals With Schizophrenia and Strategies for Facilitating Connections to Care: A Review of the Literature. *Schizophrenia Bulletin*. 2009,35(4):696-703.
104. White R, Gumley A, McTaggart J, Rattrie L, McConville D, Cleare S, et al. A feasibility study of Acceptance and Commitment Therapy for emotional dysfunction following psychosis. *Behaviour Research and Therapy*. 2011,49(12):901-7.
105. Lobsang R, Alexander B. Classical Mindfulness. *Ann. N.Y. Acad. Sci*. 2009,1172(1):148-62.
106. Hayes SC. Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy: New Harbinger Publications; 2005.
107. Kashdan TB, Barrios V, Forsyth JP, Steger MF. Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*. 2006,44(9):1301-20.
108. Tull MT, Gratz KL, Salters K, Roemer L. The Role of Experiential Avoidance in Posttraumatic Stress Symptoms and Symptoms of Depression, Anxiety, and Somatization. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2004,192(11):754-61.

109. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bissett RT, Pistorello J, Toarmino D, et al. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*. 2004,54(4):553-78.
110. Goldstone E, Farhall J, Ong B. Life hassles, experiential avoidance and distressing delusional experiences. *Behaviour Research and Therapy*. 2011,49(4):260-6.
111. Villatte M, Monestès J-L, McHugh L, Freixa i Baqué E, Loas G. Adopting the perspective of another in belief attribution: Contribution of Relational Frame Theory to the understanding of impairments in schizophrenia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2010,41(2):125-34.
112. Garety PA, Freeman D, Jolley S, Dunn G, Bebbington PE, Fowler DG, et al. Reasoning, emotions, and delusional conviction in psychosis. *Journal of abnormal psychology*. 2005,114(3):373.
113. Pull CB. Current empirical status of acceptance and commitment therapy. *Current Opinion in Psychiatry*. 2009,22(1):55-60.
114. Bach P, Gaudio BA, Hayes SC, Herbert JD. Acceptance and commitment therapy for psychosis: intent to treat, hospitalization outcome and mediation by believability. *Psychosis*. 2013,5(2):166-74.
115. Thomas N, Shawyer F, Castle DJ, Copolov D, Hayes SC, Farhall J. A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy (ACT) for psychosis: study protocol. *BMC Psychiatry*. 2014,14(1):198.
116. Ema Komala EP, Anna Keliat B, Yulia Wardani I. Acceptance and commitment therapy and family psycho education for clients with schizophrenia. *Enfermería Clínica*. 2018,28:88-93.
117. Bach PA, Gaudio B, Pankey J, Herbert JD, Hayes SC. Acceptance, Mindfulness, Values, and Psychosis: Applying Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to the Chronically Mentally Ill. 2006.
118. A. GB. Cognitive Behavior Therapies for Psychotic Disorders: Current Empirical Status and Future Directions. *Clin Psychol Sci Pract*. 2005,12(1):33-50.
119. Hayes SC, Masuda A, Bissett R, Luoma J, Guerrero LF. DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*. 2004,35(1):35-54.
120. Hayes SC, Barnes-Holmes D, Roche B. Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition: Springer Science & Business Media; 2001.



121. Killaspy H, Marston L, Green N, Harrison I, Lean M, Cook S, et al. Clinical effectiveness of a staff training intervention in mental health inpatient rehabilitation units designed to increase patients' engagement in activities (the Rehabilitation Effectiveness for Activities for Life [REAL] study): single-blind, cluster-randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*. 2015,2(1):38-48.
122. T.C. Sağlık Bakanlığı. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (Access: <https://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik-yayimlanmistir.html>): T.C. Sağlık Bakanlığı.2018 (Erişim:20.10.2016).
123. Yalom ID. (Çev.: Zeliha İyidoğan Babayiğit) Kısa Süreli Grup Terapileri. 2, editor. İstanbul: Kabalcı Yayınevi; 2012,50-263.
124. Ata EE, Doğan S. The Effect of a Brief Cognitive Behavioural Stress Management Programme on Mental Status, Coping with Stress Attitude and Caregiver Burden While Caring for Schizophrenic Patients. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2018,32(1):112-9.
125. Navidian A, Kermansaravi F, Tabas EE, Saedinezhad F. Efficacy of Group Motivational Interviewing in the Degree of Drug Craving in the Addicts Under the Methadone Maintenance Treatment (MMT) in South East of Iran. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2016,30(2):144-9.
126. Ertem M, Duman ZÇ. Motivational Interviewing in a Patient With Schizophrenia to Achieve Treatment Collaboration: A Case Study. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2016,30(2):150-4.
127. Yıldız E. Suicide in sexual minority populations: A systematic review of evidence-based studies. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2018,32(4): 650-659.
128. Yıldız E, Tanrıverdi D. Child neglect and abuse: a global glimpse within the framework of evidence perspective. *International Nursing Review*. 2018,65(3):370-80.
129. Yıldız E. Ethics in nursing: A systematic review of the framework of evidence perspective. *Nursing Ethics*. 2017, (Article in Press).
130. Lewis SW, Tarrier N, Drake RJ. Integrating non-drug treatments in early schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 2005,187(48):65-71.
131. Aust J, Bradshaw T. Mindfulness interventions for psychosis: a systematic review of the literature. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs*. 2017,24(1):69-83.

