

T.C
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA BİLİNÇLİ FARKINDALIK TEMELLİ
STRES AZALTMA EĞİTİMİNİN UMUT, PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ
VE İŞLEVSEL İYİLEŞMEYE ETKİSİ**

Aysel ÖZDEMİR

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Tez Danışmanı
Doç.Dr. Funda KAVAK BUDAK

Doktora Tezi-2020

T.C
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA BİLİNÇLİ FARKINDALIK
TEMELLİ STRES AZALTMA EĞİTİMİNİN UMUT, PSİKOLOJİK
İYİ OLUŞ VE İŞLEVSEL İYİLEŞMEYE ETKİSİ

Aysel ÖZDEMİR

Hemşirelik Anabilim Dalı


Doktora Tezi

Tez Danışmanı

Doç.Dr. Funda KAVAK BUDAK

MALATYA

2020

 İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ	KABUL ONAY FORMU	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ**

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA BİLİNÇLİ FARKINDALIK TEMELLİ STRES AZALTMA
EĞİTİMİNİN UMUT, PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ VE İŞLEVSEL İYİLEŞMEYE ETKİSİ**

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Funda KAVAK BUDAK

HAZIRLAYAN

Aysel ÖZDEMİR

Jürimiz tarafından 23/01/2020 tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonucunda bu tez **oybirliği** ile başarılı bulunarak Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi olarak kabul etmiştir.

Jüri Üyelerinin Unvanı Adı Soyadı

1. Prof. Dr. Behice ERCİ
2. Prof. Dr. Süheyla ÜNAL
3. Doç. Dr. Funda KAVAK BUDAK
4. Doç. Dr. Döndü ÇUHADAR
5. Dr. Öğr. Üyesi Nurgül ÖZDEMİR

İmza

.....
.....
.....
.....
.....

O N A Y

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun .../.../20... tarih ve 20.../..... 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
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Şizofreninin Tanımı	4
2.2. Şizofreninin Epidemiyolojisi	4
2.3. Şizofreninin Etiyolojisi	4
2.4. Şizofreninin Belirtileri	4
2.5. Şizofreninin Tedavisi	4
2.6. Şizofreni ve Umut	5
2.7. Şizofreni ve Psikolojik İyi Oluş	6
2.8. Şizofreni ve İşlevsel İyileşme	6
2.9. Şizofreni ve Farkındalık Temelli Uygulamalar	7
2.10. Şizofreni Hastalarının Umut, Psikolojik İyi Oluş ve İşlevsel İyileşmesinin Arttırılmasında Psikiyatri Hemşiresinin Rolü.....	9
3. MATERYAL VE METOT	11
3.1. Araştırmanın Türü.....	11
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	11
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	11
3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	12
3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	12
3.4. Veri Toplama Araçları	14
3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-2)	14
3.4.2. Herth Umut Ölçeği (EK-3)	14
3.4.3. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (EK-4)	15
3.4.4. Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) (EK-5)	15
3.5. Verilerin Toplanması	15
3.6. Hemşirelik Girişimi	16
3.6.1. Girişim Materyali.....	17

3.7. Araştırmanın Değişkenleri	23
3.8. Verilerinin Değerlendirilmesi	24
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri	25
3.10. Araştırmanın Sınırlılığı	25
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIşMA	36
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	44
KAYNAKLAR	46
EKLER.....	55
EK-1. Özgeçmiş.....	55
EK-2. Tanıtıcı Özellikler Formu.....	56
EK-3. Herth Umut Ölçeği	57
EK-4. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği	58
EK-5. şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği.....	59
EK-6. FTSA Eğitim Sertifikası.....	66
EK-7. Etik Kurul Onayı	67
EK-8. Malatya İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı.....	68
EK-9. Aydınlatılmış Onam Formu	70

TEŐEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca ve tezimin t¼m aŐamalarında bilimsel anlamda olduğu kadar manevi anlamda da desteğini esirmeyen, asistanlığını y¼r¼tt¼đ¼m bu s¼reçte, ıŐıđıyla yolumu aydınlatan, bug¼n¼m¼n mimarı, pek değerli danıŐmanım Sayın Doç. Dr. Funda KAVAK BUDAK'a,

Tez çalıŐmam boyunca bilimsel ve manevi katkıları ile alanlarında duayen, değerli komite üyeleri, Sayın Prof. Dr. S¼heyla ÜNAL ve Sayın Prof. Dr. Behice ERCİ'ye,

Lisans ve lisans¼st¼ eğitimim boyunca bana olan sonsuz inancı, bilimsel ve manevi desteği ile pek kıymetli hocam Sayın Prof. Dr. Nezih KARABULUT'a,

Tez çalıŐmama canı gön¼lden katılan t¼m hastalarıma, uygulamalar esnasında ellerinden gelen desteği esirgemeyen başta Yeşilyurt Toplum Ruh Sağlığı Merkezi olmak üzere, G¼ztepe Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Elazığ Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalıŐanlarına,

Uygulamalar esnasında kaybettiğim, canımın taaa içi, rahmetli babam Hasan AKBENİZ'e,

Canımın taaa içi annem AyŐe AKBENİZ'E, baldan tatlı kızım, mucizem AyŐe Zelar ÖZDEMİR'e ve biricik can eŐim, Özg¼r ÖZDEMİR'e,

SONSUZ TEŐEKK¼RLER...

Aysel ÖZDEMİR

ÖZET

Şizofreni Hastalarında Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Eğitiminin Umut, Psikolojik İyi Oluş ve İşlevsel İyileşmeye Etkisi

Amaç: Bu araştırma, şizofreni hastalarında bilinçli farkındalık temelli stres azaltma eğitiminin umut, psikolojik iyi oluş ve işlevsel iyileşmeye etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal Metot: Araştırma ön test son test kontrol gruplu yarı deneme modeli olarak, Eylül 2018- Ocak 2020 tarihleri arasında Elazığ TRSM, Malatya Göztepe TRSM, Malatya Yeşilyurt TRSM’de yürütüldü. Araştırma, örneklem seçim yöntemine gidilmeden, araştırma kriterlerine uyan 137 hasta ile tamamlandı. Veriler, Tanıtıcı Özellikler Formu, Herth Umut Ölçeği, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği ve ŞİLO kullanılarak toplandı. Farkındalık grubuna 16 oturumluk farkındalık temelli stres azaltma; psikoeğitim grubuna 8 oturumluk psikoeğitim programı uygulandı. Kontrol grubuna ise herhangi bir girişim uygulanmadı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistik yöntemler, One Way ANOVA ve Tekrarlayan Ölçümlerde ANOVA kullanıldı.

Bulgular: Eğitim öncesi farkındalık, psikoeğitim ve kontrol grubunun umut düzeylerinin düşük, psikolojik iyi oluşlarının ve işlevsel iyileşme düzeylerinin orta düzey olduğu belirlendi. Farkındalık grubundaki hastaların umut, psikolojik iyi oluş ve işlevsel iyileşme ikinci ve üçüncü ölçüm puan ortalamalarının psikoeğitim ve kontrol grubuna göre artma gösterdiği ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p<0.05$). Grup içi karşılaştırmada; farkındalık ve psikoeğitim grubu umut, psikolojik iyi oluş ve işlevsel iyileşme düzeyi birinci puanının, ikinci ve üçüncü ölçüme göre istatistiksel olarak önemli derecede düşük olduğu saptandı ($p<0.05$). Kontrol grubu grup içi karşılaştırmasında ise umut, psikolojik iyi oluş ve işlevsel iyileşme düzeyinde istatistiksel olarak önemli bir değişimin olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Sonuç: FTSA’nın psikoeğitime oranla şizofreni hastalarında umut, psikolojik iyi oluş ve işlevsel iyileşme düzeyini arttırmada daha etkili olduğu bulundu.

Anahtar Kelimeler: Farkındalık temelli stres azaltma terapisi, hemşirelik, işlevsel iyileşme, psikolojik iyi oluş, şizofreni, umut.

ABSTRACT

The Effects of Mindfulness Based Stress Reduction Training on Hope, Psychological Well-Being and Functional Recovery Patients with Schizophrenia

Objective: The aim of this study was to determine the effect of mindfulness based stress reduction training on hope, psychological well-being and functional recovery patients with schizophrenia.

Materials and Methods: The research was carried out as a pre-test and post-test control group quasi-experimental model in Elazığ TRSM, Malatya Göztepe TRSM, Malatya Yeşilyurt TRSM between September 2018-June 2020. The study was completed with 137 patients who fulfilled the research criteria without going through the sample selection method. Data were collected using the Descriptive Characteristics Form, Herth Hope Scale, Psychological Well-being Scale and FROGS. Mindfulness group, 16 sessions of mindfulness based stress reduction and psychoeducation group, 8-session of psychoeducation program applied. No intervention was applied to control group. Descriptive statistical methods, One Way ANOVA and Repeated Measures ANOVA were used to evaluate the data.

Results: It was determined that pre-training mindfulness, psychoeducation and control group had low level hopes, psychological well-being and functional recovery levels were moderate. It was determined that the mean scores of hope, psychological well-being and functional recovery of the patients in the mindfulness group increased compared to the psychoeducation and control groups and the difference between the groups was statistically significant ($p < 0.05$). In-group comparison; in the mindfulness and psychoeducation group, the pre-test score of hope, psychological well-being and functional recovery levels were found to be significantly lower than the intermediate test and post-test ($p < 0.05$). In the comparison of the control group, there was no statistically significant change in the level of hope, psychological well-being and functional recovery ($p > 0.05$).

Conclusion: It was found that MBSR was more effective in increasing hope, psychological well-being and functional recovery in schizophrenia patients than in psychoeducation.

Keywords: Mindfulness based stress reduction therapy, nursing, functional recovery, psychological well-being, schizophrenia, hope.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

EKT	:Elektro Konvulsif Tedavi
FTSA	:Farkındalık Temelli Stres Azaltma Terapisi
ŞİLO	:Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği
TRSM	:Toplum Ruh Sağlığı Merkezi



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 3.1. Araştırma Planı.....	13
Şekil 3.2. Grupların Eğitim Uygulama Planı.....	17



TABLULAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. Herth Umud Ölçeği ve Alt Boyutları.....	14
Tablo 3.2. Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) ve Alt Boyutları.....	15
Tablo 3.3. FTSA Uygulama Planı.....	20
Tablo 3.4. Psikoeğitim Uygulama Planı	22
Tablo 3.5. Kontrol ve Deney Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması	23
Tablo 3.6. Araştırmada Kullanılacak Olan İstatistiksel Yöntemler	25
Tablo 4.1. Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Gruplar Arası I. Ölçüm Umud Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	26
Tablo 4.2. Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Gruplar Arası II. Ölçüm Umud Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	27
Tablo 4.3. Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Gruplar Arası III. Ölçüm Umud Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	28
Tablo 4.4. Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Gruplar Arası I. Ölçüm Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	29
Tablo 4.5. Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Gruplar Arası II. Ölçüm Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.6. Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Gruplar Arası III. Ölçüm Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.7. Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Gruplar Arası I. Ölçüm ŞİLO Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.8. Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Gruplar Arası II. Ölçüm ŞİLO Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.9. Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Gruplar Arası III. Ölçüm ŞİLO Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.10. Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Grup İçerisinde I., II. ve III. Ölçüm Umud Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	33
Tablo 4.11. Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Grup İçerisinde I., II. ve III. Ölçüm Psikolojik İyi Oluş Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.12. Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Grup İçerisinde I., II. ve III. Ölçüm ŞİLO Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	35

1. GİRİŞ

Şizofreni bellek, dikkat, algı, öğrenme, sosyal biliş, motor aktiviteler gibi birçok işlevde bozulmaya yol açan, alevlenme ve remisyon dönemleri ile giden kronik ruhsal bir bozukluktur (1, 2). Şizofreni Dünya Sağlık Örgütü'nün Global Hastalık Yüğü çalışmasında en fazla yeti yitimine yol açan ruhsal bozukluk olarak belirtilmiş ve hastalığın dünya geneli yaygınlığının % 0.21–0.7 arasında olduğu saptanmıştır (3). Ülkemizde şizofreni görülme oranları net olmamakla birlikte yaygınlığını ‰ 0.89 olarak belirten epidemiyolojik çalışmalar mevcuttur (4, 5).

Şizofreni, sanrı, halüsinasyon, dezorganize konuşma gibi pozitif; motivasyon kaybı, istekli yapılan eylemlerde azalma, duygu dışı vurumunun azalması, toplumdan geri çekilme gibi negatif belirtiler göstermektedir. Bu belirtiler içgörü yetersizlikleri, tedavinin yan etkileri, umutsuzluk, tedaviye uyumsuzluk, bakım verenin olmayışı gibi nedenlerle iç içe seyrettiğinde hastaların işlevselliğinde, psikolojik iyi oluşunda ciddi bozulmalara neden olmaktadır (6-9).

Şizofreni hastalarında umut, iyileşme sürecini başlatan ve devam ettiren bir faktör olarak yer alır. Aynı zamanda hastalıkla mücadeleyi kolaylaştıran ve içgörüyü arttıran önemli bir baş etme mekanizmasıdır. Kavak ve Yılmaz, şizofreni hastalarında yürüttükleri çalışmada umudun düşük olduğunu belirlemiştir (10). Kim ve ark. psikiyatri hastalarında umudun düşük olduğunu saptamıştır. Şizofrenide umudu başarılı bir şekilde arttırmak, bireylerin karşılaştıkları her engele karşı daha güçlü ve dayanıklı hale gelmelerine yardımcı olmaktadır. Umut seviyesinin artışı stres seviyesini azaltmakta ve psikolojik iyi oluşu arttırmaktadır (11).

Psikolojik iyi oluş, öz-kabul, pozitif ilişkiler, özerklik, çevresel kontrol, yaşam amacı ve kişisel gelişim alt basamaklarından oluşan bir duygudur (12). Psikolojik iyi oluş, mutluluk, moral, benlik saygısı, bilişsel işlev, kişilik ve duygudurum ile ilişkili olduğundan şizofrenide yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmektedir (13). Kim ve ark. psikiyatri hastalarında psikolojik iyi oluşun düşük olduğunu belirlemiş ve ilaç tedavisine ek olarak alternatif uygulamaların hastaların psikolojik iyi oluşunu olumlu yönde etkilediğini belirtmiştir (11). Şizofreni hastaları günlük yaşam becerileri, sosyal ilişkiler, iletişim gibi birçok konuda sıkıntılar yaşamakta, aileye ve topluma uyumda zorlanmaktadırlar. Şizofreni hastalarının kendilerini psikolojik yönden iyi hissetmeleri

günlük ve mesleki işlevlerini olumlu yönde etkileyebilmektedir. Bu durum hastaların işlevselliğini arttırmaktadır (14).

Şizofrenide işlevsellik; günlük yaşam becerilerini, sosyal ilişkileri, iletişimi, davranış kontrolünü, hastalığın ve tedavinin idaresini, stres ve beklenmeyen durumlara uyumu etkileyen kapsamı oldukça geniş bir kavramdır. Şizofreni ile ilgili yapılan çalışmalar sadece ilaç tedavisi alan hastaların, işlevselliğinin düşük seviyede olduğunu göstermektedir (15, 16). Kavak ve Ekinçi ayaktan tedavi gören şizofreni hastalarının işlevselliklerinin düşük olduğunu belirtmişlerdir (17).

Şizofreni hastalarında görülen belirtilerin azaltılmasında en sık kullanılan yöntem antipsikotik ilaç kullanımınıdır. Ancak, yapılan çalışmalar hastalığın tedavisinde tek başına ilaç kullanımının yeterli olmadığını, hastaların içgörü yetersizliği, umutsuzluk, mutsuzluk, işlevsellikte azalma gibi belirtilerin hala devam ettiğini göstermektedir (10, 18, 19).

Şizofrenide ilaç tedavisine ek olarak yapılan terapötik girişimlerin olumlu etkileri bildirilmektedir. Günümüzde bu amaçla bilişsel davranışçı terapi, yoga, meditasyon, sorun çözme terapisi, farkındalık temelli stres azaltma eğitimi, psikoeğitim, psikososyal beceri eğitimi gibi birçok yöntem kullanılmaktadır (7, 8, 20-22).

Schrank yapmış olduğu çalışmada farkındalık programları gibi pozitif psikoterapi programları ile psikoz hastalarının olumsuz düşünceleri kabul etme ve üstesinden gelme güçlerinin ve buna bağlı olarak da umutlarının arttığı ortaya konmuştur (23).

Farkındalık temelli stres azaltma eğitimi (FTSA), içerdiği meditasyonlar ile stresi azaltmakta, sosyal hayatta iletişimi ve ilişkileri kolaylaştırmakta ve böylece psikolojik iyi oluşu arttırmaktadır (24, 25). Langer ve ark. şizofreni hastalarında farkındalık temelli görüşmenin psikolojik iyi oluşu arttırdığını belirtmiştir (26). Farkındalık terapileri ile stres ve stres ile baş etme yöntemleri öğretilmekte, hastaların bakımlarına katılımları artırılmakta ve sosyal yönden destekleyici grup çalışmaları yapılmaktadır. Yılmaz çalışmasında farkındalık temelli psikososyal beceri eğitiminin şizofreni hastalarında işlevsel iyileşmeyi arttırdığını belirtmiştir (9). Chien çalışmasında farkındalık temelli psikoeğitimin şizofreni hastalarında sosyal işlevselliği arttırdığını belirtmiştir (27).

Psikiyatride hastane temelli yaklaşımdan toplum temelli yaklaşıma geçişle birlikte, hemşirenin eğitim, danışmalık, rehabilitasyon gibi rolleri ön plana çıkmıştır. İnsana her yönüyle hümanistik bakımı temel alan hemşirelikte, bakımın terapilerle

desteklenmesi iyileşmeyi arttıracaktır. Dünyada ve ülkemizde şizofreni hastalarına yönelik FTSA eğitiminin umut, psikolojik iyi oluş ve işlevsel iyileşmeye etkisinin incelendiği araştırmaya rastlanmaması da bu araştırmanın hemşirelik literatürü için önemini ortaya koymaktadır.

Bu bilgiler doğrultusunda araştırma şizofreni hastalarında bilinçli farkındalık temelli stres azaltma eğitiminin umut, psikolojik iyi oluş ve işlevsel iyileşmeye etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1. Şizofreni hastalarına verilen FTSA eğitimi umudu arttırmada etkilidir.

Hipotez 2. Şizofreni hastalarına verilen FTSA eğitimi psikolojik iyi oluşu arttırmada etkilidir.

Hipotez 3. Şizofreni hastalarına verilen FTSA eğitimi işlevsel iyileşmeyi arttırmada etkilidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreninin Tanımı

Şizofreni bellek, dikkat, algı, öğrenme, sosyal biliş, motor aktiviteler gibi birçok işlevde bozulmaya yol açan, alevlenme ve remisyon dönemleriyle giden kronik mental bir bozukluktur (1, 2).

2.2. Şizofreninin Epidemiyolojisi

Şizofreni Dünya Sağlık Örgütü'nün Global Hastalık Yüğü çalışmasında en fazla yeti yitimine yol açan ruhsal bozukluk olarak belirtilmiş ve hastalığın dünya geneli yaygınlığının %0.21-0.7 arasında olduğu saptanmıştır (3). Ülkemizde şizofreni görülme oranları net olmamakla birlikte yaygınlığını %0.89 olarak belirten epidemiyolojik çalışmalar mevcuttur (4, 5). Kadınlarda erkeklere oranlara daha geç yaşta görülmeye başlar ve menapozdan sonra görülme sıklığı artar (3).

2.3. Şizofreninin Etiyolojisi

Şizofreninin nedenini açıklamaya yönelik olarak yapılan çalışmalar halen devam etmektedir. Şizofreninin nöroanatomik ve nörobiyolojik anormallikler, genetik ve diğer faktörlerle (enfeksiyon, stres, sosyal sınıf) ilişkili olduğu öne sürülmektedir. Özellikle kronik stres faktörleri (iş, aile, yoksulluk, fiziksel yetersizlik) şizofreniyle ilişkilendirilmektedir (16).

2.4. Şizofreninin Belirtileri

Şizofreni çoğu kez adölesan döneminde sinsî bir şekilde başlar. Hasta yavaş yavaş içe kapanır, evden çıkmama, arkadaşlık ilişkilerini koparma, işlevsellikte gerileme, özbakımda yetersizlik gibi negatif belirtiler ortaya çıkar. Sonrasında düşünce, duygu ve davranışlarda temel bozukluklarla kendini gösteren psikotik bir hal alır. Şizofrenide görülen sanrı, halüsinasyon, dezorganize konuşma, dezorganize davranış belirtilerine pozitif belirtiler denir (28).

2.5. Şizofreninin Tedavisi

Şizofreni farmakolojik, somatik ve psikososyal müdahalelerle tedavi edilebilen bir hastalıktır. Farmakolojik tedavide “antipsikotik” adı verilen ilaçlar kullanılır.

Somatik tedavide ‘elektro-konvulsif terapi (EKT)’ adı verilen elektroşok yöntemi kullanılır. EKT ilk akut atakta, katatoni ve intihar davranışı bulunması durumunda, çabuk iyileşme istendiğinde ve tıbbi müdahaleye yetersiz cevap alındığında etkin ve güvenli tedavidir (29-33). Farmakolojik tedavi, ilk tedavi basamağını oluşturmakla beraber, etkisi kanıtlanmış en iyi yöntem; ilaç tedavisiyle beraber verilen psikososyal tedavilerdir (34).