132. Khoury B, Lecomte T, Gaudio BA, Paquin K. Mindfulness interventions for psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 2013,150(1):176-84.
133. Creswell JW, Creswell JD. Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches: Sage publications; 2017.
134. Gumley A, White R, Briggs A, Ford I, Barry S, Stewart C, et al. A parallel group randomised open blinded evaluation of Acceptance and Commitment Therapy for depression after psychosis: Pilot trial outcomes (ADAPT). *Schizophrenia Research*. 2017,183:143-50.
135. Fleiss JL, Levin B, Paik MC. Statistical methods for rates and proportions: John Wiley & Sons; 2013.
136. Aydemir Ö. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. 7 ed. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014, 481-98.
137. Emiroğlu B, Karadayı G, Aydemir Ö, Üçok A. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Archives of Neuropsychiatry*. 2009,46:15-24.
138. Ruiz FJ. Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International journal of psychology and psychological therapy*. 2012,12(3): 333-57.
139. Harris R. (Çev. Edt: Hasan Turan Karatepe & K. Fatih Yavuz) Kabul ve Kararlılık Terapisi ACT'i Kolay Öğrenmek İlkeler ve Ötesi İçin Hızlı Bir Başlangıç. 2. Baskı ed. İstanbul: Litera Yayıncılık; 2017.
140. Bishop CJ, Jackson J. Motivational Interviewing: How Advanced Practice Nurses Can Impact the Rise of Chronic Diseases. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2013,9(2):105-9.
141. Romano M, Peters L. Evaluating the mechanisms of change in motivational interviewing in the treatment of mental health problems: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2015,38:1-12.
142. Westra HA, Aviram A. Core skills in motivational interviewing. *Psychotherapy*. 2013,50(3):273.
143. Whittingham K, Sanders MR, McKinlay L, Boyd RN. Parenting Intervention Combined With Acceptance and Commitment Therapy: A Trial With Families of Children With Cerebral Palsy. *Journal of Pediatric Psychology*. 2016,41(5):531-42.

144. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences 2nd edn. Erlbaum Associates, Hillsdale; 1988.
145. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2):105-12.
146. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
147. Corbin J, Strauss A, Strauss AL. Basics of qualitative research: Sage; 2014.
148. Lincoln YS. Emerging Criteria for Quality in Qualitative and Interpretive Research. *Qualitative Inquiry*. 1995,1(3):275-89.
149. Yıldız E. Şizofrenide İşlevsel İyileşmenin Parametreleri Nelerdir? I Uluslararası Battalgazi Multidisipliner Çalışmalar Kongresi; Malatya. 2018, p. 401-7.
150. Çapar M, Kavak F. Effect of internalized stigma on functional recovery in patients with schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2019,55(1):103-11.
151. Kavak F, Ekinci M. Kendi evlerinde yaşayan ve korumalı evlerde yaşayan şizofreni hastalarının yaşam niteliklerinin ve işlevsel iyileşme düzeylerinin karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014,3(1):15-7.
152. Spidel A, Lecomte T, Kealy D, Daigneault I. Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2018,91(2):248-61.
153. Ghouchani S, Molavi N, Massah O, Sadeghi M, Mousavi SH, Noroozi M, et al. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on aggression of patients with psychosis due to methamphetamine use: A pilot study. *Journal of Substance Use*. 2018,23(4):402-7.
154. Gaudio BA, Busch AM, Wenzel SJ, Nowlan K, Epstein-Lubow G, Miller IW. Acceptance-based Behavior Therapy for Depression with Psychosis: Results from a Pilot Feasibility Randomized Controlled Trial. *Journal of psychiatric practice*. 2015,21(5):320-33.
155. Shawyer F, Farhall J, Mackinnon A, Trauer T, Sims E, Ratcliff K, et al. A randomised controlled trial of acceptance-based cognitive behavioural therapy for command hallucinations in psychotic disorders. *Behaviour Research and Therapy*. 2012,50(2):110-21.