2.6. Şizofreni ve Umut

Umut, bireye enerji veren ve hedeflere ulaşmasını sağlayan pozitif bir perspektiftir. Bressan’a göre umut, kişinin uygun rolleri seçebilme kapasitesini ve sadece olumlu bir sonuca güvenmek yerine, hedefe yönelik engelleri aşma gücünü değerlendirmeyi amaçlayan bir kavramdır (35). Şiddetli mental hastalıklarda umut, kazanımın mümkün ve gerçekçi olduğu durumlarda, değerli hedeflere, ilişkilere ya da maneviyata ulaşmanın geleceğe yönelik bir beklentisi olarak tanımlanabilir. Şizofreni hastalarında umut, iyileşme sürecini başlatan, devam ettiren ve hızlandıran bir faktör olarak yer alır. Aynı zamanda hastalıkla mücadelede motivasyonu arttıran önemli bir baş etme mekanizmasıdır. Yapılan çalışmalarda umut, işlevsel iyileşme, öz-yeterlilik, benlik saygısı, hasta aktivasyonu (hastanın hastalığını ve sekellerini bilmesi) ve yaşam kalitesi ile pozitif ilişkili bulunmuştur (36-39). Umutsuzluğu ise anksiyete, depresyon, intihar girişimi, içselleştirilmiş damgalanma ile alakalı tespit eden çalışmalar mevcuttur (23, 40-42). Kavak ve Yılmaz, şizofreni hastalarında yapmış olduğu çalışmada umudun düşük olduğunu belirlemiştir (10). Ölçün şizofrenide umudun düşük olduğunu saptamıştır (43).

Şizofrenide umudu başarılı bir şekilde arttırmak, bireylerin karşılaştıkları her engele karşı daha güçlü ve dayanıklı hale gelmelerine yardımcı olmaktadır. Yapılan çalışmalar, psikososyal tedaviler ile şizofrenide umudun arttığını göstermektedir (11, 44-46) Bu psikososyal tedavilerden biri de FTSA’dır. Hastalar FTSA ile farkındalık becerisi kazanmakta ve yargısal olmayan kabul düzeylerini arttırmaktadır. Böylece olumsuz düşünceler azaltmakta, şefkat, öz merhamet ve iyilik duyguları gelişmektedir (47-49). Yapılan bir çalışmada farkındalık programları gibi pozitif psikoloji programlarıyla hastaların olumsuz düşünceleri kabul etme ve üstesinden gelme güçlerinin ve buna bağlı olarak da umutlarının arttığı ortaya konmuştur (23).

2.7. Şizofreni ve Psikolojik İyi Oluş

Psikolojik iyi oluş bireylerin yaşamsal niyetlere, sorumluluklara sahip olması, kendini gerçekleştirebilmesi, diğer insanlarla uygun ilişkiler kurabilmesiyle ilgili değerlendirmelerini içeren bir kavramdır. İyi yaşama ve iyi şeyler yapma olarak tanımlanmakta ve mutlulukla aynı anlamı ifade etmektedir (12). Bir diğer ifade ile psikolojik iyi oluş ruhsal anlamda en iyiyi ifade etmektedir (50). Psikolojik iyi oluş kavramı ilk olarak Ryff tarafından 1989 yılında ortaya atılan bir modelle ortaya çıkmıştır. Bu model Maslow'un kendini gerçekleştirme kuramı, Rogers'ın birey merkezli yaklaşımı, Erikson'ın psikososyal evreler kuramı gibi insanı yaşam boyu inceleyen kuramlardan etkilenmiştir. Ryff psikolojik iyi oluşu kendini kabul, nitelikli ilişkiler kurma, özerklik, çevresel hakimiyet, yaşamın amacı ve kişisel gelişim olarak altı başlıkta incelemektedir (51). Kişinin gereksinimlerinin karşılanma durumu arttıkça psikolojik iyi oluş seviyesi de artmaktadır (52).

Şizofreni kronik mental bir hastalık olması, tedavi güçlükleri ve içgörü yetersizlikleri gibi problemler içermesi nedeniyle psikolojik iyi oluşun düşük olduğu bir hastalıktır (53). Strauss, çalışmasında şizofrenide negatif belirtiler ve/veya depresyon varlığında psikolojik iyi oluşun düşük olduğunu göstermiştir (49). Magallares, çalışmasında damgalanması yüksek şizofreni hastalarının psikolojik iyi oluşunun düşük, Brownea ise, çalışmasında ilk şizofreni atağı sonrası erken tedavi görmeyen hastaların psikolojik iyi oluşlarının düşük olduğunu belirtmişlerdir (53, 54).

Şizofrenide psikolojik iyi oluş kavramı iyileşmeyle ilişkilidir. Yapılan çalışmalar, psikososyal tedavilerle şizofrenide psikolojik iyi oluşun arttığını göstermektedir (55, 56). Bu psikososyal tedavilerden bir diğeri de bilinçli farkındalık eğitimidir. Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarında farkındalık temelli görüşmelerin psikolojik iyi oluşu arttırdığı gösterilmiştir (40, 57-59).

2.8. Şizofreni ve İşlevsel İyileşme

Şizofreni mental yıkımların yanında işlevsel yıkımlarla giden kronik bir hastalıktır. DSM-5 kriterlerine göre şizofreni tanısı alabilmek için hastaların işlevselliğinde hastalık öncesi döneme göre belirgin düşüş olması gerekmektedir (60). İşlevsellik düzeyinin düşük olmasıyla birlikte sosyal işlevsellik, sağlık ve tedavi, günlük yaşam becerileri ve mesleki işlevsellik bozulmaktadır. Bu başlıkların kapsamına tek tek bakılacak olursa işlevsellik daha net anlaşılabilir:

-Sosyal İşlevselliğin Bozulması

Sosyal ilişkilerde kendini ortaya koyabilme, sosyal hayata ve/ veya bir derneğe katılım, kişisel aktiviteler, iletişim ve bilgilenme, aile ve arkadaşlar yaşam için gerekli olan sosyal çevre ve duygusal ve cinsel ilişkilerde bozulmayı ifade etmektedir.

-Sağlık ve Tedavi

Hastalığın ve tedavinin yönetimi, sağlık yönetimi, empati ve başkalarına yardım ve tedavinin yan etkilerini idare etme basamaklarında bozulmayı ifade etmektedir.

-Günlük Yaşam Becerileri

Biyolojik ritimlere uyum, beslenme, idari ve finansal yönetim, işsel görünüm ve bakım, agresif, saldırgan veya anti-sosyal davranışın kontrolü, strese ve beklenmeyen durumlara uyum sağlama basamaklarında bozulmayı ifade etmektedir.

- Mesleki İşlevsellik

Ev işi etkinlikleri ve çalışma ve eğitim basamaklarında bozulmayı ifade etmektedir (61).

Tüm bu alanlarda becerilerini yitiren hastalar, tedavilerini yönetememekte, özbakımlarını yerine getirmekte zorlanmakta, sosyal ilişkiler kuramamakta, damgalanma yaşamakta, sorumluluk alamamakta, çalışmamakta, ailelerinden yetersiz destek görmekte, toplumsal ve bireysel rollerini yerine getirmekte zorlanmakta, yalnızlığa itilmekte ve daha kötü bir prognozla yaşamak zorunda kalmaktadırlar (62-66). Kavak ve Ekinci, Ensari, Özkan çalışmalarında şizofreni hastalarının işlevselliklerinin düşük olduğunu belirtmişlerdir (1, 15, 17).

Şizofrenide işlevselliği arttırmak üzere yapılan uygulamalar, ilaca ek olarak verilen psikososyal tedavilerdir. Yapılan çalışmalar sadece ilaç tedavisi alan hastaların işlevselliğinin düşük seviyede olduğunu göstermektedir (15-16). İşlevselliğin artışı için anahtar olan psikososyal tedavilerden biri de bilinçli farkındalık temelli stres azaltma eğitimidir. Yılmaz ve Okanlı, Chien, Wang çalışmalarında bilinçli farkındalık temelli eğitimlerin hastaların işlevsel iyileşmelerini arttırdığını belirtmişlerdir (9, 27, 67).

2.9. Şizofreni ve Farkındalık Temelli Uygulamalar

Bilişsel davranışçı terapilerin üçüncü kuşak yaklaşımları farkındalık temelli uygulamalardır. Farkındalık temelli uygulamalarda odak, kişinin içinde bulunduğu duygusal yaşantılardır. Duygusal yaşantılar, objektif değerlendirmeden uzaktır. Birey bu yaşantılarını kendi farkındalığı derecesinde algılar. Farkındalık temelli yaklaşımlardaki tedavi yöntemi söz konusu içsel deneyimlere dair farkındalık oluşturmaktadır. Bu terapi

kuşağında içsel deneyim ve kabul süreci vurgulanmakta; içsel duyuları değiştirmek yerine kabul öngörülmektedir (68).

Üçüncü kuşak yaklaşımlar içerisinde yer alan farkındalık temelli stres azaltma terapisi, 1972 yılında Prof. Dr. Jon Kabat Zinn tarafından geliştirilmiştir. Farkındalık temelli stres azaltma terapisi meditasyon öğretileri dahilinde farkındalık kazandırmayı amaçlayan bir grup programıdır. İlk başlarda yalnızca kronik ağrısı olan hastaları tedavi etmek ve ağrı farkındalıklarını farklılaştırmak amaçlı kullanılmıştır. Daha sonra fiziksel veya zihinsel ağrıdan yakınan farklı özelliklerdeki hastalara stres, zorlayıcı durum ve duygularla baş etme becerisi kazandırma yöntemine dönüşmüştür (69).

Farkındalık temelli stres azaltma terapisi destekleyici, önleyici, tamamlayıcı olarak veya sadece bir program olarak uygulanabilir. Bu program, stresi azaltmada ve duyguları düzenlemede bir özdüzenleme yöntemi olarak kullanılabilir. Kabul edici bir yönelişle, 'anda' neler olduğunun fark edilmesini sağlar. Alışkanlık haline gelen negatif düşünceler, duygular ve davranış kalıplarından uzaklaşmaya yardımcı olur. Artan farkındalık ve kabul etme eğilimi yeni yanıt yollarının ve baş etme becerilerinin ortaya çıkmasını kolaylaştırır. Bilinçli farkındalık eğitimi beynin duygu düzenleme ve stres tepkisi bölgelerini etkiler. Dolayısıyla nefes alma, kalp atışı ve bağışıklık gibi yaşamsal fonksiyonlarla da bağlantılıdır (70, 71)

Farkındalık temelli stres azaltma terapisi 4 ana başlıktan oluşur:

1. Psikoeğitim yoluyla bilgilendirme: Bu kısımda kavramsal bilgi verilir. Bilinçli farkındalık teorik olarak tanımlanır, tutumlar açıklanır, bilimsel araştırma bulguları sunulur ve hikayeler, şiirler ve metaforlar yoluyla kavramlar somutlaştırılır.

2. Düşüncelerin farkındalığını sağlama:

- Düşüncelere verilen reaksiyonları fark etme
- Düşüncelerin çokluğunu ve gelip geçici olduğunu anlayabilme
- Düşüncelerdeki geçmiş ve gelecek bağlantısını fark edebilme
- Düşünceleri varsayım olarak kabul etme
- Düşüncelerimize karşı mesafe alma ve düşüncelerin merkezinden uzaklaşma becerileri öğretilir.

3. Duyumsal farkındalık:

- Mevcut anı duyu organlarımızla algılama
- Deneyimleri salt duyularla algılama
- Bedensel duyuların farkındalığı

- Bedensel duyumlara karşı verdiğimiz reaksiyonları fark etme
- Duyumsal farkındalık bedene yoğunlaşma ve beden egzersizleri ile sağlanmaya çalışılır.

4. Duyuların farkındalığı:

- Duyulara mesafe alma
- Duyuları tanıma ve ifade edebilme
- Duyuların gelip geçici olduğunu fark etme
- Zorlayıcı duyguları fark etme
- Duyulara verdiğimiz reaksiyonları fark etme
- Dürtüsel duygulanımı fark etme becerileri öğretilir (72).

Farkındalık temelli stres azaltma terapisi başta kanser ve kronik hastalıklar olmak üzere tüm organik ve ruhsal kökenli hastalıklarda kullanılmaktadır (73, 74). Psikoz ve şizofrenide kullanımı ise oldukça yenidir (75). Şizofrenide farkındalık temelli uygulamalar ile içgörü, işlevsellik, yaşam kalitesi, psikolojik iyi oluş, olumlu baş etme yöntemleri ve olumlu duygulanım artmakta; anksiyete ile pozitif ve negatif belirtiler azalmaktadır (9).

Farkındalık temelli stres azaltma ile şizofreni hastalarının olumsuz düşünceleri ve duyguları değiştirilmekte, dikkat ve kabul etme yoluyla hastalar güçlendirilmekte ve sakinleştirmekte, farkındalık becerisi kazandırılmakta ve yargısal olmayan kabul düzeylerini arttırılmaktadır. Farkındalık temelli stres azaltma terapisi içerdiği meditasyonlar ile stresi azaltmakta, sosyal hayatta iletişimi ve ilişkileri kolaylaştırmakta ve böylece psikolojik iyi oluşu arttırmaktadır (24, 55, 56, 76)

Farkındalık terapileriyle stres ve stres ile baş etme yöntemleri öğretilmekte, hastaların bakımlarına katılımları arttırılmakta ve sosyal yönden destekleyici grup çalışmaları yapılmaktadır. Böylece işlevselliğin arttırılmasına çalışılmaktadır (67).

Farkındalık temelli terapiler yurtdışındaki sağlık enstitüleri tarafından önerilmektedir ancak ülkemizde yaygınlığı henüz artmamıştır.

2.10. Şizofreni Hastalarının Umut, Psikolojik İyi Oluş ve İşlevsel İyileşmesinin Arttırılmasında Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Şizofreni hastalarında görülen belirtilerin azaltılmasında en sık kullanılan yöntem ilaç kullanımudur. Ancak, yapılan çalışmalar hastalığın tedavisinde tek başına ilaç kullanımının yeterli olmadığını, hastaların içgörü yetersizliği, umutsuzluk,

mutsuzluk, işlevsellikte azalma gibi etkenlerin hala devam ettiğini göstermektedir (10, 18, 19). Şizofrenide ilaç tedavisine ek olarak yapılan uygulamalar, hastanın rehabilitasyonuna katkıda bulunmaktadır. Günümüzde bu amaçla kullanılan yöntemlerden biri de farkındalık temelli stres azaltma terapisi (77).

Şizofreni hastaları duygu, duyum ve bedenlerinin daha az farkındadırlar; daha çok düşüncelerini, geçmişle ilgili anılarını veya gelecekle ilgili beklentilerini dile getirirler. Psikiyatri hemşireleri, hastalarını gözlemleyerek, hasta ve ailesiyle sürekli iletişimi kullanarak bireyin gereksinimlerini ve kendiliğini denetler. Böylece hastaların farkındalıklarının artırılmasına katkıda bulunurlar (78). 2011 Hemşirelik Yönetmeliği ve 2011 Ruh Sağlığı Eylem Planı'na göre psikiyatri hemşireleri eğitim ve danışmanlık rolü kapsamında grup terapisi görüşmelerine katılır, hastayı ve aileyi desteklemede stresle baş etme becerilerini kullanır böylece hastaların farkındalık, girişkenlik, problem çözme, sosyal işlevsellik gibi becerilerinin artırılmasına katkıda bulunurlar (9).

2011 Ruh Sağlığı Eylem Planı'na göre hizmet vermeye başlayan kurumlar olan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, şizofreni hastalarının psikososyal müdahaleler ile topluma kazandırılmasını amaçlamaktadır (79). Bu kurumda profesyonel bir meslek olarak hizmet veren hemşireler ise koruyucu, rehabilite edici, danışmanlık ve eğitim rolleri kapsamında psikososyal eğitimler, grup terapileri, iş uğraş terapileri yaparak; farkındalık, umut ve işlevsel iyileşmenin artmasına katkıda bulunurlar (9).

Psikiyatri hemşireliğinde farkındalık temelli stres azaltma terapisinin kullanımı aynı zamanda profesyonel meslek standartlarının gelişimiyle de alakalıdır. Farkındalığın etkin kullanımı otonominin profesyonel kullanımına, kendiliğin fark edilmesine, stresin azalmasına, etkin iletişim becerilerinin kullanımına ve sorumluluk duygusunun gelişmesine katkıda bulunur (80).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma ön test son test kontrol gruplu yarı deneme modeli olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Eylül 2018-Ocak 2020 tarihleri arasında Elazığ Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM), Malatya Göztepe Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM), Malatya Yeşilyurt Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde (TRSM) yürütülmüştür. Malatya'da 2, Elazığ'da hizmet veren toplamda 1 adet TRSM bulunmaktadır. Malatya Göztepe TRSM ve Malatya Yeşilyurt TRSM'lerin belirlenmesinde TRSM'lerin yerleşim merkezine yakınlığı ve ulaşım kolaylığı göz önünde bulundurulurken; Elazığ TRSM'nin belirlenmesinde ise Elazığ il merkezine ulaşım kolaylığı ve hastaların sosyoekonomik seviyesinin Malatya'ya benzer olması dikkate alınmıştır.

Elazığ, Göztepe ve Yeşilyurt TRSM'lerde ağır ruhsal bozukluğu (şizofreni, bipolar) olan ve psikiyatri uzmanının değerlendirmesinde remisyon döneminde olan hastalara toplum temelli ruh sağlığı hizmeti verilmektedir. Bu amaçla rehabilitasyon, psiko-sosyal beceri kazandırma ve destekleme çalışmaları yapılmaktadır. Hastaların hastalık durumları değerlendirilmekte, takip ve tedavileri yapılmaktadır. Merkeze devam edemeyecek veya devam etmeyi reddeden hastalar ev ziyaretleriyle takip edilmektedir. Merkezler okuma salonu, mutfak, spor odası, eğitim odası, iş- uğraş odası, televizyon salonu ve yemek odasından oluşmakta ve psikiyatrist, psikolog, hemşire, sekreter ve yardımcı personeller görev almaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Elazığ TRSM, Malatya Göztepe TRSM ve Malatya Yeşilyurt TRSM'ye kayıtlı şizofreni hastaları oluşturmuştur. Araştırmada herhangi bir örneklem seçim yöntemine gidilmeden araştırmaya alınma kriterlerine uyan tüm şizofreni hastaları araştırmaya dahil edilmiştir.

Şizofreni tanısı ile takip edilen üç TRSM'ye kayıtlı 18 yaş üstü 500 hasta telefonla aranarak araştırma için TRSM' ye davet edilmiştir. Aranılan 500 hastadan araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 156 hasta (psikoeğitim grubu 50 hasta, farkındalık grubu 50 hasta, kontrol grubu 56 hasta)

araştırmaya dahil edilmiştir. Grupların hangi TRSM'den alınacağını belirlemek için kura yöntemi kullanılmıştır. TRSM'lerin isimleri birer kağıda yazılmıştır. Kura yöntemine geçilmeden önce çekilen ilk TRSM'nin farkındalık, ikinci TRSM'nin psikoeğitim ve nc TRSM'nin kontrol grubu olacağı kararlaştırılmıştır.

Psikoeğitim grubundan 4 hasta farklı zamanlarda eğitim uygulamasına katılamadığı için, 5 hastaya ise ikinci ölçüm esnasında ulaşılmadığı için araştırmadan çıkarılmıştır. Farkındalık grubundan 4 hasta hatırlatıcı eğitime katılamadığı için, 3 hasta araştırmadan çekilmeyi istediği için, 3 hastaya ise ikinci ölçüm esnasında ulaşılmadığı için araştırmadan çıkarılmıştır. Araştırma toplam 137 hasta (psikoeğitim grubu n= 41, farkındalık grubu n=40, kontrol grubu n=56) ile tamamlanmıştır. Araştırma planı Şekil 3.1'de verilmiştir.

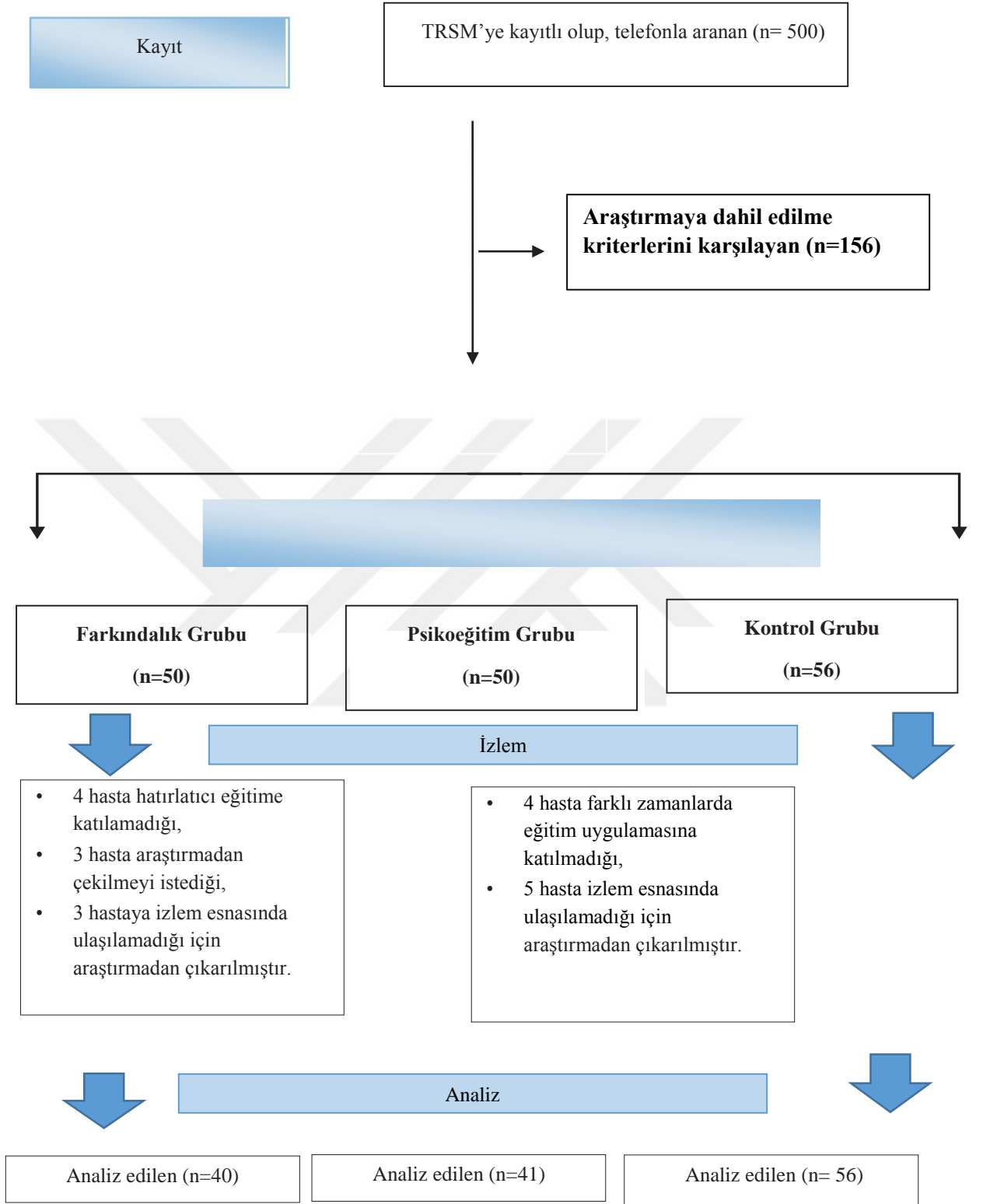
3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

* TRSM'lere haftada en az iki gün düzenli geliyor olma

3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

*İletişim kurmayı bozacak herhangi bir engelin olması

Araştırma Planı



Şekil 3.1. Araştırma Planı

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında “Tanıtıcı Özellikler Formu”, “Herth Umut Ölçeği”, “Psikolojik İyi Oluş Ölçeği” ve “Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ)” kullanılmıştır.

3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-2)

Araştırmacı tarafından literatür ışığında oluşturulan ve hastaların sosyo-demografik özelliklerini içeren toplam 8 sorudan (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, hastalık süresi, gelir durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü ve çalışma durumu) oluşmaktadır (9, 16).

3.4.2. Herth Umut Ölçeği (EK-3)

Herth Umut Ölçeği, Kaye Herth tarafından geliştirilmiştir. Herth Umut ölçeğinin Cronbach alpha katsayısını akut hastalığı olanlarda .98 (n=70), kronik hastalığı olanlarda .96, terminal dönemdeki hastalarda .94 (n=31) olarak bulunmuştur. Ülkemiz için geçerlik ve güvenirlik çalışması Aslan ve ark. (2007) tarafından yapılmıştır (81). Ölçeğin Chronbach alpha katsayısı .84 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise Chronbach alpha katsayısı .92 olarak belirlenmiştir. Ölçek 4’lü likert tipindedir ve 30 maddeden oluşmaktadır. 6, 10, 13, 17, 22, 26 numaralı maddeler puanlamada ters çevrilmektedir. Yüksek puanlar, umudun yüksek olduğunu göstermektedir (81). Herth Umut Ölçeği ve Alt Boyutları Tablo 3.1’de verilmiştir.

Tablo 3.1. Herth Umut Ölçeği ve Alt Boyutları

Ölçek	Madde Sayısı	Alınabilecek En Yüksek ve En Düşük Değer
Gelecek	10	0-30
Olumlu hazır oluşluk ve beklenti	10	0-30
Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar	10	0-30
TOPLAM PUAN	30	0-90

3.4.3. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (EK-4)

Psikolojik iyi oluş, insanın iyilik halini destekleyen olumlu ilişkilerden, amaçlı bir yaşama sahip olmaya kadar önemli öğeleri içeren bir kavramdır. Dinner tarafından 2009 yılında geliştirilmiş ve ölçeğin Cronbach alpha katsayısını .87 olarak bulmuştur. Telef tarafından 2013 yılında Türkçe geçerlilik güvenilirliği yapılan ölçeğin Cronbach alpha katsayısı .80 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada ise Chronbach alpha katsayısı .96 olarak belirlenmiştir. 8 maddeden oluşan 7 likertli tek boyutlu bir ölçektir. Ölçekten alınan puan 8-56 arasında değişmektedir. Yüksek puan kişinin birçok psikolojik kaynak ve güce sahip olduğunu göstermektedir (82).

3.4.4. Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) (EK-5)

Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) Llorca ve ark. tarafından 2009 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirliği Emiroğlu tarafından 2009 yılında yapılmıştır. Ölçeğin geçerlilik güvenilirlik kat sayısı 0.94 olarak belirlenmiştir. Bu araştırmada ise Chronbach alpha katsayısı .91 olarak belirlenmiştir. 19 madde ve 4 alt boyuttan oluşan 5’li likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınan puanlar arttıkça işlevsel iyileşme düzeyi artmaktadır (61). Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) ve Alt Boyutları Tablo 3.2 de verilmiştir.

Tablo 3.2. Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) ve Alt Boyutları

Ölçek	Madde Sayısı	Alınabilecek En Yüksek ve En Düşük Değer	Cronbach Alpha Katsayıları
Sosyal İşlevsellik	7	7-35	.87
Sağlık ve Tedavi	4	4-20	.81
Günlük Yaşam Becerileri	6	6-30	.59
Mesleki İşlevsellik	2	2-10	.93
TOPLAM PUAN	19	19-95	.90

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler Ocak 2019- Mayıs 2019 tarihleri arasında TRSM’lerde bulunan görüşme odalarında Pazartesi ve Cuma günü olmak üzere, haftanın iki günü yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veri toplama araçları, araştırmacı

tarafından hastalara okunarak, alınan cevaplar doğrultusunda araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Veri toplama aracının uygulanması yaklaşık olarak 20-25 dakika sürmüştür. Araştırmada psikoeğitim, farkındalık ve kontrol grubu için, birinci ölçüm araçlarının (Tanıtıcı Özellikler Formu, Herth Umut Ölçeği, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği ve şİLÖ) uygulanması Ocak 2019'da, ikinci ölçüm araçlarının (Herth Umut Ölçeği, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği ve şİLÖ) uygulanması Mart 2019'da, üçüncü ölçüm araçlarının uygulanması (Herth Umut Ölçeği, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği ve şİLÖ) Mayıs 2019'da tamamlanmıştır.

3.6. Hemşirelik Girişimi

Hemşirelik girişiminde girişim materyali olarak, "Farkındalık Temelli Stres Azaltma Eğitim Kitapçığı", "Psikoeğitim Kitapçığı" ve "CD" kullanılmıştır. Araştırmacı çalışmaya başlamadan önce 29 Nisan 2018 tarihleri arasında teorik ve uygulamalı olarak 24 saat Farkındalık Temelli Stres Azaltma (FTSA) Eğitimi ve sertifikasını almıştır (EK-6).

Farkındalık grubundaki hastalara ilk oturumda, TRSM'de bulunan toplantı salonunda araştırmacı tarafından FTSA eğitimi hakkında bilgi verilmiştir. Bilgilendirme sonrası farkındalık grubundaki hastalarla FTSA eğitimi için günler belirlenmiştir. Farkındalık grubundaki hastalar onar kişilik dört gruba ayrılmışlardır. Eğitim Pazartesi ve Cuma günleri olmak üzere haftada 2 kez, 8 hafta boyunca TRSM'lere ait eğitim odalarında, bahçe ve spor salonlarında verilmiştir. Eğitim 16 oturumdan oluşmuştur. Her bir oturum yaklaşık 45 dakika sürmüştür. Her oturum sonrası farkındalık grubu hastalara ev ödevleri verilmiştir. Eğitimin sonunda evde tekrar yapmak isteyen hastalar için nefes egzersizleri ve meditasyonu içeren CD ve eğitim kitapçığı verilmiştir. Ayrıca hastalara ikinci ölçüm bitiminden itibaren haftada bir kez hatırlatıcı eğitim programı uygulanmış ve ev ödevleri verilmiştir.

Psikoeğitim grubundaki hastalara ilk oturumda, TRSM'de bulunan toplantı salonunda araştırmacı tarafından psikoeğitim hakkında bilgi verilmiştir. Bilgilendirme sonrası psikoeğitim grubundaki hastalarla psikoeğitim günleri belirlenmiştir. Psikoeğitim grubundaki hastalar onar kişilik dört gruba ayrılmıştır. Eğitim Cuma günü haftada 1 kez, 8 hafta boyunca TRSM'lere ait eğitim odalarında verilmiştir. Her bir eğitim yaklaşık 30 dakika sürmüştür. Hastalara ikinci ölçüm bitiminden itibaren haftada bir kez hatırlatıcı psikoeğitim uygulanmıştır. Eğitimin sonunda evde tekrar yapmak isteyen hastalar için eğitim kitapçığı verilmiştir. Grupların eğitim uygulama planı şekil 3.2 'de verilmiştir.

Kontrol grubundaki hastalara herhangi bir girişim uygulanmamıştır.

Uygulamaların yapıldığı süre içerisinde deney grubundaki hastalar (psikoeğitim ve farkındalık grubu) ve kontrol grubundaki hastalar farmakolojik tedavilerine, doktor kontrollerine ve TRSM'lerin rutin uygulamalarına devam etmiştir.

	Hazırlık Oturumu		Hazırlık Oturumu
	Hastalarla tanışıldı, araştırma ile ilgili bilgilendirme yapıldı ve hasta onamı alındı.		Hastalarla tanışıldı, araştırma ile ilgili bilgilendirme yapıldı ve hasta onamı alındı.
	1. Oturum		1. Oturum
	Hastalara birinci ölçümler (Tanıtıcı Özellikler Formu, Herth Umut Ölçeği, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği ve ŞİLO) yapıldı.		Hastalara birinci ölçümler (Tanıtıcı Özellikler Formu, Herth Umut Ölçeği, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği ve ŞİLO) yapıldı.
Psikoeğitim Grubu	2-7. Oturumlar	Farkındalık Grubu	2-15. Oturumlar
	Psikoeğitim program içeriği uygulandı.		Farkındalık program içeriği uygulandı.
	8.Oturum		16. Oturum
	Değerlendirme, kapanış ve ikinci ölçümler (Herth Umut Ölçeği, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği ve ŞİLO) uygulandı.		Değerlendirme, kapanış ve ikinci ölçümler (Herth Umut Ölçeği, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği ve ŞİLO) uygulandı.
	8 hafta hatırlatıcı eğitimler verildi.		8 hafta hatırlatıcı eğitimler verildi.
	Üçüncü ölçümler (Herth Umut Ölçeği, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği ve ŞİLO) yapıldı.		Üçüncü ölçümler (Herth Umut Ölçeği, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği ve ŞİLO) yapıldı.

Şekil 3.2. Grupların Eğitim Uygulama Planı

3.6.1. Girişim Materyali

Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Eğitim Kitapçık İçeriği (FTSA)

FTSA'nın içeriği literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlandı (9, 83). FTSA programı oturumlarının konuları şu şekilde belirlenmiştir:

- 1. Oturum:** Bu oturumdaki temel amaç; 'Eğitim ile ilgili bilgilendirme yapmak ve hastaları tanımak'tı. Bu amaçla eğitimci ve hastalar kendini tanıttı. Farkındalık temelli stres azaltma eğitiminin içeriğinden ve düzenli katılımın öneminden bahsedildi. Katılmak isteyen hastalar ile eğitim günleri ve grup kuralları belirlendi Hastaların tecrübe ve beklentileri paylaşıldı.
- 2. Oturum:** Bu oturumdaki temel amaç; Farkındalık kavramının tanıtılmasıydı. Farkındalık'a dair bilgilendirme yapıldı. Günlük faaliyetlerden bahsedildi. Hastalara farkında olarak yaptıkları işleri soruldu. Günlük faaliyetleri farkındalıkla ilişkilendirmeleri istendi. Günlük farkındalığın pekiştirilmesi için kuru üzüm meditasyonu yaptırıldı. Bu meditasyon ile küçük şeyleri önemseme ve fark etme sağlanmaya çalışıldı.
- 3. Oturum:** Bu oturumdaki temel amaç; hastaların nefes farkındalığını arttırmaktı. Nefes meditasyonu ile bilinçlilik sağlanmaya çalışıldı. Alışkanlık kırıcı adı verilen egzersizler ile olumsuz düşüncelere yönlendiren alışkanlıklar yok edilmeye çalışıldı. Günlük yaşamda merak ve farkındalık artırılmaya ve stres azaltılmaya çalışıldı. Alışkanlık kırıcı olarak, gökyüzü izlettirildi.
- 4. Oturum:** Hastaların bedenlerini keşfi ile stresi azaltmanın temel alındığı bu oturumda, beden meditasyonu yaptırıldı. Beden meditasyonu ile dikkat beden üzerine odaklandı. Düşünmek ve deneyimlemek arasındaki farkın aydınlatılmasına ve stresin azaltılmasına çalışıldı. On parmak minnettarlık uygulaması ile yaşamdaki küçük şeylerin değerini bilme öğretildi. Doğada biraz vakit geçirme alışkanlık kırıcısı ile günlük yaşamda farkındalık artırılmaya ve stres azaltılmaya çalışıldı.
- 5. Oturum:** Hastalığa yönelik farkındalığını arttırmak amacıyla hastalığa, nedenlerine ve tedavisine yönelik bilgilendirme yapıldı.
- 6. Oturum:** Hastaların günlük yaşamda farkındalığını artırma yoluyla streslerini azaltmanın amaçlandığı bu oturumda, farkındalık hareketi meditasyonu yapıldı. Bu meditasyonda yoga ve pilates hareketlerini yapıldı.

Özgüveni arttırılmaya, cesareti toplamaya yardımcı olunmaya çalışıldı. Suyun kaynaşının izletildiği alışkanlık kırıcı ile günlük yaşamdaki küçük nüanslara dair farkındalık arttırılmaya ve stres azaltılmaya çalışıldı.

- 7. Oturum:** Hastaların günlük yaşamda nefes farkındalığını arttırma yoluyla streslerini azaltmak amaçlandı. Soluklanma meditasyonu yaptırıldı. Bu meditasyon ile zor durumlarla baş etme ve yeni baş etme yöntemleri öğretilmeye çalışıldı. Yürüyüşe çıkma alışkanlık kırıcı ile günlük yaşamda farkındalık arttırılmaya ve stres azaltılmaya çalışıldı.
- 8. Oturum:** Hastaların tedaviye yönelik farkındalığını arttırma yoluyla streslerini azaltmak amaçlandı. Şizofrenide ilaçla tedavinin önemi, ilaç kullanımında dikkat edilmesi gerekenler, ilaç kullanımının yan etkileri, şizofrenide alevlenme ve haberci belirtiler anlatıldı.
- 9. Oturum:** Hastaların farkındalık metodunun kullanıldığı düşünme becerisini kazanmaları amaçlandı. Sesler ve düşünceler meditasyonu yaptırıldı. Bu meditasyon ile düşüncelerin sesler gibi gelip geçen zihinsel olaylar olduğunu fark ettirilmeye çalışıldı. Sinema izleme alışkanlık kırıcısı ile günlük yaşamda farkındalık arttırılmaya ve stres azaltılmaya çalışıldı.
- 10. Oturum:** Hastalara stresi tanıtmak ve stresle başa çıkma yöntemlerini öğretmek amaçlandı. Stresin ayrıntılı olarak tanıtıldığı oturumda, stres belirtileri ve stresle baş etme yöntemleri anlatıldı.
- 11. Oturum:** Hastaların baş etme becerilerini arttırma yoluyla streslerini azaltma amaçlandı. Zorluklarla yüzleşme meditasyonu yaptırıldı. Bu meditasyon ile günlük yaşamda zaman zaman karşılaşılan zorluklarla yüzleşme becerisi kazandırılmaya çalışıldı. Tohum ekme alışkanlık kırıcı ile günlük yaşamda farkındalık arttırılmaya ve stres azaltılmaya çalışıldı.
- 12. Oturum:** Hastaların iletişim becerilerini arttırma yoluyla streslerini azaltma amaçlandı. İletişim ve farkında iletişim hakkında hastalar bilgilendirildi. İletişimin öneminden bahsedildi ve ben dili çalışması yapıldı. İletişim kazalarını önleme yolları anlatıldı.
- 13. Oturum:** Hastaların günlük yaşamda nefes farkındalığını arttırma yoluyla streslerini azaltmak amaçlandı. Soluklanma meditasyonu yaptırıldı. Bu meditasyonla zor durumlarla baş etme öğretilmeye çalışıldı. Düşünce ve duygu alışkanlık kırıcısı uygulandı. Hastalara olumsuz düşünce ve duygular fark ettirilmeye çalışıldı.

- 14. Oturum:** Hastaların yaşam sevincini arttırma yoluyla streslerini azaltma amaçlandı. Zevk hazinesi meditasyonu yaptırıldı. Ellerin sıcaklığı veya en sevilen yemeğin tadı gibi son derece basit zevklere tüm bilincin odaklanmasını sağlandı ve böylece yaşam sevincini arttırılmaya çalışıldı. Kendine mektup alışkanlık kırıcısıyla günlük yaşamda kendilik farkındalığı arttırılmaya ve stres azaltılmaya çalışıldı.
- 15. Oturum:** Hastaların sosyal deneyimlerini arttırma yoluyla streslerini azaltma amaçlandı. Dostluk kurma meditasyonu uygulandı. Dostluk kurma meditasyonu ile olumsuz düşüncelerin azaltılması ve zayıflık veya yetersizlik olarak tanımlanan benlik ile dostluk kurabilme ve huzur bulabilme amaçlandı.
- 16. Oturum:** Programın etkinliğini değerlendirildi. Öğrenilenler pekiştirildi. FTSA'nın tamamıyla ilgili grup üyelerinin kendilerini ve programı değerlendirmeleri istendi. İşleyişle ilgili eleştiri ve öneriler dinlendi. Grup üyelerinin performansı değerlendirildi.

FTSA uygulama planı Tablo 3.3'te verilmiştir.

Tablo 3.3. FTSA Uygulama Planı

<p>1. Oturum: Hazırlık Oturumu</p> <p>*Hastalarla tanışma</p> <p>*Farkındalık temelli stres azaltma eğitiminin içeriğini tanıtmaya</p> <p>*Eğitilmelere düzenli ve zamanında katılımın önemini vurgulama</p> <p>*Eğitim günlerini belirleme</p> <p>*Bireylerin tecrübelerini ve beklentilerini paylaşma</p> <p>2. Oturum: Farkındalık</p> <p>*Farkındalık nedir?</p> <p>*Günlük faaliyetlerin farkında olma.</p> <p>*Kuru üzüm meditasyonu.</p> <p>3. Oturum: Kendimize ve Dünyaya Bakış Açularımız</p> <p>*Nefes meditasyonu.</p> <p>*Alışkanlık kırıcı: Gökyüzünü izleme.</p> <p>4. Oturum: Beden Taraması</p> <p>*Beden tarama meditasyonu.</p> <p>*On parmak minnettarlık uygulaması.</p> <p>*Alışkanlık kırıcı: Doğada biraz vakit geçirme.</p> <p>5. Oturum: Hastalığı Tanıma</p> <p>*Şizofreni nedir?</p> <p>*Belirtileri nelerdir?</p> <p>*Tedavisi neleri içerir?</p> <p>6. Oturum: Mindful Hareket</p> <p>*Farkındalık hareketi meditasyonu uygulaması</p> <p>*Alışkanlık kırıcı: Su ısıtıcısında suyun kaynaşmasını izlemek.</p>	<p>9. Oturum: Mindful Düşünce</p> <p>*Sesler ve düşünceler meditasyonu</p> <p>*Alışkanlık kırıcı: Sinema etkinliği.</p> <p>10. Oturum: Stresle Başa Çıkma</p> <p>*Stres nedir?</p> <p>*Stres belirtileri nelerdir?</p> <p>*Stresle baş etme yöntemleri nelerdir?</p> <p>11. Oturum: Zor Duygularla Başetme</p> <p>*Zorluklarla yüzleşme meditasyonu</p> <p>*Alışkanlık kırıcı: Çeşitli tohumlar ekmek.</p> <p>12. Oturum: Mindful İletişim</p> <p>*İletişim & mindful iletişim</p> <p>*İletişim becerisinin önemi</p> <p>*İletişimin temelleri, ben dili çalışması</p> <p>*İletişim kazalarını önleme yolları</p> <p>13. Oturum: Farklı Bağlantılar</p> <p>*Soluklanma meditasyonu.</p> <p>*Alışkanlık kırıcı: Düşünce ve duygu oyunu.</p> <p>14. Oturum: Küçük Şeylerin Keyfi</p> <p>*Zevk hazinesi meditasyonu</p> <p>*Alışkanlık kırıcı: Kendine mektup.</p> <p>15. Oturum: Geçmişte Kalmak Mı, Bugünü Yaşamak Mı?</p> <p>*Dostluk kurma meditasyonu</p> <p>*Alışkanlık kırıcı: Rastgele iyilik yapmak.</p>
---	---

7. Oturum: Mindful Nefes

- *Soluklanma meditasyonu
- *Alışkanlık kırıcı: Yürüyüşe çıkma.

8. Oturum: Tedaviyi Değerlendirme

- *Şizofrenide ilaçla tedavinin önemi
 - *İlaç kullanımında dikkat edilmesi gerekenler
 - *İlaç kullanımının yan etkileri
 - *Şizofrenide alevlenme nedir?
 - *Haberci belirtiler nelerdir?
-

16. Oturum: Değerlendirme

- *Öğrenilenleri pekiştirme.
- *Programı değerlendirme.
- *Geribildirimlerin alınması.