156. Ertem MY, Duman ZÇ. The effect of motivational interviews on treatment adherence and insight levels of patients with schizophrenia: A randomized controlled study. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2019,55(1):75-86.
157. Kreyenbuhl J, Record EJ, Palmer-Bacon J. A review of behavioral tailoring strategies for improving medication adherence in serious mental illness. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2016,18(2):191-201.
158. Chien WT, Mui J, Gray R, Cheung E. Adherence therapy versus routine psychiatric care for people with schizophrenia spectrum disorders: a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2016,16(1):42.
159. Vanderwaal FM. Impact of Motivational Interviewing on Medication Adherence in Schizophrenia AU - Vanderwaal, Faith Marie. *Issues in Mental Health Nursing*. 2015,36(11):900-4.
160. Chien WT, Mui JH, Cheung EF, Gray R. Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Trials*. 2015,16(1):270.
161. Lahera G, Gálvez JL, Sánchez P, Martínez-Roig M, Pérez-Fuster JV, García-Portilla P, et al. Functional recovery in patients with schizophrenia: recommendations from a panel of experts. *BMC Psychiatry*. 2018,18(1):176.
162. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011(6). Art. No.: CD002831.
163. Pharoah F, Mari JJ, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(12). Art. No.: CD000088.
164. Kurtz MM, Mueser KT. A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008,76(3):491-504.
165. Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrier N. Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Effect Sizes, Clinical Models, and Methodological Rigor. *Schizophrenia Bulletin*. 2007,34(3):523-37.
166. Morin L, Franck N. Rehabilitation Interventions to Promote Recovery from Schizophrenia: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*. 2017,8(100):1-12.
167. Yilmaz E, Okanlı A. Test of Mindfulness-Based Psychosocial Skills Training to Improve Insight and Functional Recovery in Schizophrenia. *Western Journal of Nursing Research*. 2018,40(9):1357-73.

168. Söğütü L, Özen Ş, Varlık C, Güler A. Toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına ruhsal toplumsal beceri eğitimi uygulanması ve sonuçları. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2017,18(2):121-8.
169. Yıldız M, Özaslan Z, İncedere A, Kırçalı A, Kiras F, İpçi K. The Effect of Psychosocial Skills Training and Metacognitive Training on Social and Cognitive Functioning in Schizophrenia. *Arch Neuropsychiatry*. 2018, (Article in Press).
170. Wauchope B, Terlich A, Lee S. Rel8: demonstrating the feasibility of delivering an 8-week social skills program in a public mental health setting. *Australasian Psychiatry*. 2016,24(3):285-8.
171. Rus-Calafell M, Gutiérrez-Maldonado J, Ortega-Bravo M, Ribas-Sabaté J, Caqueo-Úrizar A. A brief cognitive-behavioural social skills training for stabilised outpatients with schizophrenia: A preliminary study. *Schizophrenia Research*. 2013,143(2):327-36.
172. Yıldız E. Şizofrenide Motivasyonun Genel Doğası. I Uluslararası Battalgazi Multidisipliner Çalışmalar Kongresi; Malatya. 2018, p. 408-14.
173. Kremen LC, Fiszdon JM, Kurtz MM, Silverstein SM, Choi J. Intrinsic and Extrinsic Motivation and Learning in Schizophrenia. *Current Behavioral Neuroscience Reports*. 2016,3(2):144-53.
174. Fervaha G, Foussias G, Takeuchi H, Agid O, Remington G. Motivational deficits in major depressive disorder: Cross-sectional and longitudinal relationships with functional impairment and subjective well-being. *Comprehensive Psychiatry*. 2016,66:31-8.
175. Kuipers E, Yesufu-Udechuku A, Taylor C, Kendall T. Management of psychosis and schizophrenia in adults: summary of updated NICE guidance. *BMJ: British Medical Journal (Online)*. 2014,348.
176. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, et al. Strategies for addressing adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: recommendations from the expert consensus guidelines. *Journal of Psychiatric Practice*. 2010,16(5):306-24.
177. Schulz M, Gray R, Spiekermann A, Abderhalden C, Behrens J, Driessen M. Adherence therapy following an acute episode of schizophrenia: A multi-centre randomised controlled trial. *Schizophrenia Research*. 2013,146(1):59-63.
178. Phan SV. Medication adherence in patients with schizophrenia. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2016,51(2):211-9.