Psikoeğitim Kitapçığı

Psikoeğitimin içeriği araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlandı (84-86). Psikoeğitim uygulama planı şu şekilde belirlenmiştir:

- 1. Oturum:** Bu oturumdaki temel amaç; ‘Eğitim ile ilgili bilgilendirme yapmak ve hastaları tanımak’tı. Bu amaçla eğitimci ve hastalar kendini tanıttı. Psikoeğitimin içeriğinden ve düzenli katılımın öneminden bahsedildi. Katılmak isteyen hastalar ile eğitim günleri ve grup kuralları belirlendi. Hastaların tecrübe ve beklentileri paylaşıldı.
- 2. Oturum:** Hastalığa yönelik bilgilendirme amaçlandı. Hastalığa, nedenlerine ve tedavisine yönelik bilgilendirme yapıldı.
- 3. Oturum:** Tedaviye yönelik bilgilendirme amaçlandı. Şizofrenide ilaçla tedavinin önemi, ilaç kullanımında dikkat edilmesi gerekenler, ilaç kullanımının yan etkileri, şizofrenide alevlenme ve haberci belirtiler anlatıldı.
- 4. Oturum:** Hastalara stresi tanıtmak ve stresle başa çıkma yöntemlerini öğretmek amaçlandı. Stresin ayrıntılı olarak tanıtıldığı oturumda, stres belirtileri ve stresle baş etme yöntemleri anlatıldı.
- 5. Oturum:** Hastaların iletişim becerilerini artırma amaçlanır. İletişim hakkında hastalar bilgilendirildi. İletişimin öneminden bahsedildi ve ben dili çalışması yapıldı. İletişim kazalarını önleme yolları anlatıldı.
- 6. Oturum:** Hastaların öfkeyi tanıması ve baş etme becerilerini öğrenmesi amaçlandı. Öfke tanıtıldı. Öfkeyle baş etme yöntemleri anlatıldı.
- 7. Oturum:** Hastaların problem çözme becerisi arttırılmaya çalışıldı. Bu amaçla problem, problem çözme tekniklerinden bahsedildi, aile üyeleriyle işbirliğinin önemi anlatıldı.
- 8. Oturum:** Programın etkinliğini değerlendirme ve öğrenilenleri pekiştirmenin amaçlandı. Psikoeğitim ile ilgili grup üyelerinin kendilerini ve programı

değerlendirmeleri istendi. İşleyişle ilgili eleştiri ve öneriler dinlendi. Grup üyelerinin performansı değerlendirildi.

Psikoeğitim uygulama planı Tablo 3.4. 'te verilmiştir:

Tablo 3.4. Psikoeğitim Uygulama Planı

<p>1. Oturum: Hazırlık Oturumu</p> <ul style="list-style-type: none">*Hastalarla tanışma*Psikoeğitimin içeriğini tanıtmak*Eğitime düzenli ve zamanında katılımın önemini vurgulama*Eğitim günlerini belirleme*Bireylerin tecrübelerini ve beklentilerini paylaşma <p>2. Oturum: Hastalığı Tanıma</p> <ul style="list-style-type: none">*Şizofreni nedir?*Belirtileri nelerdir?*Tedavisi neleri içerir? <p>3. Oturum: Tedaviyi Değerlendirme</p> <ul style="list-style-type: none">*İlaç kullanımında dikkat edilmesi gerekenler*İlaç kullanımının yan etkileri*Şizofrenide alevlenme*Haberci belirtiler. <p>4. Oturum: Stresle Başa Çıkma</p> <ul style="list-style-type: none">*Stres nedir?*Stres belirtileri nelerdir?*Stresle baş etme yöntemleri nelerdir? <p>5. Oturum: İletişim</p> <ul style="list-style-type: none">*İletişim nedir?*İletişimin önemi.*İletişimin temelleri, ben dili çalışması*İletişim zorluklarını önleme yolları. <p>6. Oturum: Öfke ve Öfkeyle Baş Etme</p> <ul style="list-style-type: none">*Öfke nedir?*Öfke ile baş etme yöntemleri nelerdir? <p>7. Oturum: Problem Çözme</p> <ul style="list-style-type: none">*Problem nedir?*Problem çözme teknikleri nelerdir? <p>8. Oturum: Değerlendirme</p> <ul style="list-style-type: none">*Öğrenilenleri pekiştirme.*Programı değerlendirme.*Geribildirimlerin alınması.

Nefes Egzersizleri ve Meditasyon CD'si

Burch ve Penman tarafından hazırlanan CD araştırmacının eğitim esnasında vermiş olduğu nefes egzersizleri ve meditasyonları içermektedir (87). CD yaklaşık olarak 70 dakika sürmektedir.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: Umut, Psikolojik İyi Oluş ve İşlevsel İyileşme

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Farkındalık Temelli Stres Azaltma Eğitimi ve Psikoeğitim'dir.

Araştırmanın Kontrol Değişkenleri: Hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, hastalık süresi, gelir durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü ve çalışma durumudur.

Kontrol ve Deney Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması Tablo 3.5'de verilmiştir.

Tablo 3.5. Kontrol ve Deney Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Farkındalık Grubu (s=40)		Psikoeğitim Grubu (s=41)		Kontrol Grubu (s=56)		Test ve Önemlilik
	S	%	S	%	S	%	
Cinsiyet							
Kadın	14		7	17.1	10	17.9	$X^2=4.98$
	35.0						
Erkek	26		34	82.9	46	82.1	p=0.84
	65.0						
Medeni Durum							
Evli	9		10		5	8.9	$X^2=4.88$
	22.5		24.4				
Bekar	31		31	75.6	51		p=0.87
	77.5				91.1		
Eğitim Düzeyi							
Okur-yazar değil	3	7.5	4	9.7	5	8.9	
Okur-yazar ve ilköğretim	19		21		32	57.1	p=0.13
	47.5		51.2				
Lise ve üzeri	18		16		19	33.9	$X^2=2.20$
	45.0		39.0				
Gelir durumu							
İyi	12	30.0	6		9		$X^2=5.53$
			14.6		16.1		
Orta	18		23		36	64.3	p=0.23
	45.0		56.1				
Kötü	10	25.0	12		11	19.6	
			29.3				
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü							
Var	12		17	41.5	15	26.8	$X^2=2.45$
	30.0						
Yok	28	70.0	24		41	73.2	p=0.29
			58.5				

Çalışma Durumu						
Çalışıyor	1	2.5	3	1	1.8	$X^2=2.27$
Çalışmıyor	39	97.5	38	55	98.2	$p=0.32$
			7.3			
			92.7			
X±S.S						
Yaş	43.55±11.42		43.26±12.50	44.51±10.01		$X^2=89.33$
						$p=0.44$
Hastalık Süresi	15.92±9.45		16.00±10.21	17.16±9.46		$X^2=58.11$
						$p=0.54$

Kontrol ve deney gruplarının tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; farkındalık grubunun % 82.1'i erkek, % 77.5'inin bekar, % 47.5'inin okur-yazar ve ilköğretim mezunu olduğu, % 45'inin gelir durumunun orta düzeyde olduğu, % 30'unun ailesinde ruhsal hastalık öyküsünün olduğu, % 97.5'inin çalışmadığı, yaş ortalamalarının 43.55±11.42 ve hastalık süresi ortalamalarının 15.92±9.45 olduğu; psikoeğitim grubunun 82.9'unun kadın, % 75.6'sının bekar, % 51.2'sinin okur-yazar ve ilköğretim mezunu olduğu, % 56.1'inin gelir durumunun orta düzeyde olduğu, % 41.5'inin ailesinde ruhsal hastalık öyküsünün olduğu, % 92.7'sinin çalışmadığı, yaş ortalamalarının 43.26±12.50 ve hastalık süresi ortalamalarının 16.00±10.21 olduğu belirlendi. Kontrol grubunun ise % 82.1'inin erkek, % 91.1'i bekar, % 57.1'inin okur-yazar ve ilköğretim mezunu olduğu, % 64.3'ünün gelir durumunun orta düzeyde olduğu, % 26.8'sinin ailesinde ruhsal hastalık öyküsünün olduğu, % 98.2'sinin çalışmadığı, yaş ortalamalarının 44.51±10.01 ve hastalık süresi ortalamalarının 17.16±9.46 olduğu tespit edildi. Araştırmada kontrol değişkenleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı, grupların homojen olduğu belirlendi ($p>0.05$, Tablo 3.5)

3.8. Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin SPSS 22 programında değerlendirilmesi planlanmıştır. Araştırmada kullanılacak olan istatistiksel yöntemler Tablo 3.5'te verilmiştir.

Tablo 3.6. Araştırmada Kullanılacak Olan İstatistiksel Yöntemler

Kontrol ve deney grubundaki hastaların Tanıtıcı Özellikler Formu verileri	<ul style="list-style-type: none">• Yüzdeler dağılım• Aritmetik ortalama• Chi-square testi• Standart sapma• Min-max (minimum maximum değerleri)
Herth Umut Ölçeği, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği ve Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği puan ortalamalarının Kontrol ve Deney grubunda karşılaştırılması	<ul style="list-style-type: none">• One Way Anova
Kontrol ve Deney gruplarının Herth Umut Ölçeği, Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği ve Psikolojik İyi Oluş ölçeklerinin birinci, ikinci ve üçüncü ölçüm toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	<ul style="list-style-type: none">• Tekrarlayan Ölçümlerde Anova

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan onay (EK-7) ve araştırmanın yapıldığı kurumlardan yasal izin (EK-8) alınmıştır. Araştırmaya dâhil edilen hastalara araştırmanın amacı açıklanıp, soruları yanıtlanmıştır. Hastalara, verdikleri bilgilerin gizli tutulacağı, başka hiçbir yerde kullanılmayacağı ve istedikleri anda araştırmadan ayrılma hakkına sahip oldukları açıklanmıştır. Araştırmaya başlamadan önce hasta ve hasta yakınlarına araştırmanın amacı açıklanıp, sözel ve yazılı izinleri alınmıştır (EK-9). Farkındalık grubuna FTSA eğitim sonrası üçüncü ölçümler uygulandıktan sonra, psikoeğitim grubundaki isteyen hastalara FTSA eğitimi, kontrol grubundaki isteyen hastalara FTSA eğitimi ve psikoeğitim verilmiştir.

3.10. Araştırmanın Sınırlılığı

Araştırmanın herhangi bir sınırlılığı bulunmamaktadır.

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular araştırmanın hipotezleri doğrultusunda sunulmuştur.

Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Gruplar Arası I. Ölçüm Umut Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Tablo 4.1 de verildi.

Tablo 4.1. Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Gruplar Arası I. Ölçüm Umut Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=137)

Umut Ölçeği Alt Boyutları	I. ÖLÇÜM			Test ve Önemlilik
	Farkındalık Grubu (s=40)	Psikoeğitim Grubu (s=41)	Kontrol Grubu (s=56)	
	($\bar{X} \pm S.S$)	($\bar{X} \pm S.S$)	($\bar{X} \pm S.S$)	
Gelecek	11.65±7.64	13.85±8.83	12.44±6.04	F=2.083 p=0.12
Olumlu hazır oluşluk ve beklenti	13.97±6.97	14.12±8.07	14.94±5.26	F=4.336 p=0.09
Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar	15.92±5.78	15.34±6.20	15.14±5.67	F=10.111 p=0.11
Ölçek Toplam Puan	41.54±18.39	43.31±22.10	42.52±16.97	F=5.260 p=0.08

Kontrol ve deney gruplarının umut ölçeği alt boyutlarının I. Ölçüm puan ortalamaları incelendiğinde; farkındalık grubunun gelecek 11.65±7.64, olumlu hazır oluşluk ve beklenti 13.97±6.97, kendisi ve çevresi arasındaki bağlar 15.92±5.78 ve umut ölçeği toplam puan ortalamasının ise 41.54±20.39 (düşük düzey) olduğu; psikoeğitim grubunun gelecek 13.85±8.83, olumlu hazır oluşluk ve beklenti 14.12±8.07, kendisi ve çevresi arasındaki bağlar 15.34±6.20 ve umut ölçeği toplam puan ortalamasının ise 43.31±23.10 (düşük düzey) olduğu belirlendi. Kontrol grubunun puan ortalamalarının ise gelecek 12.44±6.04, olumlu hazır oluşluk ve beklenti 14.94±5.26, kendisi ve çevresi arasındaki bağlar 15.14±5.67 ve umut ölçeği toplam puan ortalamasının ise 42.52±16.97 (düşük düzey) olduğu tespit edildi. Gruplar arası umut toplam puanı, olumlu hazır oluşluk ve beklenti alt boyutu ile kendisi ve çevresi

arasındaki bağlar puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemli olmadığı bulundu ($p>0.05$, Tablo 4.1).

Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Gruplar Arası II. Ölçüm Umut Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Tablo 4.2 de verildi.

Tablo 4.2. Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Gruplar Arası II. Ölçüm Umut Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=137)

II. ÖLÇÜM				
Umut Ölçeği Alt Boyutları	Farkındalık Grubu (s=40)	Psikoeğitim Grubu (s=41)	Kontrol Grubu (s=56)	Test ve Önemlilik
	($\bar{X}\pm S.S$)	($\bar{X}\pm S.S$)	($\bar{X}\pm S.S$)	
Gelecek	19.47±6.10	16.85±7.82	12.48±5.94	F=17.005 p=0.00
Olumlu hazır oluşluk ve beklenti	20.30±5.55	15.04±6.80	14.85±5.20	F=19.478 p=0.00
Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar	18.87±4.96	17.26±5.38	15.05±5.64	F=28.268 p=0.00
Ölçek Toplam Puanı	58.64±16.61	49.15±19.49	42.39±15.38	F=24.215 p=0.00

*Anova

**Tukey

Kontrol ve deney gruplarının umut ölçeği alt boyutlarının II. Ölçüm puan ortalamaları incelendiğinde; farkındalık grubunun gelecek 19.47±6.10, olumlu hazır oluşluk ve beklenti 20.30±5.55, kendisi ve çevresi arasındaki bağlar 18.87±4.96 ve umut ölçeği toplam puan ortalaması 58.64±16.61 (orta düzey) olduğu; psikoeğitim grubunun gelecek 16.85±7.82, olumlu hazır oluşluk ve beklenti 15.04±6.80, kendisi ve çevresi arasındaki bağlar 17.26±5.38 ve umut ölçeği toplam puan ortalamasının 49.15±19.49 (orta düzey) olduğu belirlendi. Kontrol grubunun puan ortalamalarının ise gelecek 14.85±5.20, olumlu hazır oluşluk ve beklenti 14.85±5.20, kendisi ve çevresi arasındaki bağlar 15.05±5.64 ve umut ölçeği toplam puan ortalaması 42.39±15.38 (düşük düzey) olduğu tespit edildi. Gruplar arası umut ölçeği II. Ölçüm toplam puan ve alt boyutları puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p<0.05$). Yapılan post-hoc testte aradaki farkın farkındalık grubundan kaynaklandığı tespit edildi (Tablo 4.2).

Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Gruplar Arası III. Ölçüm Umut Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Tablo 4.3 de verildi.

Tablo 4.3. Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Gruplar Arası III. Ölçüm Umut Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=137)

III. ÖLÇÜM				
Umut Ölçeği Alt Boyutları	Farkındalık Grubu (s=40) (X±S.S)	Psikoeğitim Grubu (s=41) (X±S.S)	Kontrol Grubu (s=56) (X±S.S)	Test ve Önemlilik
Gelecek	19.20±6.66	16.85±8.83	12.00±5.90	F=11.967 p=0.00
Olumlu hazır oluşluk ve beklenti	19.52±6.22	16.12±8.07	14.28±5.35	F=8.458 p=0.00
Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar	18.02±5.07	17.34±6.20	15.57±5.66	F=23.311 p=0.00
Ölçek Toplam Puan	56.74±16.88	50.31±22.20	41.85±15.30	F=14.913 p=0.00

*Anova

**Tukey

Kontrol ve deney gruplarının umut ölçeği alt boyutlarının III. Ölçüm puan ortalamaları incelendiğinde; farkındalık grubunun gelecek 19.20±6.66, olumlu hazır oluşluk ve beklenti 19.52±6.22, kendisi ve çevresi arasındaki bağlar 18.02±5.07 ve umut ölçeği toplam puan ortalamasının ise 56.74±16.88 (orta düzey) olduğu; psikoeğitim grubunun gelecek 16.85±8.83, olumlu hazır oluşluk ve beklenti 16.12±8.07, kendisi ve çevresi arasındaki bağlar 17.34±6.20 ve umut ölçeği toplam puan ortalamasının ise 50.31±22.20 (orta düzey) olduğu belirlendi. Kontrol grubunun puan ortalamalarının ise gelecek 12.00±5.90, olumlu hazır oluşluk ve beklenti 14.28±5.35, kendisi ve çevresi arasındaki bağlar 15.57±5.66 ve umut ölçeği toplam puan ortalamasının ise 41.85±15.30 (düşük düzey) olduğu tespit edildi. Gruplar arası umut ölçeği III. Ölçüm toplam puan ve alt boyutları puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi (p<0.05). Yapılan post-hoc testte aradaki farkın farkındalık grubundan kaynaklandığı tespit edildi (Tablo 4.3).

Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Gruplar Arası I. Ölçüm Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Tablo 4.4 de verildi.

Tablo 4.4. Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Gruplar Arası I. Ölçüm Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=137)

I. ÖLÇÜM				
	Farkındalık Grubu (s=40)	Psikoeğitim Grubu (s=41)	Kontrol Grubu (s=56)	Test ve Önemlilik
	($\bar{X}\pm S.S$)	($\bar{X}\pm S.S$)	($\bar{X}\pm S.S$)	
Psikolojik İyi Oluş	28.27±11.61	29.85±11.29	28.89±12.47	F=3.717 p=0.88

Kontrol ve deney gruplarının psikolojik iyi oluş ölçeği I. Ölçüm puan ortalamaları incelendiğinde; farkındalık grubunun 28.27±11.61 (orta düzey), psikoeğitim grubunun 29.85±11.29 (orta düzey), kontrol grubunun ise 28.89±12.47 (orta düzey) puan aldığı tespit edildi. Gruplar arası psikolojik iyi oluş ölçeği I. Ölçüm toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulundu ($p>0.05$, Tablo 4.4).

Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Gruplar Arası II. Ölçüm Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Tablo 4.5 de verildi.

Tablo 4.5. Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Gruplar Arası II. Ölçüm Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=137)

II. ÖLÇÜM				
	Farkındalık Grubu (s=40)	Psikoeğitim Grubu (s=41)	Kontrol Grubu (s=56)	Test ve Önemlilik
	($\bar{X}\pm S.S$)	($\bar{X}\pm S.S$)	($\bar{X}\pm S.S$)	
Psikolojik İyi Oluş	37.65±11.09	31.04±10.37	28.50±12.35	F=3.145 p=0.04

*Anova

**Tukey

Kontrol ve deney gruplarının psikolojik iyi oluş ölçeği II. Ölçüm puan ortalamaları incelendiğinde; farkındalık grubunun 37.65±11.09 (orta düzey), psikoeğitim grubunun 31.04±10.37 (orta düzey), kontrol grubunun ise 28.50±12.35 (orta düzey) olduğu tespit edildi. Gruplar arası psikolojik iyi oluş ölçeği II. Ölçüm toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu ($p<0.05$). Yapılan post-hoc testte aradaki farkın farkındalık grubundan kaynaklandığı tespit edildi (Tablo 4.5).

Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Gruplar Arası III. Ölçüm Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Tablo 4.6 da verildi.

Tablo 4.6. Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Gruplar Arası III. Ölçüm Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=137)

III. ÖLÇÜM				
	Farkındalık Grubu (s=40) ($\bar{X}\pm S.S$)	Psikoeğitim Grubu (s=41) ($\bar{X}\pm S.S$)	Kontrol Grubu (s=56) ($\bar{X}\pm S.S$)	Test ve Önemlilik
Psikolojik İyi Oluş	39.10±10.93	32.92±11.36	28.05±11.70	F=2.411 p=0.05

*Anova
**Tukey

Kontrol ve deney gruplarının psikolojik iyi oluş ölçeği III. Ölçüm puan ortalamaları incelendiğinde; farkındalık grubunun 39.10±10.93 (orta düzey), psikoeğitim grubunun 32.92±11.36 (orta düzey), kontrol grubunun ise 28.05±11.70 (orta düzey) olduğu tespit edildi. Gruplar arası psikolojik iyi oluş ölçeği III. Ölçüm toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu (p<0.05). Yapılan post-hoc testte aradaki farkın farkındalık grubundan kaynaklandığı tespit edildi (Tablo 4.6).

Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Gruplar Arası I. Ölçüm ŞİLO Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Tablo 4.7 de verildi.

Tablo 4.7. Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Gruplar Arası I. Ölçüm ŞİLO Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=137)

I. ÖLÇÜM				
	Farkındalık Grubu (s=40) ($\bar{X}\pm S.S$)	Psikoeğitim Grubu (s=41) ($\bar{X}\pm S.S$)	Kontrol Grubu (s=56) ($\bar{X}\pm S.S$)	Test ve Önemlilik
İşlevsel İyileşme Alt Boyutları				
Sosyal İşlevsellik	16.37±5.01	20.36±5.04	18.50±7.85	F=4.012 p=0.02
Sağlık ve Tedavi	11.80±4.42	12.34±4.78	12.71±4.70	F=0.451 p=0.63
Günlük Yaşam Becerileri	18.67±5.52	19.80±5.74	20.19±5.77	F=0.859 p=0.42
Mesleki İşlevsellik	4.62±1.95	4.39±2.14	6.35±2.55	F=11.091 p=0.00
Ölçek Toplam Puanı	51.47±14.40	56.90±14.99	57.76±17.41	F=2.009 p=0.13

Kontrol ve deney gruplarının ŞİLO alt boyutlarının I. Ölçüm puan ortalamaları incelendiğinde; farkındalık grubunun sosyal işlevsellik 16.37 ± 5.01 , sağlık ve tedavi 11.80 ± 4.42 , günlük yaşam becerileri 18.67 ± 5.52 , mesleki işlevsellik 4.62 ± 1.95 ve ŞİLO toplam puan ortalamasının 51.47 ± 14.40 (orta düzey) olduğu; psikoeğitim grubunun sosyal işlevsellik 20.36 ± 5.04 , sağlık ve tedavi 12.34 ± 4.78 , günlük yaşam becerileri 19.80 ± 5.74 , mesleki işlevsellik 4.39 ± 2.14 ve ŞİLO toplam puan ortalamasının 56.90 ± 14.99 (orta düzey) olduğu belirlendi. Kontrol grubunun puan ortalamalarının ise sosyal işlevsellik 18.50 ± 7.85 , sağlık ve tedavi 12.71 ± 4.70 , günlük yaşam becerileri 20.19 ± 5.77 , mesleki işlevsellik 6.35 ± 2.55 ve ŞİLO toplam puan ortalamasının 57.76 ± 17.41 (orta düzey) olduğu bulundu. Gruplar arası ŞİLO toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulundu ($p > 0.05$, Tablo 4.7).

Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Gruplar Arası II. Ölçüm ŞİLO Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Tablo 4.8 de verildi.

Tablo 4.8. Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Gruplar Arası II. Ölçüm ŞİLO Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=137)

II. ÖLÇÜM				
İşlevsel İyileşme Alt Boyutları	Farkındalık Grubu (s=40) ($\bar{X} \pm S.S$)	Psikoeğitim Grubu (s=41) ($\bar{X} \pm S.S$)	Kontrol Grubu (s=56) ($\bar{X} \pm S.S$)	Test ve Önemlilik
Sosyal İşlevsellik	21.45 ± 4.61	22.68 ± 5.16	18.50 ± 7.85	$F=5.744$ p=0.00
Sağlık ve Tedavi	14.67 ± 4.00	14.51 ± 4.23	12.71 ± 4.70	$F=3.075$ p=0.04
Günlük Yaşam Becerileri	22.57 ± 5.85	19.34 ± 6.06	20.19 ± 5.77	$F=3.673$ p=0.02
Mesleki İşlevsellik	6.60 ± 1.75	5.21 ± 2.37	6.35 ± 2.55	$F=4.330$ p=0.01
Ölçek Toplam Puanı	65.90 ± 12.51	64.75 ± 15.53	57.76 ± 17.41	$F=3.956$ p=0.02

*Anova

**Tukey

Kontrol ve deney gruplarının ŞİLO alt boyutlarının II. Ölçüm puan ortalamaları incelendiğinde; farkındalık grubunun sosyal işlevsellik 21.45 ± 4.61 , sağlık ve tedavi 14.67 ± 4.00 , günlük yaşam becerileri 22.57 ± 5.85 , mesleki işlevsellik 6.60 ± 1.75 ve ŞİLO toplam puan ortalamasının 65.90 ± 12.51 (yüksek düzey) olduğu; psikoeğitim grubunun

sosyal işlevsellik 22.68 ± 5.16 , sağlık ve tedavi 14.51 ± 4.23 , günlük yaşam becerileri 19.34 ± 6.06 , mesleki işlevsellik 5.21 ± 2.37 ve ŞİLO toplam puan ortalamasının 64.75 ± 15.53 (yüksek düzey) olduğu belirlendi. Kontrol grubunun puan ortalamalarının sosyal işlevsellik 18.50 ± 7.85 , sağlık ve tedavi 12.64 ± 4.70 , günlük yaşam becerileri 20.19 ± 5.77 , mesleki işlevsellik 6.35 ± 2.55 ve ŞİLO toplam puan ortalamasının 57.76 ± 17.41 (orta düzey) olduğu tespit edildi. Gruplar arası ŞİLO II. Ölçüm toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu ($p < 0.05$). Yapılan post-hoc testte aradaki farkın farkındalık grubundan kaynaklandığı tespit edildi (Tablo 4.8).

Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Gruplar Arası III. Ölçüm ŞİLO Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Tablo 4.9 da verildi.

Tablo 4.9. Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Gruplar Arası III. Ölçüm ŞİLO Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=137)

III. ÖLÇÜM				
İşlevsel İyileşme Alt Boyutları	Farkındalık Grubu (s=40)	Psikoeğitim Grubu (s=41)	Kontrol Grubu (s=56)	Test ve Önemlilik
	($\bar{X} \pm S.S$)	($\bar{X} \pm S.S$)	($\bar{X} \pm S.S$)	
Sosyal İşlevsellik	20.55 ± 5.10	20.36 ± 5.04	18.55 ± 7.39	$F=5.453$ p=0.00
Sağlık ve Tedavi	14.37 ± 3.80	12.63 ± 4.81	12.05 ± 4.20	$F=13.002$ p=0.00
Günlük Yaşam Becerileri	20.52 ± 4.52	19.80 ± 5.74	20.51 ± 5.46	$F=7.646$ p=0.00
Mesleki İşlevsellik	5.40 ± 1.69	4.39 ± 2.14	6.08 ± 2.32	$F=9.406$ p=0.00
Ölçek Toplam Puanı	60.84 ± 14.40	56.90 ± 14.99	57.19 ± 16.53	$F=1.312$ $p=0.27$

*Anova

**Tukey

Kontrol ve deney gruplarının ŞİLO alt boyutlarının III. Ölçüm puan ortalamaları incelendiğinde; farkındalık grubunun sosyal işlevsellik 20.55 ± 5.10 , sağlık ve tedavi 14.37 ± 3.80 , günlük yaşam becerileri 20.52 ± 4.52 , mesleki işlevsellik 5.40 ± 1.69 ve ŞİLO toplam puan ortalamasının 60.84 ± 14.40 (orta düzey) olduğu; psikoeğitim grubunun sosyal işlevsellik 20.36 ± 5.04 , sağlık ve tedavi 12.63 ± 4.81 , günlük yaşam becerileri 19.80 ± 5.74 ,

mesleki işlevsellik 4.39 ± 2.14 ve ŞİLO toplam puan ortalamasının 56.90 ± 14.99 (orta düzey) olduğu belirlendi. Kontrol grubunun puan ortalamalarının sosyal işlevsellik 18.55 ± 7.39 , sağlık ve tedavi 12.05 ± 4.20 , günlük yaşam becerileri 20.51 ± 5.46 , mesleki işlevsellik 6.08 ± 2.32 ve ŞİLO toplam puan ortalamasının ise 57.19 ± 16.53 (orta düzey) olduğu tespit edildi. Gruplar arası ŞİLO III. Ölçüm toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu ($p < 0.05$). Yapılan post-hoc testte aradaki farkın farkındalık grubundan kaynaklandığı tespit edildi (Tablo 4.9).

Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Grup İçi Umut Ölçeği I., II. ve III. Ölçüm Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırmasına ilişkin bulgular Tablo 4.10 da verildi.

Tablo 4.10. Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Grup İçi I., II. ve III. Ölçüm Umut Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=137)

Gruplar	Umut Ölçeği Alt Boyutları	I.Ölçüm	II.Ölçüm	III.Ölçüm	Test ve Önemlilik
Farkındalık Grubu (s=40)	Gelecek	11.65 ± 7.64	19.47 ± 6.10	19.20 ± 6.66	F=195.313 $\lambda = 0.08$ p=0.00
	Olumlu hazır oluşluk ve beklenti	13.97 ± 6.97	20.30 ± 5.55	19.52 ± 6.22	F=135.861 $\lambda = 0.12$ p=0.00
	Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar	15.92 ± 5.78	18.87 ± 4.96	18.02 ± 5.07	F=100.130 $\lambda = 0.15$ p=0.00
	Ölçek Toplam Puan	41.54 ± 18.39	58.64 ± 16.61	56.74 ± 16.88	F=226.796 $\lambda = 0.77$ p=0.00
Psikoeğitim Grubu (s=41)	Gelecek	13.85 ± 8.83	16.85 ± 7.82	16.85 ± 8.83	F=54.667 $\lambda = 0.42$ p=0.00
	Olumlu hazır oluşluk ve beklenti	14.12 ± 8.07	15.04 ± 6.80	16.12 ± 8.07	F=30.2227 $\lambda = 0.57$ p=0.00
	Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar	15.34 ± 6.20	17.26 ± 5.38	17.34 ± 6.20	F=27.088 $\lambda = 0.59$ p=0.00
	Ölçek Toplam Puan	43.31 ± 22.10	49.15 ± 19.49	50.31 ± 22.20	F=47.139 $\lambda = 0.45$ p=0.00
Kontrol Grubu (s=56)	Gelecek	12.44 ± 6.04	12.48 ± 5.94	12.00 ± 5.90	F=5.870 $\lambda = 0.82$ p=0.11
	Olumlu hazır oluşluk ve beklenti	14.94 ± 5.26	14.85 ± 5.20	14.28 ± 5.35	F=4.969 $\lambda = 0.84$ p=0.88
	Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar	15.14 ± 5.67	15.05 ± 5.64	15.57 ± 5.66	F=6.195 $\lambda = 0.81$ p=0.09
	Ölçek Toplam Puan	42.52 ± 16.97	42.39 ± 15.38	41.85 ± 15.30	F=9.207 $\lambda = 0.74$ p=0.17

*Anova

**Bonferroni

Farkındalık ve psikoeğitim grubundaki hastaların umut ölçeği alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p<0.05$), kontrol grubundaki hastaların umut ölçeği alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) bulundu. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde; farkındalık grubunda umut toplam puan ve tüm alt boyutlarında; I. ve II. ölçüm, I. ve III. Ölçüm arasında istatistiksel olarak önemli farkın olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 4.10).

Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Grup İçi I., II. ve III. Ölçüm Psikolojik İyi Oluş Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Tablo 4.11 de verildi.

Tablo 4.11. Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Grup İçi I., II. ve III. Ölçüm Psikolojik İyi Oluş Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=137)

Gruplar	Psikolojik İyi Oluş Ölçeği			Test ve Önemlilik	
	I.ölçüm (X±S.S)	II.Ölçüm (X±S.S)	III.Ölçüm (X±S.S)		
Farkındalık Grubu (s=40)	28.27±11.61	37.65±11.09	39.10±10.93	F=58.067 p=0.00	$\lambda= 0.24$
Psikoeğitim Grubu (s=41)	29.85±11.29	31.04±10.37	32.92±11.36	F=11.992 p=0.00	$\lambda= 0.61$
Kontrol Grubu (s=56)	28.89±12.47	28.50±12.35	28.05±11.70	F=7.025 p=0.56	$\lambda= 0.79$

*Anova

**Bonferroni

Farkındalık ve psikoeğitim grubundaki hastaların psikolojik iyi oluş toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p<0.05$), kontrol grubundaki hastaların psikolojik iyi oluş toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) bulundu. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde; farkındalık grubunda psikolojik iyi oluş; I. ve II.ölçüm, I. ve III.ölçüm arasında istatistiksel olarak önemli farkın olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 4.11).

Kontrol ve deney gruplarının Grup İçi ŞİLO I., II. ve III. Ölçüm Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırmasına ilişkin bulgular Tablo 4.12’de verildi

Tablo 4.12. Kontrol ve Deney Gruplarındaki Hastaların Grup İçi I., II. ve III. Ölçüm ŞİLO Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=137)

Gruplar	İşlevsel İyileşme Alt Boyutları	I.Ölçüm	II.Ölçüm	III.Ölçüm	Test ve Önemlilik	
Farkındalık Grubu (s=40)	Sosyal İşlevsellik	16.37±5.01	21.45± 4.61	20.55±5.10	F=370.072 p=0.00	λ= 0.04
	Sağlık ve Tedavi	11.80±4.42	14.67±4.00	14.37±3.80	F=65.411 p=0.00	λ= 0.22
	Günlük Yaşam Becerileri	18.67±5.52	23.17±4.79	20.52±4.52	F=92.676 p=0.00	λ= 0.17
	Mesleki İşlevsellik	4.62±1.95	6.60±1.75	5.40±1.69	F=65.740 p=0.00	λ= 0.26
	Ölçek Toplam Puanı	51.47±14.40	65.90±12.51	60.84±14.40	F=446.025 p=0.00	λ= 0.08
Psikoeğitim Grubu (s=41)	Sosyal İşlevsellik	20.36±5.04	22.68±5.16	20.36±5.04	F=34.012 p=0.00	λ= 0.54
	Sağlık ve Tedavi	12.34±4.78	14.51±4.23	12.63±4.81	F=10.573 p=0.00	λ= 0.64
	Günlük Yaşam Becerileri	19.80±5.74	22.34±6.06	19.80±5.74	F=24.876 p=0.00	λ= 0.61
	Mesleki İşlevsellik	4.39±2.14	5.21±2.37	4.39±2.14	F=20.961 p=0.00	λ= 0.65
	Ölçek Toplam Puanı	56.90±14.99	64.75±15.53	57.90±14.99	F=31.482 p=0.00	λ= 0.56
Kontrol Grubu (s=56)	Sosyal İşlevsellik	18.50±7.85	18.50±7.85	18.55±7.39	F=91.170 p=0.12	λ= 0.85
	Sağlık ve Tedavi	12.71±4.70	12.71±4.70	12.05±4.20	F=12.860 p=0.23	λ= 0.81
	Günlük Yaşam Becerileri	20.19±5.77	20.19±5.77	20.51±5.46	F=7.378 p=0.08	λ= 0.88
	Mesleki İşlevsellik	6.35±2.55	6.35±2.55	6.08±2.32	F=8.886 p=0.22	λ= 0.86
	Ölçek Toplam Puanı	57.76±17.41	57.76±17.41	57.19±16.53	F=24.028 p=0.15	λ= 0.69

*Anova

**Bonferroni

Farkındalık ve psikoeğitim grubundaki hastaların hastaların ŞİLO alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p<0.05$), kontrol grubundaki hastaların hastaların ŞİLO alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) bulundu. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde; farkındalık grubunun ŞİLO I. ve II. ölçüm , I. ve III. ölçüm arasında istatistiksel olarak önemli farkın olduğu saptandı ($p<0.05$, Tablo 4.12).

5. TARTIŞMA

Şizofreni hastalarında bilinçli farkındalık temelli stres azaltma eğitiminin umut, psikolojik iyi oluş ve işlevsel iyileşmeye etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları literatür doğrultusunda tartışıldı.

Farkındalık terapileriyle şizofreni hastalarına stres ve stresle baş etme yöntemleri öğretilmekte, hastaların bakımlarına katılımları arttırılmakta ve sosyal yönden destekleyici grup çalışmaları yapılmaktadır. Böylece işlevsellik, içgörü, yaşam kalitesi, psikolojik iyi oluş, olumlu baş etme yöntemleri ve olumlu duygulanımın artmakta; anksiyeteye pozitif ve negatif belirtiler azalmaktadır (9, 67, 88, 89). Farkındalık temelli stres azaltma terapisinin psikoz ve şizofrenide kullanımı oldukça yenidir (97). Farkındalık temelli stres azaltmayla şizofreni hastalarının olumsuz düşünceleri ve duyguları değiştirilmekte, dikkat ve kabul etme yoluyla hastalar güçlendirilmekte ve sakinleştirmekte, farkındalık becerisi kazandırılmakta ve yargısal olmayan kabul düzeylerini arttırılmaktadır. (24, 55, 56, 76).

Yapılan taramalarda FTSA ve psikoeğitimi karşılaştıran herhangi bir araştırmaya ulaşılamadı. Bu bakımdan araştırma bulguları literatürde ilk olma özelliği taşımaktadır. Sonuçlar en yakın literatürle tartışılmaya çalışılmıştır.

Eğitim öncesi farkındalık, psikoeğitim ve kontrol gruplarının umut düzeylerinin düşük olduğu saptandı. Kavak ve Yılmaz'ın şizofreni hastalarında yapmış oldukları çalışmada hastaların umut düzeylerinin düşük olduğunu belirlemiştir (10). Coşkun ve Altun, Olçun ve Altun çalışmasında şizofreni hastalarının umut düzeylerinin orta seviye olduğunu tespit etmiştir (37, 43). Şizofreni ağır mental yıkımlarla giden kronik bir hastalıktır. Araştırma sonucundaki bu farklılığın nedeninin çalışma gruplarının, sosyokültürel özelliklerin ve sağlık hizmetlerinden yararlanma imkanlarının çeşitliliğinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Eğitim sonrası farkındalık, psikoeğitim ve kontrol gruplarının ikinci ölçüm umut toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p<0.05$). Farkındalık grubunun umut toplam puan ortalamasının birinci ölçüme göre psikoeğitim ve kontrol grubuna oranla daha fazla yükseldiği tespit edildi. Yapılan taramalarda, FTSA ve/veya farkındalık temelli uygulamalar ile hatırlacı eğitimler vererek, tekrarlı ölçümlerle umudu karşılaştıran herhangi bir çalışmaya rastlanamamıştır. Umutsuzluk şizofrenide negatif belirtiler arasında yer almaktadır.

Farkındalık temelli çalışmaların negatif belirtilerin azaltılmasında önemli rol oynadığı bilinmektedir (88-90). Farklı bir bakış açısı olarak, Eck metaanaliz çalışmasında, şizofrenide işlevsellikle umut arasında ağır etki büyüklüğü tespit etmiştir (65). Bu bağlamda umut seviyesinin artışı, işlevselliğin artmasına da bağlı olabilir. FTSA, farkındalık seviyesini arttıran ve stresi azaltan çeşitli meditasyonlar, alışkanlık kırıcılar ve ev ödevlerinden oluşan bir programdı. FTSA içeriğinde yer alan tüm aşamalar, hastaların aktif katılımını içermektedir. Stres seviyesinin azaltılmaya çalışılması ile şizofreni hastalarının özgüvenleri ve kendilik kabulleri arttırılmaya çalışıldı. Hastalar farkındalık bilinciyle yeteneklerine yoğunlaştırılmaya çalışıldı. Böylece umut seviyesi de arttırılmış olabilir.

Eğitim sonrası farkındalık, psikoeğitim ve kontrol gruplarının üçüncü ölçüm umut toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Farkındalık grubunun üçüncü ölçüm umut toplam puan ortalamasının birinci ölçüme göre psikoeğitim ve kontrol gruplarına oranla daha fazla yükseldiği tespit edildi. Eğitim sonucunda farkındalık grubunun toplam umut düzeyindeki bu artış, araştırma hipotezlerinden olan **‘Şizofreni hastalarına verilen FTSA eğitimi umudu arttırmada etkilidir.’** hipotezini doğrulamaktadır.

Farkındalık temelli uygulamalar, şefkat, öz merhamet ve iyilik duygularını geliştirmektedir (19, 48, 49). Yapılan bir çalışmada farkındalık programları gibi pozitif psikoloji programları ile hastaların olumsuz düşünceleri kabul etme ve üstesinden gelme güçlerinin ve buna bağlı olarak da umutlarının arttığı ortaya konmuştur (23). FTSA ile şizofreni hastalarına öncelikle farkında bir bilinçle stres ile baş etme öğretilmeye çalışıldı. Meditasyonların içerdiği sakinleştirici telkinlerle moral verilmeye çalışıldı. Alışkanlık kırıcılar ile farkında bir şekilde yerine getirilen günlük rutinlerin ne kadar önemli olduğu vurgulandı. Birebir uygulamalar ile hastalar yeteneklerine yoğunlaştırılmaya çalışıldı. Böylece umut seviyesi de arttırılmış olabilir. Araştırma sonuçları doğrultusunda, FTSA'nın şizofreni hastalarında umudu arttırmada etkili bir psikososyal müdahale olduğu ve FTSA uygulamalarının TRSM'deki rutin uygulamalar arasında olması gerektiği söylenebilir.

Eğitim öncesi farkındalık, psikoeğitim ve kontrol grubu hastaların psikolojik iyi oluşlarının orta düzey olduğu belirlendi. Strauss, Magallares, Brownea çalışmalarında şizofreni hastalarında psikolojik iyi oluşun düşük olduğunu belirtmişlerdir (49, 53, 54). Şizofreni kronik mental bir hastalık olmasının yanında, tedavi güçlükleri ve içgörü yetersizlikleri gibi problemler içermektedir. TRSM'ler şizofreni hastaları için

rehabilitasyon, psiko-sosyal beceri kazandırma ve destekleme çalışmaları yapılan, hastaların hastalık durumlarının değerlendirildiği, takip ve tedavilerinin yapıldığı merkezlerdir. Araştırmaya katılan hastalar, TRSM'lere haftada en az iki gün düzenli olarak gelmekteydi. Ayrıca TRSM'lerde düzenlenen çeşitli eğitimlere (psikoeğitim benzeri) ve rutin grup aktivitelerine (egzersiz, müzik, bahçe ve hobi işleri) katılmaktaydılar. TRSM'ye düzenli gelme ve rutin grup aktivitesine katılım hastaların psikolojik iyi oluş seviyesini arttırmış olabilir. Araştırma sonuçları bu nedenden kaynaklanabilir.