179. Salzman-Erikson M, Sjödin M. A narrative meta-synthesis of how people with schizophrenia experience facilitators and barriers in using antipsychotic medication: Implications for healthcare professionals. *International Journal of Nursing Studies*. 2018,85:7-18.
180. Wade M, Tai S, Awenat Y, Haddock G. A systematic review of service-user reasons for adherence and nonadherence to neuroleptic medication in psychosis. *Clinical Psychology Review*. 2017,51:75-95.
181. Eticha T, Teklu A, Ali D, Solomon G, Alemayehu A. Factors associated with medication adherence among patients with schizophrenia in Mekelle, Northern Ethiopia. *PLoS One*. 2015,10(3):e0120560.
182. Teferra S, Hanlon C, Beyero T, Jacobsson L, Shibre T. Perspectives on reasons for non-adherence to medication in persons with schizophrenia in Ethiopia: a qualitative study of patients, caregivers and health workers. *BMC Psychiatry*. 2013,13(1):168.
183. King KM, Fulton JA. Poor adherence to antipsychotics amongst schizophrenia patients in Nigeria AU - Meshach O, Enaohwo. *International Journal of Culture and Mental Health*. 2014,7(3):246-58.
184. Ahmad I, Khalily MT, Hallahan B. Reasons associated with treatment non-adherence in schizophrenia in a Pakistan cohort. *Asian Journal of Psychiatry*. 2017,30:39-43.
185. Sendt K-V, Tracy DK, Bhattacharyya S. A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Research*. 2015,225(1):14-30.
186. El-Mallakh P, Findlay J. Strategies to improve medication adherence in patients with schizophrenia: the role of support services. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2015,11:1077-90.
187. Wong-Anuchit C, Chantamit-o-pas C, Schneider JK, Mills AC. Motivational Interviewing–Based Compliance/Adherence Therapy Interventions to Improve Psychiatric Symptoms of People With Severe Mental Illness: Meta-Analysis. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2019,25(2):122-133.
188. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Helping people change: Guilford press; 2012.

189. Tranulis C, Goff D, Henderson DC, Freudenreich O. Becoming adherent to antipsychotics: a qualitative study of treatment-experienced schizophrenia patients. *Psychiatric services*. 2011,62(8):888-92.
190. Baloush-Kleinman V, Levine SZ, Roe D, Shnitt D, Weizman A, Poyurovsky M. Adherence to antipsychotic drug treatment in early-episode schizophrenia: A six-month naturalistic follow-up study. *Schizophrenia Research*. 2011,130(1):176-81.

## EKLER

### EK-1: Özgeçmiş

#### A. Kişisel Bilgiler

<b>Adı soyadı:</b>	Erman YILDIZ
<b>Doğum tarihi ve yeri:</b>	12/06/1986 Pertek
<b>Yabancı dil bilgisi:</b>	İngilizce
<b>Görev yeri:</b>	İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
<b>İletişim bilgileri (e-posta) :</b>	<a href="mailto:erman.yildiz@inonu.edu.tr">erman.yildiz@inonu.edu.tr</a>

#### B. Eğitim Bilgileri

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Sağlık Memurluğu	Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu	2004-2008
Yüksek Lisans	Hemşirelik	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2014-2016
Doktora	Hemşirelik	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2016-2019

#### C. İş Tecrübesine Ait Bilgiler

Yıllar	Çalıştığı kurum	Görevi
2009-2013	Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi	Hemşire
2013-2015	İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu	Arş. Grv.
2015-2017	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Arş. Grv.
2017-...	İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	Arş. Grv.