Eğitim sonrası farkındalık, psikoeğitim ve kontrol gruplarının gruplar arası ikinci ölçüm psikolojik iyi oluş toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($p<0.05$). Farkındalık grubunun ikinci ölçüm psikolojik iyi oluşlarının psikoeğitim ve kontrol grubuna oranla daha fazla arttığı saptandı. Yapılan taramalarda, FTSA ve/veya farkındalık temelli uygulamalar ile hatırlacı eğitimler vererek, tekrarlı ölçümlerle psikolojik iyi oluşu karşılaştıran herhangi bir çalışmaya rastlanamamıştır. Ancak şizofrenide farkındalık temelli müdahaleler içeren çalışmalarda psikolojik iyi oluşun arttığı gözlenmiştir (26, 57-59, 67). TRSM'lerde hastaların iyi oluşunu arttırdığını düşündüğümüz eğitimler ve grup çalışmaları düzenli aralıklarla sık sık yürütülmektedir. FTSA programımız bu uygulamaları pekiştirdiği gibi daha da kapsamlı ve ulaşılabilir hale getirmiştir. Meditasyonlar, alışkanlık kırıcılar, ev ödevleri ve grup çalışmaları ile hastaların farkındalık bilinci arttırılmaya ve stresleri azaltılmaya çalışılmış; böylece hastalar kendilik kabullerini sağlamaya ve yeteneklerine yoğunlaşmaya yönlendirilmiştir. Tüm bu nedenlerden dolayı psikolojik iyi oluş artmış olabilir.

Farkındalık, psikoeğitim ve kontrol gruplarının üçüncü ölçüm psikolojik iyi oluş toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ($p<0.05$). Farkındalık grubunun üçüncü ölçüm psikolojik iyi oluş toplam puan ortalamasının birinci ölçüme göre psikoeğitim ve kontrol gruplarına oranla daha fazla yükseldiği tespit edildi. Eğitim sonucunda farkındalık grubunun psikolojik iyi oluş toplam puanı düzeyindeki bu artış, araştırma hipotezlerinden olan **'Şizofreni hastalarına verilen FTSA eğitimi psikolojik iyi oluşu arttırmada etkilidir.'** hipotezini doğrulamaktadır.

Şizofrenide farkındalık temelli müdahaleler içeren çalışmalarda, farkındalık temelli uygulamaların psikolojik iyi oluşu arttırdığı gözlenmiştir (26, 57-59, 67). FTSA, farkındalık kavramının aşılaraq pekiştirilmesi ile stresi azaltmakta,

uygulamalar ile öz-kabulü, özerkliği, mutluluğu, morali, benlik saygısını, bilişsel işlevleri arttırmaktaydı. Tüm bu nedenlerden dolayı psikolojik iyi oluşu arttırmış olabilir. Araştırma sonuçları doğrultusunda, FTSA'nın şizofreni hastalarında psikolojik iyi oluşu arttırmada etkili bir psikososyal müdahale olduğu ve FTSA uygulamalarının TRSM'deki rutin uygulamalar arasında olması gerektiği söylenebilir.

Eğitim öncesi farkındalık, psikoeğitim ve kontrol gruplarının işlevsel iyileşme düzeyleri orta düzey olarak bulundu. Kavak ve Ekinci, Benitez, Çapar ve Kavak, şizofreni hastalarında işlevsel iyileşmenin düşük olduğunu tespit etmiştir (8, 91, 92). Şizofreni ağır mental yıkımlar nedeniyle günlük rutinlerin sağlanmasında kayıplara yol açan kronik bir hastalıktır. Araştırma sonucundaki bu farklılığın nedeni olarak çalışma gruplarının ve sağlık hizmetlerinden yararlanma imkanlarının çeşitliliği düşünülmektedir.

Eğitim sonrası farkındalık, psikoeğitim ve kontrol gruplarının işlevsel iyileşme ikinci ölçüm puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gruplar arası işlevsel iyileşme toplam ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($p < 0.05$). Farkındalık grubunun birinci ölçüme göre ikinci ölçüm işlevsel iyileşme puanının psikoeğitim ve kontrol grubuna oranla daha yüksek olduğu belirlendi. Yapılan taramalarda, FTSA ve/veya psikoeğitimle hatırlacı eğitimler vererek, tekrarlı ölçümlerle işlevsel iyileşmeyi karşılaştıran herhangi bir çalışmaya rastlanamamıştır. Literatürde yer alan farklı yıllarda yürütülmüş bazı metaanaliz çalışmalarına bakıldığında; Khoury farkındalık temelli görüşmelerin işlevselliği sağlamada orta düzey etki büyüklüğüne sahip, önemli bir bulgu olduğunu belirtmiş; Louise ise farkındalık temelli görüşmelerin orta düzey etki büyüklüğüne sahip fakat önemli bir bulgu olmadığını belirtmiştir (83, 93). Stephanie ses halüsinasyonu olan psikozlu hastalarla yaptığı çalışmasında, psikozlu hastalarda farkındalığın işlevselliği sağlamada bağımsız bir müdahale olarak görülmemesini ve daha geniş rehabilitasyon ve iyileştirme müdahaleleri ile birlikte verilmesi gerektiğini belirtmiştir (94). MacDougall çalışmasında yeni tanı almış psikoz hastalarına farkındalık temelli görüşme yöntemi uygulamış; müdahale sonrası sosyal işlevsellik düzeyi artmış ancak önemli bir sonuç ortaya çıkmamıştır (95). FTSA ile hastalar öncelikle meditasyon yapmaya yönlendirildi. Alışkanlık kırıcılar ile günlük rutinlerin farkındalığı ve önemi vurgulandı. Ev ödevi takibi ve alışkanlık kırıcılar ile hastaların uygulamalara katılımları sağlandı Ayrıca sosyal yönden destekleyici grup çalışmaları yapıldı. Araştırma sonuçları bu nedenden kaynaklanmış olabilir.

Farkındalık, psikoeğitim ve kontrol gruplarının işlevsel iyileşme üçüncü ölçüm puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gruplar arası işlevsel iyileşme puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p<0.05$) bulundu. Farkındalık grubunun üçüncü ölçüm işlevsel iyileşme puanının birinci ölçüme göre psikoeğitim ve kontrol grubuna oranla arttığı saptandı. Eğitim sonucunda farkındalık grubunun ŞİLO alt boyutları ve toplam puanı düzeyindeki bu artış, araştırma hipotezlerinden olan **‘Şizofreni hastalarına verilen FTSA eğitimi işlevsel iyileşmeyi arttırmada etkilidir.’** hipotezini doğrulamaktadır.

Yılmaz ve Okanlı, çalışmasında şizofreni hastalarına farkındalık temelli psikoeğitim uygulamış ve işlevsel iyileşmeyi arttırdığını göstermiştir (9). Chadwick çalışmasında şizofreni hastalarına içeriği FTSA ve farkındalık temelli bilişsel terapidenden oluşan kompleks bir terapi uygulamış ve benzer sonuçlara ulaşmıştır (96). Sheng çalışmasında şizofreni hastalarına farkındalık temelli meditasyon uygulamış ve fiziksel ve sosyal işlevselliği önemli derecede arttırdığını tespit etmiştir (97). FTSA uygulamaları şizofreni hastaları ile birebir yürütülmeye çalışıldı. Ev ödevi takipleri ile hastaların bakımlarına katılımları artırıldı. Alışkanlık kırıcılar ile günlük rutinlerin farkındalığı ve önemi vurgulandı. Ayrıca sosyal yönden destekleyici grup çalışmaları yapıldı. Araştırma sonuçları bu nedenden kaynaklanmış olabilir. Araştırma sonuçları doğrultusunda, FTSA'nın şizofreni hastalarında işlevsel iyileşmeyi arttırmada etkili bir psikososyal müdahale olduğu ve FTSA uygulamalarının TRSM'deki rutin uygulamalar arasında olması gerektiği söylenebilir.

Farkındalık, psikoeğitim ve kontrol grubundaki hastaların grup içi birinci, ikinci ve üçüncü ölçüm umut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu ($p<0.05$). Farkındalık ve psikoeğitim grubundaki hastaların birinci ölçüme göre ikinci ve üçüncü ölçüm umut düzeylerinde artma olduğu, farkındalık grubundaki artışın psikoeğitim grubuna oranla yüksek olduğu tespit edildi. Farkındalık grubundaki hastaların umut toplam puanının üçüncü ölçümde, ikinci ölçüme göre azaldığı tespit edildi. Farkındalık grubunun umut düzeyinin ikinci ölçüme göre düşmesi ikinci ölçümden sonra farkındalık eğitim sayısı ve sıklığının azalması, hatırlatıcı eğitimlerin yetersiz gelmesi ve FTSA'nın rutin bir uygulama olmaması nedeni ile olabilir.

Schrank çalışmasında psikozda farkındalık gibi pozitif psikoterapi programları ile genel tedavi alan grubu karşılaştırmış; pozitif psikoterapi grubunda umudun arttığını belirtmiştir (98). FTSA, farkındalık seviyesini arttıran ve stresi azaltan çeşitli

meditasyonlar, alışkanlık kırıcılar ve ev ödevlerinden oluşan bir programdı. FTSA içeriğinde yer alan tüm aşamalar, hastaların aktif katılımını içeren uygulamalardan oluşmaktaydı. Uygulamalar esnasında hastalar, farkındalık bilinciyle yeteneklerine yoğunlaştırılmaya çalışıldı. Stres seviyesinin azaltılmaya çalışılması ile şizofreni hastalarının özgüvenleri ve kendilik kabulleri arttırılmaya çalışıldı. Böylece umut seviyesi de arttırılmış olabilir. Psikoeğitim programı ise hastaların soru-cevap dışında katılımını içermeyen bir programdı. Program içeriği nedeniyle TRSM’lerde uygulanan eğitim programlarına benzemektedir. Bu nedenle umudu artışını sağlamamış olabilir. Araştırmamızın sonuçları literatürde ilk olması bakımından önemlidir. Araştırma sonuçları doğrultusunda, FTSA’nın şizofreni hastalarında umudu arttırmada psikoeğitimden daha etkili bir psikososyal müdahale olduğu ve FTSA uygulamalarının TRSM’deki rutin uygulamalar arasında olması gerektiği söylenebilir.

Farkındalık, psikoeğitim ve kontrol grubundaki hastaların grup içi birinci, ikinci ve üçüncü ölçüm psikolojik iyi oluş toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($p<0.05$). Farkındalık ve psikoeğitim grubunda birinci ölçüme göre ikinci ve üçüncü ölçüm psikolojik iyi oluş düzeylerinde artma olduğu, farkındalık grubundaki artışın psikoeğitim grubuna oranla yüksek olduğu tespit edildi. Farkındalık grubundaki hastaların psikolojik iyi oluş toplam puanının üçüncü ölçümde, ikinci ölçüme göre azaldığı tespit edildi. Farkındalık grubunun psikolojik iyi oluş düzeyinin ikinci ölçüme göre düşmesi, ikinci ölçümden sonra farkındalık eğitim sayısı ve sıklığının azalması, hatırlatıcı eğitimlerin yetersiz gelmesi ve FTSA’nın rutin bir uygulama olmaması nedeni ile olabilir.

Langer çalışmasında farkındalık temelli görüşme grubu ile genel tedavi alan grubu karşılaştırmış ve farkındalık temelli görüşmelerin şizofreni hastalarında psikolojik iyi oluşu arttırdığını tespit etmiştir (26). Schrank, psikoz hastalarla yürüttüğü çalışmasında, pozitif psikoterapi grubu ile genel tedavi grubunu karşılaştırmış ve pozitif psikoterapi grubunun psikolojik iyi oluşunun arttığını gözlemlemiştir (98). Van der Valk, psikotik evrede olan şizofreni hastalarla yürüttüğü çalışmasında, farkındalık temelli terapinin girişim öncesi ve sonrası sonuçlarını karşılaştırmış ve girişim sonrası psikolojik iyi oluşun arttığını belirtmiştir (99). FTSA, farkındalık kavramının aşılaraq pekiştirilmesi ile stresi azaltmakta, uygulamalar ile öz-kabulü, özerkliği, mutluluğu, morali, benlik saygısını, bilişsel işlevleri arttırmaktaydı. Meditasyonlar ve alışkanlık kırıcılar ile ‘an’da kalma işlenmeye çalışıldı. Böylece hastalar, iyi oluş için önemli bir basamak olan günlük rutinlerin farkındalığını kazandı. Günlük rutinlerin alışkanlık

halinden çıkarılmaya çalışılarak farklı bir açı ile yeniden şekillendirilmesi sağlanmaya çalışıldı. Hastalar böylece özbenliklerine ve yeteneklerine yönlendirilmeye çalışıldı. Bakımlarına katılımları artırılmaya çalışıldı. Tüm bu nedenlerden dolayı psikolojik iyi oluşu artmış olabilir. Psikoeğitim programı ise hastaların soru-cevap dışında katılımını içermeyen bir programdı. Program içeriği nedeniyle TRSM'lerde uygulanan eğitim programlarına benzemektedir. Bu nedenle psikolojik iyi oluşu arttırmamış olabilir. Araştırmamızın sonuçları literatürde ilk olması bakımından önemlidir. Araştırma sonuçları doğrultusunda, FTSA'nın şizofreni hastalarında psikolojik iyi oluşu arttırmada psikoeğitimden daha etkili bir psikososyal müdahale olduğu ve FTSA uygulamalarının TRSM'deki rutin uygulamalar arasında olması gerektiği söylenebilir.

Farkındalık, psikoeğitim ve kontrol grubundaki hastaların grup içi birinci, ikinci ve üçüncü ölçüm işlevsel iyileşme puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($p<0.05$). Farkındalık ve psikoeğitim grubunda birinci ölçüme göre ikinci ve üçüncü ölçüm işlevsel iyileşme düzeylerinde artma olduğu, farkındalık grubundaki artışın psikoeğitim grubuna oranla yüksek olduğu tespit edildi. Farkındalık grubundaki hastaların işlevsel iyileşme toplam puanının üçüncü ölçümde, ikinci ölçüme göre azaldığı tespit edildi. Farkındalık grubunun işlevsel iyileşme düzeyinin ikinci ölçüme göre düşmesi ikinci ölçümden sonra farkındalık eğitim sayısı ve sıklığının azalması, hatırlatıcı eğitimlerin yetersiz gelmesi ve FTSA'nın rutin bir uygulama olmaması nedeni ile olabilir.

Chien, çalışmasında farkındalık temelli psikoeğitim grubu ile günlük bakımı karşılaştırmış ve farkındalık temelli psikoeğitim programının şizofreni hastalarında işlevselliği arttırdığını tespit etmiştir (27). Chien üç gruplu bir çalışmada farkındalık temelli psikoeğitim, psikoeğitim ve genel tedaviyi karşılaştırmış farkındalık temelli psikoeğitim programının şizofreni hastalarında işlevselliği arttırdığını tespit etmiştir (84). Chien, üç gruplu diğer bir çalışmada, şizofreninin erken evresinde bulunan 18 ay ve üzerinde tanı almış bir gruba aynı girişimleri uygulamış ve farkındalık temelli psikoeğitim programının şizofreni hastalarında işlevselliği arttırdığını tespit etmiştir (85). Wang, çalışmasında farkındalık temelli psikoeğitim programı geleneksel psikoeğitim programı ve genel tedaviyi 6 aylık izlem ile karşılaştırmış; farkındalık temelli psikoeğitim programının psikososyal işlevselliği arttırdığını göstermiştir (67). Mediavilla, çalışmasında farkındalık temelli sosyal bilişsel terapi ile psikoeğitimi karşılaştırmış ve benzer sonuçlara ulaşmıştır (86). FTSA ile stres ve stres ile baş etme yöntemleri öğretilmeye, hastaların bakımlarına katılımları artırılmaya çalışıldı. Ayrıca

sosyal yönden destekleyici grup çalışmaları yapıldı. Ev ödevleri ile uygulamalar pekiştirilmeye çalışıldı. Ev ödevi takibi ve alışkanlık kırıcılar hastaların uygulamalara katılımları sağlandı. Araştırma sonuçları bu nedenden kaynaklanmış olabilir. Psikoeğitim programı ise hastaların soru-cevap dışında katılımını içermeyen bir programdı. Program içeriği nedeniyle TRSM'lerde uygulanan eğitim programlarına benzemekteydi. Bu nedenle işlevsel iyileşmenin artışı sağlamamış olabilir. Araştırmamızın sonuçları literatürde ilk olması bakımından önemlidir. Araştırma sonuçları doğrultusunda, FTSA'nın şizofreni hastalarında işlevsel iyileşmeyi arttırmada psikoeğitimden daha etkili bir psikososyal müdahale olduğu ve FTSA uygulamalarının TRSM'deki rutin uygulamalar arasında olması gerektiği söylenebilir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Şizofreni hastalarında bilinçli farkındalık temelli stres azaltma eğitiminin umut, psikolojik iyi oluş ve işlevsel iyileşmeye etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmada şu sonuçlar elde edilmiştir:

- Eğitim öncesi farkındalık, psikoeğitim ve kontrol grubu hastaların umut düzeylerinin düşük, psikolojik iyi oluş ve işlevsel iyileşme düzeylerinin orta seviyede olduğu,
- Eğitim sonrası farkındalık grubu hastalarda umut, psikolojik iyi oluş ve işlevsel iyileşme düzeylerinde psikoeğitim ve kontrol grubu hastalara oranla artma olduğu,
- Eğitim sonrası psikoeğitim grubu hastalarda umut, psikolojik iyi oluş ve işlevsel iyileşme düzeylerinde kontrol grubu hastalara oranla artma olduğu,
- Eğitim sonrası grup içi karşılaştırmada; farkındalık ve psikoeğitim grubu hastaların umut, psikolojik iyi oluş ve işlevsel iyileşme düzeylerinde birinci ölçüme oranla ikinci ve üçüncü ölçümde artma olduğu,
- Kontrol grubu hastaların grup içi karşılaştırılmasında; umut, psikolojik iyi oluş ve işlevsel iyileşme düzeylerinde değişiklik olmadığı,
- FTSA'nın şizofreni hastalarının umut, psikolojik iyi oluş ve işlevsel iyileşmelerini arttırmada psikoeğitimden daha etkili olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ⊗ Psikiyatri kliniklerinde ve TRSM'lerde rutin tedaviye ek olarak farkındalık temelli stres azaltma programlarının uygulanması,
- ⊗ Psikoeğitim programların farkındalık temele dayandırılarak uygulanması,
- ⊗ Psikiyatri hemşirelerinin psikososyal müdahaleleri planlama ve uygulamada aktif rol alması,
- ⊗ Psikiyatri hemşirelerinin FTSA uygulamalarının eğitimini alarak, profesyonel olarak başlatan ve uygulayan grup olması,
- ⊗ Psikiyatri hemşirelerinin hemşirelik bakımında aktif olarak FTSA'yı kullanmaları,
- ⊗ Şizofreni hastalarına verilecek olan FTSA eğitiminin, gereksinimler ve imkanlar tanımlanarak daha kapsamlı hale getirilmesi,

- ⊗ Şizofreni hastalarının umut, psikolojik iyi oluş ve işlevsel iyileşme düzeyinin arttırılmasına yönelik çalışmalar yapılması önerilir.



KAYNAKLAR

1. Özkan B, Erdem E, Demirel Özsoy S, Zararsız G. Şizofreni hastalarına verilen ruhsal eğitim ve telepsikiyatrik izlemenin hasta işlevselliği ve ilaç uyumuna etkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2013, 14: 192-9.
2. Charlson FJ, Ferrari AJ, Santomauro DF, Diminic S, Stockings E. Global epidemiology and burden of schizophrenia: Findings from the global burden of disease study 2016. *Schizophr Bull.* 2018, 44(6): 1195-203.
3. World Health Organization. 2016 Schizophrenia. 12 May 2018
4. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/>. 12 May 2018
5. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Derg* 2010, 21: 1-14.
6. Özçelik EK, Yıldırım A. Şizofreni hastalarında aile ortamı, içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi. *J Psychiatric Nurs* 2018, 9(2): 80-7.
7. Döngel BD, Demirkol ME, Tamam L. Şizofreni hastalarında fiziksel hastalık eş tanılarının değerlendirilmesi. *Cukurova Med J* 2018, 43(4): 892-902.
8. Kavak F, Ekinci M. The effect of yoga on functional recovery level in schizophrenic patients. *Arch Psychiatr Nurs* 2016, 30(6): 761-7.
9. Yılmaz E, Okanlı A. Test of mindfulness-based psychosocial skills training to improve insight and functional recovery in schizophrenia. *West J Nurs Res* 2018, 40(9): 1357-73.
10. Kavak F, Yılmaz E. The effect of hope on the treatment adherence of schizophrenia patients. *Annals of Medical Research* 2018, 25(3): 416-9.
11. Kim H, Kim S, Choe K, Kim J. Effects of mandala art therapy on subjective well-being, resilience, and hope in psychiatric inpatients. *Arch Psychiatr Nurs* 2018, 32: 167-73.
12. Telef BB, Uzman E, Ergün E. Öğretmen adaylarında psikolojik iyi oluş ve değerler arasındaki ilişkinin incelenmesi. *International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic* 2013, 8: 1297-307.
13. Holley J, Crone D, Tyson P, Lovell G. The effects of physical activity on psychological well-being for those with schizophrenia: A systematic review. *Br J Clin Psychol* 2011, 50: 84-105.

14. Richards K, Campenni C, Muse-Burke J. Self-care and well-being in mental health professionals: the mediating effects of self-awareness and mindfulness. *J Ment Health Couns* July 2010, 32(3): 247-64.
15. Ensari H, Gültekin B, Karaman D, Koç A, Beşkardeş A. Bolu toplum ruh sağlığı merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: bir yıllık izleme sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2013, 14: 108-14.
16. Çelikbaş Z, Ergün S. Şizofrenide nörobilişsel bozukluklar ve işlevsellikle ilişkisi. *Journal of Contemporary Medicine* 2018, 8(2): 183-87.
17. 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: 588-98.
18. Kavak F, Ünal S, Yılmaz E. Şizofreni hastalarında gevşeme egzersizi ve müzik terapinin psikolojik belirtiler ve depresyon düzeyine etkisi. *İntegratif Tıp Dergisi* 2015, 3(2): 116-7.
19. Sarandöl A, Akkaya C, Eracar N, Kırılı S. Şizofreni hastaları ve yakınlarıyla yapılan sanatla terapinin hastalık belirtileri, bireysel ve toplumsal beceriler üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2013, 14: 333-9.
20. Bosanac P, Castle D. Schizophrenia and depression. *Clinical Focus* 2012, 1(4): 36-9.
21. Sevi OM, Sütcü ST. Cognitive-behavioral group treatment for schizophrenia and other psychotic disorders- a systematic review. *Turk Psikiyatri Derg* 2012, 23(3): 1-16.
22. Akpınar Ş, Kelleci M. Sorun çözme becerilerini geliştirme programının şizofrenik hastaların sosyal işlevsellik düzeylerine etkisi. *Reviews, Cases and Hypothesis in Psychiatry* 2008, 2(83): 46-9.
23. Schrank B, Amering M, Hay AG, Weber M, Sibitz I. Insight, positive and negative symptoms, hope, depression and self-stigma: A comprehensive model of mutual influences in schizophrenia spectrum disorders. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2014, 23(3): 27-9.
24. Nyklíček I, Kuijpers KF. Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: Is increased mindfulness indeed the mechanism? *Ann. Behav Med* 2008, 35: 331-40.

25. Grossman P, Tiefenthaler-Gilmer U, Raysz A, Kesper U. Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: Evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being. *Psychother Psychosom* 2007, 76: 226-33.
26. Langer AI, Schmidt C, Mayol R, Díaz M, Lecaros J, KroghE, Pardow A, Vergara C, Vergara G, Pérez-Herrera B, Villar MJ, Maturana A, Gaspar PA. The effect of a mindfulness-based intervention in cognitive functions and psychological well-being applied as an early intervention in schizophrenia and high-risk mental state in a Chilean sample: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2017, 18: 233.
27. Chien WT, Lee IYM, Phil M. The mindfulness-based psychoeducation program for Chinese patients with schizophrenia. *Psychiatric Services* 2013, 64: 376-9.
28. Ceylan D, Yeşilyurt S, Akdede BB, Sayın Z, Alptekin K. Şizofreni tedavisinde çoklu antipsikotik kullanımının belirtiler, yan etkiler ve yaşam niteliği ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2016, 17(6): 433-41.
29. Tomruk NB, Oral T. Elektrokonvulsif tedavinin klinik kullanımı: Bir gözden geçirme. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2007, 8: 302-9.
30. Sayar HG, Özten E, Eryılmaz G, Göğçeğöz I, Ceylan ME. Elektrokonvulsif tedavi üzerine güncel bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2014, 6: 107-25.
31. Pompili M, Lester D, Dominici G, Longo L, Marconi G, Forte A, Serafini G, Amore M, Girardi P. Indications for elektroconvulsive treatment in schizophrenia. *Schizophr Res* 2013, 146: 1-9.
32. Zervas LM, Theleritis C, Soldatos CR. Using ECT in schizophrenia: A review from a clinical perspective. *The World Journal of Biological Psychiatry* 2012, 13: 96-105.
33. Sommer IEC, Slotema CW, Daskalakis ZJ, Derks EM, Blom JC Gaag M. The treatment of hallucinations in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull* 2012, 38: 704-14.
34. Mortan OS, Sütçü ST. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda bilişsel-davranışçı grup terapisi-sistemik bir gözden geçirme. *Turk Psikiyatri Derg* 2012, 23: 1-14.
35. Bressan RA, Grohs GEM, Matos G, Shergill S. Hope or hype in the treatment of schizophrenia -what's the role of the physician? *The British Journal of Psychiatry* 2018, 212: 1-3.

36. Vrbova K, Prasko J, Ociskova M, Kamaradova D, Marackova M, Holubova M, Grambal A, Slepecky M, Latalova K. Quality of life, self-stigma, and hope in schizophrenia spectrum disorders: A cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2017, 13: 567-76.
37. Coşkun E, Altun ÖŞ. The relationship between the hope levels of patients with schizophrenia and functional recovery. *Arch Psychiatr Nurs* 2018, 32: 98-102.
38. Lysaker PH, Vohs JL, Tsai J. Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: Associations with social functioning, hope, self-esteem and internalized stigma. *Schizophr Res* 2009, 110: 165-72.
39. Oles SK, Fukui S, Rand KL, Salyers MP. The relationship between hope and patient activation in consumers with schizophrenia: Results from longitudinal analyses. *Psychiatry Res* 2015, 228: 272-6.
40. Lagger N, Amering M, Sibitz I, Gmeiner A, Schrank B. Stability and mutual prospective relationships of stereotyped beliefs about mental illness, hope and depressive symptoms among people with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Res* 2018, 268: 484-9.
41. Prasko J, Ociskova M, Grambal A, Sigmundova Z, Kasalova P, Marackova M, Personality features, dissociation, self-stigma, hope, and the complex treatment of depressive disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016, 12: 2539-52.
42. Schrank B, Bird V, Rudnick A, Slade M. Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: systematic search and narrative review. *Soc Sci Med* 2012, 74 (4): 554-64.
43. Olçun Z, Altun ÖŞ. The correlation between schizophrenic patients' level of internalized stigma and their level of hope. *Arch Psychiatr Nurs* 2017, 31: 332-7.
44. Silverman MJ. Effects of educational music therapy on state hope for recovery in acute care mental health inpatients: A cluster-randomized effectiveness study. *Front Psychol* 2016, 7: 1-10.
45. Bedi D. Efficacy of art therapy in treating patients with paranoid schizophrenia. *Medical Information Science Reference* 2016, 308-20.
46. Simpson A, Flood C, Rowe J, Quigley J, Henry S, Hall C, Bowers L. Results of a pilot randomised controlled trial to measure the clinical and cost effectiveness of peer support in increasing hope and quality of life in mental health patients discharged from hospital in the UK. *BMC Psychiatry* 2014, 14: 1-14.

47. Gu J, Strauss C, Bond R, Cavanagh K. How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clin Psychol Rev* 2015, 37: 1-12.
48. Branström R, Duncan LG, Moskowitz JT. The association between dispositional mindfulness, psychological well-being, and perceived health in a Swedish population-based sample. *Br J Health Psychol* 2011, 16: 300-16.
49. Strauss GP, Sandt AR, Catalano LT, Allen DN. Negative symptoms and depression predict lower psychological well being in individuals with schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2012, 53: 1137-44.
50. Vancampfort D, Hert MD, Knapen J, Wampers M, Demunter H, Deckx S, Maurissen K, Probst M. State anxiety, psychological stress and positive well-being responses to yoga and aerobic exercise in people with schizophrenia: A pilot study. *Disability and Rehabilitation* 2011, 33(8): 684-9.
51. Doğan U, Kaya S, Eren D. Lise öğrencilerinin risk alma davranışlarının yaşam doyumu ve psikolojik iyi oluş değişkenleri ile ilişkisi. *International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic* 2016, 11: 953-64.
52. Uçan A, Esen BK. Ergenlerin öznel iyi oluşlarının toplumsal konum ile ilgili risk alma değişkenine göre incelenmesi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2015, 11: 288-99.
53. Brownea J, Penna DL, Meyer-Kalosc PS, Mueserd KT, Estroffe SE, Brunettef MF, Correllh CU, Robinson J, Rosenheckm RA, Schoolerh N, Robinsonh DG, Addingtono J, Marcyh P, Kaneh JM. Psychological well-being and mental health recovery in the NIMH RAISE early treatment program. *Schizophr Res* 2017, 185: 167-72.
54. Magallares A, Perez-Garin D, Molero F. Social stigma and well-being in a sample of schizophrenia patients. *Clin Schizophr Relat Psychoses* Spring 2016, 10: 51-7.
55. Johnson DP, Fredrickson BL, Kring AM, Meyer PS, Catalino LI, Brantley M. A pilot study of loving-kindness meditation for the negative symptoms of schizophrenia. *Schizophr Res* 2011, 129: 137-40.
56. Meyer PS, Johnson DP, Parks A, Iwanski C, Penn DL. Positive living: A pilot study of group positive psychotherapy for people with schizophrenia. *J Posit Psychol* 2012, 7: 239-48.

57. Aust J, Bradsha J. Mindfulness interventions for psychosis: A systematic review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2017, 24: 69-83.
58. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003, 84: 822-48.
59. Dickerson FB, Lehman AF. Evidence-Based Psychotherapy for Schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2011, 199: 520-6.
60. Parnas J, Henriksen MG. Disordered self in the schizophrenia spectrum: A clinical and research perspective. *Harv Rev Psychiatry* 2014, 22: 251-65.
61. Emiroğlu B. Şizofreni hastalarında işlevsel iyileşme ölçeğinin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009, 46: 15-24.
62. Morin L, Franck N. Rehabilitation interventions to promote recovery from schizophrenia: a systematic review. *Front Psychiatry* 2017, 8: 1-12.
63. Torgalsbøen AK, Mohn C, Czajkowski N, Rund BR. Relationship between neurocognition and functional recovery in first-episode schizophrenia: Results from the second year of the Oslo multi-follow-up study. *Psychiatry Res* 2015, 227: 185-91.
64. Lim MH, Gleeson JFM, Alvarez-Jimenez M, Penn DL. Loneliness in psychosis: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2018, 53: 221-38.
65. Van Eck RM, Burger TJ, Vellinga A, Schirmbeck F, de Haan L. The relationship between clinical and personal recovery in patients with schizophrenia spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2018, 44: 631-42.
66. Chan KSS, Mak WWS. The mediating role of self-stigma and unmet needs on the recovery of people with schizophrenia living in the community. *Qual Life Res* 2014, 23: 2559-68.
67. Wang L, Chien WT, Yip LK, Karatzias T. A randomized controlled trial of a mindfulness-based intervention program for people with schizophrenia: 6-month follow-up. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016, 12: 3097-110.
68. Creswell DJ. Mindfulness interventions. *Annu. Rev. Psychol.* 2017, 68: 491-516.
69. Crane RS, Brewer J, Feldman C, Kabat-Zinn J, Santorelli S, Williams JMG, Kuyken W. What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychol Med* 2017, 47: 990-9.
70. Pascoea MC, Thompson DR, Ski CF. Yoga, mindfulness-based stress reduction and stress-related physiological measures: A meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology* 2017, 86: 152-68.

71. Creswell JD, Lindsay EK. How does mindfulness training affect health? a mindfulness stress buffering account. *Curr Dir Psychol Sci* 2014, 23: 401-7.
72. Van Dam NT, van Vugt MK, Vago DR, Schmalzl L, Saron CD, Olendzki A, Meissner T, Lazar SW, Kerr CE, Gorchov J, Fox KCR, Field BA, Britton WB, Brefczynski-Lewis JA, Meyer DE. Mind the hype: A critical evaluation and prescriptive agenda for research on mindfulness and meditation. *Perspect Psychol Sci* 2018, 13: 36-61.
73. Hilton L, Hempel S, Ewing BA, Apaydin E, Xenakis LA, Newberry S, Colaiaco B, Maher AR, Shanman RM, Sorbero ME, Maglione MA. Mindfulness meditation for chronic pain: Systematic review and meta-analysis. *Ann. Behav. Med.* 2017, 51: 199-213.
74. K r kc   , Kukulcu K. Beden-zihin-ruh b t nl g n  korumaya yönelik bir program: Farkındalık temelli stres azaltma programı. *Current Approaches in Psychiatry* 2015, 7(1): 68-80.
75. Chadwick P. Mindfulness for psychosis. *Br J Psychiatry Suppl* 2014, 204: 333-4.
76. Cash M, Whittingham K. What facets of mindfulness contribute to psychological well-being and depressive, anxious, and stress-related symptomatology? *Mindfulness* 2010, 1: 177-82.
77. Brown LF, Davis LW, LaRocco VA, Strasburger A. Participant perspectives on mindfulness meditation training for anxiety in schizophrenia, *Am J Psychiatr Rehabil* 2010, 13: 224-42.
78. Kerman KT, Bahar Z. Stresle baş etmede hemşirelerin kullandığı kanıt alışmaları. *Turkiye Klinikleri Public Health Nursing-Special Topics* 2019, 5: 78-83.
79. Bağ B. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinde salutogenez modeli. *Current Approaches in Psychiatry* 2017, 9: 284-300.
80. Brady S, O'Connor N, Burgermeister D, Hanson P. The impact of mindfulness meditation in promoting a culture of safety on an acute psychiatric unit. *Perspect Psychiatr Care* 2012, 48: 129-37.
81. Aslan  , Sekmen K, K m rc  Ő,  zet A. Kanserli hastalarda umut. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Y ksekokulu Dergisi* 2007, 11(2): 18-24.
82. Telef BB. Psikolojik iyi oluş  leği: T rkeye uyarlama, geerlik ve g venirlik alışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2013, 28(3): 374-84.

83. Louise S, Fitzpatrick M, Strauss C, Rossell SL, Thomas N. Mindfulness- and acceptance-based interventions for psychosis: Our current understanding and a meta-analysis. *Schizophr Res* 2018, 192: 57-63.
84. Chien WT, Bressington, Yip A, Karatzis T. An international multi-site, randomized controlled trial of a mindfulness-based psychoeducation group programme for people with schizophrenia. *Psychol Med* 2017, 47: 2081-96.
85. Chien WT, Cheng HY, McMaster TW, Yip LKA, Wong CLJ. Effectiveness of a mindfulness-based psychoeducation group programme for early-stage schizophrenia: An 18-month randomised controlled trial. *Schizophr Res* 2019, 212: 140-9.
86. Mediavilla R, Muñoz-Sanjose A, Rodriguez-Vega B, Bayon C, Palao A, Lahera G, Sanchez-Castro P, Roman E, Cebolla S, Diego A. Mindfulness-based social cognition training (SocialMIND) versus psychoeducational multicomponent intervention for people with a first episode of psychosis: a study protocol for a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* 2019, 19: 233-47.
87. Burch V, Penman D. Mindfulness For Health: A Practical Guide To Relieving Pain, Reducing Stress And Restoring Wellbeing, 1th ed. London, Piatkus Press, 2013.
88. Lee KH. A randomized controlled trial of mindfulness in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2019, 275: 137-42.
89. Lopez-navaro E, Cristina Del Canto B, Miriambelber B, Antoni Mayol C, Ovidio Fernández-Alonso C, Josep Lluís D, Enric Munar D, Chadwick P. Mindfulness improves psychological quality of life in community-based patients with severe mental health problems: A pilot randomized clinical trial. *Schizophr Res* 2015, 168: 530-6.
90. Tabak NT, Horan WB, Green MF. Mindfulness in schizophrenia: Associations with self-reported motivation, emotion regulation, dysfunctional attitudes, and negative symptoms. *Schizophr Res* 2015, 168: 537-42.
91. Benitez I, Pino O, Padilla JL, Parra AC. Integrating scale data and patient perspectives for assessing functionality in schizophrenia. *J Commun Ment Health* 2015, 9: 1-7.
92. Çapar M, Kavak F. Effect of internalized stigma on functional recovery in patients with schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care* 2019, 55(1), 103-11.
93. Khoury B, Lecomte T, Gaudiano BA, Paquin K. Mindfulness interventions for psychosis: A meta-analysis. *Schizophr. Res.* 2013, 150: 176-84.

94. Stephanie L, Susan RL, Lin TW, Monique S, Neil T. Does mindfulness help people adapt to the experience of hearing voices? *Psychiatry Res* 2018, 270: 329-34.
95. MacDougall AG, Price E, Vandermeer MRJ, Lloyd C, Bird R, Sethi R, Shanmugalingam S, Carr J, Anderson KK Norman RMG. Youth-focused group mindfulness-based intervention in individuals with early psychosis: A randomized pilot feasibility study. *Early Interv Psychiatry* 2019, 13: 993-98.
96. Chadwick P. Mindfulness groups for distressing voices and paranoia: A replication and randomized feasibility trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2009, 37: 403-12
97. Sheng JL, Yan Y, Yang XH, Yuan TF, Cui DH. The effects of mindfulness meditation on hallucination and delusion in severe schizophrenia patients with more than 20 years' medical history. *CNS Neurosci Ther*. 2019 Jan, 25(1): 147-50.
98. Schrank B, Brownell T, Jakaite Z, Larkin C, Pesola F, Riches S, Tylee A, Slade M. Evaluation of a positive psychotherapy group intervention for people with psychosis: Pilot randomized controlled trial, *Epidemiology and Psychiatric Sciences Epidemiol Psychiatr Sci*. 2016 Jun, 25(3): 235-46.
99. Van Der Valk R, Waerdt S, Meijer CJ, Hout I, Haan L. Feasibility of mindfulness-based therapy in patients recovering from a first psychotic episode: A pilot study. *Early Intervention in Psychiatry* 2013, 7: 64-70.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş

1991 yılında Seydişehir’de doğdu. İlk ve orta öğretimini Seydişehir’de tamaladıktan sonra 2013 yılında Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinden dereceyle mezun oldu. 2014 yılında Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesine araştırma görevlisi olarak atandı ve aynı yıl İnönü Üniversitesi’nde lisansüstü eğitime başladı. 2015 yılından beri İnönü Üniversitesi’nde çalışmaktadır.



EK-2. Tanıtıcı Özellikler Formu

1.Yaşınız nedir?.....

2.Cinsiyetiniz nedir?

a) Kadın b) Erkek

3.Medeni durumunuz nedir?

a) Evli b) Bekar

4.Eğitim düzeyiniz nedir?

a) Okur- yazar değil b) Okur-yazar c) İlköğretim d) Lise e) Üniversite ve üstü

5.Hastalığınızın süresi nedir?.....

6. Gelir durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?

a) İyi b) Orta c) Kötü

7. Ailenizde ruhsal hastalık öyküsü var mı?

a) Var b) Yok

8. Çalışma durumunuz nedir?

a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

EK-3. Herth Umut Ölçeği

	Hiç uygun değil	Nadiren uygun	Bazen uygun	Her zaman Uygun
1)Geleceğe umutla bakıyorum.				
2)Sevdiğim kişilerin yanımda olduğunu hissediyorum.				
3)İçimde derin bir manevi güç var.				
4)Gelecekle ilgili planlar yapıyorum.				
5)İçimde olumlu bir enerji var.				
6)Geleceğimle ilgili korkularım var.				
7)İncinsem bile yoluma devam ediyorum.				
8)Bana huzur veren bir inanca sahibim.				
9)İyi şeylerin her zaman mümkün olabileceğine inanıyorum.				
10)Kendimi kaybolmuş hissediyorum, ne yöne gideceğimi bilemiyorum.				
11)Zamanın yaraları iyileştireceğine inanıyorum.				
12)Yakın hissettiğim kişilerden destek alıyorum.				
13)Kendimi aşırı bir yük altında ezilmiş ve tuzağa düşmüş hissediyorum.				
14)Mutlu ve neşeli anılarımı hatırlayabiliyorum.				
15)Kesinlikle umudun var olduğunu biliyorum.				
16)Başkalarından yardım isteyebiliyor ve başkalarına yardım edebiliyorum.				
17)Korkularım ve şüphelerim beni hareketsiz bırakıyor.				
18)Yaşamımın anlamı ve amacı olduğunu biliyorum.				
19)Çoğu durumda olayların olumlu yönünü görebiliyorum.				
20)Önümüzdeki 3-6 ay için hedeflerim var.				
21)Kendi yolumu bulmaya kararlıyım.				
22)Kendimi hep yalnız hissediyorum.				
23)Geçmişte zorluklarla iyi başa çıktım.				
24)Sevdiğimi ve bana ihtiyaç duyulduğunu hissediyorum.				
25)Her günün yeni umutlar taşıdığına inanıyorum.				
26)Yaşamıma olumlu değişiklikler getiremiyorum.				
27)Karanlık bir tünelde bile bir ışık görebiliyorum.				
28)İşler planladığım gibi gitmediğinde bile umudum var.				
29)Bakış açımın hayatımı etkilediğine inanıyorum.				
30)Bugün ve gelecek hafta için planlarım var.				

EK-4. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği

	Kesinlikle Katılmıyorum 1	Katılmıyorum 2	Biraz Katılmıyorum 3	Kararsızım 4	Biraz Katılıyorum 5	Katılıyorum 6	Kesinlikle Katılıyorum 7
1. Amaçlı ve önemli bir yaşam sürdürüyorum.							
2.Sosyal ilişkilerim destekleyici ve tatmin edicidir.							
3.Günlük aktivitelerime bağlı ve ilgiliyim.							
4.Başkalarının mutlu ve iyi olmasına aktif olarak katkıda bulunurum.							
5.Benim için önemli olan etkinliklerde yetenekli ve yeterliyim							
6.Ben iyi bir insanım ve iyi bir hayat yaşıyorum.							
7.Geleceğim hakkında iyimserim							
8.İnsanlar bana saygı duyar							

EK-5. Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

1. Sosyal İşlevsellik: Sosyal İlişkilerde Kendini Ortaya Koyabilme

1. Yok: Hasta kendini ortaya koyamaz. Hasta bazen etrafındakiler tarafından kötü muamele görmeye ses çıkarmaz.
2. Kısmen var: Hasta sosyal ortamlarda pasiftir ve sadece arkadaş canlısı ortamlarda kendini ortaya koyabilir.
3. Yeterince var: Hasta herhangi bir ortamda kendisini yalnızca kısmen ortaya koyabilir.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta her ortamda kendisini ortaya koyabilir.
5. Mükemmel derecede var: Hasta her ortamda kendisini ortaya koyabilir hatta etrafındakiler üstünde etki bırakabilir.