## **EK-2: Tanıtıcı Bilgi Formu**

**Açıklama:** Bu araştırma şizofreni tanısı alan bireylerde kabul ve kararlılık terapisi temelli ve motivasyonel görüşme destekli danışmanlığın işlevsel iyileşme ve motivasyon düzeylerine etkisi belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırmaya katılmak gönüllülük ilkesine bağlıdır. Bu araştırma, sizin almış olduğunuz tedavi ve bakımı olumsuz şekilde etkilemeyecektir. Alınan tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Aşağıdaki soruları ve seçenekleri okuduktan sonra, her soruda size en uygun seçeneği ya da seçenekleri işaretleyiniz. Katılımınız için teşekkür ederim.

**Arş. Grv. Erman YILDIZ**

**1-Kaç yaşındasınız? .....**

**2-Cinsiyetiniz nedir?**

1- Kadın                      2- Erkek

**3-Medeni durumunuz nedir?**

1- Evli                         2- Bekar

**4-Çocuk varlığı/ varsa sayısını belirtiniz?**

1- Evet.....                2- Hayır

**5-Birlikte yaşadığınız kişiler kimlerdir?**

1- Yalnız      2- Aile            3- Arkadaş      4- Bir Yakınım

**6-Eğitim düzeyiniz nedir?**

1- Okur-Yazar değil  
2- Okur yazar  
3- İlköğretim  
4- Lise  
5- Yüksekokul/Üniversite

**7-Çalışma durumunuz?**

1- Çalışıyor                 2- Çalışmıyor

**8-Ekonomik durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?**

1- Düşük                      2- Orta                        3- Yüksek

**9-Hastalık süreniz ne kadardır/ yıl?.....**

**10-Son bir yılda yatış sayınız nedir? .....**

**11-İlaç kullanma süreniz ne kadardır/ yıl?.....**

### EK-3: Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ)

	Yok	Kısmen var	Yeterince var	Neredeyse tamamen var	Mükemmel derecede var
<b>A. Sosyal işlevsellik</b>					
1. Sosyal ilişkilerde kendini ortaya koyabilme (Sosyal ortamlarda hastanın kendisini ortaya koyma, kendini ifade edebilme becerisi.)					
2. Sosyal hayata ve/veya bir derneğe katılım (Politik olaylardan haberdar olmak, oy kullanmak, derneklere üye olmak vb.)					
3. Kişisel aktiviteler (Kişisel ilgi alanlarına zaman ayırma, boş zamanları değerlendirilme becerisi, örneğin; sportif faaliyetler, kitap okuma, el becerilerini geliştirme gibi hobiler.)					
4. İletişim ve bilgilenme (Yaygın bilgi kaynaklarının kullanımı. Örneğin; gazete, dergi, televizyon, radyo gibi ya da iletişim kaynaklarının kullanılması, telefon, posta, elektronik posta gibi.)					
5. Aile ve arkadaşlar (Aile bireyleri ve arkadaşlarla olan iletişim kalitesi, görüşme sıklığı)					
6. Yaşam için gerekli olan sosyal çevre (mağazalar, hizmetler, komşular...): Uyumlu sosyal entegrasyon için gerekli olan ilişkiler					
7. Duygusal ve cinsel ilişkiler (Duygusal bir ilişki isteği ve bunu başarmak. Tatmin edici cinsel hayat)					
<b>B. Sağlık ve Tedavi</b>					
8. Hastalığın ve tedavinin idaresi (Hastalıklarını, belirtilerini, tedavi programlarını, nüksetme işaretlerini bilme ve tedaviye uyum.)					
9. Sağlık İdaresi (Sağlığını korumak için gerekli önlemleri almak.)					
10. Empati ve başkalarına yardım					
11. Tedavinin yan etkilerini idare etme (Tedavinin yan etkilerini bilme, tanıma ve bu etkilerle başa çıkma becerisi.)					
<b>C. Günlük Yaşam Becerileri</b>					
12. Biyolojik ritimlere uyum (hastanın uyanma/uyku, yemek saatleri gibi biyolojik ritimlere uyumu)					
13. Beslenme (Yemek hazırlığı yapma; alış-veriş, düzenleme ve/veya (ailenin veya yaşanılan yerin) yemek saatlerine uyma becerisi)					
14. İdari ve finansal yönetim (Olağan harcamaların idaresi, fatura ödemeleri, idari işler, sahip olduğu hakları bilme, mal varlığının idaresi)					
15. Kişisel görünüm ve bakım (görünüş, kişisel hijyen, kıyafetlerin temizliği)					
16. Agresif, saldırgan veya anti sosyal davranışın kontrolü (agresif davranış ve/veya kanunların ve toplum hayatının kurallarının hiçe sayılması)					
17. Strese ve beklenmeyen durumlara uyum sağlama (Uyabilme becerisi, duygusal kontrol, başa çıkma mekanizmaları)					
<b>D. Mesleki İşlevsellik</b>					
18. Ev işi etkinlikleri (Ev idaresi ile ilgili işler; toplama, çamaşır, bulaşık, temizlik, çöpü dışarı çıkarma, genel bakım, mobilyanın durumu vb.)					
19. Çalışma veya eğitim (Okul veya üniversiteye devam etme yada geri dönme, iş eğitimi alma yada profesyonel yönelim. İş arama yada işe geri dönme, profesyonel entegrasyon)					

#### **EK-4: Şizofreni Hastalarının Tedavileri ile İlgili Motivasyonlarını Belirleme**

##### **Formu (ŞHTİMBF)**

1. Son zamanlarda tedaviye devam etme ile ilgili herhangi bir kararsızlık (şüphe) yaşadınız mı? Nasıl bir kararsızlık (şüphe) oldu?
2. Son zamanlarda tedavinize devam etme ile ilgili bir değişiklik istediğiniz oldu mu? Nasıl bir değişiklik oldu?
3. Son zamanlarda tedaviye devam etme ile ilgili herhangi bir endişeniz oldu mu? Ne tür endişeleriniz oldu?
4. Son zamanlarda tedaviye devam etme ile ilgili karmaşık duygular yaşadınız mı? Karmaşık duygularınız nasıldı?
5. Düzenli tedaviye devam etmenin iyi tarafları ve o kadar da iyi olmayan tarafları nelerdir?

**EK-5: Tez Çalışması Sırasında Uzman Görüşü Alınan Kişiler**

<b>Uzman</b>	<b>Görev Yeri</b>	<b>Alanı</b>
Prof. Dr. Rukuye AYLAZ	İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	Halk Sağlığı Hemşireliği ABD
Prof. Dr. Hatice Birgül CUMURCU	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	Psikiyatri ABD
Dr. Öğr. Üyesi Funda KAVAK BUDAK	İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	Psikiyatri Hemşireliği ABD

 İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ  
PSIKİYATRİ ANABİLİM DALI  
PSIKİYATRİDE SÜREKLİ EĞİTİM ETKİNLİKLERİ

## 8. PSIKOTERAPİLER YAZ OKULU KATILIM BELGESİ

Sayın ERMAN YILDIR

*İnönü Üniversitesi Tıp fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı tarafından 27-29 Mayıs 2016 tarihleri arasında düzenlenen "KABUL VE KARARLILIK TERAPİSİ" konulu Yaz Okulu Eğitim Programına katılmıştır.*

  
Prof. Dr. Süheyla ÜNAL  
Yaz Okulu Yöneticisi

**EK-7: Motivasyonel Görüşme Tekniği Eğitimi Katılım Belgesi**

**Motivasyonel Görüşme Tekniği  
Eğitimi Katılım Belgesi**

---

21 Temmuz 2017

Sayın Erman YILDIZ,

21 Temmuz 2017 tarihinde İstanbul'da yapılan Motivasyonel  
Görüşme Tekniği Birinci Aşama Eğitime katılmıştır.

Saygılarımla



Prof. Dr. Kültegin ögel  
Motivasyonel Görüşme Eğitici


## Motivasyonel Görüşme Tekniği Eğitimi Katılım Belgesi

9 Şubat 2018

Sayın ERMAN YILDIZ,

9 Şubat 2018 tarihinde İstanbul'da yapılan Motivasyonel  
Görüşme Tekniği İkinci Aşama Eğitimine katılmıştır.

Saygılarımla



Prof. Dr. Kültegin ögel  
Motivasyonel Görüşme Eğitici

## EK-8: Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu (Deney Grubu)

Sizi **Prof. Dr. Rukuye AYLAZ** tarafından yürütülen “**Şizofreni Hastalarında Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli ve Motivasyonel Görüşme Destekli Danışmanlığının İşlevsel İyileşme ve Motivasyon Düzeylerine Etkisi**” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. 18 yaşının altındaki Katılımcı/Gönüllülerin, Velayet veya Vesayetindeki yasal temsilcilerine gerekli açıklamalar yapılarak bilgilendirildi. Çalışma için gerekli İzin/Onam alındı. **Çalışmaya katılmanız, soruları yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam/onay verdiğiniz anlamına gelmektedir.** Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen **Araştırma amacı** ile kullanılacaktır. **Araştırma yayınlansa bile isminiz ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacak ve 3. bir şahısa verilmeyecektir.**

**1. ARAŞTIRMANIN ADI:** Şizofreni Hastalarında Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli ve Motivasyonel Görüşme Destekli Danışmanlığının İşlevsel İyileşme ve Motivasyon Düzeylerine Etkisi

**2. KATILIMCI SAYISI:** Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam katılımcı sayısı 46 'dır.

**3.ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ:** Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 9 ay'dır.

**4. ARAŞTIRMANIN AMACI:**

Bu araştırma, şizofreni tanılı bireylerde kabul ve kararlılık terapisi temelli ve motivasyonel görüşme destekli danışmanlığının işlevsel iyileşme ve motivasyon düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır.

**5. ARAŞTIRMAYA KATILMA KOŞULLARI**

Bu araştırmaya dahil edilebilmek için sahip olmanız gereken koşullar şu şekildedir;

- DSM-5 tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı konulan,
- 18 ve 65 yaş arasında olan,
- İletişime ve iş birliğine açık olan,
- Remisyon dönemi içindeki bireyler.

**6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ**

Bu araştırmada yapılacak işlemler şu şekildedir;

Veriler araştırmacı tarafından TRSM'de bulunan özel bir odada, mevcut soruların araştırmacı tarafından birebir okunarak ve verilen cevaplar formlara işaretlenerek ortalama 50-60 dakika süreyle gerçekleştirileceği öngörülmektedir. Araştırmada deney ve kontrol gruplarına ön test formlarının (Hasta Tanıtım Formu, ŞİİÖ ve ŞHTİMBF) Eylül 2018'de uygulanması planlanmaktadır. Deney grubuna 4 hafta



süreyile toplam 8 oturum şeklinde motivasyonel görüşme destekli ve KKT temelli psikoeğitim uygulandıktan sonra, Mayıs 2019’da deney ve kontrol grubundan son test verilerinin (Hasta Tanıtım Formu, ŞİİÖ ve ŞHTİMBF) toplanması öngörülmektedir.

#### 7. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK OLASI RİSKLER

Olası bir soruna karşı gerekli tedbirler tarafımızdan alınacaktır.

#### 8. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK / SORUMLULUK DURUMU

Araştırma nedeniyle bir zarar görmeniz söz konusu olursa gereken masraflar Rukuye AYLAZ tarafından karşılanacaktır.

#### 9. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK KİŞİ

Uygulama süresince, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da araştırma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki veya diğer rahatsızlıklarınız için herhangi bir saatte adresi ve telefonu aşağıda belirtilen ilgili hekime ulaşabilirsiniz.

##### *İstediginizde Günün 24 Saati Ulaşılabilir Araştırmacınızın Adres ve Telefonları:*

Sorumlu Araştırmacı

Prof. Dr. Rukuye AYLAZ

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

#### ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana; çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak ta anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ		İMZASI/TARİH
<i>ADI-SOYADI</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

VELİ/ VASİ (Varsa)		İMZASI/TARİH
<i>ADI-SOYADI</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

TANIK (Varsa)		İMZASI/TARİH
<i>ADI-SOYADI</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

ARAŞTIRMACI		İMZASI/TARİH
<i>ADI-SOYADI ve GÖREVİ</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

## EK-9: İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurul Onayı

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
26.06.2018	13	2018/13-30	
<p><b>Karar No: 2018/13-30:</b> Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 26.06.2018 tarihinde Tıp Fakültesi Etik Kurul Salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Prof. Dr. Rukuye AYLAZ'ın sorumlu araştırmacı olduğu, İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Arş. Grv. Erman YILDIZ'ın, yardımcı araştırmacı olduğu, <b>“Şizofreni Hastalarında Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli ve Motivasyonel Görüşme Destekli Danışmanlığının İşlevsel İyileşme ve Motivasyon Düzeylerine Etkisi”</b> başlıklı çalışmasının Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin teklifin değerlendirilmesi, Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde Kurum İzin Belgesinin sonradan dosyaya eklenmesi şartıyla <u>etik onayı verilmesine</u>; oy birliği ile karar verildi.</p>			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı			
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.	KATILDI	Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Erkan KARATAŞ Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Yılmaz TABEL Etik Kurul Üyesi	KATILDI

## EK-10: Malatya İli Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 06/09/2018-E.24912



T.C.  
MALATYA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 92852811-771  
Konu : Tez Çalışması

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Personel Daire Başkanlığı)

İlgi : 26.07.2018 tarihli ve E.15858 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız ile, Üniversiteniz Hemşirelik Fakültesinde görevli Prof. Dr. Rukuye AYLAZ danışmanlığında, Üniversiteniz Hemşirelik Fakültesi Araştırma Görevlisi Erman YILDIZ tarafından, Müdürlüğümüze bağlı Göztepe Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Yeşilyurt Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde, "Şizofreni Hastalarında Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli ve Motivasyonel Görüşme Destekli Danışmanlığın İşlevsel İyileşme ve Motivasyon Düzeylerine Etkisi" konulu tez çalışması yapılması talebiniz, Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Söz konusu tez çalışmasının, 03.09.2018-30.07.2019 tarihleri arasında, Göztepe Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Yeşilyurt Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde, ekte göndermekte olduğumuz protokol hükümleri doğrultusunda yapılması hususunda,

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.  
Doç. Dr. Recep BENTLİ  
İl Sağlık Müdürü

Ek:  
Protokol

Güvenli Elektronik İmza

Aslı H. Ayarlar

03 Eylül 2018

Hüseyin ÖNDER  
V.H.K.I.

Malatya Kamu Hastaneleri Birliği  
Faks No:4223245601

e-Posta:nesrin.kara2@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Malatya İl Sağlık Müdürlüğü Kamu  
Hastaneleri Başkanlığı Eğitim Birim N. KARA khb44.egitim@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden e0150b29-312e-4e42-9bd6-0bb36d443fb0 koda ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Nesrin KARA  
Unvan:EBE

Telefon No:4223245603 (1047)

## EK-11: Elazığ İli Kurum İzni



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

### BİLİMSEL ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ

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

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

İlgili protokol hükümlerini okudum ve kabul ettim.

10.07/2018

Başvuru Sahibinin  
Adı Soyadı

Erman YILDIZ

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

.../.../2018

Uzm. Dr. Doğan ŞİMŞEK  
Başhekim Yardımcısı



## EK-12: Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği Kullanım İzni

14.09.2018

ResearchGate

[Home](#) More ▾



Notifications

[Updates](#)

[Messages](#)

[Compose message](#)

[Requests](#)

Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği

user

[Report message](#) · [Block](#)

**Erman Yıldız**

23 hours ago

Merhaba Ömer Aydemir Hocam,

Ben İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nden Araştırma Görevlisi Erman Yıldız. İzinizle Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeğini "ŞİZOFRENİ HASTALARINDA KABUL VE KARARLILIK TERAPİSİ TEMELLİ VE MOTİVASYONEL GÖRÜŞME DESTEKLİ DANIŞMANLIĞIN İŞLEVSEL İYİLEŞME VE MOTİVASYON DÜZEYLERİNE ETKİSİ" konulu Doktora tezimde kullanmak istiyorum.

Saygılarımla.

**Ömer Aydemir** to you

an hour ago

Sayın Erman Yıldız,  
Tez araştırmanızda Şizofrenide İşlevsel İyileşme ölçeğini kullanmanızdan memnuniyet duyuyorum. Kolaylıklar diliyorum.  
Prof. Dr. Ömer Aydemir  
Manisa Celal Bayar Üniversitesi

<https://www.researchgate.net/messages/1048872783>

1/1