Sosyal Hayata ve/ veya Bir Derneğe Katılım(Politik olaylardan haberdar olmak, oy kullanmak, derneklere üye olmak vb.)

1. Yok: Hasta sosyal veya politik olaylarla hiç ilgilenmez.
2. Kısmen var: Hastanın sosyal ya da politik olaylara ilgisi belli belirsizdir ve kişisel olarak bu olaylara dâhil olmaz.
3. Yeterince var: Hasta sosyal ve politik olaylarla ilgilidir ancak katılımı sınırlıdır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta sosyal ve politik olaylarla ilgilidir ve eğer katılımı istenirse katılır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta sosyal ve politik olaylarla ilgilidir ve aktif olarak katılır; dernek etkinliklerine katılır.

Kişisel Aktiviteler

1. Yok: Hastanın hiçbir kişisel ilgi alanı yoktur veya hobilerini sürdüremez. Hasta, boş zamanlarında hareketsizdir.
2. Kısmen var: Hastanın birkaç ilgi alanı vardır ve kişisel aktiviteleri sınırlı ya da basamaklıdır veya dışarıdan zorlamayla gerçekleşir.
3. Yeterince var: Hasta, boş zamanlardaki etkinliklere kendiliğinden katılma konusunda belirli bir isteksizlik gösterir. Bazı ilgi alanları vardır ama bunları sürdürmekte zorlanırlar.
4. Neredeyse tamamen var: Hastanın kendiliğinden başlattığı ve zaman içinde sürdürebildiği kişisel ilgi alanları vardır. İlgi alanları görece sınırlıdır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta, farklı türlerde birkaç etkinliğe gönüllü olarak, kendiliğinden ve düzenli olarak katılır.

İletişim ve Bilgilenme(Örneğin; gazete, dergi, televizyon, radyo gibi ya da iletişim kaynaklarının kullanılması, telefon, posta, elektronik posta gibi)

1. Yok: Hasta yaygın bilgi ve iletişim kaynaklarını kendi başına kesinlikle kullanamaz.
2. Kısmen var: Hasta sadece kesinlikle gerekli olduğu hallerde bilgi ve iletişim kaynaklarını kullanır.
3. Yeterince var: Hasta zaman zaman bazı iletişim ve bilgi kaynaklarını kullanır.
4. Nerdeyse tamamen var: Hasta çoğu yaygın iletişim ve bilgi kaynaklarını kullanır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta erişiminin olduğu tüm iletişim ve bilgi kaynaklarını düzenli olarak kullanır.

Aile ve Arkadaşlar (Aile bireyleri ve arkadaşlarla olan iletişim kalitesi, görüşme sıklığı)

1. Yok: Hastanın ailesiyle iletişimi yoktur ve arkadaşı yoktur.
2. Kısmen var: Hastanın ailesi ve arkadaşlarıyla nadir ve/veya pasif iletişimi vardır ve ilişkileri yüzeysel ve/veya düşük niteliklidir (agresif).
3. Yeterince var: Hastanın ailesi ve arkadaşlarıyla iletişimi vardır. İletişim düzensiz ve/veya seyrek. İyi nitelikli olabilen bazı ilişkilere kısmen dahil olurlar.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta aile üyeleri ve arkadaşlarıyla ilişkilerini sürdürür ve bu ilişkilerde bazen insiyatifi alır.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın aile üyeleri ve arkadaşlarıyla iyi nitelikli ilişkileri vardır. İletişim sıklıkla kurulur ve genellikle hasta iletişim kurma girişiminde bulunur.

Yaşam İçin Gerekli Olan Sosyal Çevre (Mağazalar, hizmetler, komşular...):

1. Yok: Hastanın herhangi bir sosyal çevreyle hiçbir teması ya da etkileşimi yoktur.
2. Kısmen var: Hastanın komşularıyla olan etkileşimi çok azdır ve kesinlikle gerekli olan dışında çok nadiren temasta bulunur.
3. Yeterince var: Hastanın komşularıyla bazı etkileşimleri olur. Bu etkileşimler mesafelidir ve nadiren hasta tarafından başlatılır. Hasta hayatı için gerekli olan sosyal çevresini sadece kısmen kullanır.
4. Nerdeyse tamamen var: Hasta sıklıkla komşularıyla etkileşim halindedir. Hasta, hayatı için gerekli olan sosyal çevresini düzenli olarak kullanır ancak kişisel ilişkiden kaçınır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta komşularıyla ve hayatı için gerekli olan sosyal çevresiyle kendisinin başlattığı düzenli ve neşeli etkileşimlerde bulunur.

Duygusal ve Cinsel İlişkiler

1. Yok: Hastanın duygusal bir ilişkisi yoktur ve olması için aramaz. Hastanın ne fantezilerinde ne de gerçekte cinsel bir etkinliği yoktur.
2. Kısmen var: Hastanın duygusal bir ilişkisi yoktur ama olmasını ister. Cinsel etkinlik tatmin edici değildir ve nadirdir.
3. Yeterince var: Hastanın verimsiz ve düzensiz duygusal ilişkileri vardır. Cinsel hayatı aralıktır.
4. Neredeyse tamamen var: Hastanın yeterince istikrarlı duygusal bir ilişkisi vardır. Cinsel etkinlik her zaman tatmin edici değildir.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın, istekleri doğrultusunda, tatmin edici duygusal bir ilişkisi vardır. Cinsel hayatı tatmin edicidir.

2. Sağlık ve Tedavi

Hastalığın ve Tedavinin İdaresi

1. Yok: Hasta, hastalığının adını bilmez veya belirtilerini ve tedavisini anlamaz; tedavi programına uymaz.
2. Kısmen var: Hastanın, hastalığı ve sonuçları hakkında çok sınırlı bilgisi vardır. Belirtilerin bazılarının farkındadırlar ancak bu belirtileri hastalığıyla ilişkilendiremez. Tedaviyi yeterince kavramaz ve uyumun gerekli olduğunu düşünmez.
3. Yeterince var: Hasta ilaçlarının isimlerini söyleyebilir ancak onları kullanmanın önemini gerçekten kavramaz.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta hastalığını, temel belirtilerini ve sonuçlarını kavrar. İlaçlarının isimlerini söyleyebilir ve onları kullanmanın önemini anlar.
5. Mükemmel derecede var: Hasta, hastalığını, temel belirtilerini ve sonuçlarını kavrar. İlaçlarının isimlerini söyleyebilir ve tedavi programına tamamen uyar.

Sağlık İdaresi (Sağlığını korumak için gerekli önlemleri almak.)

1. Yok: Hasta sağlığını ve kişisel temizliğini tamamen ihmal etmiştir.
2. Kısmen var: Hasta, yalnızca acı hissederse veya işlevsel bir bozulma yaşarsa sağlığıyla ilgilenir.
3. Yeterince var: Hasta, özellikle de acı hissederse veya işlevsel bir bozulma yaşarsa kendi sağlığıyla ilgilenir. Kişisel temizliğin asgari kurallarına uymaya çalışır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta kendi sağlığıyla ilgilidir. Genel olarak temizlik ve beslenmenin temel kurallarına uyarlar.

5. Mükemmel derecede var: Hasta kendi sağlığıyla ilgili olarak endişelidir ve aktif bir biçimde tedavi ve önleyici tedbirler alır. Hasta temizlik ve beslenme kurallarına tamamen uyar.

Empati ve Başkalarına Yardım

1. Yok: Hasta etrafındaki kişilere dikkat etmez ve başkalarıyla ilgilenmez.

2. Kısmen var: Hastanın etrafındaki kişilere karşı dikkati çok azdır ve hasta başkalarının sorunlarıyla ilgilenmez.

3. Yeterince var: Hasta etrafındaki kişilere ilgi gösterir ancak bu kişilerin sorunlarına karışmaz.

4. Neredeyse tamamen var: Hasta başkalarının sorunlarıyla aktif olarak ilgilenir ancak onlara yardım etmek için aldığı sorumluluk sınırlıdır.

5. Mükemmel derecede var: Hasta başka insanların sorunlarıyla kişisel olarak ilgilenir ve yardım etmekten memnuniyet duyar.

Tedavinin Yan Etkilerini İdare Etme

1. Yok: Hasta, tedavisinin yan etkileriyle tamamen ilgisiz görünür.

2. Kısmen var: Hasta tedavisinin yan etkileriyle yalnızca muğlak biçimde alakalıdır, yan etkileri tanımakta zorluk yaşar ve bunlarla baş etmek için yardım istemez.

3. Yeterince var: Hasta, tedavisinin yan etkileri konusunda yeterince alakalıdır. Yalnızca en rahatsız edici yan etkileri tanıyıp onlarla başa çıkabilir.

4. Neredeyse tamamen var: Hasta tedavisinin tüm yan etkileriyle alakalıdır. Neredeyse hepsini tanır ancak onlarla nasıl başa çıkacağını bilmesi şart değildir.

5. Mükemmel derecede var: Hasta tedavisinin olası tüm yan etkileriyle alakalıdır ve bu etkiler hakkında araştırma yapar. Tüm yan etkileri tanır ve onlarla başa çıkabilir.

3. Günlük Yaşam Becerileri

Biyolojik Ritimlere Uyum

1. Yok: Hastanın yaşamla ilgili alışkanlıkları kesinlikle düzensizdir.

2. Kısmen var: Hasta, yalnızca başkası tarafından açıkça istendiğinde biyolojik ritimlere uyar.

3. Yeterince var: Hasta biyolojik ritimlere kendiliğinden ancak düzensiz biçimde uyar.

4. Neredeyse tamamen var: Hasta biyolojik ritimlere genellikle uyar ancak temel değişikliklere uyum sağlamakta zorlanır.

5. Mükemmel derecede var: Hasta her alanda ve her durumda biyolojik ritimlere uyar.

Beslenme (Yemek hazırlığı yapma; alış-veriş, düzenleme ve/veya yemek saatlerine uyma becerisi.)

1. Yok: Hasta kendiliğinden tek başına alış-verişe çıkmaz ve yalnız yaşıyorsa kendi yemeğini hazırlamaz; ailesiyle ya da bir bakım evinde yaşıyorsa yemek saatlerine uymaz.
2. Kısmen var: Hasta nadiren yemek alış-verişine veya yemek hazırlığına dahil olur. Yalnızca, ondan uyulması istenirse yemek saatlerine uyar.
3. Yeterince var: Hasta kendi yemeğini öyle ya da böyle yeterli biçimde hazırlar ancak yemek kalitesi ve düzeni yetersizdir.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta kendi yemeğini sağlamak konusunda görece kendine yeterlidir. Besin kalitesi ve yemek düzeni çoğu zaman yeterlidir.
5. Mükemmel derecede var: Hasta yemeğini hazırlamak konusunda kendine yeter. Besin kalitesi ve yemek düzeni yeterlidir.

İdari ve Finansal Yönetim (Olağan harcamaların idaresi, fatura ödemeleri, idari işler, sahip olduğu hakları bilme, mal varlığının idaresi)

- 1.Yok: Hasta olağan harcamalarını idare edemez ve tüm idari işlerde dışarıdan yardıma ihtiyaç duyar.
2. Kısmen var: Hasta günlük harcamalarını idare edebilir ama bütçe ve çoğu idari iş konusunda yardıma ihtiyaç duyar.
3. Yeterince var: Hasta kendi kişisel bütçesini ayarlayabilir. Tek başına faturalarını ödeyebilir ve harcamalarını ve giderlerini kontrol edebilir.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta tüm faturaları ve idari işleri kendi başına halledebilir. Hasta tüm haklarından ve mal varlığından haberdar değildir.
5. Mükemmel derecede var: Hasta tüm faturalarını ve idari işlemleri kendi başına halledebilir. Hasta haklarından ve mal varlığından haberdardır.

Kişisel Görünüm ve Bakım (Görünüş, kişisel hijyen, kıyafetlerin temizliği)

Daha önceki alışkanlıklar ve sosyal-kültürel ortamlarla kıyaslanarak değerlendirilecektir.

1. Yok: Hasta kirli ve dağınıktır, korkmaktadır. Görünüşünü ve bakımını ihmal eder. Birbirleriyle uyumsuz ve uygun olmayan kıyafetler giyer.
2. Kısmen var: Hastanın görünüşü ve/veya bakımı vasatın altındadır. Görünüşü oldukça ihmal edilmiştir ve kıyafetleri birbirleriyle uyumsuz olabilir veya uygun olmayabilir.
3. Yeterince var: Uygun bir bakım düzeyini sürdürmekte zorluk yaşıyor gibi görünmesine rağmen hastanın görünüşünde sadece hafifçe bir ihmal vardır.

4. Neredeyse tamamen var: Hastanın zaman zaman bakımla ilgili problemleri olur veya bazen görünüşünü ihmal eder. Bu çok nadiren olur ve önemli sonuçlar doğurmaz.

5. Mükemmel derecede var: Hastanın iyi bir görünüşü vardır ve bakımlıdır; giyimine dikkat eder.

Agresif, Saldırgan veya Anti-sosyal Davranışın Kontrolü (Agresif Davranış ve/veya kanunların ve toplum hayatının kurallarının hiçe sayılması)

1. Yok: Hasta agresif duygularına hakim olmaz. Kanunları sıklıkla ve/veya ciddi biçimde çiğner.

2. Kısmen var: Hasta agresif duygularına sadece kısmen hakim olur. Kanunlara veya toplum hayatının kurallarına her zaman uymaz.

3. Yeterince var: Hasta neredeyse her zaman agresif davranışına hakim olur. Kanunlara uyar ve toplum hayatının kurallarıyla ilgili nadiren sorun yaşar.

4. Neredeyse tamamen var: Hasta agresif duygularına hakim olur, bu duyguları sadece sözel olarak ifade eder. Kanunlara uyar ve genellikle toplum hayatının kurallarına da uyar.

5. Mükemmel derecede var: Hasta tüm agresif davranışlarına ve sözel agresyonuna hakim olur. Kanunlara ve toplum hayatının kurallarına harfi harfine uyar.

Strese ve Beklenmeyen Durumlara Uyum Sağlama (Uyabilme becerisi, duygusal kontrol, başa çıkma mekanizmaları)

1. Yok: Hasta, en ufak sıkıntıya uygunsuz biçimde tepki verir. Ortaya çıkabilecek beklenmedik herhangi bir problemle başa çıkmak için hazırlıklı değildir.

2. Kısmen var: Hasta bazı problemlerle başa çıkabilir ama hemen bunalır.

3. Yeterince var: Hasta stresle başa çıkabilir ancak sorunlar tekrarlandığında ya da ciddi bir hal aldığı anda bunalır.

4. Neredeyse tamamen var: Hasta, günlük hayattaki stres ve sorunlarıyla iyi bir biçimde başa çıkar ancak büyük ve beklenmedik strese karşı oldukça hassastır.

5. Mükemmel derecede var: Hastanın duygusal kontrolü iyidir ve her durumda etkili baş etme mekanizmaları kullanır.

4. Mesleki İşlevsellik

Ev İş Etkinlikleri

1. Yok: Hasta evine hiç bakmaz (Temizliği asla kendisi yapmaz, nevresimleri değiştirmez, çöpü dışarı çıkarmaz...)

2. Kısmen var: Hasta çok az ev işi yapar ve sadece mutlaka gerekli olan şeyleri yapar.

3. Yeterince var: Hasta, içinde bulunduğu çevrenin sosyal kurallarını yerine getirme imkanı veren minimum düzeydeki ev işlerini ve temizlik işlerini yapar.

4. Neredeyse tamamen var: Hasta çoğu ev işini yapar ancak bu bazen düzensiz ve eksik olur.

5. Mükemmel derecede var: Hasta ev işlerini düzenli olarak ve iyi bir biçimde yapar.

Çalışma ve Eğitim (Okul veya üniversiteye devam etme ya da geri dönme, iş eğitimi alma ya da profesyonel yönelim.)

1. Yok: Hasta herhangi bir profesyonel etkinlik yürütemez ya da okulunu tamamlayamaz. görünür. İş aramak veya okula geri dönmek için adım atmaz.

2. Kısmen var: Hasta iş aramak veya okula geri dönmek için adım atar. Şu anda iş ya da okulla ilgili olarak bir etkinlikte bulunmaz.

3. Yeterince var: Hastanın korunaklı bir ortamda düzensiz iş veya işleri vardır. Hasta aralıklı olarak okula gider.

4. Neredeyse Tamamen Var: Hasta Çalışır Ya Da Okula Gider. Entegrasyonu İçin Çaba Gerekir Veya araya kısa aralıklar girer.

5. Mükemmel derecede var: Hasta düzenli bir biçimde çalışır veya (okuldaki) çalışmalarını gayretle sürdürür.

EK-6. FTSA Eğitim Sertifikası



EK-7. Etik 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	
02.10.2018	18	2018/18-2	
<p>Karar No: 2018/18-2: Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 02.10.2018 tarihinde Tıp Fakültesi Etik Kurul Salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü Dr. Öğr. Üy. Funda KAVAK'ın, sorumlu araştırmacı olduğu; İnönü Üniversitesi Arş. Grv. Aysel ÖZDEMİR'in, yardımcı araştırmacı olduğu; "Şizofreni Hastalarında Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Eğitiminin Umut, Psikolojik İyi Oluş ve İşlevsel İyileşmeye Etkisi" başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde; çalışmanın <u>etik açıdan uygun olduğuna</u>; oy birliği ile karar verilmiştir.</p>			
Prof. Dr. Kadir ERDEM (Etik Kurul Başkan Yrd.)			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı	KATILMADI	Prof. Dr. Gülşen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Barış OTLU Etik Kurul Üyesi	KATILDI

EK-8. Malatya İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı



T.C.
MALATYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 92852811-771
Konu : Tez Çalışması

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Personel Dairesi Başkanlığı)

İlgi : 02/11/2018 tarihli ve 92852811-22943 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Hemşirelik Fakültesinde görevli Dr. Öğretim Üyesi Funda KAVAK sorumluluğunda, İnönü Üniversitesi Araştırma Görevlisi Aysel ÖZDEMİR tarafından, Göztepe Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Yeşilyurt Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde, "Şizofreni Hastalarında Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Eğitiminin Umut, Psikolojik İyi Oluş ve İşlevsel İyileşmeye Etkisi" konulu doktora tezi çalışması yapılması talebiniz, Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Söz konusu araştırma çalışmasının, 03.12.2018-30.06.2019 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-İmzalıdır.
Doç. Dr. Recep BENTLİ
İl Sağlık Müdürü

Ek:
Protokol

Güvenli Elektronik İmza
Asıl ile aynıdır
03 Aralık 2018
Hüseyin ÖZDEMİR
V.H.K.N.

Malatya Kamu Hastaneleri Birliği
Faks No:4223245601

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

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 58bd900b-e073-4430-8fc1-41370697653d kodu 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)

Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı

KOMİSYON KARARI

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde Araştırma Görevlisi olarak görev yapmakta olan Aysel ÖZDEMİR TRSM hastaları üzerinde "Şizofreni Hastalarında Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Eğitiminin Umut, Psikolojik İyi Oluş ve İşlevsel İyileşmeye Etkisi" konulu Doktora Tez çalışmasını yapabilmek için ilimiz Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesine başvuruda bulunmuştur. Söz konu başvurunun ilk değerlendirmesi ilgili hastane tarafından yapılmış olup, araştırmanın yapılmasında herhangi bir sakınca bulunmadığı görüşü resmi yazıyla komisyonumuza sunulmuştur. Bahse konu talep; Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün 27.03.2018 tarih ve E.483 sayılı Araştırma İzin Talepleri konulu yazısı göz önünde bulundurularak, 07.01.2019 tarihli komisyon toplantısında değerlendirilmiş olup; araştırmanın yapılmasında Müdürlüğümüz adına herhangi bir sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

Muammer AÇIKKAPU
Personel ve Destek Hiz. Bşk.
Üye

Dr. Abdulkadir KANTARCIOĞLU
Halk Sağlığı Hiz. Başkanı
Üye

Uzm. Dr. Yavuz ORUÇ
Kamu Hast. Hiz. Başkanı
Üye

Dr. Cihan TEKİN
Sağlık Hizmetleri Başkan Yrd.
Üye

Uzm. Dr. Ramazan GÜRĞÖZE
Sağlık Hizmetleri Başkanı
Komisyon Başkanı

EK-9. Aydınlatılmış Onam Formu

Lütfen Bu Dökümanı Dikkatlice Okumak İçin Zaman Ayırınız.

Sizi Funda Kavak Budak tarafından yürütülen “Şizofreni Hastalarında Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Eğitiminin Umut, Psikolojik İyi Oluş Ve İşlevsel İyileşmeye 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.

Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Araştırmanın Amacı: Bu çalışma Şizofreni Hastalarında Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Eğitiminin Umut, Psikolojik İyi Oluş ve İşlevsel İyileşmeye Etkisi’ni belirlemek amacıyla yapılacaktır.

Katılımcı Sayısı: Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam katılımcı sayısı 156 ’dır.

Araştırmaya Katılım Süresi: Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 4 aydır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Çalışma için gerekli İzin/Onam alındı. Çalışmaya katılmanız, soruları yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam/onayverdiğiniz 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.

Bu araştırma kapsamında herhangi bir ilaç veya tedavi yöntemi uygulanmayacaktır. Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar Aysel ÖZDEMİR tarafından karşılanacaktır. Araştırma sırasında size ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size vey a yasal temsilcilerinize derhal bildirilecektir. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarda 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 verilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.*** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmeden bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve tehdit altında kalmadan katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı:

Soyadı:

İmzası:

Araştırmacının

Adı:

Soyadı:

İmzası: