



T.C.  
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
DOKTORA TEZİ

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA KİŞİLERARASI İLİŞKİLER  
KURAMI TEMELLİ MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN  
İŞLEVSEL İYİLEŞME VE İÇGÖRÜ DÜZEYLERİNE  
ETKİSİ

Nesrin ÇUNKUŞ

Temmuz 2021  
DENİZLİ

T.C.  
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA KİŞİLERARASI İLİŞKİLER KURAMI  
TEMELLİ MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN İŞLEVSEL İYİLEŞME VE  
İÇGÖRÜ DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
DOKTORA TEZİ**

**Nesrin ÇUNKUŞ**

**Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Gülay YİĞİTOĞLU**

**Denizli, 2021**

Pamukkale Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği Uygulama Esasları Yönergesi Madde 24-(2) "Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora öğrencileri için: Doktora tez savunma sınavından önce, doktora bilim alanında kendisinin yazar olduğu uluslararası atıf indeksleri kapsamında yer alan bir dergide basılmış ya da basılmak üzere kesin kabulü yapılmış en az bir makalesi olan öğrenciler tez savunma sınavına alınır. Yüksek lisans tezinin yayın haline getirilmiş olması bu kapsamda değerlendirilmez. Bu ek koşulu yerine getirmeyen öğrenciler, tez savunma sınavına alınmazlar" gereğince yapılan yayın/yayınların listesi aşağıdadır (Tam metin/metinleri ekte sunulmuştur):

Ek-1 **Çunkuş N**, Taşdemir Yiğitoğlu G, Solak S. The relationship between worry and comfort levels and communication skills of nursing students during pediatric clinic applications: A descriptive study. *Nurs Educ Today* 2021; doi: 10.1016/j.nedt.2020.104684.

Ek-2. **Çunkuş N**, Taşdemir Yiğitoğlu G. Bir erkek anoreksiya nervoza olgusuna yönelik hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2019; 10(1): 82-87. doi: 10.14744/phd.2018.09326.

Ek-3. Taşdemir Yiğitoğlu G, **Çunkuş N**, Özgün Öztürk F, Sarıçay K. Identification of the sociodemographic and clinical characteristics of the patients who have undergone transcranial magnetic stimulation in a psychiatry clinic: A retrospective descriptive design. *Perspect Psychiatr Care* 2021; doi: 10.1111/ppc.12836. Online ahead of print.

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

Öğrenci Adı Soyadı: Nesrin ÇUNKUŞ

İmza:

## ÖZET

### ŞİZOFRENİ HASTALARINDA KİŞİLERARASI İLİŞKİLER KURAMI TEMELLİ MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN İŞLEVSEL İYİLEŞME VE İÇGÖRÜ DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Nesrin ÇUNKUŞ  
Doktora Tezi, Hemşirelik AD  
Tez Yöneticisi: Dr. Öğr. Üyesi Gülay YİĞİTOĞLU

Temmuz 2021, 81 Sayfa

Bu araştırmanın amacı şizofreni hastalarında Kişilerarası İlişkiler Kuramı Temelli Motivasyonel Görüşme'nin işlevsel iyileşme ve içgörü düzeylerine etkisini incelemektir. Araştırma, deneysel araştırma tasarımlarından olan ön test-son test kontrol gruplu tasarıma sahip, tek körlü, randomize kontrollü olarak tasarlanmıştır. Araştırmada, basit randomizasyon yöntemi kullanılmıştır. Araştırma, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Habib Kızıldaş Psikiyatri Hastanesi'nde Kasım 2019-Haziran 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma 20 müdahale ve 20 kontrol grubu olmak üzere 40 bireyle yapılmıştır. Araştırmanın verileri; kişisel bilgi formu, Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİİÖ) ve İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ) kullanılarak toplanmıştır. Müdahale grubundakilere 6 oturumluk Kişilerarası İlişkiler Kuramı Temelli motivasyonel görüşme uygulanmıştır. Kontrol grubuna ise herhangi bir girişim yapılmamıştır. Veriler; müdahale öncesi, müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki 3. ay (izlem) olacak şekilde değerlendirilmiştir. Müdahale ve kontrol grupları arasında, müdahale öncesi sosyodemografik ve tedavi sürecine yönelik özelliklerinde, ŞİİÖ ve İÜBDÖ düzeylerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Müdahale grubundaki bireylerin müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki 3. ay izlem ŞİİÖ Sosyal İşlevsellik, Sağlık ve Tedavi, Günlük Yaşam Becerileri ve İÜBDÖ düzeyleri, kontrol grubundakilerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Müdahale grubundakilerin müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki 3. ay izlem ŞİİÖ Sosyal İşlevsellik, Sağlık ve Tedavi, Günlük Yaşam Becerileri düzeyleri ile İÜBDÖ düzeyi arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Bu bağlamda, Kişilerarası İlişkiler Kuramı temelli motivasyonel görüşme; şizofreni tanısı almış bireylerin sosyal işlevselliğini, hastalık ve tedavi sürecindeki olumlu davranışlarını, günlük yaşam becerilerini ve içgörüsünü arttırmada etkilidir sonucuna varılmıştır. Psikiyatri hemşirelerinin terapotik ilişki temelinde motivasyonel görüşme uygulamasının şizofreni hastalarının bakım kalitesini ve memnuniyetini arttıracığı düşünülmekte ve bu uygulamanın klinik pratikte yaygınlaştırılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** İçgörü, İşlevsel İyileşme, Kişilerarası İlişkiler Kuramı, Motivasyonel Görüşme, Şizofreni

**Bu çalışma, PAÜ Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir (Proje No: 2020SABE009).**

**ABSTRACT****THE EFFECT OF INTERPERSONAL RELATIONS THEORY-BASED  
MOTIVATIONAL INTERVIEWS ON FUNCTIONAL RECOVERY AND INSIGHT  
LEVELS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA**

ÇUNKUŞ, Nesrin

PhD Thesis in Nursing

Supervisor: Assistant Professor Gülay YİĞİTOĞLU (RN, PhD)

July 2021, 81 Pages

This study examines the effect of Interpersonal Relations Theory-Based motivational interviews on functional recovery and insight levels of patients with schizophrenia. This single-blind, randomized controlled study used the simple randomization method and employed a pretest-posttest control group design, which is an experimental research design. The study was conducted at Pamukkale University, Health Research and Application Center, Habib Kızıldaş Psychiatric Hospital from November 2019 to June 2020 and included 40 individuals (20 in the experimental and 20 in the control groups). Study data were collected using a personal information form, the Functional Remission of General Schizophrenia Scale (FROGS) and the Scale for Assessing the Three Components of Insight (SAI). The researchers carried out a 6-session Interpersonal Relations Theory-based motivational interview with the participants in the experimental group. No intervention was made to the control group. The data were analyzed on the basis of pre-intervention, post-intervention and 3 months after the intervention (follow-up). No significant difference was found between the intervention and control groups in terms of their pre-intervention sociodemographic and treatment-related characteristics and their FROGS and SAI levels ( $p>0.05$ ). The individuals in the experimental group had higher social functioning, health and treatment, daily life skills and SAI scores after the intervention and in the follow-up measurement ( $p<0.05$ ). A statistically significant positive relationship was found between the social functioning, health and treatment, daily life skills and SAI scores of the participants in the experimental group after the intervention and in the follow-up measurement ( $p<0.05$ ). Accordingly, it was concluded that motivational interviews based on Interpersonal Relations Theory were effective in increasing the social functionality of individuals diagnosed with schizophrenia, as well as their positive behaviors during the illness and treatment process, daily life skills, and insights. Psychiatric nurses' practice of motivational interviews based on the therapeutic relationship is considered to increase the quality of care and satisfaction of patients with schizophrenia; therefore, it is recommended that this practice be used extensively in clinical practice.

**Keywords:** Insight, Functional Recovery, Interpersonal Relations Theory, Motivational Interviews, Schizophrenia

**This study was supported by Pamukkale University Scientific Research Projects  
Coordination Unit through project numbers 2020SABE009.**

## TEŞEKKÜR

Doktora eğitimimin ve tez çalışmamın her aşamasında bilgisini, deneyimini, yardım ve desteğini esirgemeyen, beni sabırla ve anlayışla yönlendiren çok değerli hocam ve danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Gülay YİĞİTOĞLU'na,

Doktora tezimin başlangıç aşamasından beri değerli katkı ve görüşleriyle bu süreci etkin bir şekilde tamamlamamı sağlayan Tez İzleme Komitesi'nin değerli üyeleri Sayın Prof. Dr. Nevin KUZU KURBAN'a, Sayın Doç. Dr. Gülseren KESKİN'e ve Sayın Doç. Dr. Ayşe Nur İNCİ KENAR' a,

Tez savunma sınavı jürimde bulunan değerli hocalarım Sayın Doç. Dr. Arzu YÜKSEL'e ve Sayın Doç. Dr. Nalan GÖRDELES BEŞER'e,

Doktora eğitimim süresince emeği geçen, bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'ndaki hocalarım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ganime CAN GÜR'e, Sayın Öğr. Gör. Dr. Fatma ÖZGÜN ÖZTÜRK'e,

Tez çalışmam süresince yardımlarını esirgemeyen Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Habib Kızıldaş Psikiyatri Hastanesi çalışanlarına,

Tez çalışmamı 2020SABE009 proje numarası ile destekleyen Pamukkale Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri birimine,

Tez çalışmam süresince desteklerini içtenlikle hissettiğim değerli arkadaşlarıma,

Tez çalışmamda araştırmaya katılmayı kabul eden tüm bireylere,

Hayatımın iyi veya kötü her döneminde hep yanımda olan, sevgisini ve desteğini hiç esirgemeyen, bana emek veren aileme teşekkürlerimi sunarım.

## İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vi</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>vii</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>viii</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>xii</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>xiii</b>
<b>SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>xiv</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Amaç.....	4
<b>2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI</b> .....	<b>5</b>
2.1. Şizofreninin Tanımı ve Tarihsel Gelişim Süreci .....	5
2.2. Şizofreninin Epidemiyolojisi .....	5
2.3. Şizofreninin Etiyolojisi.....	6
2.3.1. Genetik Yatkınlık .....	6
2.3.2. Psikolojik Faktörler .....	7
2.3.3. Nörokimyasal Faktörler .....	7
2.3.4. Gebelik ve Doğum Komplikasyonları .....	8
2.3.5. Beyinde Yapısal Bozukluklar .....	8
2.4. Klinik Belirti ve Bulgular.....	9
2.4.1. Hastalık Öncesi Kişilik ve Başlangıç Biçimi .....	9
2.4.2. Genel Görünüm ve Davranış .....	9
2.4.3. Bilişsel Yetiler .....	9
2.4.4. Konuşma ve İlişki Kurma .....	10
2.4.5. Düşünce.....	10
2.4.6. Hareket .....	11
2.4.7. Duygulanım .....	11
2.4.8. Soyut Düşünme Yetisi .....	11
2.4.9. Gerçeği Değerlendirme Yetisi.....	12
2.4.10. Şizofrenide Pozitif (Artı) ve Negatif (Eksi) Belirtiler .....	12
2.5. DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)'e Göre Şizofreni Tanı Kriterleri.....	12



2.6. Şizofrenide Gidiş ve Sonlanım .....	13
2.7. Tedavi .....	14
2.7.1. İlaç (Psikofarmakolojik) Tedavisi .....	15
2.7.2. Elektrokonvülsif Tedavi (EKT) .....	15
2.7.3. Psikososyal Beceri Eğitimi.....	15
2.7.4. Aile Psikoeğitimi .....	16
2.8. Şizofrenide İşlevsel İyileşme .....	16
2.9. Şizofreni ve İçgörü .....	18
2.10. Motivasyonel Görüşme (MG).....	18
2.10.1. Motivasyonel Görüşmenin Özellikleri.....	19
2.10.2. Motivasyonel Görüşmenin Temel İlkeleri .....	20
2.11. Şizofreni Hastalarında Motivasyonel Görüşme ile İlgili Yapılan Çalışmalar.	21
2.12. Kişilerarası İlişkiler Kuramı .....	22
2.12.1. Kişilerarası İlişkiler Kuramı ile İlgili Yapılan Çalışmalar .....	23
2.13. Şizofrenide Psikiyatri Hemşiresinin Rolü .....	24
2.14. Araştırmanın Hipotezleri.....	25
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....</b>	<b>26</b>
3.1. Araştırmanın Tipi.....	26
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	26
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	26
3.4. Araştırmanın Örneklemi ve Örneklem Özellikleri .....	27
3.5. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması.....	27
3.6. Örneklem Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri .....	27
3.7. Araştırmanın Değişkenleri .....	28
3.8. Randomizasyon ve Körlere.....	28
3.9. Araştırmanın CONSORT Akış Diyagramı .....	30
3.10. Veri Toplama Araçları.....	31
3.10.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-4) .....	31
3.10.2. Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİİÖ) (Ek-5) .....	31
3.10.3. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ) (Ek-6).....	32
3.11. Araştırmanın Uygulama Süreci.....	33
3.11.1 Hazırlık Aşaması .....	33
3.11.2. Kişilerarası İlişkiler Kuramı Temelli Motivasyonel Görüşme Programı .....	34
3.11.3. Şizofreni Hastaları için Eğitim Kitapçığı .....	38
3.12. Verilerin Toplanması .....	38
3.13. Müdahalenin Uygulanması .....	39
3.14. Verilerin Analizi .....	41

3.15. Araştırmacının Eğitimi .....	41
3.16. Araştırmanın Etik Yönü ve Etik Kurul Onayı .....	41
3.17. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	42
3.18. Araştırmanın Zaman Çizelgesi .....	42
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>43</b>
4.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Sosyodemografik ve Tedavi Sürecine Yönelik Özelliklerini İçeren Bulgular .....	44
4.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Müdahale Öncesi, Müdahale Sonrası ve Müdahaleden Sonraki 3. Ay İzlem ŞİİÖ ve İÜBDÖ Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılmasına Ait Bulgular .....	47
4.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Müdahale Öncesi, Müdahale Sonrası ve Müdahaleden Sonraki 3. Ay İzlem ŞİİÖ ve İÜBDÖ Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılmasına Ait Bulgular .....	52
4.4. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Müdahale Öncesi, Müdahale Sonrası ve Müdahaleden Sonraki 3. Ay İzlem ŞİİÖ ile İÜBDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye ait Bulgular .....	55
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>58</b>
5.1. Çalışma Kapsamındakilerin Girişim Öncesi, Girişim Sonrası ve Girişimden Sonraki 3. Ay İzlemdaki İşlevsel İyileşme Puanlarının Gruplar Arası ve Grup İçine ait Tartışma .....	59
5.2. Çalışma Kapsamındakilerin Girişim Öncesi, Girişim Sonrası ve Girişimden Sonraki 3. Ay İzlemdaki İlgörü Puanlarının Gruplar Arası ve Grup İçine ait Tartışma .....	63
5.3. Çalışma Kapsamındakilerin Girişim Öncesi, Girişim Sonrası ve Girişimden Sonraki 3. Ay İzlemda İşlevsel İyileşme ile İlgörü Puanları Arasındaki İlişkiye ait Tartışma .....	65
<b>6. SONUÇ .....</b>	<b>67</b>
6.1. Sonuçlar .....	67
6.2. Öneriler .....	68
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>70</b>
<b>8. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>81</b>
<b>9. EKLER</b>	

Ek-1. **Çunkuş N**, Taşdemir Yiğitoğlu G, Solak S. The relationship between worry and comfort levels and communication skills of nursing students during pediatric clinic applications: A descriptive study. *Nurse Educ Today* 2021; 97: 104684.

Ek-2. **Çunkuş N**, Taşdemir Yiğitoğlu G. Bir erkek anoreksiya nervoza olgusuna yönelik

hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2019; 10(1): 82-87.

Ek-3. Taşdemir Yiğitoğlu G, **Çunkuş N**, Özgün Öztürk F, Sarıçay K. Identification of the sociodemographic and clinical characteristics of the patients who have undergone transcranial magnetic stimulation in a psychiatry clinic: A retrospective descriptive design. *Perspect Psychiatr Care* 2021; doi: 10.1111/ppc.12836. Online ahead of print.

Ek-4. Kişisel Bilgi Formu

Ek-5. Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

Ek-6. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği

Ek-7. Kişilerarası İlişkiler Kuramı Temelli Motivasyonel Görüşme Programı

Ek-8. Şizofreni Hastaları için Eğitim Kitapçığı

Ek-9. Motivasyonel Görüşme Tekniği Eğitim Belgesi

Ek-10. Kronik Psikiyatri ile Çalışan Hemşireler için Motivasyonel Görüşme Becerileri Eğitim Belgesi

Ek-11. Etik Kurul İzni

EK-12. Kurum İzni

EK-13. “Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği” İzin Yazısı

EK-14. “İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği” İzin Yazısı

Ek-15. Gönüllü Olur Formu (Girişim ve kontrol grubu için)

## ŞEKİLLER DİZİNİ

	<b>Sayfa</b>
<b>Şekil 3.9.1</b> Araştırmanın CONSORT akış şeması.....	30
<b>Şekil 3.13.1</b> Araştırmanın aşamaları.....	40
<b>Şekil 3.18.1</b> Araştırmanın başlama ve bitirme sürecinin zamana göre dağılımı .....	42

## TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa
<b>Tablo 3.9.3.1</b> Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ŞİİÖ ve İÜBDÖ güvenilirlik katsayıları .....	32
<b>Tablo 4.1.1</b> Müdahale ve kontrol grubundakilerin sosyodemografik özellikleri .....	44
<b>Tablo 4.1.2</b> Müdahale ve kontrol grubundakilerin hastalık ve tedavi sürecine yönelik özellikleri.....	45
<b>Tablo 4.2.1</b> Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale öncesi ŞİİÖ puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması .....	47
<b>Tablo 4.2.2</b> Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale sonrası ŞİİÖ puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması .....	48
<b>Tablo 4.2.3</b> Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale sonrası 3. ay izlem ŞİİÖ puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması .....	49
<b>Tablo 4.2.4</b> Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale öncesi İÜBDÖ puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması .....	50
<b>Tablo 4.2.5</b> Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale sonrası İÜBDÖ puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması .....	50
<b>Tablo 4.2.6</b> Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahaleden sonraki 3. ay izlem İÜBDÖ puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması .....	51
<b>Tablo 4.3.1</b> Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale öncesi, müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki 3. ay izlem ŞİİÖ puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması.....	52
<b>Tablo 4.3.2</b> Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale öncesi, müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki 3. ay izlem İÜBDÖ puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması .....	54
<b>Tablo 4.4.1</b> Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale öncesi ŞİİÖ ile İÜBDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	55
<b>Tablo 4.4.2</b> Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale sonrası ŞİİÖ ile İÜBDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	56
<b>Tablo 4.4.3</b> Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahaleden sonraki 3. ay izlemde ŞİİÖ ile İÜBDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	57

## SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

BAP:.....	Bilimsel Araştırma Projeleri
BBT:.....	Bilgisayarlı Beyin Tomografisi
DSM:.....	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EKT:.....	Elektrokonvülsif tedavisi
İÜBDÖ:...	İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği
MG:.....	Motivasyonel Görüşme
MRG:.....	Manyetik Rezonans Görüntülemesi
SPPS:.....	Statistical Package for the Social Sciences
ŞİİÖ:.....	Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği
TMS:.....	Transmanyetik Stimülasyon
WHO:.....	World Health Organisation

## 1. GİRİŞ

Psikiyatrik tanıya sahip bireyler hastalık sürecini yönetme ve bakımın sürekliliğini sağlamakla bağlantılı sorunlar yaşama, aile ve sosyal çevresinden destek görememe, etiketleme, içgörü eksikliği, tedaviye uyumsuzluk ve tedavinin meydana getirdiği yan etkiler gibi olumsuz deneyimler yaşayabilmektedir. Bunların sonucunda ise; hastaneye tekrarlı yatışlar olabilmektedir (Öztürk ve Uluşahin 2015, Wang vd 2017). Tekrarlı yatışların yaygın olduğu ruhsal hastalıklardan biri de şizofrenidir.

Şizofreni, bireyin düşüncelerinde, duygularında, davranışlarında problemlere neden olan, gerçeği değerlendirme yetisini bozan, kendine özgü bir dünyası olup bireyi sosyal yaşamdan uzaklaştıran, ailesi ve sosyal çevresinde güçlükler neden olan, relapslarla giden, düzenli tedavi uygulanmadığı zaman ilerleyici ağır ruhsal bir hastalıktır (Öztürk ve Uluşahin 2015, Whiteford vd 2013, World Health Organisation [WHO] 2019). Hastalarda sanrı, varsanı, apati, isteksizlik, yavaşlık ve toplumsal geri çekilme, sosyal izolasyon, memnuniyet eksikliği gibi olumsuz belirtiler sıkça görülmektedir. Ayrıca şizofreni tanısı almış bireylerde çökkünlük, özbakım eksikliği ve intihar düşünceleri görülebilmektedir (Bell vd 2013, Öztürk ve Uluşahin 2015, Townsend ve Morgan 2017). Şizofreniden muzdarip bir kişi, gerçekdışı kendilerine has bir dünyada yaşadıklarından, çevrelerindeki olup bitenleri anlamakta güçlük çeker (Townsend ve Morgan 2017). Ayrıca şizofreni tanılı bireylerin hastalık semptomlarını nasıl değerlendirdikleri ve tedaviden neler bekledikleri konusunda zayıf içgörüye sahip oldukları bildirilmektedir (Yönder Ertem ve Çetinkaya Duman 2019).

Şizofreni tanısı konan bireylerin sorunlarından biri de motivasyon yetersizliğidir. Bunun dopaminerjik sistemden kaynaklanabileceği belirtilmektedir. Bu durum bireylerin sosyal yaşamda güçlük yaşamalarına neden olabilmektedir (Medalia ve Brekke 2010). Yapılan bir çalışmada; içgörü eksikliğinin, ilaçlar hakkındaki olumsuz düşüncelerin ve terapötik ilişkinin kalitesinin şizofreni hastasının motivasyonunu azaltan önemli faktörler olduğu bildirilmiştir (Higashi vd 2013). Ayrıca literatürde motivasyon eksikliğinin kişilerarası ilişkiler, sosyal işlevsellik, iş yaşantısı ve öz bakımda ciddi fonksiyonel bozukluklara neden olabileceğine dikkat çekilmiştir (Green vd 2017, Schlosser vd

2015). Bu bağlamda şizofreni tedavisinde motivasyon süreçlerinin değerlendirilmesi ve motivasyonu artıracak girişimlerin planlanması ve uygulanması önemlidir.

Şizofreni hastalarında zayıf bir tedavi edici ilişki, düşük içgörü ve motivasyon eksikliği; kötü uyum (semptomlara, tedaviye ve çevreye) ile ilişkilidir. Daha iyi uyum ve sonuç elde etmek için bireylerin motivasyonu artırılarak terapötik ilişki ve içgörü geliştirilmelidir. Hemşirelik bakımının bu hastaların iyileşme sürecinde etkili sonuçlar üretebilmesi için hemşirelerin terapötik ilişki kurması gereklidir (Misdrahi vd 2012, Pinho vd 2017).

Şizofreni hastalarının bakımı, hemşirelerin ruhsal hastalıkları anlama, empati kurma ve damgalanmaması konusunda büyük bir kapasiteye sahip olmalarını gerektirir. Hemşireler, hastaların gerçekdışı bir dünyada yaşadıklarını, gerçekliği sanırlar ve varsanılardan ayırt etmekte zorlandıklarını, her şeyin onlara gerçek gibi göründüğünü anlayabilmelidir. Bu hastalığın hemşirelik değerlendirmesinde; bireyin içgörü kazanması, hastalık belirtilerini yönetebilmesi ve tedaviye uyum gösterebilmesi için terapötik ilişkinin sağlanması gerekmektedir (Pinho vd 2017, Townsend ve Morgan 2017). Çalışmalarda şizofrenide terapötik iş birliğinin önemli olduğu; ilaca daha iyi uyum, daha az yeniden hastaneye yatış gibi tedavinin önemli yönleriyle ilgili olduğu gösterilmektedir (Johansen vd 2013, Pinho vd 2017).

Hemşirelik kuramcılarında Hildegard Elizabeth Peplau, bireylerin gereksinimlerinin anlaşılabilmesi ve bu problemlerin çözüme ulaşabilmesi için hemşirelik müdahalelerinin terapötik iş birliği içinde olması gerektiğine inanmıştır (Pektekin 2013). Peplau'nun kuramı, etkili iletişimin hemşire-hasta ilişkisinde olması gerektiğini ve hemşirelik girişimlerinin başarılı olması için gerekli olduğunu vurgulamaktadır (Demir 2017). Peplau; Kişilerarası İlişkiler Kuramı'nı oryantasyon, tanımlama, yararlanma ve çözümlenme olmak üzere dört aşamada ele almıştır (Demir 2017, Pektekin 2013). Peplau'nun kuramı temel alınarak Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan bireye hemşirelik müdahalelerinin uygulanması; bireyin güvenini, inancını ve motivasyonunu artırdığı görülmüştür. Bu bağlamda şizofreni tanısı almış bireylerin tedavi ve rehabilitasyon süreçleri üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabilmesi için hasta-hemşire ilişkisinde terapötik iletişim süreçleri kurmanın önemli olduğu ifade edilmiştir (Çunkuş ve Taşdemir Yiğitoğlu 2018). Kişilerarası İlişkiler Kuramı'na dayanarak, paranoid şizofreni hastalarına verilen hemşirelik bakımının önemini belirtmek amacıyla yapılan çalışmada; kuramın paranoid şizofreni tanısı alan psikiyatri hastalarına verilen müdahalelere uygulanabilirliğinin etkinliği, kapsamlı ve kaliteli bakım için etkili ve gerekli bir bağlantı oluşturduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca, kişilerarası ilişki, ruh sağlığında hemşirelik bakımının yürütülmesinde kullanılan önemli bir araç olduğu vurgulanmıştır (Fernandes vd 2018). Alanyazın çalışmalar ışığında şizofreni



hastaları ile terapötik bir ilişki kurabilmek için, kişilerarası ilişkiler kuramından faydalanılmasının yararlı olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bu kuram, hemşirelik bakımının hastayla iş birliği içinde olmak ve motivasyonunu arttırmak üzerine temellendirilmesi gerektiğini vurgulamıştır (Pinho vd 2017). Hemşireler sağlık hizmetlerinin her aşamasında bireylerle iletişim halinde olduklarından bireylerin sağlık davranışlarını etkilemede yani hastaların motivasyonunu arttırmada önemli role sahiptir (Özdemir ve Taşcı 2013).

Motivasyon, çevresel faktörlerden etkilenen içsel bir durum olup değişime hazır veya istekli olmaktır. Duruma ve zamana göre değişkenlik gösterir. Motivasyon bir özellik değildir. Motivasyonel Görüşme (MG); birey merkezli danışmanlık, bilişsel davranışçı tedavi, sosyal bilişsel teori ve sağlık inanç modelinden destek alınarak oluşturulmuştur. MG, empatik yaklaşım kullanılarak bireyin davranış değişikliği konusunda yaşadığı problemin çözümlenmesine yardımcı olunması ve davranış değişikliğinin sağlanmasıdır. MG ile bireyin duygu ve düşünceleri belirlenir ve değişim için bireyin içsel motivasyonu artırılır (Lundahl vd 2013). MG'nin, temel hedefi ambivalansı keşfetmek ve çözmektir (Barkhof vd 2013, Lundahl vd 2013). MG; kronik psikiyatri hastaları ile tedavi iş birliğinin sağlanması, öz bakımın devamlılığının sağlanması ve sağlıklı günlük yaşam biçimi davranışlarının kazanılması ve sürdürülmesinde kullanılabilir (Çetinkaya Duman ve Ertem 2016).

Ülkemizde şizofreni tanısına sahip bireylere uygulanan MG'nin hastaların tedaviye uyumları ve içgörülerine etkisini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada; MG uygulanan şizofreni hastalarının kontrol grubuna göre daha yüksek tedavi uyumu ve içgörü düzeyi olduğu sonucuna varılmıştır (Yönder Ertem ve Çetinkaya Duman 2019). Şizofreni spektrum bozukluğu olanlarda motivasyonel bir müdahalenin egzersiz davranışı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada; MG temelli egzersizin, hastaların fiziksel sağlığını ve yaşam kalitesini iyileştirdiği bildirilmiştir (Beebe vd 2011). Grup sanat terapisi kullanılarak yapılan MG'nin şizofreni hastalarının negatif semptomları üzerindeki etkisini incelemek amaçlı yapılan çalışmada; çalışma grubunda negatif semptomlar, motivasyon ve sosyal işlevsellik, kişilerarası ilişkiler ve öz bakım gibi konularda kontrol grubuna göre önemli ölçüde daha fazla gelişme gösterdiği sonucuna varılmıştır (Cho ve Lee 2018). Şizofreni spektrum bozuklukları için MG temelli uyum terapisinin etkilerini incelemek amaçlı yapılan randomize kontrollü bir çalışmada çalışma grubunda psikososyal işlevsellik, semptom şiddeti, yeniden hastaneye yatış sayısı ve ilaç uyumu konularında daha büyük gelişmeler olduğu bildirilmiştir (Chien vd 2015).

Şizofreni tanısı almış kişilerle çalışan psikiyatri hemşirelerinin MG ile terapötik ilişki kurabilmesi, bireylerin problem yaşadıkları alanla ilgili içsel ve dışsal motivasyon

kaynaklarını değerlendirebilmesi, motivasyonun arttırılması ve hastaların öz-yeterliliğe sahip olabilmeleri büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda çalışmada; MG'nin ve Kişilerarası İlişkiler Kuramı'nın özü olan terapotik iş birliği kurularak sağlıklı davranış değişikliği sağlanacağı düşünölmektedir. Ayrıca şizofreni hastalarının semptom yönetimi, sosyal-mesleki işlevsellik, tedaviye uyum, günlük yaşam becerileri ve içgörü düzeylerinin arttırılması için etkili olabileceği; psikiyatri hemşireliği girişimlerine ışık tutabileceği ve yol gösterici olabileceği düşünölmektedir. Şizofreni hastalarında motivasyonu arttırarak sağlıklı davranış değişikliğini sağlamak üzere MG çalışmalarına (Chien vd 2015, Cho ve Lee 2018, Yönder Ertem ve Çetinkaya Duman 2019) ve kronik ruhsal hastalıklarda kişilerarası ilişki kuramı temel alınarak yapılan çalışmalara (Çunkuş ve Taşdemir Yiğitoğlu 2018, Fernandes vd 2018, Pinho vd 2017) rastlanılmış olup; kişilerarası ilişki temelli motivasyonel görüşme isimli bir çalışmaya rastlanılamaması çalışmanın bu açıdan literatüre önemli bir katkı sağlayacağı düşünölmektedir.

### **1.1. Amaç**

Bu araştırma şizofreni hastalarında kişilerarası ilişkiler kuramı temelli motivasyonel görüşmenin işlevsel iyileşme ve içgörü düzeylerine etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır.

## 2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI

### 2.1. Şizofreninin Tanımı ve Tarihsel Gelişim Süreci

Şizofreni, kişinin duygularında, düşüncelerinde ve davranışlarında problemlere sebep olan, sosyal işlevsellik, tedaviye uyum, günlük işlevler ve mesleki işlevsellik gibi birçok alanda yeti yitimleri ortaya çıkaran, gerçeği değerlendirme yetisini bozan, kendine özgü bir dünyası olup bireyi sosyal yaşamdan uzaklaştıran, relapslarla giden, düzenli tedavi uygulanmadığı zaman ilerleyici ağır ruhsal bir hastalıktır (Cho ve Lee 2018, Lawrence vd 2015, WHO 2019).

19. yüzyılda Avusturyalı Morel (1860) şizofreniyi “demence precoce (erken bunama)” olarak isimlendirmiştir. Daha sonraları şizofreniyi Hecker (1871) “hebefreni”, Almanya’lı Kahlbaum (1874) katı postür ve mutizmle giden “katatoni”, Kraepelin (1898) paranoid ve basit alt tip tanımlamasını yapmışlardır (Öztürk ve Uluşahin 2015).

Bleuler, ruhsal yarıma ve zihin bölünmesi kavramını bugünkü kullandığımız şekilde şizofreni olarak tanımlamıştır. Ayrıca şizofreni olarak tanımladığı hastalığın temel belirtilerini çağrışım (assosiasyon) bozukluğu, duygulanım (affekt) bozukluğu, otizm (autizm) ve ambivalans olmak üzere dört ana başlık altında toplamış ve “4A belirtisi” olarak isimlendirmiştir (Marcsisin vd 2016, Öztürk ve Uluşahin 2015).

### 2.2. Şizofreninin Epidemiyolojisi

Dünyada yaklaşık 20 milyon şizofreni hastası olduğu bildirilmektedir (WHO 2019). Şizofreni, her toplum ve her coğrafi bölgede görülmektedir. Tüm dünyada şizofreninin yaşam boyu yaygınlığının ve görülme sıklığının eşit oranda olduğu belirtilmektedir (Karakuş vd 2017). Şizofreninin genel nüfusta yaşam boyu görülme sıklığının ortalama %1 oranında olduğu bildirilmektedir (Turan 2016, Marcsisin vd 2016, Öztürk ve Uluşahin 2015, WHO 2019). Daha önceleri şizofreni sıklığı ve yaygınlığı bakımından cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık olmadığı bilinirken, yakın zamanda şizofreninin erkeklerde daha yaygın görüldüğü belirtilmektedir. Her iki cinsiyette hastalığın başlama

yaşı ve gidişi farklıdır. Kadınlar için ortalama başlangıç yaşı 25-35, erkekler için ise 15-40 olarak bildirilmektedir (Marcsisin vd 2016, Tan vd 2015). Şizofreni tanısına daha ileri yaşta sahip olan bireylerde erken yaşta başlayanlara göre hastalığın gidişi daha iyi görülmektedir (Black ve Andreasen 2020, Öztürk ve Uluşahin 2015).

### 2.3. Şizofreninin Etiyolojisi

Şizofreninin etiyolojisi henüz bir netlik kazanmamasına rağmen; genetik ve çevresel kökenli birçok risk faktöründen etkilenebilmektedir. Farklı belirti bulguları olması nedeniyle hastalığın oluş nedenleri de çok çeşitlilik göstermektedir (Janoutová vd 2016, Öztürk ve Uluşahin 2015). Hastalığın etyolojisi aşağıda ifade edilmiştir.

#### 2.3.1. Genetik Yatkınlık

Genetik faktörler, sinaptik bağlantılar ve beyin gelişiminde hatalara yol açabilmektedir. Genetik yatkınlığı açıklamaya yönelik gerçekleştirilen aile, evlat edinme ve ikiz çalışmaları sonucunda genetik faktörün şizofreninin gelişiminde önemli bir rol oynadığı bildirilmektedir (Janoutová vd 2016, Öztürk ve Uluşahin 2015). Şizofreni tanısına sahip bireylerin primer yakınlarında şizofreni gelişme olasılığı topluma göre on kat daha fazla olduğu belirtilmektedir. Anne veya babadan birinin şizofreni hastası olması durumunda hastalık riskinin %12,5-13,8 olduğu hem anne hem de babanın hasta olmasında bu riskin %35-46 olduğu söylenmektedir. Baba ve annenin sağlam olması fakat kardeşlerden birinin şizofreni hastası olması halinde ise hastalık riskinin %6,7-8,2 olduğu ifade edilmektedir (Cella vd 2017, Federici vd 2017, Janoutová vd 2016, Marcsisin vd 2016).

Çift yumurta ikizleri (dizigot) arasında şizofreni görülme oranı %12-28 iken, monozigot (tek yumurta) ikizlerinde ise bu oran %31-78 olarak belirtilmektedir. Evlat edinme çalışmalarında ise; şizofreni tanılı bireylerin çocuklarının evlat edinme yöntemi ile başka bir çevrede büyümesi sonucu, risk değişebilmektedir (Cella vd 2017, Federici vd 2017, Marcsisin vd 2016). Biyolojik bağlamda ana babası şizofreni hastası olan fakat başka bir ailede yetişmiş kişilerde hastalık görülme olasılığının daha fazla olduğu bulunmuştur (Cella vd 2017). Tüm bu sonuçlar kalıtımın şizofreni riskinde büyük rol oynadığını göstermektedir. Genetik faktörlerle ilgili yapılan araştırmalar, şizofrenin birçok gene bağlı olduğunu da ifade etmektedir. 5-HT<sub>2A</sub> ve D<sub>3</sub> reseptörlerini kodlayan en az iki gen alel morfunun şizofreni olasılığını arttırmada etkili olduğu ifade edilmektedir (Dülgerler 2014, Öztürk ve Uluşahin 2015). Ayrıca şizofreni ile

nöroregülin-1, disbindin, prolin dehidrogenaz ve katekolOmetiltransferaz gen bölgeleri arasında ilişki bulunmuş ve kromozom 5, 6, 8, 10, 13 ve 15'in şizofreni ile bağlantısı olduğu tespit edilmiştir (Acar ve Kartalcı 2014).

### 2.3.2. Psikolojik Faktörler

Şizofreni hastalığının ortaya çıkmasında genetik faktörlerin yanısıra psikolojik faktörlerinde rol oynadığı belirtilmektedir. Özellikle beklenmedik ölümler ve birdenbire oluşan hastalıklar gibi kontrol edilemeyen durumlar; şizofreni açısından riskli olan kişilerde bu hastalığın ortaya çıkma olasılığını arttırmaktadır. Ayrıca çocukluk ve erken ergenlik dönemindeki, cinsel ve fiziksel istismar gibi travmatik yaşam olaylarının da psikotik bozukluklarla ilişkili olduğu bildirilmektedir (Kocal vd 2017, Öztürk ve Uluşahin 2015).

Şizofreninin oluşumunda; olumsuz anne-baba tutumları, tek ebeveynli aile olma, aile içindeki travmatik olaylar, zayıf ebeveyn-çocuk ilişkisi, işten veya okuldan memnuniyetsizlik, evden kaçmak, işten ayrılmak, düşük sosyo-ekonomik düzey gibi bazı psikososyal faktörlerin de etkili olduğu bildirilmektedir (O'Donoghue vd 2015, Van Duppen 2017).

### 2.3.3. Nörokimyasal Faktörler

Şizofreninin ortaya çıkışında çeşitli nörotransmitterlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Dopamin, serotonin, nöroadrenalin, glutamat ve GABA (gama amino bütirik asit) hastalığın oluşumunda etkili olduğu düşünülen nörokimyasallardır (Öztürk ve Uluşahin 2015, Van Duppen 2017). Nörokimyasal faktörlere ait çeşitli varsayımlar bulunmaktadır.

Dopamin varsayımı: Mezolimbik yolağın aşırı uyarılması ile dopamin düzeyinde artış sonucu pozitif belirtilerin (sanrı ve varsanı gibi) ortaya çıktığı, mezokortikal yolakta ise dopamin düzeyinde azalması sonucu negatif belirtilerin (zevk alamama, motivasyon eksikliği gibi) ortaya çıktığı belirtilmektedir (Brisch vd 2014, Marcsisin vd 2016, Öztürk ve Uluşahin 2015).

Serotonin varsayımı: Serotonin 5-HT<sub>2</sub> reseptörlerinin bloke edilmesi psikotik belirtileri azalttığı ve D<sub>2</sub> reseptörlerine blokaj sağlanmasının ise hareket bozukluğu gelişmesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Marcsisin vd 2016, Öztürk ve Uluşahin 2015).

**Nöradrenalin varsayımı:** Şizofreni hastalarının bazılarının beyin omurilik sıvısında ve beyinde nöradrenalin miktarının yükselmesi, dopaminerjik aktiviteyi arttırdığı belirtilmiştir (Marcsisin vd 2016, Öztürk ve Uluşahin 2015).

**Glutamat varsayımı:** Glutamat merkezi sinir sisteminde eksitator olarak görev yapan nörotransmitterdir. Glutamerjik nöronal iletimdeki bozukluğun çeşitli nöropsikiyatrik hastalıklara yol açtığı bilinmektedir. Bir glutamat reseptör antagonistinin sağlıklı gönüllü kişilere verilmesinin şizofreni benzeri paronaya, sanrı, varsanı ve ajitasyon gibi pozitif; apati, zevk alamama, sosyal hayattan geri çekilme, dikkat azalması gibi negatif belirtilere yol açtığı tespit edilmiştir (Marsman vd 2014, Özdemir ve Güzel Özdemir 2016).

**Gama Amino Bütirik Asit (GABA) varsayımı:** Şizofreni hastalarında bilişsel işlevlerde GABA nörotransmisyonundaki değişikliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Şizofreni hastalarıyla yapılan ölüm ardı çalışmalar GABA sentezinden sorumlu ana enzimin düşük olduğunu göstermektedir. GABAerjik intibitor salınımı azalması dopaminerjik ve nöradrenerjik sistemde hiperaktiviteye yol açarak şizofreni semptomlarının görülmesine neden olur (Hoftman vd 2015, Öztürk ve Uluşahin 2015).

#### **2.3.4. Gebelik ve Doğum Komplikasyonları**

Fetal dönemde oluşan; asfiksi, toksemi ve hipoksi gibi perinatal anomaliler sonucundaki travmalar ve oksijen yetersizliği şizofreni riskini arttırdığı bildirilmektedir. Bu durumun prefrontal korteksteki dopamin işlevinin subkortikal dopamin hiperaktivasyon sağlanması, dopamine aşırı duyarlılık gelişmesi gibi patolojik nöronal olayları harekete geçirmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Kocal vd 2017, Öztürk ve Uluşahin 2015). Obstetrik komplikasyon öyküsü olan şizofreni hastalarında, hastalığın erken yaşta başladığı, negatif belirtilerin daha belirgin olduğu ve daha kronik bir seyir gösterdiği tespit edilmiştir. Ayrıca gebeliğin ikinci üç ayında annenin influenza virüsü ile hastalanmasının doğan bebeğin şizofreni gelişmesine yol açabileceği öne sürülmektedir (Marcsisin vd 2016, O'Donoghue vd 2015, Öztürk ve Uluşahin 2015).

#### **2.3.5. Beyinde Yapısal Bozukluklar**

Şizofreni hastaları üzerinde yapılan bazı çalışmalarda, hastaların tüm beyin hacminde azalma, toplam ventrikül hacminde artma, sulkuslarda (sulci) büyüme ve beyincikte küçülme (serebellumda atrofi) olduğu bildirilmiştir (Jääskeläinen vd 2015, Marcsisin vd 2016).

## 2.4. Klinik Belirti ve Bulgular

Şizofreni, bireyin algılamasını, duygularını, dikkatini, hareketlerini, düşünmesini, yargılamasını ve içgörüsünü etkilemekte; öğrenme, öz bakım, kişilerarası ilişkiler veya günlük yaşam becerileri gibi birçok konuda yetersizliklere neden olmakta; sosyal yaşamda sorunlara yol açmaktadır (Castle vd 2017, Lawrence vd 2015, Öztürk ve Uluşahin 2015). Şizofreni hastalarında genel olarak görülen belirtiler aşağıda ifade edilmiştir.

### 2.4.1. Hastalık Öncesi Kişilik ve Başlangıç Biçimi

Şizofreni hastası olmadan önce bu bireyler için şizotipal veya şizoid kişilik özellikleri gösteren; sessiz, pasif, içe-dönük, uysal, utangaç, güvensiz, ilgileri sınırlı, stresten çok kolay etkilenen kişilerdir. Çocukluk ve ergenlik döneminde arkadaşları yok denecek kadar azdır. Sosyal etkinliklere katılmaları olmamakta ve grup oyunlarına ilgi göstermemektedirler. Hastanın ailesi, bireyin işinde ve sosyal yaşamında işlevselliğinin bozulduğunu fark edebilirler. Bu bireylerin felsefi, soyut ya da mistik düşüncelere karşı ilgisinde artış olabilmektedir (Castle vd 2017, Lawrence vd 2015, Öztürk ve Uluşahin 2015).

### 2.4.2. Genel Görünüm ve Davranış

Şizofreni hastalarında umursamaz, çekingen, donuk ve ilgisiz bir görünüm mevcuttur. Bireyler, hareketi başlatma ve sürdürmede yetersizlik olduğu için; çevreye ilgisizlik, öz bakımda özensizlik, sosyal ilişkilerde bozulma ve düzenli bir iş ya da okul yaşamını sürdürmekte güçlük yaşamaktadırlar (Castle vd 2017, Lawrence vd 2015, Öztürk ve Uluşahin 2015). Hastalarda, nedensiz gülmeler, gürültülü, ani, beklenmedik, tutarsız, saldırgan ve uygunsuz davranışlar gözlenmektedir (Öztürk ve Uluşahin 2015).

### 2.4.3. Bilişsel Yetiler

Şizofreni hastalarında bilinç açıktır ve genellikle bellek; kişi, yer ve zaman yönelimi bozulmamıştır. Bu bireyler dikkatini toplama ve sürdürmede sorunlar yaşamaması, düşünce bozukluğu ve dikkat dağınıklığı nedeniyle yanlış veya garip yanıtlar verebilirler. Örneğin, “ben padişahım, burası saray, ...” gibi sözler söyleyebilir (Marcsisin vd 2016, Frith 2020, Lawrence vd 2015, Van Duppen 2017). Soyutlama yetisindeki gerilemeye ve bilişsel yıkıma bağlı olarak, kimi şizofreni hastalarında

zekada gerileme olabildiği öne sürülmektedir. Ayrıca yapılan araştırmalarda şizofrenisi olan hastaların ortalama zekâ katsayılarının akranlarından daha düşük olduğu saptanmıştır (Marcsisin vd 2016, Frith 2020).

Şizofreni tanısı almış bireylerde varsanılar (halüsinasyon), yanılsamalar (illüzyon) şeklinde algı bozuklukları görülmektedir. Gerçekte olmayan nesnenin duyular aracılığıyla varmış gibi algılanmasına varsanı denir. İşitsel, görsel, koku, tat ve dokunma varsanıları olmak üzere beş adet varsanı çeşidi vardır. Şizofrenide en çok işitsel varsanılar görülür. Hasta, emir veren, kendisiyle alay eden, kendisini eleştiren sesler duyabilir. Örneğin, “sen kötüsün, kendini yak, yürü, koş, ...” (Öztürk ve Uluşahin 2015). Dıştan gelen bir uyarının yanlış algılanmasına yanılsama denir. Hasta, bir ağacı yaratık gibi algılayabilir (Marcsisin vd 2016, Frith 2020, Lawrence vd 2015).

Şizofreni hastalarında içgörü genellikle bozulmuştur, hasta olduklarını kabul etmezler. Ayrıca bireylerde dürtü kontrolsüzlüğü, motivasyon eksikliği ve ambivalan duygu ve düşünceler görülebilir (Marcsisin vd 2016, Öztürk ve Uluşahin 2015).

#### **2.4.4. Konuşma ve İlişki Kurma**

Şizofreni tanısı olan bireylerde dağınık bir düşünce ve konuşma görülür. Bireylerle iletişimde güçlükler yaşanabilmektedir. Hastanın düşünce içeriğindeki bozukluklar ve acayiplikler konuşmasına yansiyabilmektedir. Ses tonu tek düze olabilir ve bireyler duygularını belli etmeyebilir. Konuşmada hızlanma, fakirleşme, düzensizlik, yavaşlama, mantık dışılık, bloklar, yeni kelime uydurma (neolojizm), konuşma tekrarlama (ekolali), kafiyeli konuşma (klang çağrışım), teğetsel konuşma, anlamsız konuşmalar (sözcük salatası), çocuksuluk, hiç konuşmama (mutizm), kalıplaşmış yinelemeler (stereotipik) gibi belirtiler sık görülebilmektedir (Cella vd 2017, Federici vd 2017, Lawrence vd 2015, Van Duppen 2017).

#### **2.4.5. Düşünce**

*Düşünce sürecinde bozukluk:* Şizofreni tanılı hastada düşüncenin hızında, amacında ve uygunluğunda bozukluklar görülebilir. Fikir uçuşması, basınçlı ya da baskılı konuşma, düşüncede yoksullaşma, düşüncenin hızında azalma veya artma gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır. Bazen de düşünce çocuksulaşabilmektedir (regresif düşünce) (Frith 2020, Lawrence vd 2015, Marcsisin vd 2016, Öztürk ve Uluşahin 2015).

*Düşünce içeriğinde bozukluk:* Şizofrenide düşünce içeriğindeki bozukluğu gösteren en temel belirti sanrılardır. Sanrı, kişinin kültürel geçmişiyle uyumlu olmayan



gerçek olmayan inanışlardır. Sanrıların bazıları tuhaf, saçma, dağınık özellik taşıyabilirken; bazıları da acayip özellik taşımaz. Örneğin; eşi tarafından aldatıldığını söyleyen kadının sanrısı tuhaf nitelikte değildir. Ama uzaylıların yemeğine zehir koyup onu öldürmeyi düşündüklerini söyleyen kadının sanrısı acayip niteliktedir. Erotomanik (aşk) sanrıları, büyüklük-küçüklük sanrıları, kötülük görme (perseküsyon) sanrıları, nihilistik sanrılar, referans (alınma) sanrıları, dinsel (mistik) sanrılar, kontrol edilme sanrıları, zihin okunması, zihninin çalınması, düşünce sokulması ve düşünce yayınlanması şizofrenide en sık görülen sanrı çeşitleridir (Frith 2020, Marcsisin vd 2016, Öztürk ve Uluşahin 2015).

#### **2.4.6. Hareket**

Şizofreni hastalarında genelde çevreye ilgisizlik, isteksizlik ve enerji kaybı vardır. Tuhaf ve dağınık hareketleri olabilir (örneğin; dışkısını yeme, idrarını içme gibi). Kalıplaşmış sürekli el, kol hareketleri, tuhaf yüz, göz hareketleri, toplum içinde cinsel davranışlar sergileme, burnunu karıştırma gibi davranışlar olabilmektedir. Hastalar bazen de hareketsiz, sessiz ve uyaranlara cevap vermez. Fakat aniden hızlı, kontrolsüz ve taşkın davranışlarda bulunabilir. Hastalarda tuhaf göz ve yüz hareketleri (manyerizm), kalıplaşmış tekrarlayıcı el, kol, beden hareketleri (stereotipi), belli bir durumda donmuş gibi kalma (katatoni), hareket yankılanması (ekopraksi), saldırgan ve ajite davranışlar, iş birliği yapmama (negativizm) görülebilmektedir (Marcsisin vd 2016, Öztürk ve Uluşahin 2015).

#### **2.4.7. Duygulanım**

Şizofrenide duygulanım azalması ve duygu küntleşmesi olabilmektedir. Şizofrenideki duygulanım değişiklikleri, depresyonda olduğu gibi, anksiyete ya da öfori tarzında olabilir. Bazen hastalarda yersiz ve anlamsız ağlamalar, gülmeler, taşkınlıklar görülür. Hasta, üzgün bir olaydan bahsederken olayı gülerek anlatabilir. Hastanın haz alma (anhedoni) yetisinde belirgin bir azalma görülebilmektedir (Marcsisin vd 2016, Öztürk ve Uluşahin 2015).

#### **2.4.8. Soyut Düşünme Yetisi**

Şizofreni hastasından bir atasözünü yorumlaması istendiğinde, soyut, kavramsal anlamı yerine somut olarak açıklamaya çalıştığı görülebilir. Şizofreni hastasının soyut düşünme yetisi zayıflamıştır (Marcsisin vd 2016, Öztürk ve Uluşahin 2015).

#### 2.4.9. Gerçeği Değerlendirme Yetisi

Şizofreni hastası gerçek hayatta olup bitenlerle kendi dünyasında olanları karıştırmakta ve ayıramamaktadır. Hastanın sanrılarının ve varsanılarının olması gerçeği değerlendirme yetisinin bozulduğunu gösterir (Lawrence vd 2015, Öztürk ve Uluşahin 2015).

#### 2.4.10. Şizofrenide Pozitif (Artı) ve Negatif (Eksi) Belirtiler

##### Pozitif (artı) belirtiler:

- Sanrılar (hezeyan),
- Varsanılar (halüsinasyonlar),
- Dağınık ve düzensiz konuşma, aşırı konuşmadan hiç konuşmamaya varan değişiklikler, kalıplaşmış, tekrarlayıcı konuşmalar,
- Dağınık, tuhaf davranışlar, kalıplaşmış hareketler, aşırı durgunluk ya da ani taşkınlıklar, çocuksu davranışlar,
- Duygulanımda uygunsuzluk, taşkınlıklar, çocuksuluk,
- Düşünce süreci ve içeriğindeki bozukluklar,
- Ajitasyon, şizofrenide pozitif belirtilerdir (Limongi vd 2021, Liu vd 2020, Öztürk ve Uluşahin 2015).

##### Negatif (eksi) belirtiler:

- İletişim bozukluğu (alogia)
- Sosyal etkileşimde azalma (asosyallik)
- Haz ve motivasyonda azalma (avolüsyon)
- Zevk alamama (anhedoni)
- Düşüncece soyutlama yetisinin azalması, somut düşünme
- Duygulanımda azalma ve küntleşme
- Öz bakımda azalma
- Hareketlerde azalma, şizofrenide negatif belirtileri oluşturmaktadır (Limongi vd 2021, Liu vd 2020, Öztürk ve Uluşahin 2015).

#### 2.5. DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)'e Göre Şizofreni Tanı Kriterleri

“A. Ayırt edici belirtiler:

1. Sanrılar (hezeyan ve delüzyon).

2. Varsanılar (halüsinasyon).
  3. Düzensiz konuşma (sık sık bir konudan başka konuya sapma veya anlaşılmaz konuşma).
  4. İleri derecede düzensiz davranış ya da katatoni davranışı.
  5. Negatif belirtiler (duygu küntlüğü, donuk yüz ifadesi, ilginin azalması, konuşmada bozulma).
- Bunlardan en az ikisinin hastada bulunma şartı aranmaktadır. Bu belirtiler en az bir ay sürmüş olmalıdır. İki belirtiden biri ilk üç maddedeki belirtiler arasında olmalıdır.
- B. Hastalık başladıktan sonra öz bakım, iletişim ve iş gibi işlev alanlarından en az birinde hastalık öncesine göre gerileme olmalıdır.
- C. Bu bozukluğun bulguları en az altı ay sürer.
- D ve E ölçütlerine göre başka bir psikiyatrik bozukluğa veya fiziksel tıbbi bir duruma bağlı olmamalıdır.
- F. Hastanın öyküsünde bir otizm spektrum bozukluğu varsa en az bir ay süre ile sanrıların ve varsanıların bulunması gerekir” (Köroğlu 2014).

## 2.6. Şizofrenide Gidiş ve Sonlanım

Şizofreni başlangıç kısmında genellikle akut gelişen veya yavaş yavaş ilerleyen, alevlenme ve iyileşme dönemlerini içeren epizodik bir gidiş gösterir. Hastalık genel olarak ilk beş yıl içerisinde olumsuz bir gidiş göstererek yıkıma neden olabilirken, daha sonraki yıllarda dengeli bir seyir gösterebilmektedir. Hastalık öncesi işlevsellik düzeyine dönme olasılığı düşüktür (Dülgerler 2014, Yüksel 2014). Şizofreni hastalarının %25'inin iyileştiği, %25'inde kişilik dağılması gerçekleştiği, %25'inde birkaç semptom kaldığı ve kalan %25'inde ise bunama görüldüğü bildirilmiştir. Şizofreni hastalarında motivasyon eksikliği ve bilişsel yıkıma bağlı olarak intihar riskinin daha yüksek olduğu öne sürülmektedir (Dülgerler 2014, Öztürk ve Uluşahin 2015).

### Şizofrenide prognozu etkileyen olumlu gidiş göstergeleri

- Kadın olmak,
- Evli olmak,
- Hastalığın daha ileri yaşta ortaya çıkması,
- Pozitif belirtilerin belirgin şekilde görülmesi,
- Hastalığın ani başlaması,
- Ailesinde şizofreni öyküsünün bulunmaması,
- Düzenli bir aile durumunun olması,

- Hastalığın erken fark edilip tedavi sürecine erken başlanması,
- Hastalık öncesinde toplumsal, iş ve cinsel yaşamında iyi uyum olmasıdır (Öztürk ve Uluşahin 2015, Remschmidt ve Theisen 2012, Townsend ve Morgan 2017).

#### Şizofrenide olumsuz gidiş göstergeleri

- Erkek olmak,
- Hastalığın erken yaşta başlaması,
- Negatif belirtilerin belirgin olması,
- Hastalığın sinsi başlaması,
- Ailesinde şizofreni öyküsünün bulunması,
- Aile ve sosyal destek sistemlerinin kötü olması,
- Aile ortamının düzensiz ve dağınık olması,
- Başka kronik rahatsızlıkların olması,
- Ailenin tedavi ekibiyle iş birliği içinde bulunmamasıdır (Öztürk ve Uluşahin 2015, Remschmidt ve Theisen 2012, Townsend ve Morgan 2017).

## **2.7. Tedavi**

Şizofreni tedavi edilebilir bir hastalıktır. Şizofreni tedavisinde amaç, şizofreni semptomlarının kontrol altına alınması, hastalık şiddetini azaltmak yaşam kalitesinin ve kişinin işlevselliğinin mümkün olduğunca artırılmasıdır (Bruijnzeel vd 2014, Öztürk ve Uluşahin 2015). Şizofreni tedavisinde psikofarmakolojik tedavi, psikososyal tedaviler ve sosyal destek çalışmalarının bütüncül ele alınması gerektiği belirtilmiştir. Şizofreni hastalarının çoğu kombine tedavilerden daha fazla yarar görmektedir (Bruijnzeel vd 2014).

Şizofreni, hastaların yaşamını bütün yönüyle etkileyen kronik bir hastalık olduğu için tedavi ve rehabilitasyonda amaç; şizofreninin semptomlarını iyileştirmek ya da kontrol altına almak, relapsları önlemek ya da geciktirmek, kişinin kendisi, ailesi ve toplum için zorlayıcı olan davranışlarını ortadan kaldırmak ya da hafifletmek, bakım verenlerin baş etme becerilerini güçlendirmek, oluşan yeti kayıplarına rağmen kişinin iş, eğitim, sosyal ilişkiler gibi günlük aktivitelerini mümkün olduğunca arttırmaktır. Bu hedeflere ulaşabilmek için farmakolojik tedaviye ek olarak, psikososyal beceri eğitimleri, mesleki eğitimler, bilişsel davranışçı terapi, aileye yönelik müdahaleler ve toplumsal destek programları kullanılabilir (Öztürk ve Uluşahin 2015, Townsend ve Morgan 2017).

### 2.7.1. İlaç (Psikofarmakolojik) Tedavisi

Şizofreni, işlevselliği bozan ve yeti yitimine yol açan kronik bir hastalık olması nedeniyle kişinin kendisini ve ailesini rahatsız eden hastalık semptomlarını kontrol altına almak, işlevsel işleyiş ve yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmak, hastalığın olumsuz etkilerini azaltmak ve iyileşmeyi desteklemek için ilaç tedavisine gerek duyulmaktadır (Summakoğlu ve Ertuğrul 2018, Öztürk ve Uluşahin 2015).

Şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar antipsikotikler (nöroleptikler) olarak isimlendirilir. İlk antipsikotik ilaç klorpromazin 1950'lerde bulunmuştur. Dopamin reseptörlerini bloke ederek dopamin aktivasyonunu azaltmaları nedeniyle daha çok pozitif belirtilere etki eden antipsikotiklere birinci (tipik) kuşak antipsikotikler denir. Negatif belirtiler üzerinde etkili olanlar ise ikinci (atipik) kuşak antipsikotiklerdir (Kocal vd 2017).

Tipik antipsikotik ilaçların neden olduğu distoni, parkinsonizm, akatizi, akinezi ve nöroleptik malign sendrom gibi yan etkilerin genel adına ekstrapiramidal yan etki denilmektedir. Bunlar arasında en yaygın olanı akatizidir. Tipik antipsikotik kullananlara göre atipik antipsikotik kullananlarda, daha az ekstrapiramidal yan etkiler olabilmekte fakat daha fazla metabolik yan etki (kilo alma, kan glukoz değerinde değişkenlik, hiperlipidemi ve prolaktin artışı gibi) riski görülebilmektedir (Summakoğlu ve Ertuğrul 2018, Öztürk ve Uluşahin 2015). Antipsikotik ilaçların diğer yan etkileri; ortostatik hipotansiyon, aritmi ve EKG değişiklikleri olarak görülebilir. Ayrıca allerji, döküntü, güneş ışığına duyarlılık artması, yüksek ateş, menstrual düzensizlikler, sedasyon, cinsel işlev bozukluklarıdır. Ayrıca bu ilaçlar ağız kuruluğu, bulanık görme, konfüzyon, kabızlık, idrar retansiyonu, bellek bozukluğu, deliryum gibi antikolinerjik yan etkilerde gösterebilmektedir (Summakoğlu ve Ertuğrul 2018, Townsend ve Morgan 2017).

### 2.7.2. Elektrokonvülsif Tedavi (EKT)

Şizofrenide EKT, dirençli, ilaç tedavisine yanıt vermeyen hastalarda ya da ilaç etkisi oluşana dek ara bir tedavi şekli olarak kullanılmaktadır. Ayrıca ağır eksitasyon ve ajitasyon gösteren hastalarda kendisine ve çevresine zarar vermesini önlemek için de EKT kullanılmaktadır (Öztürk ve Uluşahin 2015, Townsend ve Morgan 2017).

### 2.7.3. Psikososyal Beceri Eğitimi

Şizofreni hastalarına yönelik uygulanan tedavi yöntemlerinden biri olan psikososyal beceri eğitimi, psikoeğitim ve sosyal beceri eğitimi olmak üzere iki boyuttan

oluşmaktadır. Psiko eğitim hem hastalara hem de ailelere yönelik düzenlenen; hastalık hakkında bilgi, hastalık belirtileri, ilaç tedavisi ve yan etkileri hakkında bilgiyi içeren eğitim programı olarak bilinmektedir. Sosyal beceri eğitimi ise bireylere; etkili iletişim kurmayı sağlama, göz temasını kullanma, girişken olma gibi becerileri kazandırma ve bu kazanılan beceriyi pekiştirme, günlük yaşamda kullanabilmeyi sağlamayı amaçlayan eğitimidir (Ayano 2016, Buchanan vd 2021). Psikososyal beceri eğitimi şizofrenide farmakolojik tedaviye ek olarak hastaların hastalıkla başa çıkmalarını, ilaç tedavisine uyumunu ve yaşam kalitesini arttıracak yararları olan bir yapılandırılmış eğitimidir. Bu eğitimde model alma, sosyal beceri eğitimi, rol oynama, sosyal pekiştirme teknikleri kullanılmaktadır. Eğitimin amacı; zayıf göz teması, donuk yüz görünümü, sosyal geri çekilme gibi belirtilerin üzerinde durularak hastaların yaşam kalitesini ve işlevselliklerini arttırmaktır (Ayano 2016, Buchanan vd 2021, Yüksel ve Bahadır Yılmaz 2021).

#### **2.7.4. Aile Psiko eğitimi**

Ailede bir bireyin şizofreni tanısı alması hastanın kendisi kadar ailesini de etkilemektedir. Hastaların çoğu hastanede kısa süreli tedavi ve bakım aldıktan sonra yaşamını tekrar aile içinde, toplumsal yaşamında devam ettirmektedir. Bu noktada aileye büyük sorumluluklar yüklenmektedir (Ertekin vd 2015, Öztürk ve Uluşahin 2015). Şizofrenin gelişiminde kendi tutum, davranış ve hareketlerinin sorumlu olduğunu düşünerek kendilerini suçlayan ailelerin yaşadığı zorluklar, şizofreni hakkında doğru bilgilenmeleriyle azalmaktadır. Şizofreni hastasına bakım oldukça stresli bir süreç olduğu için aileler şizofreni hastalığının belirtilerini, prognozunu, hastalarına nasıl yaklaşmaları gerektiği ve hastalığı nasıl yöneteceklerini bilmemektedirler. Şizofreni tanılı bireylerin aileleri için psiko eğitimin içinde; belirti ve bulgular, hastalığın nedenleri, seyri, tanı testleri ve ölçümleri, tedavisi, ilaç etki ve yan etkileri, uyum problemleri ve bunların yönetimi, hastalık relapsının işaretleri, hastanın öz bakımı hakkında bilgi verme, stres ve baş etme becerileri, iletişim teknikleri, sosyal beceri eğitimi, sosyal desteğin önemi ve sosyal desteğin nasıl sağlanacağı konularından oluşmaktadır (Haji Seyyed Javadi vd 2021).

#### **2.8. Şizofrenide İşlevsel İyileşme**

İşlevsel İyileşme; sağlık, hastalık ve tedavi süreçleri hakkında içgörü kazanabilme, kişilerarası ilişkileri sürdürebilme, günlük yaşam aktivitelerini ve ev işi etkinliklerini yerine getirebilme, iş, aile ve okul hayatındaki rolünü sürdürebilme,

ekonomik yönetimini sağlayabilme ve kendine bakabilme gibi alanlarda beklenen üst düzey işlevselliğe sahip olabilmeyi kapsayan bir kavramdır (Erol vd 2015, Işık ve Barlas 2015, Mohamed ve Abd El Aziz 2016, Rus Calafell vd 2014).

Şizofreni; bağımsız olarak, kişisel bakım becerilerinin sürdürülememesi, önceden zevk aldığı aktiviteleri bırakma, boş vakitleri değerlendirememesi, eş, arkadaş, çalışan veya öğrenci gibi toplumsal rollerini yerine getirememesi, okulu bırakma, aile ve arkadaşlar ile ilişkilerinde güçlükler yaşama, iş yerinde işlev görememesi ve çalışamaması gibi işlevlerin önemli ölçüde bozulmasına neden olmaktadır (Mohamed ve Abd El Aziz 2016, Rus Calafell vd 2014). Yeti yitimi fazla olan şizofreni tanısı almış bireyler, aileleri ve toplum için manevi ve maddi olarak ciddi bir yük oluşturmaktadır. Aile çoğu zaman hasta bireye bakımda bulunurken zorluk çeker ve bu durum aile üyelerinde strese neden olur. Sağlık kurumları bu bakım için bütçe zaman ve personel ayırmak zorundadır (Emiroğlu 2009, Uzdil ve Tanrıverdi 2015).

Bir ruhsal hastalık için iyileşmekten söz edebilmek için iyileşmenin çok boyutlu olması gerekir. Birey, biyopsikososyal açıdan tam bir iyilik halinde olduğunda iyileşmeden söz edilebilir. Şizofreni tedavisinde en önemli hedeflerden biri yaşamın birçok alanında işlevselliğini kaybetmiş bireyin bağımsız yaşam ve toplumla yeniden bütünleşebilmesidir. Kişinin bağımsızlığını kazanması işlevsel iyileşmeye bağlıdır. İşlevsel iyileşme çok boyutlu uzun ve zor bir süreçtir. Süreç yavaş ilerleyebilir. Zira şizofreni beyinde ağır olumsuz etkiler bırakan bir hastalıktır. Bu süreçte hastaya saygı duyulmalı ve sabır gösterilmelidir (Arslan Delice vd 2014, Silvana vd 2014).

Farmakolojik tedaviyle hastalığın belirtileri yatışsa bile bireyler işlevselliğini tekrar kazanmakta zorluk çekerler. Farmakolojik tedavi ile kısa süre içinde elde edilecek bir kazanım değildir. Tedavi ve bakım sürecine bireysel ve davranışsal terapilerin eklenmesi işlevsel iyileşme açısından son derece önemlidir. Farmakolojik ve psikososyal tedavi yaklaşımları birlikte uygulandıklarında tedavi etkinliği artmakta, hastalarda ilaca olan gereksinim azalmakta ve şizofreni hastalarını topluma yeniden kazandırmada etkili olduğu belirtilmektedir (Arslan Delice vd 2014, Silvana vd 2014, Tungpunkom vd 2012, Wang vd 2015).

Şizofreni tanısına sahip kişilerin işlevsel iyileşme düzeyleri arttıkça, sağlığın korunması, tatmin edici ve üretken yaşamlara yol açabileceğini ve tedaviye uyumlu olabilecekleri ifade edilmektedir (Coşkun ve Şahin Altun 2018, Emiroğlu 2009). Bu bağlamda ekibinin önemli bir elemanı olan psikiyatri hemşirelerinin, şizofreni tanısı almış bireylerin işlevsel iyileşmelerini arttırmak amacıyla uygun müdahalelerde bulunmaları büyük önem taşımaktadır (Kylmä vd 2006).

## 2.9. Şizofreni ve İçgörü

İçgörü, bireyin yaşadığı sorunların farkında olması, sağlıklı veya hasta olduğuna karşı bilinç kazanmasıdır. Şizofreni hastalarının çoğunun hasta olduklarına, belirtilerinin neyi ifade ettiğine, yaşadıkları sosyal problemlerin nedenlerine ya da tedavi gereksinimlerine dair farkındalıkları yoktur (Jacob 2016). Jaspers ve Lewis içgörüyü ilk tanımlayan kişilerdendir. Lewis ve Jaspers içgörüyü günümüzdeki anlamı ile bir bütün olarak hastalık sürecinin ve belirtilerinin farkında olma olarak tanımlamışlardır. Ayrıca içgörüyü hastalarda var veya yok olarak ele almışlardır (David 1990).

İçgörü, psikiyatrik değerlendirme içinde oldukça önemli bir basamaktır. Ruhsal hastalık kapsamında içgörü; hastalığı kabullenmek, hastalık semptomlarını tanımak ve tedaviye uyum sağlamak olarak değerlendirilmektedir. İçgörü, klinik ölçeklerle nesnel olarak ölçülebilmekte ve hastanın tedaviye uyumuyla direkt ilişkili olmasından kaynaklı, hastalığın tedavi süreci hakkında da fikir verebilmektedir (Aslan ve Altınöz 2010). İçgörü bilinçli bir rıza alımı, iradenin yürütülmesi ve cezai sorumluluk gibi konularda da değerlendirilmektedir. Zorla yatırma, zorla tedavi yönetimi ve klinik psikiyatrideki yasal denetimler şizofreni hastalarında içgörü eksikliğinin kanıtıdır (David 1990).

Psikoz tanısı almış bireylerin genellikle hastalıklarının ve belirtilerinin farkında olmadığı bildirilmektedir (Beck vd 2011). Şizofreni tanılı bireylerde içgörü, tedavinin seyri açısından önem taşımaktadır. Şizofreni hastalarının çoğunun hasta olduklarına, belirtilerinin neyi ifade ettiğine, yaşadıkları sosyal problemlerin nedenlerine ya da tedavi gereksinimlerine dair farkındalıkları yoktur (Jacob 2016, Palmer vd 2015).

Şizofrenide içgörü eksikliği, hastaların işlevselliğinin ve yaşam kalitesinin düşmesine ve hastaların ilaç tedavisine uyumsuzluğuna neden olarak; sağlık bakım maliyetlerini artırmaktadır (Bastiaens ve Agarkar 2014, Palmer vd 2015). Şizofreni tanısına sahip bireylerin çoğu hastalığından ve hastalığın belirtilerinin farkında değildirler. Bazen semptomları fark etseler bile bunun sebebini başka şeylere bağlamaktadırlar (Bastiaens ve Agarkar 2014, Vohs vd 2016). Şizofreni tanılı hastalarda içgörüyü değerlendirmek üzere yapılan alanyazın çalışmalarında hastaların %50-80 düzeyinde zayıf ve kısmi içgörü düzeyi saptanmıştır (Dewedar vd 2018, Raveendranathan vd 2020).

## 2.10. Motivasyonel Görüşme (MG)

Motivasyon, çevresel faktörlerden etkilenen içsel bir durum olup değişmeye istekli veya hazır olmaktır. Duruma ve zamana göre farklılık göstermektedir. MG, bireyin



problemleri davranışları değiştirme motivasyonunu arttırmak veya kararsızlığı ortaya çıkarıp çözümlerle değiştirme yönelik içsel motivasyonu geliştirmek için “birey merkezli bir yöntem” olarak planlanan kanıt temelli bir müdahaledir. MG, ilk olarak 1983’te alkol problemi olan bireylerde uygulanmış, 1990’ların başlangıcında, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, diyet, hipertansiyon ve psikoz gibi diğer sağlık problemlerinin tedavisinde ve önlenmesinde davranış değişikliğinin temel alındığı ve hasta motivasyonunun güç olduğu kronik hastalıklarda olumlu etkisi olduğu bulunmuştur (Arkowitz vd 2015, Miller ve Rollnick 2013).

MG, birey merkezli danışmanlık, Sosyal Bilişsel Kuram Transteorik model bilişsel davranışsal tedavi ve sağlık inanç modelinden temel alınarak oluşturulmuştur. MG, empatik yaklaşım kullanılarak kişinin değişim konusunda yaşadığı problemlerin çözümlenmesine yardımcı olması ve davranış değişikliğinin sağlanmasıdır. MG ile bireyin duygu ve düşüncelerinin ifade etmesi sağlanarak, değişim için bireyin içsel motivasyonu artırılmaktadır. MG’de danışman, bireyin değişimine yardımcı olmakta ve bireyi zorlamamaktadır. Bireye “seni değiştireceğim” yerine “istersen değişmene yardımcı olabilirim” şeklinde yaklaşılır (Black 2020, Miller ve Rollnick 2013, Szczekeala vd 2018).

MG’nin temel amacı, bireyin yaşadığı zıt duygu düşünce veya davranış keşfetmek ve çözmektir. Motivasyon için üç önemli öge hazır olmak, isteklilik ve yapabilir olmaktır. Değişim kişi için önemlidir, kendini bunu yapabilecek güçte hissedebilir fakat zamanı belli olmamaktadır. Kişi hazır değilse, ortam ne olursa olsun değişmemektedir (Barkhof vd 2013, Lundahl vd 2013).

MG yöntemi psikiyatri klinikleri, psikiyatri poliklinikleri ve toplum ruh sağlığı birimlerinde kronik psikiyatri hastaları ile tedavi iş birliğinin sağlanması, öz bakımın sürdürülmesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması ve sürdürülmesinde kullanılabilir (Yönder Ertem ve Çetinkaya Duman 2019).

### **2.10.1. Motivasyonel Görüşmenin Özellikleri**

- ✓ MG, kişinin değişimini güçlendirmek için iş birliğine dayalı görüşme becerileridir.
- ✓ MG’de değişim süreklilik sağlayan bir süreçtir.
- ✓ MG’de danışan aktif, danışman ise pasif rol üstlenmelidir.
- ✓ MG’de özetleme önemli bir durumdur.
- ✓ MG’de iş birliği, kabul etme, hatırlatma ve sevecenlik olmak üzere dört önemli nokta bulunmaktadır.

- ✓ MG değişim konusunda birbirine zıt duygular yaşıyan kişileri hedef alan birey merkezli bir danışmanlıktır (Arkowitz vd 2015, Klonek vd 2016, Miller ve Rollnick 2013, Özdemir ve Taşcı 2013).

### 2.10.2. Motivasyonel Görüşmenin Temel İlkeleri

Empati: Etkin bir yansıtmalı dinleme kullanılarak samimi, içten, destekleyici ve ilgili bir yaklaşımdır. Bireyin yaşadığı zıt duygular normal olarak kabul edilmelidir. Kabul etme bireyin bakış açısını anlama amacı ile onu dinlemektir (Arkowitz vd 2015, Stinson ve Clark 2017).

Celişkilerin ortaya çıkarılması: Bu ilke bireylerin, mevcut davranışları ile gelecek amaçları arasındaki farklılıkları zihninde ortaya çıkararak farkındalık kazandırmaktadır. Danışmanın görevi, bireyin şimdiki davranışının ideal veya istenen davranıştan nasıl farklı olduğuna odaklanmasına yardımcı olmaktır (Stinson ve Clark 2017).

Çatışmadan kaçınma ve dirençle çalışma: Direnç (tartışmaya girme, görüşmeyi kesme, inkâr etme ve aldırmama gibi) durumunda birey ile tartışılmamalı, empatik ve saygılı bir yaklaşım sürdürülmelidir. Direncin yeniden oluşmasına izin verilmemelidir. Danışman dirençle çalışırken kişiyi değişim yönünde cesaretlendirir. Bireyin algıları değiştirilebilir, yeni bakış açıları sunulur. Bu noktada hasta kendi sorunlarının çözümünü bulmak üzere çaba gösterir (Arkowitz vd 2015, Miller ve Rollnick 2013).

Kendi yeterliliğini destekleme: Kişinin belli bir görevi veya işi yürütebilme durumunun ve başarabilmesinin teşvik edilmesidir. Bireyin öz yeterliliğini veya öz güvenini artırmak amacıyla, bireyin güçlü özelliklerini tanımak ve bu özelliklerini desteklemek önemlidir. “Bugün ahşap boyama etkinliğine katılmışsın. Bu çok iyi...” gibi (Arkowitz vd 2015).

Tanımlanan ilkeleri gerçekleştirebilmek için MG sürecinde terapötik beceriler kullanılır. Bunlar aşağıdaki gibidir.

Yansıtmalı dinleme: Danışanın ne söylediğini anlama ve onun ifadelerini ona yansıtmadır. Kişinin anlattıklarının anlaşıldığı ve onun dinlendiğini göstermesi, değişim açısından önemlidir.

İyi ve iyi olmayan durumları konuşma: Hedef davranışın olumlu ve olumsuz yönlerini sormaktır.

Açık uçlu sorular sorma: Kişinin istenen değişiklikleri yapma nedenlerini, duygu ve düşüncelerini açıkça ifade edebilmesini sağlar. Örneğin; ‘sizce ilaçları kullanmama sebebiniz neler olabilir? (Yönder Ertem ve Çetinkaya Duman 2019).

Onaylama-kabullenme: Etkileşim sırasında hastanın anlattıklarının onaylanması onun öz etkililiğini, çabasını desteklemektedir. Örneğin: “Bu hafta ilaçlarını almadığını

söyleyerek dürüst davrandığın için seni takdir ediyorum.” (Yönder Ertem ve Çetinkaya Duman 2019).

Örnekler isteme: "Daha fazla bahsedebilir misiniz?" "Bu duruma örnek neler olabilir?"

Geleceğe yönelik konuşma: Değişim devam ederse neler olabileceğini sorulur. "Bundan on yıl sonra hayatınızın nasıl olmasını isterdiniz?"

Uç noktaları sorgulama: "Bu davranış değişmezse en kötü şey ne olur? Peki bu değişikliği yaparsanız en iyi şey ne olur?"

Kuralları değiştirme: "1'in hiç önemli olmadığı ve 10'un çok önemli olduğu 1'den 10'a kadar olan bir ölçekte, değişiminiz sizce ne kadar önemli?" Daha sonra ise; "Neden/niçin ... değil (daha düşük bir sayı)?" "Sizi ...'dan (daha yüksek bir sayıya) taşıyan ne olabilir?" gibi sorular sormaktır (Arkowitz vd 2015, Miller ve Rollnick 2013).

## 2.11. Şizofreni Hastalarında Motivasyonel Görüşme ile İlgili Yapılan Çalışmalar

Bluer şizofreni hastalarını motivasyonu düşük bireyler olarak belirtmiştir (Luther vd 2018). Motivasyon düşüklüğünün bireylerde, işlevsellikte ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olduğu vurgulanmaktadır (Fervaha vd 2014, Foussias vd 2011). Şizofrenide zevk almada azalma ve motivasyon eksikliği en sık görülen negatif belirtilerdir. Bu belirtiler kişilerin mesleki ve sosyal işlevselliklerinin zayıflamasına sebep olmaktadır (Barch vd 2008).

Ülkemizde şizofreni tanısı almış bireylere uygulanan MG'nin kişilerin tedaviye bağlılıklarını ve içgörülerine etkisini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada; MG uygulanan şizofreni hastalarının kontrol grubuna göre daha yüksek tedavi uyumu ve içgörü düzeyi olduğu sonucuna varılmıştır (Yönder Ertem ve Çetinkaya Duman 2019). Şizofreni hastalarında MG tekniklerine temellendirilmiş bir çalışmada, bu teknikle yapılan psikoeğitimin psikolojik iyi oluş, umut ve tedaviye uyumu arttırmada etkili olduğu vurgulanmıştır (Harmancı 2020). Başka bir çalışmada MG destekli danışmanlığın, şizofreni hastalarının motivasyon ve işlevsel iyileşme düzeylerini arttırdığı tespit edilmiştir (Yıldız ve Aylaz 2020).

Grup sanat terapisi kullanılarak yapılan MG'nin şizofreni hastaları üzerindeki etkisini incelemek amaçlı yapılan çalışmada; çalışma grubunda negatif semptomlar, motivasyon ve sosyal işlevsellik, kişilerarası ilişkiler ve öz bakım gibi konularda kontrol grubuna göre önemli ölçüde daha fazla gelişme gösterdiği saptanmıştır (Cho ve Lee 2018). MG sonrası şizofreni hastalarının ilaç uyumunu değerlendirmek amacıyla yapılan niteliksel çalışmada; hasta ve terapist arasında güvene dayalı bir ilişki oluşturduğu

ve hastaların ilaç uyum düzeyini arttırdığı sonucuna varılmıştır (Dobber vd 2018). Şizofreni spektrum bozuklukları için MG temelli uyum terapisinin etkilerini incelemek amaçlı yapılan randomize kontrollü bir çalışmada çalışma grubunda psikososyal işlevsellik, semptom şiddeti, yeniden hastaneye yatış sayısı ve ilaç uyumu konularında daha büyük gelişmeler olduğu bildirilmiştir (Chien vd 2015). Şizofreni hastalarında MG'nin bilişsel süreçlerini araştıran çalışmada MG hem bilişsel sürece hem de işe özgü motivasyonu arttırmak için etkili olduğu belirlenmiştir (Fiszdon vd 2016).

## 2.12. Kişilerarası İlişkiler Kuramı

Hemşirelik kuramcılarında Hildegard Elizabeth Peplau, bireylerin kişisel gelişmelerinin sürdürülmesi ve problemlerin çözümlenebilmesi için hemşirelik uygulamalarının terapötik iş birliği içinde olması gerektiğine inanmıştır (Pektekin 2013). Bu durum hemşirelerin kendini tanıması, başkalarının davranışlarını da anlamlandırabilmelerine sebep olacağına inanmaktadır. Bu sayede hemşireler, kişilerarası ilişkilerinden kaynaklanan problemleri, daha iyi tanıyıp, çözümüne yardımcı olabileceklerdir. Peplau'nun kuramı, etkili iletişimin hemşire-hasta ilişkisinde olması gerektiğini ve hemşirelik girişimlerinin başarılı olması için gerekli olduğunu vurgulamaktadır (Demir 2017). Peplau; kişilerarası ilişkileri oryantasyon, tanımlama, yararlanma ve çözümlenme olmak üzere dört aşamada ele almıştır (Demir 2017, Pektekin 2013).

Oryantasyon aşaması: İlk anda hasta ve hemşire iki yabancı birey olarak karşılaşırlar. Bu aşamada, hasta bireyin gereksinimleri vardır. Bu sebeple kişi profesyonel yardım aramaktadır. Oryantasyon aşaması verilerin toplandığı, sorunların tanımlandığı aşamadır (Deane ve Fain 2016, Demir 2017, Pektekin 2013).

Tanımlama aşaması: Bu aşama planlama ve amaç oluşturma aşamasıdır. Hastanın sorunlarını çözecek ve kendine yardım edecek biri olarak hemşireyi kabul ettiği aşamadır. Hasta duygularını hemşireye ifade eder ve iki taraf dayanışma içinde olur. Hasta ve hemşire arasındaki ilişki istendik şekilde gelişince, hastanın sorunlara yaklaşımında yeni davranışlar öğrendiği gözlemlenir. Artık hasta sorunlarını daha başarılı şekilde çözecektir. Bu da umutsuzluk, yetersizlik, çaresizlik duygularını azaltarak içsel motivasyonu arttıracaktır (Demir 2017, Pektekin 2013).

Yararlanma aşaması: Bu aşamada hasta, kendisine verilen sağlık hizmetini değerlendirir, yeni hedefler oluşturulur. Bu aşamada kitap, dergi veya broşür okur. Problemlerini hemşireyle birlikte tartışır. Hasta-hemşire arasındaki terapötik ilişki gelişir (Deane ve Fain 2016, Demir 2017, Senn 2013). Hemşire; yargılayıcı olmamalı, tedavi

ve bakıma yönelik duygusal bir ortam yaratarak hastayı, duyguları, düşünceleri ve davranışlarını açıklaması için cesaretlendirmelidir. Hastanın bu aşamada bilgilenmiş olması gerekir. Anksiyete azaltılıp, güven duygusu artırılmaya çalışılmalıdır (Pektekin 2013).

**Çözümleme aşaması:** Peplau'nun kişilerarası ilişkinin son sürecidir. Bu aşamada kurulan iletişim sonucunda hasta hemşirenin yardımıyla bilinçlenir. Hasta, yeni hedefler geliştirir. Bu aşamada hasta ve hemşire tedavi ve bakıma yönelik iletişimi sonlandırır. Aradaki bağlar çözülür. Bu sürecin sonunda bireyin ihtiyaçları karşılanmıştır ve hasta yeni hedeflere yönelebilir (Demir 2017).

### **2.12.1. Kişilerarası İlişkiler Kuramı ile İlgili Yapılan Çalışmalar**

Alanyazın çalışmalar ışığında şizofreni hastaları ile terapötik bir ilişki kurabilmek için, kişilerarası ilişkiler kuramından faydalanılmasının yararlı olabileceği belirtilmektedir. Ayrıca bu kuramda hemşirelik bakımının, hastayla iş birliği içinde olmanın ve motivasyonunu arttırmanın üzerine temellendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Pinho vd 2017). Hemşireler sağlık hizmetlerinin her aşamasında bireylerle iletişim halinde olduklarından bireylerin sağlık davranışlarını etkilemede yani hastaların motivasyonunu arttırmada önemli role sahiptir (Özdemir ve Taşcı 2013).

Peplau'nun kuramı temel alınarak Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan bireye hemşirelik müdahalelerinin uygulanması; bireyin inancını, güvenini ve motivasyonunu arttırdığı belirtilmektedir (Çunkuş ve Taşdemir Yiğitoğlu 2018). Böbrek nakli sürecindeki bireylere Kişilerarası İlişkiler Kuramı temelli verilen danışmanlığın böbrek nakli sonrası depresyon ve anksiyete düzeyleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla deneysel bir çalışma yapılmıştır. Belirtilen bu çalışmada, girişim grubundaki hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin düştüğü ve depresif belirtilerinin azaldığı belirlenmiştir (Ergün 2017). Peplau'nun kuramı kullanılarak yaşlılara danışmanlık yapılan çalışmada; sağlık profesyonellerine duyulan güvenin, sağlık ve bakım hizmet kalitesini artırdığı bulunmuştur (Silva vd 2015).

Kişilerarası İlişkiler Kuramı'na dayanarak, paranoid şizofreni hastalarına verilen hemşirelik bakımının önemi ile ilgili bir çalışmada; kuramın paranoid şizofreni tanısı alan bireylere verilen müdahalelere uygulanabileceği bildirilmiştir. Kişilerarası İlişkiler Kuramı temelli hemşirelik bakımının etkili, kapsamlı ve kaliteli bakım için gerekli olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca, kişilerarası ilişki, ruh sağlığında hemşirelik bakımının yürütülmesinde kullanılan önemli bir araç olduğu vurgulanmıştır (Fernandes vd 2018). Şizofreni hastaları ile ilgili yapılan bir derlemede, Peplau'nun Kişilerarası İlişkiler Kuramı'nı kullanarak uygulanan hemşirelik yaklaşımının hemşirenin psikotik

semptomlarla baş edebilmesini, empati kurabilmesini ve şizofreni hakkında önyargı düşüncelerinin ortadan kalkmasını sağladığı bildirilmiştir (Juntapim 2020). Madde kullanımına bağlı psikotik belirtiler gösteren bireye Peplau'nun Kişilerarası İlişkiler Kuramı temelli hemşirelik uygulamalarının etkinliği ile ilgili bir olgu sunumunda, bu kuramın bir psikiyatri servisinde uygulanması, hemşirelik sürecinin uygulanmasını kolaylaştırmak için uygun olduğu ifade edilmiştir. Ayrıca hastanın belirli bir sağlık sorunu ile ilgili duygularını ve düşüncelerini özgürce ifade etmesini sağladığı sonucuna varılmıştır (Ogoncho vd 2017). Peplau'nun kuramının şizofreni hastasının ilaç uyumsuzluğuna etkisinin incelendiği bir araştırmada, bu kuramın hemşire ve hasta arasında terapötik bir ilişki kurulmasını sağlayarak; hastanın içgörüsü ve ilaç tedavisine uyumunu arttırdığı bildirilmiştir (Lan vd 1997).

### **2.13. Şizofrenide Psikiyatri Hemşiresinin Rolü**

Psikiyatri hemşiresinin şizofreni hastasına etkin bir bakım verebilmesi için hastayla güvene dayalı tedavi edici bir ilişki kurması gerekmektedir. Hemşire ile hasta arasında kurulan ilişki herhangi bir sosyal ilişkiden çok farklıdır. Şizofreni hastasıyla kurulacak bu ilişkinin başlangıcı bakım ve tedavinin seyrini önemli derecede etkilemektedir. Şizofreni tanısı almış bireyler sosyal işlevselliğinin bozulmasından dolayı kişilerarası ilişkiler kurmaktan çekinmektedirler. Bireyler kimseyle konuşmak istemez sorulan sorulara dahi bazen cevap vermezler. Psikiyatri hemşiresinin ilişkinin başlangıcında hastaya kendisini tanıtmaya oldukça önemli bir adımdır. Psikiyatri hemşiresi; bakım verdiği bireyin yaşadığı hastalık sürecini anlayabildiğini, kendisinin sadece ona yardım etmek için orada bulunduğunu göstermelidir (Brady vd 2012, Dülgerler 2014, Yılmaz ve Okanlı 2018).

Şizofreni hastalığının neden olduğu içgörü eksikliği, hastalığı kabul etmede büyük bir engel oluşturmaktadır. Bu nedenle bireyin kendisini ifade etmesine izin verilmelidir. Kişiler genelde hasta olduğunu kabul etmez ve tedaviyi reddederler. Psikiyatri hemşiresi, bireyin yaşadığı belirtilerin hastalık sürecinden kaynaklandığını, uygun tedavilerle bu belirtilerin yatışacağını ve ortadan kalkabileceğini sakin ve hastanın anlayabileceği bir dille anlatmalıdır. Tedavi edici ilişkide hemşirenin tutumu çok önemlidir. Hastaya karşı soğuk, kibirli, bilgiç bir tavır yerine; seviyeli, samimi, anlamaya çalışan, yardımcı olmaya istekli ve işinde uzman bir tavır terapötik ilişki kurmak için vazgeçilmezdir (Cho ve Lee 2018, Yönder Ertem ve Çetinkaya Duman 2019).

Psikiyatri hemşiresi, şizofreni hastalarının bakım gereksinimlerini karşılarken koruyucu, destekleyici, rehabilite edici, danışmanlık ve eğitim rollerini aktif bir şekilde

yerine getirir. Hemşire bu rolleri kapsamında terapötik iletişim, sosyal beceri eğitimi, psikoeğitim ve MG becerilerini kullanarak hastaların işlevsel yönden iyileşmelerine, içgörü kazanmalarına yardım eder (Brady vd 2012, Dülgerler 2014, Yılmaz ve Okanlı 2018).

Ruh sağlığı alanında çalışan hemşirelerin şizofreni ilgili inanışları ve bu hastalığa sahip kişilere karşı tutumları bilmesi, hastalara verilen hizmetin kalitesini etkileyeceğinden oldukça önemlidir. Şizofreni tanısı alan bireylerin toplumda yeterli ve etkin düzeyde bakım alamamaları nedeniyle işlevsellikte azalma, süregelen yeti yitimleri ve tekrarlı hastane yatışlarının görülmesi bireylerin yaşadığı önemli sorunlar içerisindedir. Bu nedenle bireylerin taburculukla başlayıp yaşadığı toplumda hemşirelik bakım hizmetlerinin sürdürülmesi büyük önem taşımaktadır (Arslantaş 2009, Yıldız vd 2019).

Psikiyatri hemşiresinin şizofreni tanısına sahip bireylere yaklaşımı ve bakımı; hastalığın seyrinde, tedavisinde, iyileşme düzeyinde önemli bir faktör oluşturmaktadır. Bu bağlamda hemşirenin hastayla güven verici ortamı sağlayarak; tedavi edici ilişkiyi kurması, ilaç tedavisi ve yan etkileri hakkında bilgilendirme, alevlenme durumlarında farkındalığı oluşturma, damgalamaya karşı eğitim vermesi ve yaşamın anlamı üzerinde durup tekrarlayıcı kendine zarar verme düşüncelerini en aza indirebilmesi hastanın hastalığını yönetebilmesi için önemli girişimlerindedir (Turan 2016, Kavak vd 2015).

#### **2.14. Araştırmanın Hipotezleri**

H<sub>1a</sub>: Müdahale grubundaki hastaların kontrol grubundakilere göre müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki üçüncü aydaki işlevsel iyileşme düzeyleri daha yüksektir.

H<sub>1b</sub>: Müdahale grubundaki hastaların kontrol grubundakilere göre müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki üçüncü aydaki içgörü düzeyleri daha yüksektir.

H<sub>1c</sub>: Müdahale grubundaki hastaların girişim öncesi işlevsel iyileşme düzeyleri, müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki üçüncü aydaki işlevsel iyileşme düzeylerine göre daha düşüktür.

H<sub>1d</sub>: Müdahale grubundaki hastaların girişim öncesi içgörü düzeyleri, müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki üçüncü aydaki içgörü düzeylerine göre daha düşüktür.

H<sub>1e</sub>: Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların işlevsel iyileşme ile içgörü puan ortalamaları arasında ilişki vardır.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEMLER**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırma ön test-son test kontrol gruplu tasarıma sahip, tek körlü, paralel grup randomize kontrollü bir araştırmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Habib Kızıldaş Psikiyatri Hastanesi'nde yürütülmüştür. Veriler Ocak 2020-Şubat 2021 tarihlerinde toplanmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma Denizli'de, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Habib Kızıldaş Psikiyatri Hastanesi'nde yapılmıştır. Bu hastanede kadın 1 ve 2 servisi, erkek servisi, çocuk ve ergen psikiyatri servisi, alkol madde bağımlılığı araştırma tedavi ve eğitim merkezi, geropsikiyatri araştırma ve uygulama merkezi gibi yataklı servisler ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezi bulunmaktadır. Ayrıca Elektro Konvülsif Terapi ve Transkraniyal Manyetik Stimülasyon üniteleri de bulunmaktadır. Hastanedeki poliklinik birimleri; psikolojik test birimi, özelleşmiş poliklinikler, adli poliklinik, duygudurum polikliniği, psikoz polikliniği, anksiyete polikliniği ve alkol-madde bağımlılığı polikliniğidir. Polikliniğin çalışma saatleri 09:00–12:00, 13:30–16:00 arasında olup bu poliklinikte 6 asistan görev yapmakta, 2 hemşire, 4 psikolog ve 2 sosyal hizmet uzmanı bulunmaktadır.



### 3.4. Araştırmanın Örneklemi ve Örneklem Özellikleri

Araştırmanın evrenini Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Habib Kızıltaş Psikiyatri Hastanesi'nde ayaktan takibi yapılan, DSM-5 tanı kriterlerine göre şizofreni tanısı almış bireyler oluşturmaktadır.

### 3.5. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması

Araştırmanın örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında; araştırmanın gücü, tip 1 hata ve etki büyüklüğü değişkenleri araştırma öncesinde belirlenmiştir.

Araştırmanın gücü: İki uygulama arasında fark olduğunda, araştırma sonunda bu farkı ortaya koyabilme durumu araştırmanın gücüdür. Genel olarak değerli bir çıkarım yapabilmek için araştırmanın en az %80 güçte olması gereklidir (Chander 2017). Bu araştırmada çalışmanın gücü %80 kabul edilmiştir.

Tip 1 hata: İki uygulama arasında fark olmadığı halde, araştırma sonunda fark bulunmasıdır. Tip 1 hata  $\alpha$  ya da p değeri ile gösterilmektedir. Tip 1 hata oranı 0,01 ya da 0,05'tir. Araştırmalarda p değeri %5' in altında ( $p < 0.05$ ) istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmektedir (Chander 2017). Bu araştırmanın tip 1 hata oranı %5 olarak belirlenmiştir.

Örneklem büyüklüğünün hesaplanması, güç ve etki büyüklüğü: Bu araştırmada örneklem büyüklüğünü belirlemek için "G. Power-3.1.9.2" programı kullanılmıştır. Referans çalışmada (Yönder Ertem ve Çetinkaya Duman 2019) elde edilen etki büyüklüğünün oldukça kuvvetli olduğu ( $d = 0,94$ ) görülmüştür. Bu etki büyüklüğü için yapılan güç analizi sonucunda araştırmaya en az 30 kişi (her grup için en az 15 kişi) alındığında 0,05 anlamlılık düzeyinde, %95 güven aralığında, %80 güç elde edilebileceği hesaplanmıştır. Ayrıca oluşabilecek hasta kayıpları da göz önünde bulundurularak her grup için en az 20 kişi ile (toplam 40 kişi) çalışmaya başlanması planlanmıştır. Araştırmaya katılmaya kabul eden ve dahil edilme kriterlerine uyan bireyler için kapalı zarf randomizasyon yöntemi uygulanmıştır. Araştırmada müdahale sonrası 3. ay izlem sonunda 20 müdahale grubu, 20 kontrol grubu hastasına ulaşılmıştır.

### 3.6. Örnekleme Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri

Araştırmanın örneklemini Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Habib Kızıltaş Psikiyatri Hastanesi'nde ayaktan takibi yapılan ve dahil edilme

kriterlerine uyan bireyler oluşturmaktadır.

Dahil edilme kriterleri

- ✓ En az ilkokul mezunu olmak,
- ✓ Denizli il merkezinde yaşamak,
- ✓ İletişime ve iş birliğine açık olmak.
- ✓ 18-65 yaş arası olmak,
- ✓ Poliklinik doktorunun değerlendirmesi sonucu remisyonda (psikotik alevlenmenin olmadığı dönem) olmak,
- ✓ DSM-5 tanı kriterlerine göre şizofreni tanısına sahip olmak.

Dışlama kriterleri

- ✓ 18 yaş altı ve 65 yaş üzeri olmak,
- ✓ Türkçe okuma yazma bilmiyor olmak,
- ✓ Mental Retardasyonu olmak,
- ✓ DSM-5 tanı kriterlerine göre şizofreni hastalığı dışında başka bir ruhsal hastalık tanısı almış olmak,
- ✓ Poliklinik doktorunun değerlendirmesi sonucu psikotik atak döneminde olmak.

### 3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Kişilerarası ilişkiler kuramı temelli motivasyonel görüşme.

Bağımlı değişkenler: Hastaların işlevsel iyileşme düzeyi ve içgörü düzeyi.

### 3.8. Randomizasyon ve Körleme

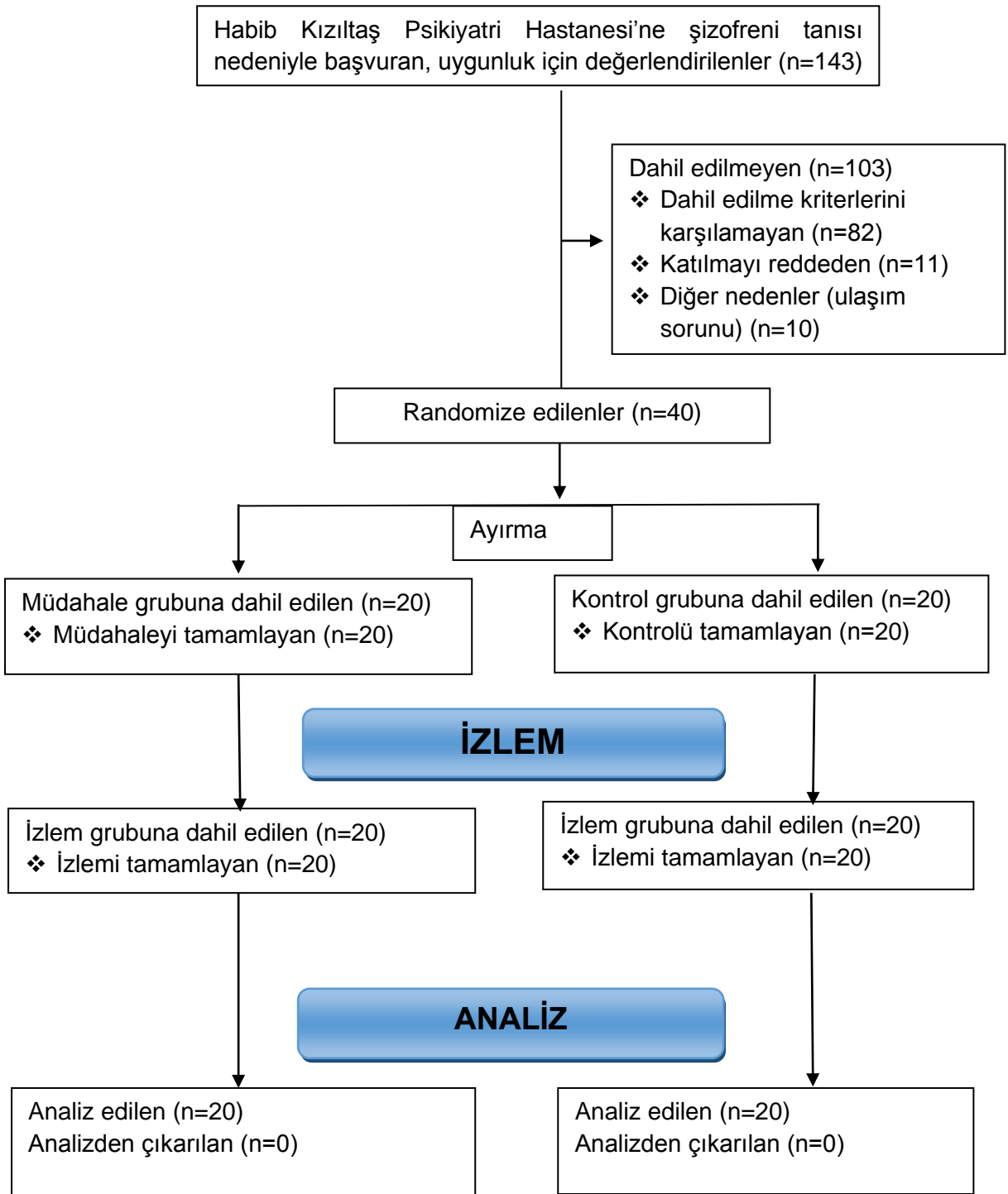
Randomizasyon: Randomizasyon bireylerin çalışmaya dahil edildikten sonra hangi gruba dahil edileceklerin rastlantısal bir şekilde belirlenmesidir. Randomizasyon, müdahale ve kontrol grubunda aynı sayıda örneklem elde etmek, deneysel çalışmalarda grupların etkinliğinin incelenecek olan yöntemin dışındaki öngörülen ve öngörülme-yen tüm etkenler açısından benzer özelliklere sahip olmasını sağlamak için yapılmaktadır (Lim ve In 2019). Randomizasyon türü olarak iki grupta eşit sayıda örneklem sağlamak amacıyla basit randomizasyon kullanılmıştır. Pazartesi ve salı günleri poliklinikte takip edilen şizofreni tanılı hastalar, poliklinik takibinden sonra ilgili hekimi tarafından araştırmacıya yönlendirilmiştir. Dahil edilme kriterlerine uyan hastalara ilgili kurumun yönlendirdiği bir görüşme odasında çalışma hakkında bilgi verilmiş, gönüllü olur formu (Ek-15) doldurulmuştur. Çalışmanın müdahale ve kontrol

grubu ataması kapalı zarf kura ile yapılmıştır. Bunun için 20 çalışma ve 20 kontrol yazılı kâğıtlar kapalı zarfa yerleştirilmiştir ve bir kura torbasına koyulmuştur. Torba içinden dâhil etme kriterlerine uyan her hasta için kura çekilerek çalışma/kontrol grubu olarak atanmıştır. Bu uygulamaya göre 20 birey müdahale grubunu, 20 birey ise kontrol grubunu oluşturarak toplam 40 birey belirlenmiştir.

Grupların benzerliğini değerlendirebilmek için müdahale ve kontrol grupları cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, şizofreni tanı süresi, yatış sıklığı, gereksinimleri karşılama, tedavi düşüncesi, daha önce tedaviyi bırakma durumu ve tedaviyi bırakma nedeni açısından “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri), “Fisher-Exact”, “süreklilik düzeltmesi” veya “Pearson- $\chi^2$ ” çapraz istatistikleri kullanılmıştır. Yapılan analizler sonucunda istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ve grupların homojen olarak ayrıldığı saptanmıştır (Tablo 4.1.1, Tablo 4.1.2).

**Körleme:** Araştırmacıların ve her iki gruptaki hastaların araştırma başlangıcına kadar girişim ve kontrol grubunda kimlerin bulunduğunu bilmemesi gerekmektedir (Akın ve Koçoğlu 2017). Bu araştırmada müdahale ve kontrol grubuna kimlerin dahil olduğu, hastalar araştırmaya kaydedildikten sonra araştırmacı tarafından zarfların açılması sonunda belli olmuştur. Araştırmacının hem müdahale hem de verilerin değerlendirilmesi aşamasında bulunması sebebiyle, araştırmadaki sadece hastaların hangi grupta olduklarından haberdar olmamaları sağlanabilmiştir. Bu nedenle, bu araştırmada tek yönlü bir körleme yapılmıştır.

### 3.9. Araştırmanın CONSORT Akış Diyagramı



Şekil 3.9.1. Araştırmanın CONSORT akış şeması

### 3.10. Veri Toplama Araçları

#### 3.10.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-4)

Kişisel bilgi formu, literatür incelenerek, araştırmacı tarafından oluşturulmuştur (Chien vd 2015, Kavak ve Yılmaz 2018, Kaya ve Öz 2019, Yıldız ve Aylaz 2020). Bu form hastanın cinsiyeti, yaşı, öğrenim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi, hastaneye yatış sıklığı, ilaçlarını alma durumu, gereksinimlerini karşılama durumu, hastalık süresi, tedavi hakkındaki düşüncesi, tedaviyi daha önce bırakma durumu ve eğer tedaviyi bıraktıysa nedenlerinin yer aldığı 12 sorudan oluşmaktadır.

#### 3.10.2. Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİİÖ) (Ek-5)

Ölçeğin orijinal versiyonu (The Functional Remission of General Schizophrenia Scale-FROGS) ilk defa Llorca ve diğerleri tarafından 2009 yılında geliştirilmiş ve güvenilirlik katsayısı 0,90 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliğini Emiroğlu ve diğerleri 2009 yılında yapmıştır. Değerlendirme hem hastanın kendisinden hem de ailesinden alınan bilgiye dayanmaktadır. Değerlendirmede sorgulanacak olan görüşmeden önceki son bir ay olacak şeklindedir. Ölçek 5'li likert tipi ve 19 maddeden oluşmaktadır. Her madde için 5 değerlendirme düzeyi bulunmaktadır. 1. düzey (yok) en düşük düzeydeki iyileşmeyi belirtirken, 5. Düzey (mükemmel derecede var) "ideal" işlev düzeyine karşılık gelmektedir. 2. Düzey (kısmen var), 3. Düzey (yeterince var) ve 4. Düzey (neredeyse tamamen var)'den oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 95, minimum puan ise 19'dur. 58 puanın altında alan hastaların İşlevsel İyileşme düzeyi düşük, 59-65 arası İşlevsel İyileşme düzeyi orta, 66 puan ve üzeri alan hastaların İşlevsel İyileşme düzeyi ise yüksek olarak değerlendirilmektedir. Sosyal İşlevsellik (2, 5, 7, 11, 12, 14, 15. maddeler), Sağlık ve Tedavi (9, 16, 18, 19. maddeler), Günlük Yaşam Becerileri (1, 4, 6, 8, 10, 17. maddeler), Mesleki İşlevsellik (3 ve 13. maddeler) olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Sosyal İşlevsellik'ten 28 puandan düşük alan hastaların zayıf sosyal işlevselliklerinin olduğu, 29-33 puan arasında alanların orta, 33 ve üzeri puandakilerin sosyal işlevsellikleri iyi olarak değerlendirilmektedir. Günlük Yaşam Becerileri alt boyutundan 13'ten az alanların bu alandaki becerileri zayıf, 14-15 arasında puan alanların orta, 15 ve üzerindekiilerin ise iyi düzeydedir. Sağlık ve Tedavi için 13 puandan düşük alan hastaların bu alanla ilgili işlevsellikleri zayıf, 14-15 arasında puan alanların orta, 15 ve üzerindekiiler iyi düzeyde değerlendirilmektedir.

Mesleki işlevsellik için en düşük puan 2, en yüksek puan 10'dur. Her bir alt boyuttan alınan yüksek puanlar o alana ait işlevselliğin yüksek olduğunu, ölçeğin toplam puanının yükselmesi ise genel işlevselliğin yüksek olduğunu göstermektedir (Emiroğlu vd 2009). Ölçeğin Türkçe formunun güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa kat sayısı 0,89 olarak belirlenmiştir. Bu çalışma için ölçeğe ait Cronbach- $\alpha$  değerleri Tablo 3.10.3.1'de bulunmaktadır.

### 3.10.3. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ) (Ek-6)

David (1990) tarafından içgörüyü niceliksel olarak değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış nitelikte bir ölçektir. Bu ölçeğin psikotik yaşantıları anormal olarak değerlendirebilme yeteneği, hastalığın farkında olma ve tedaviye uyum öğeleri olmak üzere üç bileşeni bulunmaktadır. Ölçek toplam sekiz sorudan oluşmaktadır. Araştırmacı hastanın verdiği yanıtların yanı sıra klinikteki gözlemlerini de katarak ölçek değerlendirmesi yapabilmektedir. Her bir madde "0, 1, 2" şeklinde değerlendirilmektedir. İlk yedi sorunun en yüksek toplam puanı 14'tür. Sekizinci soru ek olarak sunulmuştur. Bu sorunun sorulması araştırmacıya bırakılmıştır. Bu soru ile birlikte en yüksek toplam puan 18'dir. Hastanın yüksek puan alması yüksek içgörü düzeyini gösterir. Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Aslan ve diğerleri (2001) tarafından yapılmıştır. Türkçeye uyarlanmış bu ölçeğin güvenilirlik Cronbach alfa katsayısı 0.83 bulunmuştur (Aslan vd 2001). Bu araştırmadaki söz edilen ölçeğe ait Cronbach- $\alpha$  değerleri Tablo 3.10.3.1'dedir.

**Tablo 3.10.3.1** Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin ŞİİÖ ve İÜBDÖ güvenilirlik katsayıları

Ölçekler	Madde sayısı	Müdahale (n=20)	Kontrol (n=20)
		Cronbach- $\alpha$ katsayısı	Cronbach- $\alpha$ katsayısı
Ön test	ŞİİÖ*	19	0,773
	İÜBDÖ**	8	0,772
Son test	ŞİİÖ*	19	0,861
	İÜBDÖ**	8	0,625
İzlem testi	ŞİİÖ*	19	0,825
	İÜBDÖ**	8	0,772

\*ŞİİÖ: Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

\*\*İÜBDÖ: İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği

### 3.11. Araştırmanın Uygulama Süreci

#### 3.11.1 Hazırlık Aşaması

Araştırmanın başlangıç aşamasında literatür taraması yapılmış ve araştırmada kullanılacak olan veri toplama araçlarına karar verilmiştir. Araştırmada Kişisel bilgi formu (Ek-4), ŞİÖ (Ek-5) ve İÜBDÖ (Ek-6) kullanılmasına karar verilmiştir. Araştırmada kullanılmasına karar verilen ölçeklerin gerekli kullanım izinleri için e-mail yoluyla yazışmalar yapılmış ve ŞİÖ (Ek-13) ve İÜBDÖ (Ek-14)'nin kullanım izinleri alınmıştır.

Daha sonraki aşamada araştırmacının aldığı eğitim ve sertifika desteği (Ek-9 ve Ek-10) ile şizofreni tanısı almış hastalara yönelik geliştirilmiş kişilerarası ilişkiler kuramı temelli motivasyonel görüşme oluşturulmuştur. Bu program bir oryantasyon oturumu ve 6 görüşme olmak üzere yedi oturumdan oluşmaktadır. Tüm oturumlar bireysel görüşme şeklinde planlanmıştır. Bu programın amacı şizofreni hastalarında kişilerarası ilişkiler kuramı temelli MG'nin işlevsel iyileşme ve içgörü düzeylerini arttırmaktır.

Bu görüşme içeriğinin uzman değerlendirmesi için Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'ndan 8 öğretim üyesine ve Psikiyatri Anabilim Dalı'ndan 1 öğretim üyesine iletilmiştir. Ayrıca uzman görüşlerinin elde edilmesinde kullanılmak üzere "Uzman Değerlendirme Formu" uzman görüşünü kabul eden uzmanlara, e-mail yoluyla ulaştırılmıştır. Bu öğretim üyeleri görüş ve katkılarını bildirmiştir. Kapsam geçerliği için uzman görüşlerinin değerlendirilmesi amacıyla Davis tekniği kullanılmıştır (Davis 1992). Davis tekniği, uzman görüşlerini (a) "uygun", (b) "geliştirilmeli", (c) "madde değiştirilmeli" ve (d) "madde çıkarılmalı" şeklinde dördü derecelendirilmektedir. Kişilerarası İlişkiler Kuramı Temelli MG içeriğinin uyum indeks değerleri 0,67 ve 0,89 arasında bulunmuştur. Uzmanların görüşleri ve geri bildirimleri doğrultusunda görüşme içeriği tekrar düzenlenmiştir. Görüşmeler haftada 1 kez olmak üzere her bireye uygun olacak gün ve saatte planlanmıştır. Her bir görüşme yaklaşık 30-40 dakika sürmüştür.

Kontrol grubu için ayrıca eğitim kitapçığı hazırlanmıştır. Bu kitapçıkta şizofreni hastalık bilgisi, iletişim yöntemleri, stres ve öfke yönetimi, kişisel bakım, semptom yönetimi ve akılcı ilaç kullanımının temel ilkelerine ait bilgiler bulunmaktadır. Kitapçık araştırmacı tarafından, son literatürde belirtilen şizofreni hasta eğitim ilkelerine (Bulut vd 2016, Townsend ve Morgan 2017, Van Duppen 2017, Yılmaz ve Okanlı 2018) göre hazırlanmıştır. Eğitim içeriği hasta eğitimi için kısa ve anlaşılır düzenlenmiştir. 14 punto büyüklüğünde, 1,5 satır aralıklı yazı tercih edilmiştir. Eğitim kitapçığı; içerik hakkında görüşlerini bildirerek çalışmaya katkı sağlayacağı düşünülen Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'ndan (AD) 8 öğretim üyesine ve Psikiyatri Anabilim Dalı'ndan 1 öğretim üyesine iletilmiştir. Ayrıca uzman görüşlerinin elde edilmesinde kullanılmak üzere

“Uzman Değerlendirme Formu” uzman görüşü vermeyi kabul eden uzmanlara, e-mail yoluyla ulaştırılmıştır. Kapsam geçerliği çalışmasında uzman görüşlerinin değerlendirilmesi amacıyla Davis tekniği uygulanmıştır (Davis 1992). Davis tekniği, uzman görüşlerini (a) “uygun”, (b) “geliştirilmeli”, (c) “madde değiştirilmeli” ve (d) “madde çıkarılmalı” şeklinde dörtlü derecelendirmektedir. Eğitim kitapçığı içeriğinin uyum indeks değerleri 0,56 ve 1,00 arasında bulunmuştur. Uzmanların görüşleri ve geri bildirimleri doğrultusunda görüşme içeriği tekrar düzenlenmiştir. Kitapçığın okunabilirliği Ateşman (1997) Türkçe okunabilirlik formülüyle hesaplanmış, çok kolay okunabilir (97,52 puan) metin düzeyinde bulunmuştur.

### **3.11.2. Kişilerarası İlişkiler Kuramı Temelli Motivasyonel Görüşme Programı**

Müdahale grubunda yer alan şizofreni tanılı bireylerde tedavi iş birliğini arttırmak üzere içgörüyü ve tedaviye uyumu arttırmaya yönelik Kişilerarası İlişkiler Kuramı Temelli MG ilkelerinin (empati, saygı, yansıtımlı dinleme, yeniden çerçevelendirme, açık uçlu sorular sorma, özetleme, kabullenme) kullanıldığı bir programdır. Program bir oryantasyon oturumu ve altı görüşme olmak üzere toplam yedi oturumdan oluşmaktadır. Tüm oturumlar bireysel görüşme şeklinde planlanmıştır. Görüşme ile ilgili ayrıntılı bilgi Ek-7’de yer almaktadır. Kişilerarası ilişkiler kuramı temelli motivasyonel görüşme programının her bir oturum özeti aşağıda belirtilmiştir.

#### 1. Oryantasyon Aşaması

Amaç: Bireyle tanışmak ve oturum hakkında bilgilendirmek.

1. Bu oturumda, hastalara çalışmanın amacı ve önemi, programının içeriği, süresi anlatılarak, hastaların programdan beklentileri öğrenildi. Hazırlık oturumu sonrası, hastalarla ilk oturum için gün/saat belirlenerek, uygulamaya başlandı. Bu oturumda temel olarak güven ve samimiyet geliştirerek terapötik ilişki kurma ve bireylerle tanışma gerçekleştirildi.

2. Çalışma ve kontrol gruplarına uygulama öncesi-sonrası ve uygulamadan sonraki 3. ayda Kişisel Bilgi Formu, ŞİİÖ ve İÜBDÖ uygulanacağı anlatıldı.

3. Görüşmelere düzenli katılımın önemi anlatıldı.

4. Çalışmaya dahil edilen tüm bireylerin ve yakınlarının sözlü ve yazılı gönüllü olurları alındı.

5. Bireyin kendisini tanıtmayı istendi ve görüşmelerin amacı açıklandı.

6. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan tüm bireyler (çalışma ve kontrol grupları) için Kişisel Bilgi Formu, ŞİİÖ ve İÜBDÖ’nin verileri araştırmacı tarafından sorularak toplandı.



7. Çalışma ve kontrol grupları randomizasyon (kapalı zarf) yöntemi ile belirlendi. “Çalışma grubu” ve “kontrol grubu” yazan iki ayrı kâğıt iki ayrı zarfa yerleştirildi. Bireyin hangi gruba dahil olacağı seçtiği zarf ile belirlenmesi sağlandı.

8. Gelecek görüşmenin zamanı (gün ve saat) ve yeri belirlendi.

1. Aşama: Motivasyon Yaratılması (1., 2., 3. ve 4. Görüşme)

2. Tanımlama Aşaması (Birinci Görüşme)

Amaç: Şizofreninin tanımı, belirtileri, etiyolojisi, tedavisi hakkındaki bilgilerin katılımcılar tarafından farkına varılmasını sağlamak, duygu ve düşüncelerini ortaya çıkarmak; yaşanan ambivalansı değerlendirmek, incelemek ve çözümllemek.

1. Bireyin gereksinimlerini, hastalık sürecine ilişkin duygu ve düşüncelerini ifade etmesi cesaretlendirilmeye çalışıldı.

2. Bireysel farkındalık ve motivasyonun artırılması desteklendi.

3. Değişim amacıyla motivasyonun oluşturulmasında önemlilik ve güven-yeterlilik cetveli uygulandı.

4. Tedavi/ilaç uyumuna, belirtilerle baş edebilme gibi hastalık yönetimi sürecine dikkat edildiğinde ya da edilmediği durumlarda neler olabileceğinden/neler olduğundan söz edildi.

5. Bireyin anlaşıldığını ve etkin dinlenildiğini göstermek için görüşme sonunda ana noktalar özetlendi.

6. Geri bildirim alındı.

7. Ev ödevi verildi.

8. Bir sonraki görüşme amacı ve zamanı (gün ve saat) belirlendi.

3. Tanımlama Aşaması (İkinci Görüşme)

Amaç: Günlük yaşam becerileri, ev işi etkinlikleri, çalışma-eğitim ile ilgili duygu ve düşüncelerini ifade edebilmesini sağlamak; yaşanan ambivalansı değerlendirmek, incelemek ve çözümllemek.

1. Bir önceki oturum özetlendi.

2. Ev ödevi değerlendirildi.

3. Görüşmenin amacı belirtildi.

4. Günlük yaşam becerileri (beslenme, uyku, kişisel görünüm ve bakım, finansal yönetim) hakkında kendini ifade etmesi sağlandı.

5. Ev işi etkinlikleri (ev toparlama, çamaşır, bulaşık, temizlik, çöpü dışarı çıkarma) hakkında kendi konumunu ifade etmesi sağlandı.

6. Çalışma ve eğitim (Okul veya üniversiteye devam etme veya geri dönme, iş arama ya da işe geri dönme) ile ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlandı.

7. Değişim amacıyla motivasyonun oluşturulmasında önemlilik ve güven-yeterlilik cetveli uygulandı.

8. Bireysel farkındalık ve motivasyonun artırılması desteklendi.

9. Bireyin anlaşıldığını ve etkin dinlenildiğini göstermek için görüşme sonunda ana noktalar özetlendi.

10. Geri bildirim alındı.

11. Ev ödevi verildi.

12. Bir sonraki görüşmenin amacı ve zamanı belirlendi.

#### 4. Tanımlama Aşaması (Üçüncü Görüşme)

Amaç: İletişimin tanımını, iletişim becerilerini, stresin tanımını ve stresle baş edebilme yöntemlerini ifade edebilmek; yaşanan ambivalansı değerlendirmek, incelemek ve çözümlmek.

1. Bir önceki oturum özetlendi.

2. Ev ödevi değerlendirildi.

3. Görüşmenin amacı belirtildi.

4. Bir sonraki görüşmenin amacı ve zamanı belirlendi.

5. Stresle ve öfkeyle başa çıkma yöntemleri hakkında kendini ifade edebilmesi için cesaretlendirildi.

6. Sosyal ilişkilerini değerlendirmesi ve boş zaman etkinliklerini paylaşması sağlandı.

7. Değişim amacıyla motivasyonun oluşturulmasında önemlilik ve güven-yeterlilik cetveli uygulandı.

8. Bireysel farkındalık ve motivasyonun artırılması desteklendi.

9. Bireyin anlaşıldığını ve etkin dinlenildiğini göstermek için görüşme sonunda ana noktalar özetlendi.

10. Geri bildirim alındı.

11. Ev ödevi verildi.

12. Bir sonraki görüşmenin amacı ve zamanı belirlendi.

#### 5. Yararlanma Aşaması (Dördüncü Görüşme)

Amaç: Değişim ve uyumu güçlendirmek ve motivasyonu arttırmak.

1. Bir önceki oturum özetlendi.

2. Ev ödevi değerlendirildi.

3. Bir önceki oturum özetlendi.

4. Ev ödevi değerlendirildi.

5. Görüşmenin amacı belirtildi.

6. Değişim için birey cesaretlendirildi (Bireye geçmiş deneyimlerinin olumlu-olumsuz etkilerini fark ettirerek değişim için cesaretlendirilmeye çalışıldı).

7. Geçmişteki başarıları gözden geçirilip, kişisel güçlü yönleri vurgulandı.
8. Değişimi tetikleyecek sorular soruldu.
9. Değişimi hızlandırabilecek ve geleceğe dönük sorular soruldu.
10. Değişim konuşması basitçe, onunla ilgili olumlu yorum yaparak pekiştirildi.
11. Değişim konuşmasında rol değişiminden yararlanıldı.
12. Görüşme özetlendi.
13. Geri bildirim alındı.
14. Ev ödevi verildi.
15. Bir sonraki görüşmenin amacı ve zamanı belirlendi.

## 2. Aşama: Değişim Taahhüdünün (Güvencesinin) Güçlendirilmesi (5. ve 6.

### Görüşme)

#### 6) Yararlanma Aşaması (Beşinci Görüşme)

Amaç: Bireyde başlamış olan istendik yöndeki davranış değişimini desteklemek.

1. Bir önceki oturum özetlendi.
2. Ev ödevi değerlendirildi.
3. Görüşmenin amacı belirtildi.
4. Hastalık yönetiminin bundan sonraki seyri ile ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşması sağlandı.
5. Değişim amacıyla motivasyonun oluşturulmasında önemlilik ve güven-yeterlilik cetveli yeniden uygulandı.
6. Birey hastalık hakkında farkındalık, tedaviye uyum, etkin iletişim ve günlük yaşam becerileri ile ilgili değişimin avantajlarını fark ederek değişimi konuşması yapıldı.
7. Değişim konuşmasını yansıtarak (bireyin söylediği cümlelerinden özetler sunarak) bireyin değişimi anlaması ve değişimin güçlendirilmesi sağlandı.
8. Birey değişime hazırsa değişim planı yapıldı. Örneğin:
  - Hedefler belirlendi; bireye kilo almamak için ne yapmak istediği soruldu.
  - Değişim seçenekleri belirlendi; bireyin kilo almamak için belirlediği yöntemler değerlendirildi.
  - Bir plan yapıldı; birey sağlıklı beslenme ve egzersiz konusunda bilgilendirildi ve bu yöntemleri değerlendirerek kendisi için uygun olan bir yöneme karar vermesi sağlandı.
  - Bağlılığın ortaya çıkarılmasını içeren bir ortak karar alma süreci; bireyin planı onaylaması istendi.
9. Bireyin, bu süreçte kendisine yardımcı olabilecek destek kaynaklarını ve bunlardan nasıl yararlanabileceğini belirlemesi ve değişme yönelik duygularını yazması istendi.
10. Ev ödevi verildi.

11. Bir sonraki görüşmenin amacı ve zamanı belirlendi.

7) Çözümleme Aşaması (Altıncı Görüşme)

Amaç: Değişim planına bağlılığı sürdürmek; programı sonlandırmak ve değerlendirmek, son testleri uygulamak, tedavinin devamlılığını sağlamak.

1. Bir önceki oturum özetlendi.

2. Ev ödevi değerlendirildi.

3. Görüşmenin amacı belirtildi.

4. Bireyin uyguladığı değişim planının sonuçlarını konuşması istendi. Olumlu deneyimlerinden bahsederken takdir edildi. Olumsuz deneyimlerinin nedenlerini farketmesi sağlandı.

5. Bireyin hiçbir şeyi değiştirmek zorunda olmadığı, eğer değiştirmek isterse bunun olacağı söylenerek kişisel kontrolü vurgulandı ve bağlılığı sürdürme isteğini tekrarlaması sağlandı.

6. Bireye değişimi ile ilgili özetleme yapılarak geldiği noktadan mutlu olduğu söylenerek desteklendi.

7. Bireylerden geri bildirim alındı.

8. Kişisel Bilgi Formu, ŞİİÖ ve İÜBDÖ uygulandı.

9. Bireylere bu görüşmeden sonraki 3. Ayda telefon ile aranacakları ve Kişisel Bilgi Formu, ŞİİÖ ve İÜBDÖ'nin tekrar uygulanacağı ve neler yaptıkları sorulacağı hakkında bilgi verildi.

### **3.11.3. Şizofreni Hastaları için Eğitim Kitapçığı**

Bu araştırmada kontrol grubuna herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Müdahale bittikten sonra kontrol grubundaki bireylere konuyla ilgili literatür doğrultusunda (Bulut vd 2016, Castle vd 2017, Townsend 2015, Yılmaz ve Okanlı 2018) hazırlanan eğitim kitapçığı verilmiştir. Kitapçık araştırmacı tarafından, son literatürde belirtilen şizofreni hasta eğitim içeriğine göre hazırlanmıştır. Kitapçığın içeriği Ek-8'de sunulmuştur.

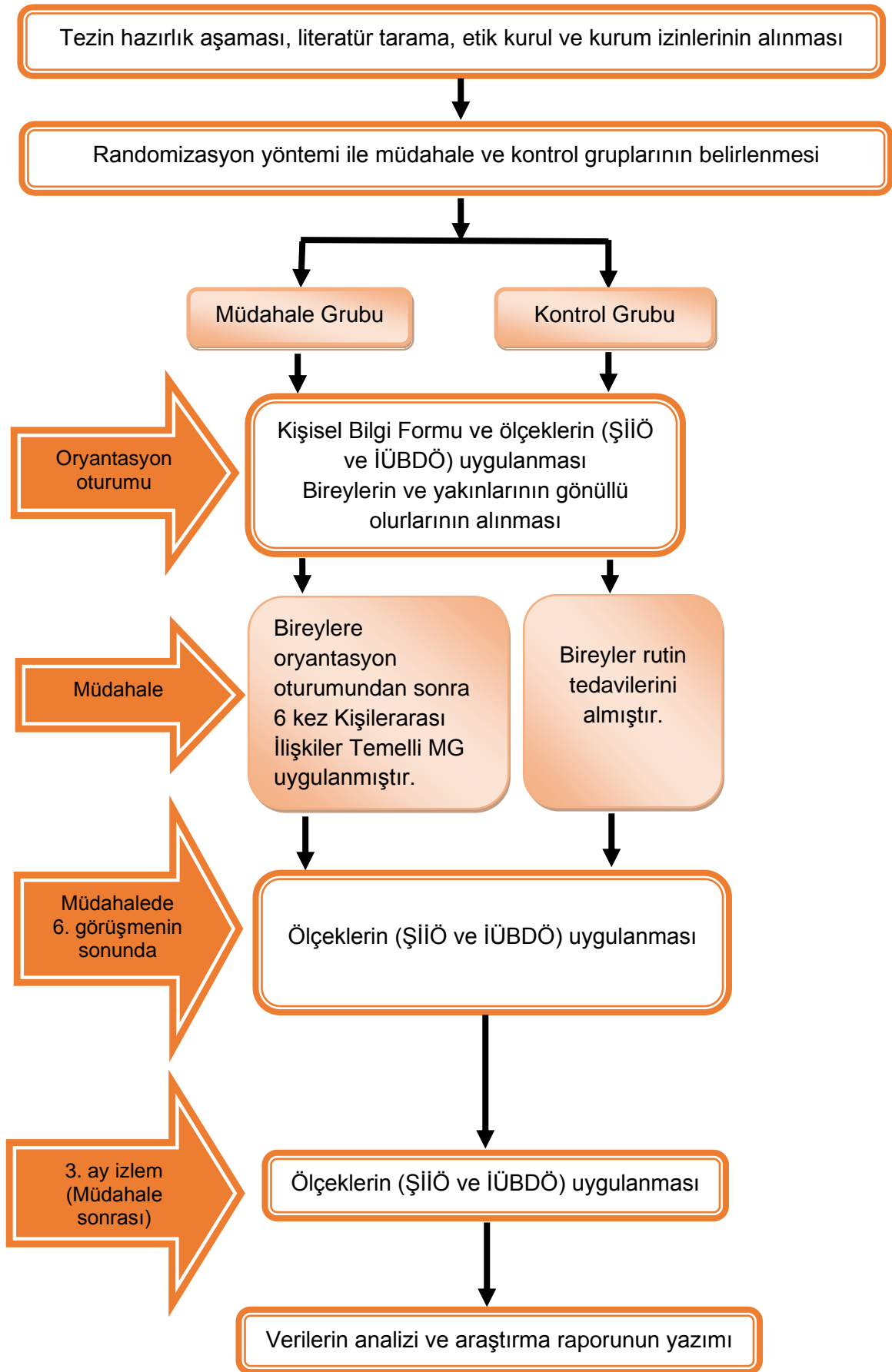
### **3.12. Verilerin Toplanması**

Örnekleme dahil olma kriterlerini taşıyan müdahale ve kontrol grubunun belirlenmesinden sonra Oryantasyon Aşaması'nda bireylere "Kişisel Bilgi Formu", "ŞİİÖ" ve "İÜBDÖ" uygulanmıştır. Müdahale grubunun son görüşmelerinin bitiminde ölçüm araçları ikinci kez uygulanmıştır. Müdahale grubunun görüşmeleri tamamlandığında kontrol grubundaki bireylere de ölçüm araçları tekrar uygulanmıştır.

Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin izlemi, müdahale sonrası veri kaybı (sağlık, taşınma ve ölüm gibi) yaşamamak adına 3. ayda yapılmıştır. Veri toplama araçlarındaki sorular, araştırmacı tarafından bireylere okunarak, alınan cevaplar doğrultusunda doldurulmuştur. Veri toplama araçlarının uygulanma süresi yaklaşık olarak 20-25 dakika sürmüştür.

### 3.13. Müdahalenin Uygulanması

Müdahale grubundaki bireylere Oryantasyon Aşaması'nda Kişilerarası İlişkiler Kuramı Temelli MG ile ilgili bilgi verilmiştir. Müdahale grubundaki hastalara Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Psikiyatri Hastanesi'nin görüşme odasında Kişilerarası İlişkiler Kuramı Temelli MG içeriği araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Müdahale grubundaki her birey ile "Oryantasyon Aşaması"nın ardından her hafta 1 görüşme olmak üzere toplam 6 görüşme her bireye uygun olacak gün ve saatte gerçekleştirilmiştir. Müdahale ve kontrol grubunda yer alan bireylere ölçüm araçları (Kişisel bilgi formu, ŞİİÖ ve İÜBDÖ); Oryantasyon Aşaması'nda, müdahaleden hemen sonra (6. görüşmenin sonunda) ve müdahaleden sonra 3. ayda uygulanmıştır. Müdahale grubundaki hastalara Kişilerarası İlişkiler Kuramı Temelli MG oturumları bireysel olarak gerçekleştirilmiş olup, her bir görüşme ortalama 30-40 dakika sürmüştür. Görüşmeler Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Psikiyatri Hastanesi'ne ait görüşme odasında, yüz yüze görüşme yöntemi tekniği ile yapılmıştır. Görüşmelerin başlangıcından 15-20 dakika sonra hastaların dinlenmesi için yaklaşık 10 dakika görüşmeye ara verilmiştir. Bireylerin başarısı takdir edilmiştir. Müdahale grubuna katılan her bireye oryantasyon oturumunun sonunda teşvik materyalleri verilmiştir. Teşvik materyallerinin bireylerin değişiminin desteklenmesi ve motivasyonun artırılması konusunda önemli bir faktör olduğu literatürde belirtilmiştir (Brown vd 2010, Can Gür ve Okanlı 2019). Araştırma boyunca müdahale ve kontrol grubundaki bireyler rutin tedavilerini almaya devam etmiştir. Bu sürede kontrol grubuna rutin tedavileri dışında herhangi bir müdahale uygulanmamıştır. Çalışmanın sonunda kontrol grubuna eğitim ve konuyla ilgili hazırlanan broşürler verilmiştir.



3.13.1 Araştırmanın aşamaları

### 3.14. Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 24.0 adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Sürekli değişkenler ortalama  $\pm$  standart sapma ve kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Parametrik yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri) ve üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Repeated Measures" test (F-tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri) ve üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Friedman" test ( $\chi^2$ -tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Ayrıca sürekli değişkenlerin arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman ya da Pearson korelasyon analizleri kullanılmıştır. İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde beklenen değer düzeylerine göre "Fisher-Exact", "süreklilik düzeltmesi" veya "Pearson- $\chi^2$ " çapraz tabloları kullanılmıştır. İç tutarlılık Cronbach alpha değeri ile gösterilmiştir. Çalışma %95 güven düzeyinde incelenmiş olup, p değeri 0,05'ten küçük istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

### 3.15. Araştırmacının Eğitimi

Araştırmacı danışmanlık yeterliliği sağlamak için 16 saatlik teorik ve uygulamalı "Motivasyonel Görüşme Tekniği Kursu" (Ağustos-2019) eğitimini tamamlamış ve katılım belgesi (Ek-9) almıştır. Ayrıca; araştırmacı 8 saatlik teorik ve uygulamalı "Kronik Psikiyatri Hastaları ile Çalışan Hemşireler için Motivasyonel Görüşme Becerileri" eğitimini (Kasım-2018) tamamlamış ve katılım belgesi (Ek-10) almıştır.

### 3.16. Araştırmanın Etik Yönü ve Etik Kurul Onayı

Çalışma Helsinki Bildirgesi ilkelerine göre gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya başlamadan önce Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Etik kurul tarih/sayı: 25.09.2019/16 ve evrak sayı no: 60116787-020/66901) (Ek-11). Araştırmanın etik kurul izni alındıktan sonra uygulanabilmesi için kurum izni alınmıştır (Ek-12). Araştırmada kullanılan ŞİİÖ (Ek-13) ve İBDÖ ölçek izni (Ek-14) ölçek sahiplerinden yazılı olarak alınmıştır. Araştırmanın

amacı, uygulanması, araştırmaya katılmanın gönüllülüğü ve istediği zaman ayrılacağı hakkında her katılımcıya bilgi verildikten sonra, katılmak isteyenlere ve birinci dereceden yakınlarına gönüllü olur formu verilerek sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (Ek-15).

### 3.17. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada izlemin sadece bir kez yapılması çalışmanın sınırlılıklarındandır. Ayrıca bu araştırmanın bulgularından elde edilen sonuçlar sadece çalışma grubuna genellenebilir.

### 3.18. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Araştırma Sürecindeki Aşamalar	Eylül 2019-Haziran 2021	Eylül 2019	Eylül-Ekim 2019	Kasım-Aralık 2019	Kasım 2019	Ocak 2020-Şubat 2021	Şubat 2020	Şubat-Mart 2021	Şubat-Haziran 2021	Temmuz 2021
Literatür Taraması	✓									
Araştırmacının Eğitimi		✓								
Etik Kurul İzininin Alınması		✓								
Tez Önerisi Yazma			✓							
Kurum İzininin Alınması				✓						
Uzman Görüşlerinin Alınması					✓					
Uygulama						✓				
BAP (Bilimsel Araştırma Projeleri) Başvurusunun Yapılması							✓			
Verilerin Değerlendirilmesi								✓		
Tez Yazımı									✓	
Tez Savunması										✓

Şekil 3.18.1 Araştırmanın başlama ve bitirme sürecinin zamana göre dağılımı



#### 4. BULGULAR

Araştırmadan saptanan bulgular dört bölümde sunulmuştur.

4.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Sosyodemografik ve Tedavi Sürecine Yönelik Özelliklerini İçeren Bulgular.

4.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Müdahale Öncesi, Müdahale Sonrası ve Müdahaleden Sonraki 3. Ay İzlem ŞİİÖ ve İÜBDÖ Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılmasına ait Bulgular.

4.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Müdahale Öncesi, Müdahale Sonrası ve Müdahaleden Sonraki 3. Ay İzlem ŞİİÖ ve İÜBDÖ Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılmasına ait Bulgular.

4.4. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Müdahale Öncesi, Müdahale Sonrası ve Müdahaleden Sonraki 3. Ay İzlemede ŞİİÖ ile İÜBDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye ait Bulgular.

#### 4.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Sosyodemografik ve Tedavi Sürecine Yönelik Özelliklerini İçeren Bulgular

**Tablo 4.1.1** Müdahale ve kontrol grubundakilerin sosyodemografik özellikleri (n=40)

Değişken	Müdahale Grubu (n=20)		Kontrol Grubu (n=20)		İstatistiksel Analiz* p
	n	%	n	%	
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	7	35,0	7	35,0	$\chi^2=0,000$
Erkek	13	65,0	13	65,0	$p=1,000$
<b>Eğitim düzeyi</b>					
Okuryazar değil	-	-	1	5,0	
İlköğretim	6	30,0	6	30,0	$\chi^2=1,200$
Ortaöğretim	11	55,0	11	55,0	$p=0,753$
Üniversite ve üzeri	3	15,0	2	10,0	
<b>Medeni durum</b>					
Bekar	16	80,0	17	85,0	$\chi^2=0,173$
Evli	4	20,0	3	15,0	$p=0,677$
<b>Çalışma durumu</b>					
Çalışmıyor	17	85,0	17	85,0	$\chi^2=0,000$
Çalışıyor	3	15,0	3	15,0	$p=1,000$
	$\bar{X} \pm S.S.$	Min-Max	$\bar{X} \pm S.S.$	Min-Max	
Yaş (yıl)	29,75 $\pm$ 7,28	21-45	29,70 $\pm$ 6,42	22-42	$Z=-0,041$ $p=0,968$

\*İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde beklenen değer düzeylerine göre "Fisher-Exact", "süreklilik düzeltmesi" veya "Pearson- $\chi^2$  çapraz tabloları"; normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.1.1'de araştırmaya katılan müdahale ve kontrol gruplarındaki bireylerin sosyodemografik özellikleri verilmiştir. Müdahale grubunda yer alan bireylerin yaş ortalamaları 29,75 $\pm$ 7,28'dir. Katılımcıların %65'i (n=13) erkek, %35'i (n=7) kadın; %30'u (n=6) ilköğretim mezunu, %55'i ortaöğretim mezunu ve %15'i (n=3) üniversite mezunudur. Araştırmaya katılan müdahale grubundaki bireylerin %80'inin (n=16) bekar, %20'sinin (n=4) evli olduğu; %85'inin herhangi bir işte çalışmadığı ve %15'inin ise (n=3) çalıştığı belirlenmiştir. Çalışmayan katılımcıların %18'i (n=6) malulen emekli olduğunu ve %82'si (n=29) ise hiçbir gelirin olmadığını belirtmiştir.

Kontrol grubunda yer alan bireylerin yaş ortalamaları 29,70 $\pm$ 6,42'dir. Katılımcıların %65'i (n=13) erkek, %35'i (n=7) kadın olup; %30'u (n=6) ilköğretim mezunu, %55'i ortaöğretim mezunu ve %10'u (n=2) üniversite mezunu olup; %5'i (n=1) okuma yazma bilmemektedir. Araştırmaya katılan müdahale grubundaki bireylerin %85'inin (n=17) bekar, %15'inin (n=3) evli olduğu; %85'inin herhangi bir işte çalışmadığı ve %15'inin (n=3) çalıştığı belirlenmiştir.

Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin gruplar arası yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $p>0,05$ ). Müdahale ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikler bakımından homojen olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.1.2** Müdahale ve kontrol grubundakilerin tedaviye yönelik özellikleri (n=40)

Değişken	Müdahale Grubu (n=20)		Kontrol Grubu (n=20)		İstatistiksel Analiz*  p
	n	%	n	%	
<b>Yatış sıklığı</b>					
Yılda 1 kez	15	75,0	18	90,0	p=0,407
Yılda 2-3 kez	5	25,0	2	10,0	
<b>Gereksinimleri karşılama durumu</b>					
Kendi kendine	7	35,0	10	50,0	$\chi^2=0,409$ p=0,522
Ara sıra destekle	13	65,0	10	50,0	
<b>İlaç alma durumu</b>					
Alıyor	7	35,0	2	10,0	$\chi^2=13,588$ p=0,102
Almıyor	-	-	2	10,0	
Diğer (düzensiz)	13	65,0	16	80,0	
<b>Tedavi düşüncesi</b>					
İşe yaramıyor	1	5,0	4	20,0	$\chi^2=2,133$ p=0,344
İşe yarıyor	4	20,0	4	20,0	
Henüz emin değil	15	75,0	12	60,0	
<b>Daha önce tedaviyi bırakma</b>					
Evet	20	100,0	19	95,0	$\chi^2=1,026$ p=0,311
Hayır	-	-	1	5,0	
<b>Tedaviyi bırakma nedeni</b>					
Yan etkisi olması	12	36,4	15	44,1	$\chi^2=5,079$ p=0,406
Unutkanlık	2	6,1	-	-	
Tedavi faydasız	3	9,1	6	17,6	
İlaç temin zorluğu	-	-	1	2,9	
İlaçsız başarıma	8	24,2	5	14,8	
İhtiyacı olmama	8	24,2	7	20,6	
	<b><math>\bar{X} \pm S.S.</math></b>	<b>Medyan [IQR]</b>	<b><math>\bar{X} \pm S.S.</math></b>	<b>Medyan [IQR]</b>	
<b>Şizofreni tanısı alma süresi (yıl)</b>	9,10 $\pm$ 5,07	7,0 [10,0]	8,10 $\pm$ 3,43	7,0 [5,8]	Z=-0,368 p=0,713

\*İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde beklenen değer düzeylerine göre "Fisher-Exact", "süreklilik düzeltmesi" veya "Pearson- $\chi^2$  çapraz tabloları"; normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Müdahale ve kontrol grubundakilerin hastalık ve tedavi sürecine yönelik özellikleri Tablo 4.1.2'de yer almaktadır. Müdahale grubundakilerin şizofreni tanısı alma süresi ortalaması 9,10 $\pm$ 5,07 olarak bulunmuştur. Grubun %75'i (n=15) yılda bir kez, %25'i (n=5) yılda 2-3 kez hastanede yatarak tedavi görmekte olup; %65'i (n=13) gereksinimlerini bakım vericinin ara sıra desteği ile karşılayabildiğini belirtmiştir.

Müdahale grubundaki bireylerin %65'inin (n=13) ilaçları düzensiz kullandığı, %35'inin (n=7) ilaçlarını düzenli kullandığı belirlenmiştir. Bu gruptakilerin %75'inin (n=15) tedavinin işe yaradığından emin olmadığı, %20'sinin (n=4) tedavinin işe yaradığı ve %5'inin (n=1) ise tedavinin işe yaramadığı düşüncesinde olduğu tespit edilmiştir. Gruptaki tüm bireylerin daha önce tedaviyi bıraktığı ve bireylerin %36,4'ünün (n=12) tedavinin yan etkisi olmasından, %24,2'sinin, (n=8) hastalığı ilaçsız yenebilmesinden ve ilaca ihtiyacı olmamasından, %9,1'inin (n=3) tedaviyi faydasız bulmasından ve %6,1'inin (n=2) ise unutkanlık sebebi nedeniyle tedaviyi bıraktıkları belirlenmiştir.

Kontrol grubunda yer alan bireylerin şizofreni tanısı alma süresi ortalaması  $8,10 \pm 3,43$  olarak bulunmuştur. Grubun %90'ı (n=18) yılda bir kez, %10'u (n=2) yılda 2-3 kez hastanede yatarak tedavi görmekte olup; %50'si (n=10) kendi gereksinimlerini bakım vericinin ara sıra desteği ile karşılayabildiğini belirtmiştir. Kontrol grubundaki bireylerin %80'inin (n=16) ilaçları düzensiz kullandığı, %60'ının (n=12) tedavinin işe yaradığından emin olmadığı düşüncesinde olduğu tespit edilmiştir. Gruptaki tüm bireylerin %95'inin (n=19) daha önce tedaviyi bıraktığı, sadece 1 kişinin tedavisini daha önce bırakmadığı bulgulanmıştır. Kontrol grubundaki bireylerin %44,1'inin (n=15) tedavinin yan etkisi olması, %20,6'sının (n=7) ilaca ihtiyacı olmaması, %17,6'sının (n=6) tedaviyi faydasız bulması, %14,8'inin (n=5) hastalığı ilaçsız yenebilmesi, %2,9'unun (n=1) ise ilacı temin etmedeki zorluk nedeniyle tedaviyi bıraktıkları saptanmıştır.

Müdahale ve kontrol grubundaki bireyler gruplar arası şizofreni tanı süresi, yatış sıklığı, gereksinimini karşılama durumu, ilaç alma durumları, tedavi ile ilgili düşüncesi, daha önce tedaviyi bırakma durumu ve tedaviyi bırakma nedeni açısından farklılık olmadığı ve istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Kontrol ve müdahale grubunun hastalık ve tedavi sürecine yönelik özellikler bakımından homojen olduğu belirlenmiştir.

#### 4.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Müdahale Öncesi, Müdahale Sonrası ve Müdahaleden Sonraki 3. Ay İzlem ŞiiÖ ve İÜBDÖ Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

**Tablo 4.2.1** Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale öncesi ŞiiÖ puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması (n=40)

	Müdahale Grubu (n=20)		Kontrol Grubu (n=20)		İstatistiksel Analiz* p
	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	
Sosyal işlevsellik	15,30±3,04	15,0 [4,8]	18,50±6,11	20,5 [12,0]	Z=-1,587 p=0,113
Sağlık ve Tedavi	7,85±1,69	8,0 [3,0]	9,90±3,40	10,5 [6,3]	t=-2,413 p=0,123
Günlük Yaşam Becerileri	11,60±2,70	11,0 [3,8]	16,50±4,67	18,5 [8,0]	Z=-3,044 p=0,062
Mesleki İşlevsellik	4,10±1,54	4,0 [2,0]	5,50±1,96	6,0 [3,0]	Z=-1,467 p=0,142
<b>ŞiiÖ**</b>	39,35±5,81	39,0 [6,3]	50,40±15,06	58,5 [29,3]	Z=-2,154 p=0,231

\*Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri); normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

\*\*ŞiiÖ: Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

Tablo 4.2.1'de müdahale ve kontrol grubunda yer alan katılımcıların müdahale öncesi ŞiiÖ puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması görülmektedir. Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin gruplar arası ŞiiÖ Sosyal İşlevsellik, Sağlık ve Tedavi, Günlük Yaşam Becerileri, Mesleki İşlevsellik alt boyutları ve toplam ŞiiÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yoktur ( $p>0.05$ ). Hastaların müdahale ve kontrol grubuna homojen olarak dağıldığı tespit edilmiştir.

**Tablo 4.2.2** Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahaleden sonrası ŞİİÖ puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması (n=40)

Değişken	Müdahale Grubu (n=20)		Kontrol Grubu (n=20)		İstatistiksel Analiz* p
	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	
Sosyal İşlevsellik	18,05±6,02	17,0 [4,8]	17,30±3,42	19,5 [12,8]	Z=-1,502 <b>p=0,016</b>
Sağlık ve Tedavi	9,70±2,05	9,5 [3,8]	9,55±3,30	10,0 [5,5]	t=1,173 <b>p=0,000</b>
Günlük Yaşam Becerileri	16,25±4,40	15,0 [3,8]	14,90±2,83	17,5 [8,0]	Z=-1,265 <b>p=0,005</b>
Mesleki İşlevsellik	5,30±1,78	4,5 [2,0]	4,59±1,34	5,5 [3,0]	Z=-0,523 p=0,601
<b>ŞİİÖ**</b>	49,15±14,29	47,5 [7,8]	46,90±7,64	54,0 [28,0]	Z=-0,677 <b>p=0,048</b>

\*Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri); normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

\*\*ŞİİÖ: Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale sonrası ŞİİÖ puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.2.2'dedir. Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin gruplar arası müdahale sonrası ŞİİÖ Sosyal İşlevsellik, Sağlık ve Tedavi, Günlük Yaşam Becerileri alt boyutları ve toplam ŞİİÖ son test puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Tablo incelendiğinde müdahale grubunda yer alan bireylerin ŞİİÖ Sosyal İşlevsellik (18,05±6,02) puanlarının kontrol grubundakilerden (17,30±3,42) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yine müdahale grubundakilerin Sağlık ve Tedavi (9,70±2,05) alt boyut puanlarının kontrol grubundakilerden (9,55±3,30) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Günlük Yaşam Becerileri puan ortalamalarının müdahale grubundakilerin (16,25±4,40) kontrol grubundakilerden (14,90±2,83); toplam ŞİİÖ son test puan ortalamalarının müdahale grubundakilerin (49,15±14,29) kontrol grubundakilerden (46,90±7,64) daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin müdahale sonrası ŞİİÖ Mesleki İşlevsellik alt boyutu puan ortalamalarının gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $Z = -0,523$ ,  $p = 0,601$ ) (Tablo 4.2.2).

**Tablo 4.2.3** Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahaleden sonraki 3. ay izlem ŞİİÖ puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması (n=40)

Değişken	Müdahale Grubu (n=20)		Kontrol Grubu (n=20)		İstatistiksel Analiz* p
	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	
Sosyal İşlevsellik	18,05±3,03	18,0 [4,5]	17,75±6,15	19,0 [12,8]	Z=-1,068 <b>p=0,046</b>
Sağlık ve Tedavi	10,10±1,97	10,0 [2,8]	9,30±3,31	9,5 [6,5]	Z=-2,450 <b>p=0,009</b>
Günlük Yaşam Becerileri	17,15±2,70	17,0 [4,0]	15,75±4,30	16,5 [6,8]	Z=-1,666 <b>p=0,005</b>
Mesleki İşlevsellik	5,25±1,33	5,0 [2,0]	5,25±1,74	4,5 [3,0]	Z=-0,180 p=0,857
<b>ŞİİÖ**</b>	50,55±6,61	51,5 [9,8]	48,05±14,45	52,5 [27,8]	Z=-0,190 p=0,850

\*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında Mann-Whitney U test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

\*\*ŞİİÖ: Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

Tablo 4.2.3'te müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin müdahale sonrası 3. ay izlem ŞİİÖ puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılmasının dağılımı verilmiştir. Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin gruplar arası ŞİİÖ Sosyal İşlevsellik, Sağlık ve Tedavi, Günlük Yaşam Becerileri alt boyutları müdahale sonrası 3. ay izlem puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p < 0.05$ ). Tabloya göre; müdahale grubundakilerin ŞİİÖ Sosyal İşlevsellik (18,05±3,03) puanlarının kontrol grubundakilerinden (17,75±6,15) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yine tablo incelendiğinde müdahale grubundakilerin Sağlık ve Tedavi (10,10±1,97) alt boyut puanlarının kontrol grubundakilerin (9,30±3,31) puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca müdahale grubundakilerin ŞİİÖ Günlük Yaşam Becerileri (17,15±2,70) alt boyutunun kontrol grubundakilerinden (15,75±4,30) daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin gruplar arası müdahaleden sonraki 3. ay izlemde Mesleki İşlevsellik alt boyutunda ve toplam ŞİİÖ puan ortalamalarında istatistiksel açıdan farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ) (Tablo 4.2.3).

**Tablo 4.2.4** Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale öncesi İÜBDÖ puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması (n=40)

Değişken		İÜBDÖ**
Müdahale grubu (n=20)	$\bar{X} \pm S.S.$	9,45±1,43
	Medyan [IQR]	10,0 [1,0]
Kontrol grubu (n=20)	$\bar{X} \pm S.S.$	9,50±2,86
	Medyan [IQR]	10,0 [4,5]
İstatistiksel Analiz*		Z=-2,965
p		p=0,075

\*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında Mann-Whitney U test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

\*\*İÜBDÖ: İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği

Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale öncesi İÜBDÖ puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılmasının dağılımı Tablo 4.2.4'te verilmiştir. Müdahale öncesi müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin gruplar arası İÜBDÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Z=-2,965, p=0,075) (Tablo 4.2.4).

**Tablo 4.2.5** Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale sonrası İÜBDÖ puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması (n=40)

Değişken		İÜBDÖ**
Müdahale grubu (n=20)	$\bar{X} \pm S.S.$	10,65±2,28
	Medyan [IQR]	8,0 [3,0]
Kontrol grubu (n=20)	$\bar{X} \pm S.S.$	9,90±3,35
	Medyan [IQR]	11,0 [5,8]
İstatistiksel Analiz*		Z=-2,475
p		p=0,013

\*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında Mann-Whitney U test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

\*\*İÜBDÖ: İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği

Tablo 4.2.5'te müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale sonrası İÜBDÖ puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması yer almaktadır. Müdahale grubundaki bireylerin İÜBDÖ puan ortalaması (10,65±2,28), kontrol grubundaki bireylerin İÜBDÖ puan ortalamasından (9,90±3,35) daha yüksek olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Z=-2,475, p=0,013) (Tablo 4.2.5).



**Tablo 4.2.6** Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahaleden sonraki 3. ay izlem İÜBDÖ puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması (n=40)

Değişken		İÜBDÖ**
Müdahale grubu (n=20)	$\bar{X} \pm S.S.$	11,15±2,48
	Medyan [IQR]	11,0 [2,8]
Kontrol grubu (n=20)	$\bar{X} \pm S.S.$	9,10±2,75
	Medyan [IQR]	10,0 [4,8]
İstatistiksel Analiz*		Z=-2,096
p		<b>p=0,036</b>

\*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında Mann-Whitney U test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

\*\*İÜBDÖ: İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği

Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahaleden sonraki 3. ay izlem İÜBDÖ puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.2.6'dadır. Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin İÜBDÖ puan ortalaması (11,15±2,48), kontrol grubundaki bireylerin İÜBDÖ puan ortalamasından (9,10±2,75) daha yüksek olduğu saptanmış ve aralarındaki bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir (Z=-2,096, p=0,036) (Tablo 4.2.6).

### 4.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Müdahale Öncesi, Müdahale Sonrası ve Müdahaleden Sonraki 3. Ay İzlem ŞiiÖ ve İÜBDÖ Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

**Tablo 4.3.1** Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale öncesi, müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki 3. ay izlem ŞiiÖ puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması

Değişken		Müdahale Grubu (n=20)		Kontrol Grubu (n=20)	
		$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]
Sosyal İşlevsellik	Ön <sup>(1)</sup>	15,30±3,04	15,0 [4,8]	18,50±6,11	20,5 [12,0]
	Son <sup>(2)</sup>	18,05±6,02	17,0 [4,8]	17,30±3,42	19,5 [12,8]
	İzlem <sup>(3)</sup>	18,05±3,03	18,0 [4,5]	17,75±6,15	19,0 [12,8]
<b>İstatistiksel Analiz*</b>		F=30,016		$\chi^2=12,389$	
<b>p</b>		<b>p=0,000</b>		<b>p=0,002</b>	
<b>Fark</b>		<b>[1-2,3]</b>		<b>[1-3]</b>	
Sağlık ve Tedavi	Ön <sup>(1)</sup>	7,85±1,69	8,0 [3,0]	9,90±3,40	10,5 [6,3]
	Son <sup>(2)</sup>	9,70±2,05	9,5 [3,8]	9,55±3,30	10,0 [5,5]
	İzlem <sup>(3)</sup>	10,10±1,97	10,0 [2,8]	9,30±3,31	9,5 [6,5]
<b>İstatistiksel Analiz*</b>		F=29,302		$\chi^2=5,511$	
<b>p</b>		<b>p=0,000</b>		<b>p=0,064</b>	
<b>Fark</b>		<b>[1-2,3]</b>		<b>-</b>	
Günlük Yaşam Becerileri	Ön <sup>(1)</sup>	11,60±2,70	11,0 [3,8]	16,50±4,67	18,5 [8,0]
	Son <sup>(2)</sup>	16,25±4,40	15,0 [3,8]	14,90±2,83	17,5 [8,0]
	İzlem <sup>(3)</sup>	17,15±2,70	17,0 [4,0]	15,75±4,30	16,5 [6,8]
<b>İstatistiksel Analiz*</b>		F=42,413		$\chi^2=12,280$	
<b>p</b>		<b>p=0,000</b>		<b>p=0,002</b>	
<b>Fark</b>		<b>[1-2,3] [2-3]</b>		<b>[1-3]</b>	
Mesleki İşlevsellik	Ön <sup>(1)</sup>	4,10±1,54	4,0 [2,0]	5,50±1,96	6,0 [3,0]
	Son <sup>(2)</sup>	5,30±1,78	4,5 [2,0]	4,59±1,34	5,5 [3,0]
	İzlem <sup>(3)</sup>	5,25±1,33	5,0 [2,0]	5,25±1,74	4,5 [3,0]
<b>İstatistiksel Analiz*</b>		F=6,273		$\chi^2=1,455$	
<b>p</b>		<b>p=0,309</b>		<b>p=0,483</b>	
<b>Fark</b>		<b>-</b>		<b>-</b>	
<b>ŞiiÖ**</b>	Ön <sup>(1)</sup>	39,35±5,81	39,0 [6,3]	50,40±15,06	58,5 [29,3]
	Son <sup>(2)</sup>	49,15±14,29	47,5 [7,8]	46,90±7,64	54,0 [28,0]
	İzlem <sup>(3)</sup>	50,55±6,61	51,5 [9,8]	48,05±14,45	52,5 [27,8]
<b>Test değeri</b>		F=68,671		$\chi^2=14,451$	
<b>p</b>		<b>p=0,000</b>		<b>p=0,081</b>	
<b>Fark</b>		<b>[1-2,3] [2-3]</b>		<b>-</b>	

\*Normal dağılıma sahip olan verilerde üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında Repeated Measures test (F-tablo değeri); normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında Friedman test ( $\chi^2$ -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

\*\*ŞiiÖ: Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

Tablo 4.3.1'de müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin müdahale öncesi, müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki 3. ay izlem ŞiiÖ puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması bulunmaktadır. Müdahale grubundaki bireylerin grup içi müdahale

öncesi, müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki 3. ay izlem ŞİİÖ Sosyal İşlevsellik, Sağlık ve Tedavi, Günlük Yaşam Becerileri alt boyutları ve toplam puan ortalamalarında istatistiksel anlamlılık tespit edilmiştir. Tablo incelendiğinde; müdahale grubundakilerin müdahale sonrası Sosyal İşlevsellik puan ortalaması ( $18,05 \pm 6,02$ ) ve müdahaleden sonraki 3. ay izlem puan ortalaması ( $18,05 \pm 3,03$ ), müdahale öncesi puanından ( $15,30 \pm 3,04$ ) istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ( $F=30,016$ ,  $p=0,000$ ). Ayrıca müdahale grubundakilerin müdahale sonrası Sağlık ve Tedavi alt boyut puanı ( $9,70 \pm 2,05$ ) ve müdahaleden sonraki 3. ay izlem puan ortalaması ( $10,10 \pm 1,97$ ), müdahale öncesi puan ortalamasından ( $7,85 \pm 1,69$ ) istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ( $F=29,302$ ,  $p=0,000$ ). Müdahale grubundakilerin müdahale öncesi grup içi Günlük Yaşam Becerileri puan ortalaması ( $11,60 \pm 2,70$ ), müdahale sonrası ( $16,25 \pm 4,40$ ) ve müdahaleden sonraki 3. ay izlemde ( $17,15 \pm 2,70$ ) yükselmiştir. Grup içi ortalamalar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $F=42,413$ ,  $p=0,000$ ). Müdahale grubundaki katılımcıların ŞİİÖ toplam müdahale öncesi puan ortalaması ( $39,35 \pm 5,81$ ), müdahale sonrası ( $49,15 \pm 14,29$ ) ve müdahaleden sonraki 3. ay izlemde ( $50,55 \pm 6,61$ ) yükseldiği saptanmıştır. Ortalamalar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $F=68,671$ ,  $p=0,000$ ). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar hesaplanmıştır. Anlamlı farkın müdahale öncesi ile müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki 3. ay arasında olduğu tespit edilmiştir. Fakat müdahale grubundaki bireylerin müdahale öncesi, müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki 3. ay izlem ŞİİÖ Mesleki İşlevsellik alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $F=6,273$ ,  $p=0,309$ ).

Kontrol grubundaki bireylerin grup içi müdahale öncesi, müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki 3. ay izlem Sosyal İşlevsellik ve Günlük Yaşam Becerileri alt boyut puan ortalamalarındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Tabloya göre; kontrol grubundakilerin müdahale öncesi Sosyal İşlevsellik alt boyut puan ortalaması ( $18,05 \pm 6,02$ ), müdahaleden sonraki 3. ay izlem puan ortalamasından ( $17,75 \pm 6,15$ ) istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ( $\chi^2=12,389$ ,  $p=0,002$ ). Ayrıca kontrol grubundakilerin müdahale öncesi Günlük Yaşam Becerileri alt boyut puan ortalaması ( $16,50 \pm 4,67$ ), müdahale sonrası ( $14,90 \pm 2,83$ ) ve müdahaleden sonraki 3. ay izlem puan ortalamasından ( $15,75 \pm 4,30$ ) istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır ( $\chi^2=12,280$ ,  $p=0,002$ ). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar hesaplanmıştır. Anlamlı farkın

müdahale öncesi ve müdahaleden sonraki 3. ay arasında olduğu tespit edilmiştir. Öte yandan bu gruptaki bireylerin müdahale öncesi, müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki 3. ay izlemde Sağlık ve Tedavi, Mesleki İşlevsellik alt boyutları ve ŞİÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklığın olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.2.6).

**Tablo 4.3.2** Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale öncesi, müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki 3. ay izlem İÜBDÖ puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması

Değişken	Müdahale grubu (n=20)		Kontrol grubu (n=20)		
	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	
İÜBDÖ**	Ön <sup>(1)</sup>	7,65±2,28	8,0 [3,0]	9,90±3,35	11,0 [5,8]
	Son <sup>(2)</sup>	9,45±1,43	10,0 [1,0]	9,50±2,86	10,0 [4,5]
	İzlem <sup>(3)</sup>	11,15±2,48	11,0 [2,8]	9,10±2,75	10,0 [4,8]
İstatistiksel Analiz*	F=17,112		$\chi^2=5,570$		
P	p=0,000		p=0,062		
Fark	[1-2,3] [2-3]		-		

\*Normal dağılıma sahip olan verilerde üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Repeated Measures" test (F-tablo değeri); normal dağılıma sahip olmayan verilerde; üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Friedman" test ( $\chi^2$ -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

\*\*İÜBDÖ: İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği

Tablo 4.3.2'de müdahale grubundaki bireylerin müdahale öncesi, müdahale sonrası ve müdahale sonraki 3. ay izlem İÜBDÖ puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması yer almaktadır. Müdahale grubundaki bireylerin müdahale öncesi, müdahale sonrası ve müdahale sonraki 3. ay izlem İÜBDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (F=17,112, p=0,000). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Bu karşılaştırmalara göre; müdahale grubundaki bireylerin müdahale sonrası (9,45±1,43) ve müdahale sonraki 3. ay izlem İÜBDÖ puan ortalamaları (11,15±2,48), müdahale öncesi İÜBDÖ puan ortalamasına (7,65±2,28) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca müdahale grubundaki bireylerin müdahale sonraki 3. ay izlem İÜBDÖ puan ortalaması (11,15±2,48), müdahale sonrası İÜBDÖ puan ortalamasına (9,45±1,43) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki bireylerin grup içi müdahale öncesi, müdahale sonrası ve müdahale sonraki 3. ay izlem İÜBDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $\chi^2=5,570$ , p=0,062) (Tablo 4.3.2).

#### 4.4. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Müdahale Öncesi, Müdahale Sonrası ve Müdahaleden Sonraki 3. Ay İzlem ŞİİÖ ile İÜBDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye ait Bulgular

**Tablo 4.4.1** Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale öncesi ŞİİÖ ile İÜBDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=40)

Değişken	Korelasyon* p	İÜBDÖ***	
		Müdahale Grubu	Kontrol Grubu
Sosyal işlevsellik	<i>r</i>	0,259	0,724
	<i>p</i>	0,271	0,089
Sağlık ve Tedavi	<i>r</i>	0,040	0,709
	<i>p</i>	0,866	0,127
Günlük Yaşam beceriler	<i>r</i>	0,275	0,576
	<i>p</i>	0,240	0,118
Mesleki işlevsellik	<i>r</i>	0,123	0,692
	<i>p</i>	0,604	0,301
Toplam	<i>r</i>	0,308	0,693
	<i>p</i>	0,187	0,175

\*Normal dağılıma sahip olan verilerde iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde Pearson korelasyon katsayısı; normal dağılıma sahip olmayan verilerde ise Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

\*\*ŞİİÖ: Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

\*\*\*İÜBDÖ: İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği

Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin müdahale öncesi ŞİİÖ ile İÜBDÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4.1'de yer almaktadır. Müdahale grubundaki bireylerin grup içi müdahale öncesi ŞİİÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile İÜBDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmemiştir ( $p>0,05$ ).

Kontrol grubundaki bireylerin grup içi müdahale öncesi ŞİİÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile İÜBDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.4.1)

**Tablo 4.4.2** Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale sonrası ŞİİÖ ile İÜBDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=40)

Değişken	Korelasyon* p	İÜBDÖ***	
		Müdahale Grubu	Kontrol Grubu
Sosyal işlevsellik	<i>r</i> <i>p</i>	0,433 <b>0,046</b>	0,611 <b>0,004</b>
Sağlık ve Tedavi	<i>r</i> <i>p</i>	0,191 <b>0,019</b>	0,517 0,120
Günlük Yaşam Becerileri	<i>r</i> <i>p</i>	0,285 <b>0,000</b>	0,406 <b>0,006</b>
Mesleki işlevsellik	<i>r</i> <i>p</i>	0,302 0,195	0,528 0,417
Toplam	<i>r</i> <i>p</i>	0,404 <b>0,008</b>	0,575 0,288

\*Normal dağılıma sahip olan verilerde iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde Pearson korelasyon katsayısı; normal dağılıma sahip olmayan verilerde ise Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

\*\*ŞİİÖ: Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

\*\*\*İÜBDÖ: İlgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği

Tablo 4.4.2’de müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin müdahale sonrası ŞİİÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamaları ile İÜBDÖ toplam puan ortalamasının karşılaştırılması verilmiştir. Müdahale grubundaki bireylerin grup içi müdahale sonrası ŞİİÖ Sosyal İşlevsellik ( $r=0,433$ ,  $p=0,046$ ), Sağlık ve Tedavi ( $r=0,191$ ,  $p=0,019$ ), Günlük Yaşam Beceriler ( $r=0,285$ ,  $p=0,000$ ) toplam ŞİİÖ ( $r=0,404$ ,  $p=0,008$ ) puan ortalamaları ile İÜBDÖ puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki bireylerin grup içi ŞİİÖ Mesleki işlevsellik alt boyutu ile İÜBDÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Kontrol grubundaki bireylerin grup içi müdahale sonrası ŞİİÖ Sosyal İşlevsellik ve Günlük Yaşam Beceriler alt boyutları puan ortalaması ile müdahale sonrası İÜBDÖ toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Kontrol grubundaki bireylerin grup içi müdahale sonrası İÜBDÖ puan ortalaması arttıkça, ŞİİÖ Sosyal İşlevsellik ( $r=0,611$ ,  $p=0,004$ ) ve Günlük Yaşam Beceriler ( $r=0,406$ ,  $p=0,006$ ) alt boyut puan ortalamalarının arttığı bulunmuştur. Kontrol grubundaki bireylerin grup içi müdahale sonrası ŞİİÖ Sağlık ve Tedavi, Mesleki İşlevsellik alt boyutları ve toplam puan ortalamaları ile İÜBDÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.4.3** Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahaleden sonraki 3. ay izlemde ŞİİÖ ile İÜBDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=40)

Değişken	Korelasyon*	İÜBDÖ***	
		Müdahale Grubu	Kontrol Grubu
Sosyal işlevsellik	<i>r</i>	0,671	0,613
	<i>p</i>	<b>0,021</b>	0,104
Sağlık ve Tedavi	<i>r</i>	0,089	0,483
	<i>p</i>	<b>0,008</b>	0,131
Günlük Yaşam Becerileri	<i>r</i>	0,547	0,556
	<i>p</i>	<b>0,013</b>	0,211
Mesleki işlevsellik	<i>r</i>	0,403	0,491
	<i>p</i>	0,078	0,128
Toplam	<i>r</i>	0,586	0,628
	<i>p</i>	0,107	0,133

\*Normal dağılıma sahip olan verilerde iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde Pearson korelasyon katsayısı; normal dağılıma sahip olmayan verilerde ise Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

\*\*ŞİİÖ: Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

\*\*\*İÜBDÖ: İlgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği

Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin müdahaleden sonraki 3. ay izlem ŞİİÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamaları ile İÜBDÖ toplam puan ortalaması arasındaki ilişki Tablo 4.4.3'te verilmiştir. Müdahale grubundaki bireylerin müdahaleden sonraki 3. ay izlem ŞİİÖ Sosyal İşlevsellik ( $r=0,671$ ,  $p=0,021$ ), Sağlık ve Tedavi ( $r=0,089$ ,  $p=0,008$ ), Günlük Yaşam Becerileri ( $r=0,547$ ,  $p=0,013$ ) alt boyutları puan ortalamaları arttıkça, İÜBDÖ puan ortalamalarının arttığı ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir. Fakat Müdahale grubundaki bireylerin müdahale sonrası 3. ay izlem ŞİİÖ Mesleki işlevsellik alt boyutu ve toplam puan ortalamaları ile İÜBDÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ).

Kontrol grubundaki bireylerin grup içi müdahaleden sonraki 3. ay izlem ŞİİÖ tüm alt boyutları ve toplam puan ortalamaları ile müdahaleden sonraki 3. ay izlem İÜBDÖ toplam puan ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.4.3).

## 5. TARTIŞMA

Şizofreni hastalarının kişilerarası ilişkiler kuramı temelli motivasyonel görüşmenin işlevsel iyileşme ve içgörülerine etkisini belirlemek için amaçlanan bu araştırmadan saptanan bulguların tartışması üç başlıkta ele alınmıştır.

- 5.1. Çalışma Kapsamındakilerin Girişim Öncesi, Girişim Sonrası ve Girişimden Sonraki 3. Ay İzlemdaki İşlevsel İyileşme Puanlarının Gruplar Arası ve Grup İçine ait Tartışma.
- 5.2. Çalışma Kapsamındakilerin Girişim Öncesi, Girişim Sonrası ve Girişimden Sonraki 3. Ay İzlemdaki İçgörü Puanlarının Gruplar Arası ve Grup İçine ait Tartışma.
- 5.3. Çalışma Kapsamındakilerin Girişim Öncesi, Girişim Sonrası ve Girişimden Sonraki 3. Ay İzlemda İşlevsel İyileşme ile İçgörü Puanları Arasındaki İlişkiye ait Tartışma.



### 5.1. Çalışma Kapsamındaki Girişim Öncesi, Girişim Sonrası ve Girişimden Sonraki 3. Ay İzlemdaki İşlevsel İyileşme Puanlarının Gruplar Arası ve Grup İçine ait Tartışma

Şizofreni tanısı alan bireyler, hastalık belirtileri, ilaç kullanımı ve yan etkileri gibi hastalık ve tedavi süreci ile ilgili problemler yaşayabilmektedirler. Ayrıca bu bireyler iletişim kurabilme, boş zamanlarını değerlendirebilme gibi sosyal ilişkilerle ilgili de problem yaşarlar. Yine şizofreni hastaları kişisel görünüm ve bakım, beslenme, uyku, finansal yönetim ve ev işi etkinlikleri gibi okul ve mesleki yaşam, günlük yaşam becerilerinde ciddi problemler yaşayabilmektedirler. Bu durum bireyin hem kendisini hem de çevresini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle şizofrenide bireylerin işlevselliğinin iyileşmesi ve topluma uyum sağlayabilmesi önemli terapötik hedeflerle ve psikososyal müdahalelerle sağlanabilmektedir (Ishii vd 2020, Yüksel ve Bahadır Yılmaz 2021). Bu çalışmada şizofreni hastalarında kişilerarası ilişkiler kuramı temelli motivasyonel görüşme programı uygulanmış, bu uygulamanın hastaların işlevselliğine ve içgörülerine etkisi değerlendirilmiştir.

Bu araştırmada müdahale öncesinde kontrol ve müdahale grubundaki bireylerin işlevselliklerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu grupların benzer olduğunu kanıtlamaktadır. Şizofreni hastasının işlevsel iyileşmesinin düşük düzeylerde olması yapılan ulusal (Coşkun ve Şahin Altun 2018, Çapar ve Kavak 2019, Yıldız ve Aylaz 2020) ve uluslararası (Chan vd 2019, Ishii vd 2020, Lahera vd 2018, Silva and Restrepo 2019) çalışmalarda da bildirilmektedir. Bunun nedenini hastalığın uzun, değişken bir tedavi programı gerekliliği, sosyal ilişkilerde problemlerin olması ve günlük yaşama uyum sağlamada sorunlar oluşturmasından ve kronik bir hastalık olmasından dolayı olabileceği belirtilmektedir (Öztürk ve Uluşahin 2015, Townsend ve Morgan 2017).

Bu araştırmada gruplararası karşılaştırmada elde edilen bulgularda müdahale öncesi, kontrol ve müdahale grubunda işlevsel iyileşme düzeyleri puan ortalamalarının benzer olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubunda yer alan bireylerin müdahale sonrasında ise ŞİÖ Sosyal işlevsellik, Sağlık ve Tedavi, Günlük Yaşam Becerileri alt boyutlar ve toplam ŞİÖ puan ortalamalarında kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde artma meydana gelmiştir. Benzer şekilde kontrol grubuna göre müdahale grubundakilerin 3. aydaki izlemde de ŞİÖ Sosyal işlevsellik, Sağlık ve Tedavi, Günlük Yaşam Becerileri alt boyut puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda “Müdahale grubundaki hastaların kontrol grubundakilere göre müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki üçüncü aydaki işlevsel iyileşme düzeyleri daha yüksektir.” şeklinde ifade edilen  $H_{1a}$  hipotezi kabul edilmiştir.

Grup içi karşılaştırmalarda müdahale grubunda yer alan bireylerin müdahale öncesi Sosyal işlevsellik, "Sağlık ve Tedavi, Günlük Yaşam Becerileri" alt boyutlar ve toplam ŞİİÖ puan ortalamalarının hem müdahale sonrası hem de müdahaleden sonraki 3. ay izleme göre düşük olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu ile "Müdahale grubundaki hastaların girişim öncesi işlevsel iyileşme düzeyleri, müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki üçüncü aydaki işlevsel iyileşme düzeylerine göre daha düşüktür." olarak belirtilen  $H_{1c}$  hipotezi kabul edilmiştir. Bu sonuçlardan yola çıkarak, Kişilerarası İlişkiler Kuramı temelli MG'nin şizofreni hastalarının işlevsellik düzeylerini arttırdığı ve girişimin etkili olduğunu söylenebiliriz. Yapılan çalışmalarda kronik psikiyatri hastaları ile ilgili Kişilerarası İlişkiler Kuramı (Fernandes vd 2018, Juntapim 2020, Lan vd 1997, Pinho vd 2017) ve motivasyonel görüşme (Chien vd 2015, Cho ve Lee 2018, Dobber vd 2018, Yıldız ve Aylaz 2020, Yönder Ertem ve Çetinkaya Duman 2019) ile ilgili çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Fakat şizofreni hastalarına yapılan müdahalelerde Kişilerarası İlişkiler Kuramı ve motivasyonel görüşmenin birlikte uygulandığı çalışmalara rastlanılamamıştır. Bu nedenle araştırmadaki bulgular şizofreni hastalarında Kişilerarası İlişkiler Kuramı, motivasyonel görüşmenin uygulandığı araştırmalardan yararlanılarak tartışılmıştır.

Şizofrenide sosyal işlevsellikte yaşanan sorunlar; bireylerin kişilerarası ilişkilerinde tutarsız davranışlar sergileme, boş zamanlarını değerlendirememesi ve duygusal bir ilişki başlatma isteksizliği olarak bilinmektedir (Guedes de Pinho vd 2018, Uchino vd 2021). Bu nedenle şizofreni hastalığı, kişilerin bağımsızlıklarına engel olmakta ve yaşamdan doyum almalarını olumsuz etkilemektedir (Kaya ve Öz 2019). Bu araştırmada müdahale grubunda yer alan bireylerin hem müdahale sonrası hem de müdahaleden sonraki 3. ay izlem ŞİİÖ Sosyal işlevsellik alt boyut puan ortalamalarının kontrol grubundakilerin puan ortalamalarına göre daha yüksektir. Bazı çalışma bulguları bu çalışmanın bulgusu ile benzerlik göstermektedir. Peplau'nun Kişilerarası İlişkiler Kuramı'nı kullanarak uygulanan hemşirelik yaklaşımının şizofreni hastalarının duygularını ve düşüncelerini özgürce ifade etmesini sağladığı bildirilmiştir (Juntapim, 2020). Şizofreni hastalarında terapötik ilişkinin etkisini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada bireylerin saldırganlık ve düşmanlık davranışlarını azalttığı, kişilerin iletişimi başlatabilme becerilerini arttırdığı bildirilmiştir (Höfer vd 2015). Şizofreni hastalarında MG'nin uygulandığı çalışmalarda da MG'nin hastaların sosyal işlevselliğini arttırdığı vurgulanmıştır (Shimada vd 2016, Yıldız ve Aylaz 2020). Bu çalışmada Kişilerarası İlişkiler Kuramı temelli MG'de empati, saygı, yansıtıcı dinleme, açık uçlu sorular sorma, destekleme, sorumluluk verme gibi terapötik tekniklerin kullanılması hasta-hemşire arasında güven ve motivasyon seviyelerinin yükselmesine yol açmış olabilir. Böylece bireylerin sosyal işlevsellik düzeylerinin artmasını sağlamış olabilir.

Şizofreni hastaları zayıf içgörüyeye sahip olmaları nedeniyle hastalığını reddetmekte, ilaçlarını kullanmamakta veya düzensiz kullanmaktadır (Sabin 2016, Wade vd 2017, Salzman-Erikson ve Sjödin, 2018). Bu bağlamda hastalık ve tedavi sürecinin yönetimi etkisiz kalmakta; kendisinin, aile üyelerinin ve çevresinin ciddi sorunlar yaşayabilmesine neden olabilmektedir. Bu bilgiyi destekler nitelikte bu araştırmada da bireylerin yaklaşık yarısından fazlasının ilaçlarını düzensiz kullandığı, tedavinin işe yaramadığını düşündüğü ve tedaviyi daha önce bırakma deneyimlerinin olduğu saptanmıştır. Bu araştırmada müdahale grubunda yer alan bireylerin hem müdahale sonrası hem de müdahalen sonraki 3. ay izlem ŞİİÖ Sağlık ve Tedavi puanlarının kontrol grubundakilerin puanlarına göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca müdahale grubunda yer alan bireylerin hem müdahale sonrası hem de müdahaleden sonraki 3. ay izlemede Sağlık ve Tedavi alt boyut puan ortalamalarının müdahale öncesine göre arttığı tespit edilmiştir. Şizofreni hastalarıyla yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının terapotik ilişki kurarak iletişime geçmesi bireylerin saldırganlık ve düşmancıl davranışlarını azalttığı bildirilmiştir (Höfer vd 2015). Yapılan bir başka çalışmada ilacı reddeden, bir ruhsal bozukluğu olduğunu kabul etmeyen veya semptomları gizleyen şizofreni hastalarının problemleri davranışları karşısında motivasyon odaklı terapotik ilişki sayesinde bu sorunlarla baş edilebildiği belirtilmiştir (Westermann vd 2015). Şizofrenide terapötik ilişkiyi araştıran bir araştırmada, şizofreni hastalarında terapotik ilişkinin düzenli antipsikotik ilaç kullanım oranını arttırdığı tespit edilmiştir (McCabe vd 2012). Bu araştırmada yapılan çalışmalara paralel olarak müdahalenin şizofrenide hastalık ve tedavi sürecinde iyileşme düzeylerini arttırdığı saptanmıştır. Yapılan bazı randomize kontrollü çalışmalarda şizofreni tanılı bireylerde MG uygulaması hastanın tedavi sürecindeki uyumunu artırarak psikotik semptomlarını ve hastaneye yatış sıklığını azalttığı belirlenmiştir (Chien vd 2015, Kreyenbuhl vd 2016, Vanderwaal 2015, Yıldız ve Aylaz 2020, Yönder Ertem ve Çetinkaya Duman 2019). Yönder Ertem ve Çetinkaya Duman (2019) hemşirenin hastayla ve ailesiyle tedavi edici iletişim kurması ve dolayısıyla güven ilişkisi geliştirmesi, hastanın tedaviye karşı dirençli olmasını azaltabileceğini ifade etmiştir. Bu çalışmada yapılan görüşmelerin işlevsel iyileşmeyi arttırmada hasta ile iş birliği kurulmasına odaklı olması, iletişimde empati kurulması ve güven ortamı yaratılmasının hastaların tedaviye uyum sağlamasına katkı sağlamış olabilir. Ayrıca müdahale sonrası 3. ay izlemlerde ilk görüşmede saptanan ambivalan duygu, ilaç yan etkileriyle başedememe, hastalık belirtileri gibi sorunlar için bireysel görüşmelerin devam etmesinin de olumlu katkı sağladığı düşünülmektedir.

Şizofreni tanısına sahip bireyler, kullandığı ilaçların yan etkilerine ve hastalık belirtileri nedeniyle uyku ve beslenmenin düzenlenmesi, finansal ve idari yönetim,

kişisel hijyen, stres ve öfke kontrolü gibi günlük yaşam becerileri konusunda güçlük yaşamaktadır. Günlük yaşam becerilerindeki problemler arttıkça yaşam kalitesi, bilişsel işlevlerde bozulma ve negatif semptomlarda artış olduğu bildirilmektedir (Green vd 2017, Samuel vd 2018). Bu problemlerinden dolayı şizofreni tanısı alan birey, aile üyelerinden günlük yaşam becerileri konusunda bakım desteği alabilmektedir (Kaya ve Öz 2019, Samuel vd 2018). Bu araştırmada bireylerin ŞİÖ Günlük Yaşam Becerileri düzeyinin düşük olduğu ve bireylerin yaklaşık yarısının bu becerileri gerçekleştirirken destek aldığı görülmektedir. Bu araştırmada müdahale grubunda yer alan bireylerin hem müdahale sonrası hem de müdahalen sonraki 3. ay izlem Günlük Yaşam Becerileri puanlarının kontrol grubundakilere göre daha yüksektir. Ek olarak müdahale grubundakilerin hem müdahale sonrası hem de müdahalen sonraki 3. ay izlem Günlük Yaşam Becerileri puanlarının uygulama öncesine göre arttığı görülmektedir. Bu araştırma bulgusu literatürü desteklemektedir. Yapılan bir çalışmada MG'nin, ruh sağlığı merkezlerinde şizofreni tanısı alan bireyler ile tedavi iş birliğinin olması, kişisel bakımın sürdürülmesi, sağlıklı yaşam davranışlarının kazanılması ve sürdürülmesinde kullanılabilecek bir yöntem olduğu açıklanmıştır (Çetinkaya Duman ve Ertem 2016). Şizofreni hastalarında yapılan bir müdahale çalışmasında, kabul ve kararlılık terapisi temelli ve MG destekli grup danışmanlığının günlük yaşam becerilerini arttırdığı bildirilmektedir (Yıldız ve Aylaz 2020). Bu araştırmada Kişilerarası İlişkiler temelli MG uygulama oturumlarının ev ödevleriyle desteklenmesi bireylerin sorumluluk alma becerisini arttırarak günlük yaşam becerileri düzeylerini arttırdığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada müdahale grubundakilerin müdahale sonrası, müdahalen sonraki 3. ay izlemdeki Mesleki İşlevsellik alt boyut puanlarının kontrol grubundakilerden anlamlı farkı olmadığı saptanmıştır. Grup içi karşılaştırmalarda da müdahaledekilerin girişim öncesi, girişim sonrası ve girişimden sonraki 3. ay izlem Mesleki İşlevsellik puanlarında farklılık gözlenmemiştir. Şizofreni tanısına sahip bireyler hastalığın erken yaşta başlaması ve bilişsel yıkımlar nedeniyle eğitimlerini tamamlamada zorluk yaşayabilmekte bu da meslek sahibi olamamalarına neden olabilmektedir. Ek olarak toplumun etiketleyici yaklaşımlarının olduğu bilinmekte ve bu sebeple hastalar kendini etiketlemekte ve geri çekebilmektedirler (Yıldız vd 2012). Bu araştırmada bireylere uygulanan Kişilerarası İlişkiler Kuramı temelli MG'nin Mesleki İşlevselliğe etki etmediği görülmektedir. Kişilerarası İlişkiler Kuramı temelli MG uygulama süreci ve izlem süresi dahil bir bireyle görüşme süresinin dört ay ile sınırlı olmasından kaynaklandığı ve bu değişim için daha fazla zamana gereksinim olabileceği tahmin edilmektedir. Ayrıca, bu çalışmanın yapıldığı zaman zarfında Türkiye'de ve tüm dünyada etkisini gösteren Covid-19 pandemisinin olmasından ve bu nedenle çoğu sektörde istihdam problemleri

yaşanmıştır. Bireylerin mesleki işlevselliğinde değişimin olmamasının bu sebeplerden kaynaklanabileceği tahmin edilmektedir.

## **5.2. Çalışma Kapsamındaki Girişim Öncesi, Girişim Sonrası ve Girişimden Sonraki 3. Ay İzlemdaki İçgörü Puanlarının Gruplar Arası ve Grup İçine ait Tartışma**

İçgörü, psikiyatride ruhsal hastalığa sahip bireylerin hastalığını kabullenme, hastalık belirtilerinin farkında olma, planlanan ve uygulanan tedavi girişimlerini kabul etme, kendi problemlerini anlama ve bilinçli farkındalık olarak ifade edilmektedir (Palmer vd 2015, Swain 2012, Vohs vd 2016). Birey, içgörü düzeyine göre hastalığını, hastalık sürecini, hastalık belirtilerini, tedavi ve bakım uygulamalarını kabul edebilir veya reddedebilir (Bastiaens ve Agarkar 2014). İçgörü eksikliği, genellikle tüm psikozlarda ve şizofreni hastalarında görülür. Şizofreni hastalarının %50-80'inde içgörü eksikliği olduğu bildirilmiştir (Palmer vd 2015, Vohs vd 2016). Hastalarda içgörünün az olması relaps oranında artmaya, tedavi ve ilaç uyumunun kötü olmasına ve hastaneye sık yatmaya sebep olmaktadır. Bu durum, psikopatolojinin ciddiyetini etkilemekte ve hastalığın kötü prognozlu seyretmesine sebep olmaktadır (Meier vd 2014, Palmer vd 2015). Bu araştırmada da literatür bilgisini destekleyecek şekilde müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale öncesi içgörü düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmada gruplararası karşılaştırmada müdahale grubundakilerin girişim öncesi, girişim sonrası ve girişimden sonraki 3. aydaki içgörü puanlarının kontrol grubundakilerden yüksek olduğu belirlenmiştir. Buna göre "Müdahale grubundaki hastaların kontrol grubundakilere göre müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki üçüncü aydaki içgörü düzeyleri daha yüksektir." olarak  $H_{1b}$  hipotezi kabul edilmiştir. Grup içi karşılaştırmalarda da müdahale grubundaki hastaların müdahale öncesi, müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki 3. ay izlemdaki içgörü düzeylerinde anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bu bulgu "Müdahale grubundaki hastaların girişim öncesi içgörü düzeyleri, müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki üçüncü aydaki içgörü düzeylerine göre daha düşüktür." şeklindeki  $H_{1d}$  hipotezini desteklemektedir.

Bu araştırmada içgörü ile ilgili bulguyu destekleyecek bazı çalışmalar bulunmaktadır. Şizofreni hastalarında MG konulu yapılan bir sistematik derlemede, MG'nin tedaviye uyumu ve içgörüyü attırmada, psikotik semptomları iyileştirmede ve tekrarlı yatışları azaltma etkili olduğu gösterilmiştir (Vanderwaal 2015). Şizofreni tanılı bireylere yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, müdahale grubundaki hastaların içgörü düzeylerinin MG sonrası her bir izlemda kontrol grubundakilerden daha yüksek

olduğu bildirilmiştir. Ayrıca aynı gruptaki hastaların farkında olma, tedaviye uyum, psikotik belirtilerin farkında olma puanlarının kontrol grubuna göre fazla olduğu sonucuna varılmıştır (Yönder Ertem ve Çetinkaya Duman 2019). Yapılan bir başka çalışmada MG'nin hastaların kişisel hedeflerini belirlemesine yardımcı olduğu, tedaviye daha aktif katılmaya hazırladığı, tedavide terapötik işbirlik sağlamalarına yardımcı olduğu, hasta motivasyonunu ve içgörüsünü artıran terapötik bir yaklaşım olduğu vurgulanmıştır (Shattock vd 2018). Çin'de şizofreni hastaları ile ilgili bir randomize kontrollü çalışmada, MG destekli uyum terapisinin hem hastaların semptom şiddeti ve ilaçları kullanma motivasyonunda hem de hastaların hastalık veya tedaviye ilişkin içgörülerinde ve işlevlerinde, yeniden hastaneye yatış sıklıklarında başarılı sonuçlar elde edildiği belirlenmiştir (Chien vd 2015). Şizofreni hastalarına yönelik terapötik ilişkinin uygulandığı hemşirelik yaklaşımı ile ilgili araştırmalarda; terapötik ilişkinin bireylerin içgörüsünü artırdığı, kendileri hakkında olumsuz düşünceleri azalttığı ve daha iyi bir iyileşme istekleri olduğu bildirilmiştir (Berry vd 2016, Browne vd 2019). Hastanın içgörü kazanabilmesi için bireyin kendini anlaması, farkındalığını arttırması, kendi gelişimi için gerekli fırsatları kullanması ve sorunları ile başa çıkabilmesi gerekmektedir. Bu bakımdan içgörünün göstergeleri aynı zamanda terapötik ilişkinin de hedefleri olarak düşünülmektedir. Dirençli bir bireyle yapılan görüşme sürecinde, psikiyatri hemşiresinin bireyin direncini fark edememesi veya dirence sözel veya bedensel öfke tepkileri vermesi, yeteri kadar "içine bakamayan" bireyi daha fazla savunmaya itebilir. Görüşmelerde bireyin içgörü geliştirememesi durumunda hemşirenin görüşme sırasında kendi tutum ve becerilerini eleştirel bir şekilde ele alabilmesi gerekmektedir. Hemşire, bireyin sorunlarını çok net ve doğru olarak görebilir fakat önemli olan, bireyin kendi problemleri ile duygu, düşünce ve davranışları arasındaki ilişkiyi kendisinin farkedebilmesidir. Bunu sağlamak için iletişimde empatik, güven verici ve saygılı bir yaklaşım sergilenmelidir (Akdoğan ve Türküm 2014). Peplau'nun kuramının şizofreni hastasının ilaç uyumsuzluğuna etkisinin incelendiği bir araştırmada, bu kuramın hemşire ve hasta arasında terapötik bir ilişki kurulmasını sağlayarak; hastanın içgörüsü ve ilaç tedavisine uyumunu arttırdığı bildirilmiştir (Jaeger vd 2014). Yapılan çalışmalara ve bu çalışmadaki elde edilen bulgu doğrultusunda şizofreni tanısı alan bireylerin içgörü kazanabilmesi için görüşmelerde terapötik becerilerin uygun şekilde kullanılması müdahale grubundaki bireylerin içgörü seviyesini arttırdığı söylenebilir. Ayrıca bu araştırmada görüşmelerde genel olarak; hastanın içgörüyeye yönelik ambivalan duyguların ortaya çıkarılması, hastalığa uyum ile içgörü arasındaki ayırım konusunda "çelişki" oluşturularak farkındalık geliştirilmesi, olumlu ve olumsuz yönlerinin bedeni ile yaşantısı üzerindeki etkisini anlayabilmesi ve hastalığa uyum sağlama konusunda kendine güven düzeyini farketmesi, geleceğe dönük hedeflerin belirlenmesi

amaçlanmış ve olumlu bulgular elde edilmiştir. İzlemler ile de hastaların işlevsellik durumlarının ve içgörü düzeylerinin tekrar değerlendirilmesi hastaların işlevsellik ve içgörü puanlarının artmasına katkı sağlamış olabilir.

### **5.3. Çalışma Kapsamındaki Girişim Öncesi, Girişim Sonrası ve Girişimden Sonraki 3. Ay İzlemlerde İşlevsel İyileşme ile İçgörü Puanları Arasındaki İlişkiye ait Tartışma**

İçgörü kavramı; bireyin hastalığının yönetimi, tedaviye uyumu ve günlük yaşam becerilerini yerine getirebilme, mesleki işlevsellik gibi önemli faktörlere etki edebildiği vurgulanmaktadır (Silvana vd 2014). Hastalar içgörü eksikliğinden dolayı hayatını hastalığın gerektirdiği şekilde düzenleyememekte ve tedavi almayı reddetmektedir. Bunun sonucunda; sık tekrarlayan hastalık atakları oluşmakta, kendilerinden beklenen toplumsal, mesleki ve aile içindeki sorumluluklarını yerine getirememektedirler (Fıstıkçı vd 2016, Köşger vd 2016).

Bu çalışmada müdahale ve kontrol grubundaki hastaların müdahale öncesi işlevsel iyileşme ile içgörü düzeylerinde anlamlılık olmadığı belirlenmiştir. Şizofreni hastalarında öznel iyileşme ile bilişsel içgörü arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada iyileşme ve içgörü arasında ilişkinin saptanamaması bilgisi çalışma bulgusunu destekler niteliktedir. Bu durum hastalığa olan içgörü düzeyinin hastaların iyileşme duygularıyla bir ilişki içerisinde olmaması şeklinde yorumlanabilir (İpçi vd 2018). Diğer taraftan müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki 3. aydaki izlemlerde müdahale grubundakilerin Sosyal İşlevsellik, Sağlık ve Tedavi, Günlük yaşam Becerileri ve toplam ŞİÖ puan ortalamaları ile İÜBDÖ puanları arasında pozitif yönde istatistiksel anlamlılık olduğu saptanmıştır. Bu bağlamda “Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların işlevsel iyileşme ile içgörü puan ortalamaları arasında ilişki vardır.” şeklindeki  $H_{1e}$  hipotezi kabul edilmiş bulunmaktadır. Alanyazın çalışmalarda, bireyin olumlu yönde değişim gösterebilmesinin ve kendilerine ilişkin daha sağlıklı tutumlar geliştirebilmesinin içgörüsünün artmasıyla mümkün olabileceği bildirilmektedir (Akdoğan ve Türküm 2014, Lysaker vd 2018). Literatür bilgisi doğrultusunda bu çalışmada bireylerin içgörü düzeyi arttıkça işlevsellik alanlarının arttığı görülmektedir. Toplum ruh sağlığı merkezinde yürütülen psikososyal müdahalelerin etkisini inceleyen bir çalışmada; genel ve sosyal işlevselliğin, yaşam kalitesi artışının aynı zamanda içgörünün artmasına yol açtığı ifade edilmiştir (Kane vd 2015). Arslan ve diğerlerinin (2015) yaptığı bir çalışmada psikososyal yaklaşım uygulanan hastaların içgörülerinin ve ilaç uyum düzeylerinin arttığı, daha az hastaneye yatış olduğu ve klinik semptomların

şiddetinde azalma olduğu ve sosyal işlevsellik düzeylerinin arttığını vurgulamıştır (Arslan vd 2015). Yurt dışı literatürde de hastaların içgörü düzeyi düşük olduğunda sosyal işlevselliğin olumsuz etkilendiği belirtilmiştir (Kvrgic vd 2013, Lysaker vd 2018, Misdrahi vd 2012, Silva vd 2018). Türkiye’de bir ilin Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nde şizofreni tanılı kişilerle yapılan bir çalışmada; bireyin hastalığına dair içgörü kazandığı ve bu bulgu doğrultusunda hastalık semptomlarının kontrol altına alındığı, sosyal ortamlarda becerilerinde artış olduğu ve hastanın mesleki alanda işlevsellik kazandığı belirlenmiştir (Arslan Delice vd 2014). Bu araştırmadaki bulgu ve literatür bilgileri doğrultusunda içgörü eksikliği sonucunda şizofreni tanısına sahip bireylerde tedaviye uyumsuzluk, hastaneye yatış oranında artma, hastalık belirtilerini farkedememe, işlevselliğinde ve iletişimde bozulma görülebildiği sonucuna varılmıştır.



## 6. SONUÇ

### 6.1. Sonuçlar

Şizofreni hastalarında Kişilerarası İlişkiler Kuramı temelli MG'nin işlevsel iyileşme ve içgörü düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan ön test-son test ve izlem ölçümlerinin olduğu kontrol grublu bu araştırmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

- Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin sosyodemografik özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Müdahale ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikler bakımından homojen olduğu belirlenmiştir.
- Müdahale ve kontrol grubundakilerin şizofreni tanı süresi, yatış sıklığı, gereksinimini karşılama durumu, ilaç alma durumları, tedavi ile ilgili düşüncesi, daha önce tedaviyi bırakma durumu ve tedaviyi bırakma nedeni açısından anlamlılık olmadığı bulunmuştur. Müdahale ve kontrol grubunun hastalık ve tedavi sürecine yönelik özellikler bakımından homojen olduğu saptanmıştır.
- Müdahale ve kontrol grubundakilerin ŞİİÖ Sosyal İşlevsellik, Sağlık ve Tedavi, Günlük Yaşam Becerileri, Mesleki İşlevsellik ve toplam ŞİİÖ puanlarında istatistiksel anlamlılık olmadığı belirlenmiştir. Hastaların müdahale ve kontrol grubuna homojen olarak dağıldığı tespit edilmiştir.
- Müdahale grubundakilerin müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki 3. aydaki izlemde ŞİİÖ Sosyal İşlevsellik, Sağlık ve Tedavi, Günlük Yaşam Becerileri ve toplam ŞİİÖ son test puan ortalamalarında kontrol grubundakilere göre istatistiksel olarak anlamlı bir yükselme saptanmıştır. “ $H_{1a}$ : Müdahale grubundaki hastaların kontrol grubundakilere göre müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki üçüncü aydaki işlevsel iyileşme düzeyleri daha yüksektir” hipotezi kabul edilmiştir.
- Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin ŞİİÖ Mesleki İşlevsellik alt boyutunun müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki 3. aydaki son test puan ortalamalarında anlamlılık olmadığı belirlenmiştir.
- Müdahale öncesi, müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin İÜBDÖ puan ortalamalarında istatistiksel anlamlılık olmadığı saptanmıştır.

- Müdahale grubundaki bireylerin müdahale sonrası ve müdahalen sonraki 3. ay izlemde içgörü düzeyleri kontrol grubundakilere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. “H<sub>1b</sub>: Müdahale grubundaki hastaların kontrol grubundakilere göre müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki üçüncü aydaki içgörü düzeyleri daha yüksektir” hipotezi kabul edilmiştir.
- Müdahale grubundakilerin girişim öncesi, girişim sonrası ve girişimden sonraki 3. ay izlem ŞİİÖ Sosyal İşlevsellik, Sağlık ve Tedavi, Günlük Yaşam Becerileri ve toplam puanlarında anlamlı bir yükselme tespit edilmiştir. “H<sub>1c</sub>: Müdahale grubundaki hastaların girişim öncesi işlevsel iyileşme düzeyleri, müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki üçüncü aydaki işlevsel iyileşme düzeylerine göre daha düşüktür” hipotezi desteklenmiştir.
- Kontrol grubundaki bireylerin müdahale öncesi-sonrası ve müdahaleden sonraki 3. aydaki Sosyal İşlevsellik ve Günlük Yaşam Becerileri puanlarında farklılık olduğu belirlenmiştir.
- Müdahale grubundaki bireylerin müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki 3. ay izlemde içgörü düzeyleri, müdahale öncesine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. “H<sub>1d</sub>: Müdahale grubundaki hastaların girişim öncesi içgörü düzeyleri, müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki üçüncü aydaki içgörü düzeylerine göre daha düşüktür.” şeklinde ifade edilen hipotezi kabul edilmiştir.
- Kontrol grubundakilerin müdahale öncesi- sonrası ve müdahaleden sonraki 3. ay izlemde içgörü düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.
- Müdahale ve kontrol grubundakilerin müdahale öncesi işlevsel iyileşme ile içgörü düzeylerinde ilişki olmadığı belirlenmiştir.
- Çalışma kapsamındaki her iki grupta bulunanların müdahale sonrası ve müdahaleden sonraki 3. aydaki izlemde işlevsel iyileşme ile içgörü düzeylerinde anlamlı ilişki bulunmuştur. “H<sub>1e</sub>: Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların işlevsel iyileşme ile içgörü puan ortalamaları arasında ilişki vardır” hipotezi desteklenmiştir.

## 6.2. Öneriler

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda bu çalışmada aşağıda belirtilen öneriler verilmiştir.

- Psikiyatri hastalarının işlevsel iyileşmeyi sağlaması ve içgörü kazanması kapsamında Kişilerarası İlişkiler Kuramı temelli MG'nin, hastaların psikiyatri polikliniğine başvurması ile planlanmasının ve bunun her psikiyatri hastanesinde

standart hale getirilmesi,

- Şizofreni tanılı bireylerde Kişilerarası İlişkiler Kuramı temelli MG programlarının rutin (ilaç tedavisi) tedavi ile kombine bir şekilde uygulanması,
- Şizofreni hastasına hizmet veren psikiyatri hemşirelerinin MG ve Kişilerarası İlişkiler Kuramı eğitimlerini almaları, böylece MG ve Kişilerarası İlişkiler Kuramı temelli psikososyal müdahaleleri uygulayabilmeleri,
- Şizofreni tanısı almış kişiler için Kişilerarası İlişkiler Kuramı ve MG'nin psikiyatri hemşireliği bakımında kullanılması,
- Şizofreni hastasına uygulanan Kişilerarası İlişkiler Kuramı Temelli MG sonrası, izlem süresinin 3, 6, 9, 12 ay gibi daha uzun olduğu araştırmaların yapılması önerilmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

Acar C, Kartalçı Ş. Şizofreninin etyopatogenezinde katekol-o-metiltransferaz (COMT) geninin rolü. **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar** 2014; 6 (3): 217-226.

Akdoğan R, Türküm AS. Psikolojik yardım sürecinde terapötik bir hedef olarak içgörü. **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar** 2014; 6 (4): 375-388.

Akın B, Koçoğlu D. Randomized controlled trials. **Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing** 2017; 4 (1): 73-92.

Arkowitz H, Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems, **Guilford Publications**, New York, Amerika, 2015, s.400.

Arlington VA. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı (DSM-5). Çev., Köroğlu E, **Hekimler Yayın Birliği**, Ankara, 2014, s.49-50.

Arslan Delice M, Mert Akgül S, Yıldız M. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden hizmet alan bir şizofrenili olguda bütüncül yaklaşımın hastalığın gidişine etkisi. **MÜSBED** 2014; 4 (82): 122-125.

Arslantaş H. Psikiyatrik hastalıklarda evde bakım ve hemşirelik sürecinin uygulanması. **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi** 2009; 12 (4): 1-7.

Arslan M, Yazıcı A, Yılmaz T, Coşkun S, Kurt E. Rehabilitasyon programının şizofreni hastalarının kliniği, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerindeki uzun dönem etkileri: İzleme çalışması. **Anadolu Psikiyatri Derg** 2015; 16 (4): 238-246.

Aslan S, Altınöz AE. İçgörü kavramı ve şizofreni. **RCHP** 2010; 7: 23-36.

Aslan S, Kılıç BG, Karakılıç HG, Coşar B, Işıklı S, Işık E. İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği: Güvenilirlik ve geçerlik çalışması. **Türkiye'de Psikiyatri** 2001; 3: 17-24.

Ateşman E. Türkçede okunabilirliğin ölçülmesi. **Dil Dergisi** 1997; 58: 71-74.

Ayano G. Schizophrenia: A concise overview of etiology, epidemiology diagnosis and management: review of literatures. **J Schizophrenia Res** 2016; 3 (2): 2-7.

Barch DM, Yodkovik N, Sypher-Locke H, Hanewinkel M. Intrinsic motivation in schizophrenia: Relationships to cognitive function, depression, anxiety, and personality. **J Abnorm Psychol** 2008; 117 (4): 776-787.

Barkhof E, Meijer CJ, de Sonnevile LM, Linszen DH, Haan L. The effect of motivational interviewing on medication adherence and hospitalization rates in nonadherent patients with multi-episode schizophrenia. **Schizophr Bull** 2013; 39 (6): 1242-1251.

Bastiaens JA, Agarkar S. A case review of poor insight in schizophrenia: How much do we know. **Psychiatric Annals** 2014; 44 (5): 207-210.

Beebe LH, Smith K, Burk R, McIntyre K, Dessieux O, Tavakoli A, Tennison C, Velligan D. Effect of a motivational intervention on exercise behavior in persons with schizophrenia spectrum disorders. **Community Ment Health J** 2011; 47 (6): 628-636.

Beck EM, Cavelti M, Kvrjic S, Kleim B, Vauth R. Are we addressing the 'right stuff' to enhance adherence in schizophrenia? Understanding the role of insight and attitudes towards medication. **Schizophr Res** 2011; 132 (1): 42-49.

Bell MD, Corbera S, Johannesen JK, Fiszdon JM, Wexler BE. Social cognitive impairments and negative symptoms in schizophrenia: Are there subtypes with distinct functional correlates? **Schizophr Bull** 2013; 39 (1): 186–196.

Berry K, Gregg L, Lobban F, Barrowclough C. Therapeutic alliance in psychological therapy for people with recent onset psychosis who use cannabis. **Compr Psychiatry** 2016; 67: 73-80.

Black DW, Andreasen NC. Introductory Textbook Of Psychiatry. 7. Ed, **American Psychiatric Pub**, Washington, DC, 2020, s.638.

Black SW. Using motivational interviewing and constructivism to address information illiteracy. **Psychology of Women Quarterly** 2020; 44 (1): 130-134.

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 (3): 129-37.

Brisch R, Saniotis A, Wolf R, Biela H, Bernstein HG, Steiner J, Bogerts B, Braun K, Jankowski Z, Kumaratilake J, Henneberg M, Gos T. The role of dopamine in schizophrenia from a neurobiological and evolutionary perspective: Old fashioned, but still in vogue. **Front Psychiatry**, 2014; 5 (47): 1-11.

Brown RA, Abrantes AM, Read JP, Marcus BH, Jakicic J, Strong DR, Oakley JR, Ramsey SE, Kahler CW, Stuart GG, Dubreuil ME, Gordon, AA. A pilot study of aerobic exercise as an adjunctive treatment for drug dependence. **Ment Health Phys Act** 2010; 3 (1): 27-34.

Browne J, Nagendra A, Kurtz M, Berry K, Penn DL. The relationship between the therapeutic alliance and client variables in individual treatment for schizophrenia spectrum disorders and early psychosis: Narrative review. **Clin Psychol Rev** 2019; 71: 51-62.

Bruijnzeel D, Suryadevara U, Tandon R. Antipsychotic treatment of schizophrenia: An update. **Asian J Psychiatr** 2014; 11: 3-7.

Buchanan RW, Kelly DL, Strauss GP, Gold JM, Weiner E, Zaranski J, Chen S, Blatt F, Holden J, Granholm, E. Combined oxytocin and cognitive behavioral social skills training for social function in people with schizophrenia. **J Clin Psychopharmacol** 2021; 41 (3): 236-243.

Bulut M, Arslantaş H, Dereboy F. Effects of psychoeducation given to caregivers of people with a diagnosis of schizophrenia. **Issues Ment Health Nurs** 2016; 37 (11): 800-810.

Can Gür G, Okanlı, A. The effects of cognitive-behavioral model-based intervention on depression, anxiety, and self-efficacy in alcohol use disorder. **Clinical Nurs Research** 2019; 28 (1): 52-78.

Castle DJ, Buckley PF, Gaughran, FP. Physical Health and Schizophrenia. 2. Ed, **Oxford University Press**, Oxford, 2017, s.136.

Cella M, Preti A, Edwards C, Dow T, Wykes T. Cognitive remediation for negative symptoms of schizophrenia: A network meta-analysis. **Clin Psychol Rev** 2017; 52 (1): 43-51.

Chan SKW, Hui CLM, Chang WC, Lee EHM, Chen EYH. Ten-year follow up of patients with first-episode schizophrenia spectrum disorder from an early intervention service: Predictors of clinical remission and functional recovery. **Schizophr Res** 2019; 204: 65-71.

Chander NG. Sample size estimation. **J Indian Prosthodont Soc** 2017; 17 (3): 217-218.

Chien WT, Mui JH, Cheung EF, Gray R. Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: A randomized controlled trial. **Trials** 2015; 16 (1): 270.

Cho JM, Lee K. Effects of motivation interviewing using a group art therapy program on negative symptoms of schizophrenia. **Arch Psychiatr Nurs** 2018; 32 (6): 878-84.

Coşkun E, Şahin Altun Ö. The relationship between the hope levels of patients with schizophrenia and functional Recovery. **Arch Psychiatr Nurs** 2018; 32 (1): 98-102.

Çapar M, Kavak F. Effect of internalized stigma on functional recovery in patients with schizophrenia. **Perspectives in Psychiatric Care** 2019; 55 (1): 103-11.

Çetinkaya Duman Z, Ertem M. Şizofreni tanılı bireylerde motivasyonel görüşme neden önemli? **Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi** 2016; 9 (4): 148-152.

Çunkuş N, Taşdemir Yiğitoğlu G. Peplau'nun Kişilerarası İlişkiler Kuramı'na göre dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan hastaya hemşirelik bakımı. **Türkiye Klinikleri J Nurs Sci** 2018; 10 (4): 370-380.

David AS. Insight and psychosis. **Br J Psychiatry** 1990; 156 (6): 798–808.

Davis LL. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. **Applied Nursing Research** 1992; 5: 194-197.

Deane WH, Fain JA. Incorporating Peplau's theory of interpersonal relations to promote holistic communication between older adults and nursing students. **J Holis Nurs** 2016; 34 (1): 35-41.

Demir S. "Hildegard Elizabeth Peplau: Kişilerarası İlişkiler Kuramı", Hemşirelik Teorileri ve Modelleri, 1. Baskı, Eds. Karadağ A, Çalışkan N, Baykara ZG, **Akademi Basın ve Yayıncılık**, İstanbul, 2017, s.122-144.

Dewedar AS, Harfush SA, Gemeay EM. Relationship between insight, self-stigma and level of hope among patients with schizophrenia. **IOSR J Nurs Health Sci** 2018; 7 (5): 15-24.

Dobber J, Latour C, de Haan L, op Reimer WS, Peters R, Barkhof E, van Meijel B. Medication adherence in patients with schizophrenia: A qualitative study of the patient process in motivational interviewing. **BMC Psychiatry** 2018; 18 (1): 1-10.

Dülgerler Ş. “Şizofrenik bozukluk”, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı, 1. Baskı, Eds. Çam O, Engin E, **İstanbul Tıp Kitabevi**, İstanbul, 2014, s.413-446.

Emiroğlu B, Karadayı G, Aydemir Ö, Üçok A. Şizofreni hastalarında işlevsel iyileşme ölçeğinin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. **Arch Neuropsychiatry** 2009; 46 (Özel sayı): 15-24.

Ergün G. Böbrek nakli sürecindeki bireylere Peplau'nun danışmanlık yaklaşımıyla verilen destekleyici sağlık hizmetinin depresyon ve anksiyete düzeyleri üzerine etkisinin değerlendirilmesi. **Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi** 2017; 19 (2): 41-56.

Erol A, Delibaş, Bora Ö, Mete L. The impact of insight on social functioning in patients with schizophrenia. **Int J Soc Psychiatry** 2015; 61 (4): 379-85.

Ertekin H, Er M, Yardım Ozayhan H, Yayla S, Akyol E, Sahin B. Quality of life and depression in schizophrenia patients living in a nursing home. **Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences** 2015; 28 (3): 213-221.

Federici S, Bracalenti M, Meloni F, Luciano JV. World Health Organization disability assessment schedule 2.0: An international systematic review. **Disabil Rehabil** 2017; 39 (23): 47-80.

Fernandes MA, de Almeida JS, de Oliveira ÉKC, Sousa KHJF. Nursing process based on Peplau interpersonal relationship theory applied to schizophrenia. **REUFPI** 2018; 7 (3): 42-47.

Fervaha G, Foussias G, Agid O, Remington G. Motivational and neurocognitive deficits are central to the prediction of longitudinal functional outcome in schizophrenia. **Acta Psychiatr Scand** 2014; 130 (4): 290-299.

Fıstıkçı N, Keyvan A, Cesur E. Psikiyatrik hastalıklarda içgörü kavramı: Bir gözden geçirme. **Yeni Symposium** 2016; 54 (2): 25-29.

Foussias G, Mann S, Zakzanis KK, van Reekum R, Agid O, Remington G. Prediction of longitudinal functional outcomes in schizophrenia: The impact of baseline motivational deficits. **Schizophr Res** 2011; 132 (1): 24-7.

Frith CD. The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia, 1. Edition, **Psychology Press**, USA, 2020, s.168.

Fiszdon JM, Kurtz MM, Choi J, Bell MD, Martino S. Motivational interviewing to increase cognitive rehabilitation adherence in schizophrenia. **Schizophr Bull** 2016; 42 (2): 327-334.

Green MF, Horan WP, Lee J, McCleery A, Reddy LF, Wynn JK. Social disconnection in schizophrenia and the general community. **Schizophr Bull** 2017; 44(2): 242-249.

Guedes de Pinho LM, de Sousa Pereira, AM, Chaves CMCB. Quality of life in schizophrenic patients: The influence of sociodemographic and clinical characteristics and satisfaction with social support. **Trends Psychiatry Psychother** 2018; 40 (3): 202-209.

Harmancı P. Şizofreni hastalarında motivasyonel görüşme tekniklerine temellendirilmiş psikoeğitimin tedaviye uyum, umut ve psikolojik iyi oluşa etkisi. Doktora Tezi, **İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Malatya, 2020, s. 91.

Haji Seyed Javadi SA, Hashemi SZ, Zamir SM. The effects of family psychoeducation courses on depression, anxiety and family functioning in the caregivers of schizophrenic patients. **Health Scope** 2021; 10 (1): e104116.

Higashi K, Medic G, Littlewood KJ, Diez T, Granström O, De Hert M. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. **Ther Adv Psychopharmacol** 2013; 3 (4): 200-218.

Hoftman GD, Volk DW, Bazmi HH, Li S, Sampson AR, Lewis DA. Altered cortical expression of GABA-related genes in schizophrenia: Illness progression vs developmental disturbance. **Schizophr Bull** 2015; 41 (1): 180-191.

Höfer FX, Habermeyer E, Mokros A, Lau S, Gairing SK. The impact of legal coercion on the therapeutic relationship in adult schizophrenia patients. **PLoS One** 2015; 10 (4): e0124043.

Işık E, Barlas GÜ. Psikiyatri hemşireleri için bir alan: Şizofrenide duygu tanıma ve sosyal işlevsellik. **JAREN** 2016; 2 (2): 92-6.

Ishii J, Kodaka F, Miyata H, Yamadera W, Seto H, Inamura K, Higuchi H, Tsuruoka Y, Shigeta, M. Associations between parental bonding during childhood and functional recovery in patients with schizophrenia. **Plos One** 2020; 15 (10): e0240504.

İpçi K, İncedere A., Kiras F, Yıldız M. Şizofreni hastalarında öznel iyileşme ile bilişsel içgörü arasındaki ilişkinin araştırılması. **Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi** 2018; 4 (1): 1-4.

Jacob KS. Insight in psychosis: An indicator of severity of psychosis, an explanatory model of illness, and a coping strategy. **Indian J Psychol Med** 2016; 38 (3): 194-201.

Jaeger S, Weißhaupt S, Flammer E, Steinert T. Control beliefs, therapeutic relationship, and adherence in schizophrenia outpatients: A cross-sectional study. **Am J Health Behav** 2014; 38 (6): 914-923.

Janoutová J, Janáčková P, Šerý O, Zeman T, Ambroz P, Kovalová M, Varechová K, Ladislav Hosák, Jirík V, Janout V. Epidemiology and risk factors of schizophrenia. **Neuro Endocrinol Lett** 2016; 37 (1): 1-8.

Jääskeläinen E, Haapea M, Rautio, Juola P, Penttilä M, Nordström T, Rissanen I, Husa A, Keskinen E, Marttila R, Filatova S, Paaso TM, Koivukangas J, Moilanen K, Isohanni M, Miettunen, J. Twenty years of schizophrenia research in the Northern Finland birth cohort 1966: A systematic review. **Schizophr Res Treatment** 2015; 524875: 1-12.

Johansen R, Iversen VC, Melle I, Hestad KA. Therapeutic alliance in early schizophrenia spectrum disorders: A cross-sectional study. **Annals of General Psychiatry** 2013; 12 (1): 1-10.

Juntapim S. Therapeutic relationship in person with schizophrenia: Skills for practice, **American Journal of Nursing and Health Sciences** 2020; 1 (1): 11-14.

Kane JM, Robinson DG, Schooler NR, Mueser KT, Penn DL, Rosenheck RA et al.



Comprehensive versus usual community care for first-episode psychosis: 2- year outcomes from the NIMH RAISE early treatment program. **Am J Psychiatry** 2015; 173: 362-72.

Karakuş G, Kocal Y, Sert D. Şizofreni: Etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. **Arşiv Kaynak Tarama Dergisi** 2017; 26 (2): 251-267.

Kavak F, Yılmaz E. The effect of hope on the treatment adherence of schizophrenia patients. **Ann Med Res** 2018; 25 (3): 416-9.

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.

Kaya Y, Öz F. Şizofreni hastalarının genel sosyal işlevsellik düzeyi ve hastalara bakım veren yakınlarının bakım yükü. **J Psychiatric Nurs** 2019; 10 (1): 28-38.

Klonek FE, Wunderlich E, Spurk D, Kauffeld S. Career counseling meets motivational interviewing: A sequential analysis of dynamic counselor–client interactions. **Journal of Vocational Behavior** 2016; 94: 28-38.

Kocal Y, Karakuş G, Tamam L. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören şizofreni hastalarının sosyodemografik ve klinik özellikleri. **Klinik Psikiyatri Dergisi** 2017; 20 (2): 104-113.

Köşger F, Şahin H, Eşsizoğlu A, Aksaray G. Eksiklik sendromu olan ve olmayan şizofreni tanılı hastalarda içgörü ve sosyal işlevsellik düzeyleri. **Türk Psikiyatri Derg** 2014; 25: 157-62.

Kreyenbuhl J, Record EJ, Palmer-Bacon J. A review of behavioral tailoring strategies for improving medication adherence in serious mental illness. **Dialogues Clin Neurosci** 2016,18 (2): 191-201.

Kvrgic S, Cavelti M, Beck EM, Rüşch N, Vauth R. Therapeutic alliance in schizophrenia: The role of recovery orientation, self-stigma, and insight. **Psychiatry Res** 2013; 209 (1): 15-20.

Kylmä J, Juvakka T, Nikkonen M, Korhonen T, Isohanni M. Hope and schizophrenia: an integrative review. **J Psychiatr Ment Health Nurs** 2006; 13 (6): 651-64.

Lan CM, Shiau SJ, Huang RY. Applying Peplau's theory in improving drug compliance of a schizophrenic patient. **Hu Li Za Zhi** 1997; 44 (1): 56-62.

Lahera G, Gálvez JL, Sánchez P, Martínez Roig M, Pérez Fuster JV, García Portilla P, Herrera B, Roca M. Functional recovery in patients with schizophrenia: Recommendations from a panel of experts. **BMC Psychiatry** 2018; 18 (1): 1-10.

Lawrence RE, First MB, Lieberman JA. "Schizophrenia and Other Psychoses", Psychiatry, Fourth Edition, Eds. Tasman A, Jerald Kay J, Lieberman JA, First MB, Riba MB, **John Wiley & Sons**, 2015, s.791-856.

Lim CY, In J. Randomization in clinical studies. **Korean Journal of Anesthesiology** 2019; 72 (3): 221-232.

Liu J, Chua JJX, Chong SA, Subramaniam M, Mahendran R. The impact of emotion dysregulation on positive and negative symptoms in schizophrenia spectrum disorders:

A systematic review. *J Clin Psychol* 2020; 76 (4): 612-624.

Limongi R, Mackinley M, Dempster K, Khan AR, Gati JS, Palaniyappan L. Frontal-striatal connectivity and positive symptoms of schizophrenia: Implications for the mechanistic basis of prefrontal rTMS. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2021; 271 (1): 3-15.

Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler C, Rollnick S. Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns* 2013; 93 (2): 157-168.

Luther L, Firmin RL, Lysaker PH, Minor KS, Salyers MP. A meta-analytic review of self-reported, clinician-rated, and performance-based motivation measures in schizophrenia: Are we measuring the same "stuff"? *Clinical Psychology Review* 2018; 61: 24-37.

Lysaker PH, Pattison ML, Leonhardt BL, Phelps S, Vohs JL. Insight in schizophrenia spectrum disorders: Relationship with behavior, mood and perceived quality of life, underlying causes and emerging treatments. *World Psychiatry* 2018; 17 (1):12-23.

Marcusis MJ, Rosenstock JB, Gannon JM. Schizophrenia and Related Disorders. 2. Edition, *Oxford University Press*, Oxford, 2016, s.312.

Marsman A, Mandl RCW, Klomp DWJ, Bohlken MM, Boer VO, Andreychenko A, Cahn W, Kahn RS, Luijten PR, Hulshoff Pol HE. GABA and glutamate in schizophrenia: A 7 T 1H-MRS study. *NeuroImage: Clinical* 2014; 6: 398-407.

McCabe R, Bullenkamp J, Hansson L, Lauber C, Martinez-Leal R, Rössler W, Svensson SB, Torres-Gonzalez F, van den Brink R, Wiersma D, Priebe S. The therapeutic relationship and adherence to antipsychotic medication in schizophrenia. *PLoS One* 2012; 7 (4): e36080.

Medalia A, Brekke J. In search of a theoretical structure for understanding motivation in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2010; 36 (5): 912-918.

Meier MH, Caspi A, Reichenberg A, Keefe RS, Fisher HL, Harrington H, Houts R, Poulton R, Moffitt TE. (2014). Neuropsychological decline in schizophrenia from the premorbid to the postonset period: Evidence from a population-representative longitudinal study. *Am J Psychiatry* 2014; 171 (1): 91-101.

Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Helping People Change. *Guilford Press*, New York, 2013, s.400.

Misdrahi D, Petit M, Blanc O, Bayle F, Llorca PM. The influence of therapeutic alliance and insight on medication adherence in schizophrenia. *Nord J Psychiatry* 2012; 66 (1): 49-54.

Mohamed SM, Abd El Aziz EM. Effect of assertive training program on social interaction anxiety and self-esteem of institutionalized patients with chronic schizophrenia. *IOSR J Nurs Health Sci* 2016; 5 (5):36-44.

O'Donoghue B, Lyne J, Madigan K, Lane A, Turner N, O'Callaghan E, Clarke M. Environmental factors and the age at onset in first episode psychosis. *Schizophr Res* 2015; 168 (1): 106-12.

Ogoncho IM, Sanga P, Halake DG. Case management of substance induced psychosis using Peplau's Theory of Interpersonal Relations. **Clinical Practice** 2017; 6 (2): 33-36.

Özdemir H, Taşçı S. Motivasyonel görüşme tekniği ve hemşirelikte kullanımı. **Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi** 2013; 1 (1): 41-47.

Özdemir O, Güzel Özdemir P. Glutamat sistemi ve şizofreni. **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar** 2016; 8 (4): 394-405.

Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı, **Nobel Tıp Kitapları** Ankara, 2015, s.788.

Palmer EC, Gilleen J, David AS. The relationship between cognitive insight and depression in psychosis and schizophrenia: A review and meta-analysis. **Schizophr Res** 2015; 166 (1-3): 261-268.

Pektekin Ç. Hemşirelik Felsefesi: Kuramlar, Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar. 3. Baskı, **İstanbul Tıp Kitabevi**, İstanbul, 2013, s.241.

Pinho LGD, Pereira A, Chaves C. Nursing interventions in schizophrenia: The importance of therapeutic relationship. **Nurse Care Open Acces J** 2017; 3 (6): 331-333.

Raveendranathan D, Joseph J, Machado T, Mysore A. Neurocognitive and clinical correlates of insight in schizophrenia. **Indian J Psychiatry** 2020; 62 (2): 131-136.

Remschmidt H, Theisen F. Early-onset schizophrenia. **Neuropsychobiology** 2012; 66 (1): 63-9.

Rus Calafell M, Maldonado JG, Sabate JR, Giraldez SL. Social skills training for people with schizophrenia: What do we train? **Behavioral Psychology** 2014; 22(3): 461-477.

Sabin J. Medication refusal in schizophrenia: Preventive and reactive ethical considerations. **AMA Journal of Ethics** 2016; 18 (6): 572-578.

Samuel R, Thomas E, Jacob KS. Instrumental activities of daily living dysfunction among people with schizophrenia. **Indian J Psychol Med** 2018; 40(2): 134-138.

Schlosser DA, Campellone TR, Biagianti B, Delucchi KL, Gard DE, Fulford D, Stuart BK, Fisher M, Loewy RL, Vinogradov S. Modeling the role of negative symptoms in determining social functioning in individuals at clinical high risk of psychosis. **Schizophr Res**. 2015; 169 (1-3): 204-208.

Senn JF. Peplau's theory of interpersonal relations: Application in emergency and rural nursing. **Nurs Sci Quarterly** 2013; 26 (1): 31-35.

Shattock L, Berry K, Degnan A, Edge D. Therapeutic alliance in psychological therapy for people with schizophrenia and related psychoses: A systematic review. **Clin Psychol Psychother** 2018; 25 (1): e60-e85.

Shimada T, Nishi A, Yoshida T, Tanaka S, Kobayashi M. Development of an individualized occupational therapy programme and its effects on the neurocognition, symptoms and social functioning of patients with schizophrenia. **Occupational Therapy International** 2016; 23 (4): 425-435.

Silva JPGD, Costa KNDFM, Silva GRFD, Oliveira SHDS, Almeida PCD, Fernandes MDGM. Nursing consultation for the elderly: Instruments of communication and nursing roles according to Peplau. **Escola Anna Nery-Revista de Enfermagem** 2015; 19 (1): 154-161.

Silva RDAD, Mograbi DC, Camelo EV, Amadeo LN, Santana CM, Landeira-Fernandez, J, Cheniaux E. The relationship between insight and affective temperament in bipolar disorder: An exploratory study. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy** 2018; 40 (3): 210-215.

Silva MA, Restrepo D. Functional recovery in schizophrenia. **Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)** 2019; 48 (4): 252-260.

Silvana G, Alessandro R, Paola R, Alessandro B, Armida M, Paola B, Rucci P, Gibertoni D, Aguglia E, Amore M, Bellomo A, Biondi M, Brugnoli R, Dell'Osso L, De Ronchi D, Di Emidio G, Di Giannantonio M, Fagiolini A, Marchesi C, Monteleone P, Oldani L, Pinna F, Roncone R, Sacchetti E, Santonastaso P, Siracusano A, Vita A, Zeppegno P, Maj M, Italian Network For Research on Psychoses. The influence of illness-related variables, personal resources and context-related factors on real-life functioning of people with schizophrenia. **World Psychiatry** 2014; 13 (3): 275-87.

Stinson JD, Clark MD. Motivational Interviewing with Offenders: Engagement, Rehabilitation, and Reentry. **The Guilford Press**, New York and London, 2017, s.264.

Summakoğlu D, Ertuğrul, B. Şizofreni ve tedavisi. **Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences** 2018; 2 (1): 43-61.

Swain E. Schizophrenia, insight and fitness to plead in court and stand trial. **D Clin Psy Thesis** 2012; 1: 6-13.

Szczekala K, Wiktor K, Kanadys K, Wiktor H. Benefits of motivational interviewing application for patients and healthcare professionals. **Pol J Public Health** 2018; 128 (4): 170-3.

Salzmann-Erikson M, Sjödin M. A narrative meta-synthesis of how people with schizophrenia experience facilitators and barriers in using antipsychotic medication: Implications for healthcare professionals. **Int J Nurs Stud** 2018; 85: 7-18.

Tan SCH, Lee MWH, Lim GTX, Leong JJY, Lee C. Motivational interviewing approach used by a community mental health team. **J Psychosoc Nurs Ment Health Serv** 2015; 53 (12): 28-37.

Townsend MC, Morgan KI. Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice. **F. A. Davis Company**, Philadelphia, 2017, s.988.

Tungpunkom P, Maayan N, Soares-Weiser K. Life skills programmes for chronic mental illnesses. **Cochrane Database Syst Rev** 2012; 18 (1): 1-64.

Turan N. "Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar", Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği, 1. Baskı, Eds. Gürhan N, **Ankara Nobel Tıp Kitabevleri**, Ankara, 2016, s.539-565.

Uchino T, Nemoto T, Kojima A, Takubo Y, Kotsuji Y, Yamaguchi E, Yamaguchi T, Katagiri N, Tsujino N, Tanaka K, Mizuno M. Effects of motivation domains on social

functioning in schizophrenia with consideration of the factor structure and confounding influences. *J Psychiatr Res* 2021; 133: 106-112.

Uzdil N, Tanrıverdi D. Effect of psychosocial skills training on functional remission of patients with schizophrenia. *West J Nurs Res* 2015; 37 (9): 1142-1159.

Van Duppen Z. The inter subjective dimension of schizophrenia. *Philos Psychiatr Psychol* 2017; 24 (4): 399-418.

Vanderwaal FM. Impact of motivational interviewing on medication adherence in schizophrenia. *Issues Ment Health Nurs* 2015; 36 (11): 900-4.

Vohs JL, George S, Leonhardt BL, Lysaker PH. An integrative model of impairments in insight in schizophrenia: Emerging research on causal factors and treatments. *Expert Rev Neurother* 2016; 16 (10): 1193-1204.

Wade M, Tai S, Awenat Y, Haddock G. A systematic review of service-user reasons for adherence and nonadherence to neuroleptic medication in psychosis. *Clin Psychol Rev* 2017, 51: 75-95.

Wang X, Chen Q, Yang M. Effect of caregivers' expressed emotion on the care burden and rehospitalization rate of schizophrenia. *Patient Prefer Adherence* 2017; 11: 1505-1511.

Wang W, Zhang G, Tsui CM. Vocational rehabilitation improves in sight and social functioning of people with schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry* 2015; 61 (5): 515-25.

Westermann S, Cavelti M, Heibach E, Caspar F. Motive-oriented therapeutic relationship building for patients diagnosed with schizophrenia. *Front Psychol* 2015; 6: 1294.

Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Johns N, Burstein, R. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013; 382 (9904): 1575-1586.

World Health Organisation (WHO). Schizophrenia. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>, (son güncelleme tarihi: 4.10.2019, alındığı tarih: 07.05.2021).

Yıldız E, Aylaz R. How counseling based on acceptance and commitment therapy and supported with motivational interviewing affects levels of functional recovery in patients diagnosed with schizophrenia: A quasi-experimental study. *Clin Nurs Res* 2020; 30 (5): 599-615.

Yıldız M, Özasan Z, İncedere A, Kırçalı A, Kiras F, İpçi K. Şizofrenide ruhsal toplumsal beceri eğitimi ve üstbiliş eğitiminin toplumsal ve bilişsel işlevsellik üzerine etkisi. *Arch Neuropsychiatry* 2019; 56: 139-143.

Yıldız M, Özten E, Işık S, Özyıldırım İ, Karayün D, Cerit C, Üçok A. Şizofreni hastaları, hasta yakınları ve majör depresif bozukluk hastalarında kendini damgalama. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2012; 13 (1): 1-7.

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.

Yönder Ertem M, Çetinkaya Duman Z. The effect of motivational interviews on treatment adherence and insight levels of patients with schizophrenia: A randomized controlled study. **Perspect Psychiatr Car** 2019; 55 (1): 75-86.

Yüksel A, Bahadır Yılmaz E. The effect of mindfulness-based psychosocial skills training on functioning and insight level in patients with schizophrenia. **Community Ment Health J** 2021; 57 (2): 365-371.

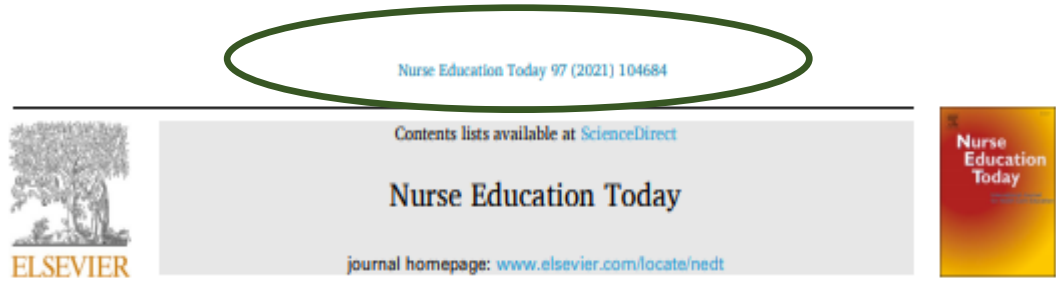
Yüksel N. “Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar”, Ruhsal Hastalıklar, 4. Baskı, Eds. Yüksel N, **Akademisyen Tıp Kitapevi**, Ankara, 2014 s.325-371.

## 8. ÖZGEÇMİŞ

İlk ve orta öğrenimini Denizli’de tamamladı. Afyon Kocatepe Üniversitesi Afyon Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü’nden 2012 yılında mezun oldu. 2013 yılında Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı’nı kazandı ve bu programdan 2016 yılında mezun oldu. Pamukkale Üniversitesi Psikiyatri Servisi ve Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı’nda hemşire olarak çalıştı. 2017 yılında Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı’nda Hemşirelik Anabilim Dalı doktora öğrencisi olarak eğitimine başladı. 04.04.2019 tarihinden itibaren Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı’nda öğretim görevlisi olarak çalışmakta ve halen görevini sürdürmektedir.

## 9. EKLER

**Ek-1. Çunkuş N, Taşdemir Yiğitoğlu G, Solak S.** The relationship between worry and comfort levels and communication skills of nursing students during pediatric clinic applications: A descriptive study. *Nurs Educ Today* 2021; 97, 104684. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104684>



### The relationship between worry and comfort levels and communication skills of nursing students during pediatric clinic applications: A descriptive study<sup>☆</sup>

Nesrin Çunkuş<sup>a,\*</sup>, Gülşay Taşdemir Yiğitoğlu<sup>b</sup>, Semen Solak<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Pamukkale University, Health Research and Application Center, Çarşılaraltı Neighborhood, Kızılköy Street, No: 37, Denizli, Turkey

<sup>b</sup> Pamukkale University, Faculty of Health Science, Department of Psychiatric Nursing, Floor 3, Block C, Kınık Campus, Denizli Postal Code 20160, Turkey

<sup>c</sup> Ege University, Institute of Health Sciences, Ege University Campus, Health Culture and Sports Department Building, 3rd Floor, Bornova, Izmir, Turkey

#### ARTICLE INFO

**Keywords:**  
Clinic  
Comfort  
Communication  
Nursing students  
Pediatric  
Worry

#### ABSTRACT

**Background:** Practices of student nurses in clinical settings allow them to face the difficulties of professional practice, adapt to these environments and develop their knowledge, skills and confidence.

**Objectives:** The purpose of the study is to investigate the relationship between the worry and comfort levels and communication skills of nursing students during their pediatric clinic practices.

**Design:** A descriptive study design was used.

**Settings:** The measurement instruments were applied at the students' usual classrooms at a Turkish state university by the authors.

**Participants:** The sample of the study consisted of 145 nursing students who were in their 3rd year of study in the academic year of 2018–2019 and agreed to participate.

**Methods:** The data were collected by a Questionnaire Form, the Pediatric Nursing Student Clinical Comfort and Worry Assessment Tool and the Effective Communication Skills Scale.

**Results:** A positive and significant relationship was determined between the students' Pediatric Nursing Student Clinical Comfort and Worry Assessment Tool, Comfort subscale scores and their Effective Communication Skills Scale, Self-Revelation, Empathy and I-Language subscale scores ( $p < 0.05$ ). A positive and significant relationship was found between the students' Pediatric Nursing Student Clinical Comfort and Worry Assessment Tool, Worry subscale scores and their Effective Communication Skills Scale, Self-Revelation, Effective Listening and I-Language subscale scores ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** It was concluded that there was a relationship between the worry and comfort levels of the nursing students and their communication skills during their pediatric clinic practices. Knowing about the worry and comfort levels of nursing students who take part in practices at pediatric clinics and their effective use of communication skills will affect their statuses of coping with worry in their future professional and social experiences and may increase their clinical success.



# “Nurse Education Today” Indeks Belgesi



Master Journal List

[Search Journals](#)

[Match Manuscript](#)

[Downloads](#)

[Help Center](#)

[Login](#)

[Create Free Account](#)

Already have a manuscript?

Use our Manuscript Matcher to find the best relevant journals!

[Find a Match](#)

## Refine Your Search Results

ISSN: 0260-6917 Nurse Education Today

[Search](#)

Sort By: Relevancy

## Search Results

Found 1,478 results (Page 1)

[Share These Results](#)

Filters

[Clear All](#)

Web of Science Core Collection

[Clear all filters](#)

Open Access

Category

Country / Region

Language

## Exact Match Found

### NURSE EDUCATION TODAY

Publisher: CHURCHILL LIVINGSTONE, JOURNAL PRODUCTION DEPT, ROBERT STEVENSON HOUSE, 1-3 BAXTERS PLACE, LEITH WALK, EDINBURGH, SCOTLAND, MIDLOTHIAN, EH1 3AF

ISSN / eISSN: 0260-6917 / 1532-2793

Web of Science Core Collection: Science Citation Index Expanded | Social Sciences Citation Index

Additional Web of Science Indexes: Current Contents Social And Behavioral Sciences | Essential Science Indicators

Ek-2. Çunkuş N, Taşdemir Yiğitoğlu G. Bir erkek anoreksiya nervoza olgusuna yönelik hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2019; 10(1): 82-87. <https://doi.org/10.14744/phd.2018.09326>

## PSIKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ

DOI: 10.14744/phd.2018.09326  
Psychiatric Nurs 2019;10(1):82-87

### Olgu Sunumu

TÜRKÇE ÇEVİRİ / TURKISH TRANSLATION



## Bir erkek anoreksiya nervoza olgusuna yönelik hemşirelik bakımı: Olgu sunumu

• Nesrin Çunkuş, • Gülay Taşdemir Yiğitoğlu

Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıklar Hemşireliği, Denizli

### Özet

Anoreksiya Nervoz; düşük beden ağırlığı, kilo almaya yönelik aşırı korku veya kilo almasını engelleyen sürekli davranışlar, beden imgesi bozukluğu ile karakterize, kronik seyirli, hasta ve ailesi üzerinde önemli etkileri olan ciddi bir mental bozukluktur. Hastalığın başlangıcı, nedeni arkadaşlar, aile üyeleri gibi kişilerden eleştiri veya kilo konusunda şaka duyma gibi tetikleyici faktörlerden kaynaklanır. Erkeklerde yaygın olmamakla birlikte bu olguda; 13 yaşında "Anoreksiya Nervoz ve Majör Depresyon" tanısı almış bir erkek hasta sunulmaktadır. Hastada; isteksizlik, içine kapanıklık, yemek istememe, 2 kaşık yemek yiyip kalkma, okulda sadece yarım bardak süt içme, günlük sıvı ve besin alımında önemli derecede azalma belirtileri görülmesi nedeniyle ailesi tarafından hastaneye getirilmiş ve çocuk psikiyatri kliniğine yatırılmıştır. Bu olguda "gereksiniminden az beslenme, sıvı volüm eksikliği, etkisiz başatme, beden imgesinde rahatsızlık, benlik saygısında rahatsızlık, sosyal etkileşimde bozulma ve konstipasyon riski" tanılarına yönelik hemşirelik bakım planı oluşturulmuştur. Hastanın görüşmeler sırasında oldukça isteksiz ve savunucu bir tutum içerisinde olduğu gözlemlenmiştir. Planlanan girişimleri etkili uygulayabilmek için hastanın refakatinde bulunan annesinden destek istenmiştir. Anoreksiya nervoza tanısı alan ergenlerde psikiyatrik bakımın planlanmasında bu konuya ilişkin bilgi birikiminin artırılması gerektiği ve örneklem sayısının geniş olduğu çalışmaların yapılması önerilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Anoreksiya nervoza; erkek hasta; hemşirelik bakımı.

#### Konu hakkında bilinenler nedir?

• Anoreksiya nervozanın erkeklerde daha nadir görüldüğü ve etiyolojisinden sayıya kadar kızlardan farklılıklar gösterdiği bilinmektedir.

#### Bu yazının bilinenlere katkısı nedir?

• Bir erkek ergen anoreksiya nervoza hastasının isteksiz ve savunucu tutumu karşısında; psikiyatri hemşiresinin motive edici, terapötik ve empatik yaklaşımı sonucu bireyin iyileşmeye istekli olduğu görülmektedir.

#### Uygulamaya katkısı nedir?

• Bu olgu sunumunda anoreksiya nervoza tanısı almış bir erkek ergene yönelik hemşirelik tanımları, beklenen sonuçlarının ve hemşirelik girişimlerinin neler olabileceği bildirilerek uygulama alanına katkı sağladığı düşünülmektedir.

tanımlanmış yeme bozukluğudur.<sup>[1,2]</sup> AN şişman olmaya karşı duyulan aşırı korku, zayıf bir bedene sahip olma arzusu, kilo almasını güçleştiren sürekli davranışlar ve beden imgesi bozukluğu ile karakterize, hasta ve ailesi üzerinde olumsuz etkileri olan ruhsal bir bozukluktur.<sup>[3,4]</sup> Hastalığı temel patolojilerden biri beden imgesi bozukluğudur. AN hastalarının kiloları ile ilgili algıları gerçek kiloları ile uyuşmamakta ve yüksek algılanmaktadır. AN'nin başlangıç yaşı 15-24 yaşları ile 10-30 arasında değişebilmektedir.<sup>[5]</sup> Yaşam boyu prevalansı kadınlarda %0.9-2.2, erkeklerde %0.3 civarındadır ve sıklıkla ergenlik döneminde başlamaktadır.<sup>[3,4]</sup> AN psikiyatrik hastalıklar içerisinde en yüksek mortalite oranına sahip olan bir hastalıktır. Ölüm oranı %2-10 arasında değişmektedir.<sup>[6]</sup>

**A**noreksiya, kelime olarak Yunanca kökenli olup yeme isteğinin olmaması anlamına gelmektedir. Tıbbi literatüre

AN klinik belirtileri nedeniyle tanınması kolay bir tablodur.<sup>[4]</sup> Bu hastalıkta yavaş ve az yeme, kalori hesaplama, düşük kalori

## “Psikiyatri Hemşireliği Dergisi” İndeks Belgesi

 **Master Journal List** [Search Journals](#) [Match Manuscript](#) [Downloads](#) [Help Center](#) [Login](#)

Already have a manuscript? 

Use our Manuscript Matcher to find the best relevant journals!

[Find a Match](#)

### Refine Your Search Results

[Search](#)

### Search Results

Found 262 results (Page 1) [Share These Results](#)

### Did you mean this journal?

**JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING**


Publisher: KARE PUBL , CONCORD ISTANBUL, DUMLUPINAR MAH, CIHAN SK NO 15, B BLOK 162 KADIKOY, ISTANBUL, Turkey, 34720

ISSN / eISSN: 2149-374X

Web of Science Core Collection: [Emerging Sources Citation Index](#)

Filters [Clear All](#)

Web of Science Coverage 

Open Access  

Category 

Ek-3. Taşdemir Yiğitoğlu G, **Çunkuş N**, Özgün Öztürk F, Sarıçay K. Identification of the sociodemographic and clinical characteristics of the patients who have undergone transcranial magnetic stimulation in a psychiatry clinic: A retrospective descriptive design. *Perspect Psychiatr Care* 2021; doi: 10.1111/ppc.12836. Online ahead of print.

## Perspectives in PSYCHIATRIC CARE

ORIGINAL ARTICLE

# Identification of the sociodemographic and clinical characteristics of the patients who have undergone transcranial magnetic stimulation in a psychiatry clinic: A retrospective descriptive design

Gülay Taşdemir Yiğitoğlu PhD, RN , Nesrin Çunkuş MSc, Fatma Özgün Öztürk MSc, Kıymet Sarıçay RN

First published: 05 May 2021 | <https://doi.org/10.1111/ppc.12836>

This study was presented at the V. International IX. National Psychiatric Nursing Congress which is organized in Antalya as an oral presentation on 20-23 November 2018.

**“Perspectives Psychiatric in Care” Dergisinden Makale Kabul Emaili**

**PPC - Decision on Manuscript ID PPC-20-464-0A.R3**

Posta: 1 / 6



Gönderen Evelyn Parrish

Alıcı gyigitoglu@pau.edu.tr

İlgili Kopyası gyigitoglu@pau.edu.tr, ncunkus@pau.edu.tr, fatmao@pau.edu.tr, kiymet\_ceren@hotmail.com

Yanıtla eparrishuk@gmail.com

Tarih 2021-04-20 19:39

20-Apr-2021

Dear Dr. Taşdemir Yiğitoğlu:

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "Identification of the sociodemographic and clinical characteristics of the patients who have undergone Transcranial Magnetic Stimulation in a psychiatry clinic: A retrospective descriptive design" for publication in Perspectives in Psychiatric Care.

**\*\*IMPORTANT LICENSING INFORMATION\*\***

Wiley has recently launched a new Wiley Author Licensing Service (WALS) for collection of copyright forms. Within the next few days the corresponding author will receive an email from Wiley's Author Services system which will ask you to log in and will present you with the appropriate license for completion. Your article cannot be published until you have signed the appropriate license agreement.

**ARTICLE PROOFS**

In about 2 weeks, you will receive an e-mail from the typesetter that informs you how to access your page proofs. You will be asked to review your proofs and respond to the typesetter within 48 hours. Please watch for this important e-mail.

Thank you for your fine contribution. I look forward to your continued contributions to the Journal.

Sincerely,

Prof. Evelyn Parrish

Editor, Perspectives in Psychiatric Care

[eparrishuk@gmail.com](mailto:eparrishuk@gmail.com)

Visit the Nurse Author & Editor website at <http://www.nurseauthoreditor.com>

# "Perspectives Psychiatric in Care" İndeks Belgesi



Master Journal List

[Search Journals](#)

[Match Manuscript](#)

[Downloads](#)

[Help Center](#)

[Login](#)



The power of the Web of Science™ on your mobile device, wherever inspiration strikes.

[Dismiss](#)

[Learn More](#)

Already have a manuscript?

Use our Manuscript Matcher to find the best relevant journals!

[Find a Match](#)

## Refine Your Search Results

"Perspectives Psychiatric in Care"

[Search](#)

## Search Results

Found 868 results (Page 1)

[Share These Results](#)

Filters

[Clear All](#)

Web of Science Coverage



Open Access



Category



Country / Region



## Did you mean this journal?

PERSPECTIVES IN PSYCHIATRIC CARE

Publisher: WILEY, 111 RIVER ST, HOBOKEN, USA, NJ, 07030-5774

ISSN / eISSN: 0031-5990 / 1744-6163

Web of Science Core Collection: Science Citation Index Expanded | Social Sciences Citation Index

Additional Web of Science Indexes: Current Contents Social And Behavioral Sciences | Essential Science Indicators

#### Ek-4. Kişisel Bilgi Formu

Bu çalışma “Şizofreni Hastalarında Kişilerarası İlişkiler Kuramı Temelli Motivasyonel Görüşmenin İşlevsel İyileşme ve İçgörü Düzeylerine Etkisi”ni belirlemek amacı ile planlanmıştır. Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu çalışmaya isteyerek katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir. Çalışma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için lütfen tüm soruları yanıtlamaya ve ankete ilişkin görüş ya da sorularınızı anketi cevapladıktan sonra yöneltmeye özen gösteriniz. *Bu ankette verilecek yanıtlar, isim ve kişisel bilgiler, bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde kesinlikle gizli tutulacaktır.*

Katılımınız için şimdiden teşekkür ederim.  
Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Psikiyatri Hemşireliği Doktora Öğrencisi  
**Nesrin ÇUNKUŞ**

1. Cinsiyet: ( ) Kadın ( ) Erkek

2. Yaş:.....

3. Eğitim durumu: ( ) Okuryazar değil ( ) Okuryazar ( ) İlköğretim  
( ) Ortaöğretim ( ) Üniversite ve üzeri

4. Medeni durumu: ( ) Bekar ( ) Evli ( ) Boşanmış ( ) Ayrı yaşıyor

5. Çalışma durumu: ( ) Çalışmıyor ( ) Çalışıyor (İşinizi belirtiniz):.....

6. Sosyal güvencesi: ( ) Yok ( ) Var

7. Hastaneye yatış sıklığı: ( ) Yılda 1 kez ( ) Yılda 2 kez ( ) Yılda 3 kez  
( ) Yılda 4 kez ve üzeri

8. Hastanın kendi gereksinimlerini karşılama durumu:

( ) Kendi kendine ( ) Ara sıra bakım veren desteğiyle ( ) Tamamen bakım verene bağımlı

9. Hasta kaç yıldır şizofreni tanısıyla izleniyor?.....(Ay/Yıl)

10. Hastanın ilaçlarını alma durumu: ( ) Alıyor ( ) Almıyor ( ) Diğer.....

11. Tedaviniz hakkında ne düşünüyorsunuz?

( ) İşe yaramıyor ( ) İyileştiriyor ( ) Henüz emin değilim

11. Daha önce tedavinizi bıraktınız mı? ( ) Hayır ( ) Evet

12. Tedaviyi bıraktıysanız, bırakma nedeniniz ne idi?

( ) Yan etkilerinin olması ( ) Unutkanlık

( ) Tedavinin işe yaramadığı düşüncesi ( ) ilacı temin etmede zorluk

( ) İlaçsız başarabilirim düşüncesi ( ) Bağımlılık yapmasından korkma

( ) Hasta olmadığını düşünme

( ) Diğer (lütfen yazınız).....

## Ek-5. Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

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



## Ek-6. İğrnn  Bileşenini Değerlendirme leği

**1a.** Hasta tedaviyi (Hastaneye başuruma ve/veya ilaç tedavisi ve/veya diğer fiziksel ya da psikolojik tedaviler) kabul ediyor mu? (Edilgin biçimde kabullenmeyi içerir)

<b>2</b>	<b>Sıklıkla</b>	Tedaviye gereksinimi olduğunu nadiren sorgular
<b>1</b>	<b>Bazen</b>	Arada bir tedaviye neden gereksinim duyduğunu sorgular
<b>0</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	

**Eğer 1a; 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:**

**1b.** Hasta tedaviyi teşvik edilmeden istiyor mu?

<b>2</b>	<b>Sıklıkla</b>	Uygun olmayan medikasyon istekleri dışlanmalıdır
<b>1</b>	<b>Bazen</b>	Unutkanlık/ dezorganizasyon nedeniyle ilaç almayı ihmal eden hastalar buraya dahil edilebilir
<b>0</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	Tedaviyi her zaman uyarıdan sonra kabul ediyorsa

**2a.** Hastaya sorunuz: "Bir hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz?" ya da "Bazı sorunlarınız olduğunu düşünüyor musunuz?" (mental, fiziksel belirlenmemiş)

<b>2</b>	<b>Sıklıkla</b>	Hastalığı olduğunu birçok günler, günün çoğunda düşünmüş
<b>1</b>	<b>Bazen</b>	Hastalığı olduğunu arasıra düşünmüş
<b>0</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa

**Eğer 2a; 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:**

**2b.** Hastaya sorunuz: "Bir ruhsal/psikiyatrik hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz?"

<b>2</b>	<b>Sıklıkla</b>	Hastalığı olduğunu birçok günler, günün çoğunda düşünmüş
<b>1</b>	<b>Bazen</b>	Hastalığı olduğunu arasıra düşünmüş
<b>0</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa

**Eğer 2b; 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:**

**2c.** Hastaya sorunuz:  
"Hastalığınızı nasıl açıklarsınız?"

<b>2</b>	Hastanın sosyal, kültürel ve eğitim düzeyine uygun akılcı yanıtlar: ör: aşırı stres, kimyasal dengesizlik, ailesel kalıtım biçimindeki açıklamalar
<b>1</b>	Karışık, tam anlamadığı kulaktan duyma açıklamalar ya da "Bilmiyorum" şeklinde yanıtlar
<b>0</b>	Delüzyonel açıklamalar

**3a.** Hastaya sorunuz:  
".....(özgül hezeyan) konusundaki inancınızın gerçekte doğru olmadığını düşünüyor musunuz? " Ya da ".....(özgül halüsinasyon) konusundaki inancınızın gerçekte doğru olmadığını düşünüyor musunuz? "

<b>2</b>	<b>Sıklıkla</b>	Birçok gün, günün çoğunda düşünmüş
<b>1</b>	<b>Bazen</b>	Bazı günler en azından günde bir kez aklına gelmiş
<b>0</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa

**Eğer 3a; 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:**

**3b.** Bu olayları yaşantılarınızı nasıl açıklarsınız? (.....Konusundaki inancınız/ sesler işitmeniz, görüntüler görmeniz.)

<b>2</b>	Hastalığın bir parçası
<b>1</b>	Yorgunluk ve stres gibi dış olaylara bağlıysa
<b>0</b>	Dış güçlere bağlıysa (Delüzyonel olabilir)

**Ek**

**soru:**.....durumlarında insanlar size inanmadıklarında kendinizi nasıl hissediyorsunuz? (hasta çevreye hezeyan ya da halüsinasyonundan bahsederken)

<b>4</b>	İşte öyle hallerde hasta olduğumu biliyorum
<b>3</b>	Bende bir hata olduğumu düşünürüm
<b>2</b>	Kafam karışır ve ne düşüneceğimi bilemem
<b>1</b>	Ne söylerlerse söylesinler hala kendimi emin hissederim
<b>0</b>	Yalan söylüyorlar

## Ek-7. Kişilerarası İlişkiler Kuramı Temelli Motivasyonel Görüşme Programı

1) Oryantasyon Aşaması	
Amaç	Bireyle tanışmak ve oturum hakkında bilgilendirmek.
İçerik ve işleniş	<p>1) Bu oturumda, hastalara çalışmanın amacı ve önemi, programının içeriği, süresi anlatılarak, hastaların programdan beklentileri öğrenildi. Hazırlık oturumu sonrası, hastalarla ilk oturum için gün/saat belirlenerek, uygulamaya başlandı. Bu oturumda temel olarak güven ve samimiyet geliştirilerek terapötik ilişki kurma ve bireylerle tanışma gerçekleştirildi.</p> <p><i>“Merhaba, ben Psikiyatri Hemşireliği Doktora Öğrencisi Hemşire Nesrin ÇUNKUŞ. Sizinle birlikte bazı görüşmeler yapacağız. Görüşmelerimiz hastalığı yönetme (nedenleri, belirtileri, tedavisi, iletişim, uyku ve kişisel görünüm gibi) hakkında farkındalık yaratmak, içgörü kazandırmak, motivasyonu arttırmak, kararsız düşünceleri ortaya çıkarmak ve davranış değişimi başlatmak amacıyla ile ilgili olacak. Şu anki görüşmemiz tanışma aşamasıdır. Sizinle bu görüşmeden sonra haftada 1 kez olmak üzere toplam 6 kez görüşme gerçekleştireceğiz. Her bir görüşme yüz yüze olup yaklaşık 30-40 dakika sürecek. Buradaki konuşmalarımız hayati bir tehlike durumu olmadığı sürece sizinle benim aramda kalacak. Vereceğiniz bilgiler, kimlik bilgileriniz paylaşılmadan bilimsel amaçlar için kullanılacaktır.</i></p> <p>2) Çalışma ve kontrol gruplarına uygulama öncesi-sonrası ve uygulamadan sonraki 3. ayda Kişisel Bilgi Formu, ŞİİÖ ve İÜBDÖ uygulanacağı anlatıldı.</p> <p>3) Görüşmelere düzenli katılımın önemi anlatıldı.</p> <p>4) Çalışmaya dahil edilen tüm bireylerin ve yakınlarının sözlü ve yazılı Bilgilendirilmiş Onamları alındı.</p> <p>5) Bireyin kendisini tanıtmaması istendi ve görüşmelerin amacı açıklandı.</p> <p><i>“Bu görüşmelerimizi sizinle içinde bulunduğunuz durumla baş edebilmenizi sağlamak için yapacağız. Amacım sizin hastalığı yönetme ve baş edebilme becerileriniz için kendi güçlerinizi fark etmenize yardımcı olmaktır. Sizi daha iyi anlamak istiyorum. Bana kendinizden bahsedebilir misiniz?” “En önemli özelliğim/özelliklerim .....</i>” (cümle tamamlama-ısınlma egzersizi)</p> <p>7) Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan tüm bireyler (çalışma ve kontrol grupları) için Kişisel Bilgi Formu, ŞİİÖ) ve İÜBDÖ'nin verileri araştırmacı tarafından sorularak toplandı.</p> <p>8) İşlevsel İyileşme düzeyi düşük ve orta olan bireyler çalışmaya dahil edildi.</p>

<b>1) Oryantasyon Aşaması (Devam)</b>	
İçerik ve işleniş	9) Çalışma ve kontrol grupları randomizasyon (kapalı zarf) yöntemi ile belirlendi. "Çalışma grubu" ve "kontrol grubu" yazan iki ayrı kâğıt iki ayrı zarfa yerleştirildi. Bireyin hangi gruba dahil olacağı seçtiği zarf ile belirlenmesi sağlandı. 10) Gelecek görüşmenin zamanı (gün ve saat) ve yeri belirlendi.
Kullanılan Yöntem ve Teknikler	Empati, saygı, açık uçlu sorular sorma, destekleme, sorumluluk verme, kabullenme.

<b>1. Aşama: Motivasyon Yaratılması (1., 2., 3. ve 4. Görüşme)</b>	
<b>2) Tanımlama Aşaması (Birinci Görüşme)</b>	
Amaç	Şizofreninin tanımı, belirtileri, etiyolojisi, tedavisi hakkındaki bilgilerin katılımcılar tarafından farkına varılmasını sağlamak, duygu ve düşüncelerini ortaya çıkarmak; yaşanan ambivalansı değerlendirmek, incelemek ve çözümlenmek.
İçerik ve işleniş	<p>1) Bireyin gereksinimlerini, hastalık sürecine ilişkin duygu ve düşüncelerini ifade etmesi cesaretlendirilmeye çalışıldı.</p> <p><i>"Buraya gelme amacınız nedir? Beklentiniz nedir?"</i>  <i>"Hastalık sürecinizde neler yaşadınız, bunlardan bahsedebilir misiniz?"</i>  <i>"Şizofreni sizce nasıl bir hastalıktır? Size yaşattığı belirtiler nelerdir? Sizce nedenleri nelerdir?"</i>  <i>"Tedavisi nedir? İlaçlar ne kadar süre ile kullanılmalıdır? İlaç yan etkileri, kullanmanın yararları nelerdir?"</i>  <i>"Şizofreninin alevlenmesi ne demektir? Haberci belirtiler nelerdir?"</i></p> <p>2) Bireysel farkındalık ve motivasyonun artırılması desteklenecek.</p> <p><i>"Sizce tedavi/ilaç uyumu ne demektir?"</i>  <i>"Tedavi/ilaç uyumunuz açısından kendinize 0-10 arası bir değer verecek olsanız kaç puan verirsiniz?"</i>  <i>"Tedavi/ilaç uyumuyla ilgili sıkıntılar yaşadığınızı bildirmiştiniz. Bu sıkıntılar nelerdir?"</i>  <i>"Tedavi/ilaç uyumunuz olmadığında sağlığınızla ilgili yaşadığınız deneyimler nelerdir?"</i></p> <p>3) Değişim için motivasyonun kurulmasında önemlilik ve güven-yeterlilik cetveli uygulandı.</p> <p><i>"Değişmek sizin için ne kadar önemli, 0-10 arasında kaç puan verirdiniz kendinize?"</i></p> <p>4) Tedavi/ilaç uyumuna, belirtilerle baş edebilme gibi hastalık yönetimi sürecine dikkat edildiğinde ya da edilmediği durumlarda neler olabileceğinden/neler olduğundan söz edildi.</p>

<b>2) Tanımlama Aşaması (Birinci Görüşme) (Devam)</b>	
İçerik ve işleniş	<p>5) Görüşme sırasında ana noktalar özetlendi, bu durum bireyi anladığımı ve dinlediğimi gösterecektir.</p> <p><i>“Bu görüşmemizde sizinle..... konuştuk,.....paylaştık.”</i></p> <p>6) Geri bildirim alındı.</p> <p><i>“Bu görüşmemizi nasıl değerlendirirsiniz? Düşüncelerinizi açıklayabilir misiniz?”</i></p> <p>7) Ev ödevi verildi.</p> <p><i>“Hastalığa uyum sağlamada yaşadığınız zorlukları düşünmenizi ve yazmanızı istiyorum.”</i></p> <p>8) Bir sonraki görüşme amacı ve zamanı (gün ve saat) belirlendi.</p> <p><i>“Bir sonraki görüşmemizde sizinle günlük yaşam becerileriniz (beslenme, uyku, kişisel görünüm ve bakım, finansal yönetim) hakkında görüşme yapacağız. Bir sonraki görüşmemiz için ..... tarihinde .... saatinde görüşmek üzere, hoşçakalın.”</i></p>
Kullanılan Yöntem ve Teknikler	Empati, saygı, yansıtımlı dinleme, açık uçlu sorular sorma, destekleme, sorumluluk verme, karar dengesi, özetleme, kabullenme.

<b>3) Tanımlama Aşaması (İkinci Görüşme)</b>	
Amaç	Günlük yaşam becerileri, ev işi etkinlikleri, çalışma-eğitim ile ilgili duygu ve düşüncelerini ifade edebilmesini sağlamak; yaşanan ambivalansı değerlendirmek, incelemek ve çözümlenmek.
İçerik ve işleniş	<p>1) Bir önceki oturum özetlendi.</p> <p><i>“Bir önceki görüşmemizde hastalık sürecinizi ve tedavi/ilaç uyumunuzu konuşmuştuk. ...noktalarına değinmiştik. En son görüşmemizden bu yana nasılsınız? Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?”</i></p> <p>2) Ev ödevi değerlendirildi.</p> <p><i>“Hastalığa uyum sağlamada yaşadığınız zorlukları düşünmenizi ve yazmanızı istemiştik. Bunları konuşalım. Sizi dinliyorum.”</i></p> <p><i>“Hastalık sürecinizde neler yaşadınız? Hayatınızda neler değişti? Bu durumlar size ne hissettirdi?”</i></p> <p><i>“Hastalık süreci günlük ve sosyal yaşamınızı nasıl etkiledi?”</i></p> <p>Ç1: <i>“İlk zamanlar gerçekte hayali ayırt edemiyordum. Bu durum beni çok zorladı. Arkadaş edinmiyorum. Çünkü benden korkuyorlar. Tüm konularda işlerde oldukça isteksizlik beni oldukça zorlamaktadır.”</i></p>

### 3) Tanımlama Aşaması (İkinci Görüşme) (Devam)

İçerik ve işleniş	<p>Ç2: "Hastalık ilk belirti gösterdiğinde değişik rüyalar görüyordum. Bunlar beni çok düşündürüyor ve korkutuyordu. İçine kapanıklık, isteksizlik çok fazla. Özellikle cinsel isteksizlik. Ailem senden bişi olmaz diyor. Bu beni daha çok üzüyor."</p> <p>Ç3: "İsteksizlik çok fazla. Ev işleri yapamıyorum. İnsanlardan uzaklaşıyorum. Benim hakkımda kötü düşünüyorlar."</p> <p>Ç4: "Sürekli aklımda bir sürü düşünce var. Her konuda isteksizlik var. İnsanlara güvenemiyorum."</p> <p>Ç5: "İlaçlar yan etki yapıyor. Sürekli odamda uyumak istiyorum. Vücudumda titremeler oluyor. Kimseyle konuşamıyorum."</p> <p>Ç6: "İnsanların benim hakkında düşünceleri. Beni çok yoruyor. İnsanlar benim düşüncelerimi okuyor. Dışarı çıkmak istemiyorum."</p> <p>3) Görüşmenin amacı belirtildi.</p> <p>"Bugünkü görüşmemizin konusu beslenme, uyku, kişisel görünüm ve bakım, finansal yönetim, ev işi etkinlikleri, çalışma-eğitim gibi günlük yaşam becerileriniz hakkında konuşmaktır."</p> <p>4) Günlük yaşam becerileri (beslenme, uyku, kişisel görünüm ve bakım, finansal yönetim) hakkında kendini ifade etmesi sağlandı.</p> <p>"Beslenme alışkanlığınız nasıl? Hangi besinleri tüketir ve yemekten hoşlanırsınız? Kaç öğün yemek yersiniz?"</p> <p>"Günlük yaşamınızı nasıl etkilemektedir?"</p> <p>"Gece uyuma ve sabah uyanma saatiniz kaçtır? Gece uyku bölünmeleriniz olur mu? Uykuya dalmakta sıkıntı yaşıyor musunuz?"</p> <p>"Günlük yaşamınızı nasıl etkilemektedir?"</p> <p>"Haftada kaç kez banyo yaparsınız?"</p> <p>"Günlük yaşamınızı nasıl etkilemektedir?"</p> <p>"Eve ait veya kişisel bir fatura yatırma işlemi yapar mısınız?"</p> <p>"Günlük yaşamınızı nasıl etkilemektedir?"</p> <p>5) Ev işi etkinlikleri (ev toplama, çamaşır, bulaşık, temizlik, çöpü dışarı çıkarma) hakkında kendi konumunu ifade etmesi sağlandı.</p> <p>"Örneğin; oda toplama, bulaşık ve çamaşır yıkama veya çöpü dışarı çıkarma gibi ev işlerinde anne/eş/ yardım eder misiniz?"</p> <p>"Günlük yaşamınızı nasıl etkilemektedir?"</p> <p>6) Çalışma ve eğitim (Okul veya üniversiteye devam etme veya geri dönme, iş arama ya da işe geri dönme) ile ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlandı.</p> <p>"En son bitirdiğiniz okul? Eğitiminize devam edememe sebepleriniz nelerdir? Şu an böyle bir imkânınız olsa ne yapardınız?"</p> <p>"Şu an çalışıyor musunuz?" Bir işte çalışma konusunda neler düşünüyorsunuz? Şu an böyle bir imkânınız olsa ne yapardınız?"</p> <p>"Bu durum sosyal yaşamınızı nasıl etkilemektedir?"</p>
-------------------	--

<b>3) Tanımlama Aşaması (İkinci Görüşme) (Devam)</b>	
İçerik ve İşleniş	<p>7) Değişim için motivasyonun kurulmasında önemlilik ve güven-yeterlilik cetveli uygulandı.</p> <p><i>“Değişmek sizin için ne kadar önemli, 0-10 arasında kaç puan verirdiniz kendinize?”</i></p> <p>8) Bireysel farkındalık ve motivasyonun artırılması desteklendi.</p> <p>9) Görüşme sırasında ana noktalar özetlendi, bu durum bireyi anladığımı ve dinlediğimi gösterecektir.</p> <p><i>“Bu görüşmemizde ..... konuştuk,.....paylaştık.”</i></p> <p>10) Geri bildirim alındı.</p> <p><i>“Bu görüşmemizi nasıl değerlendirirsiniz? Düşüncelerinizi açıklayabilir misiniz?”</i></p> <p>11) Ev ödevi verildi.</p> <p><i>“Herhangi bir ev işi etkinliği (oda toparlama, bulaşık ve çamaşır yıkama, çöpü dışarı çıkarma veya fatura ödeme gibi) planlamanızı, yapmanızı, duygu ve düşüncelerini ifade etmenizi ve bunları yazmanızı istiyorum. Bir sonraki görüşmemizde bunları konuşacağız.”</i></p> <p>12) Bir sonraki görüşmenin amacı ve zamanı belirlendi.</p> <p><i>“Bir sonraki görüşmemizde sizinle iletişim, iletişim becerileri, stresin ve stresle baş edebilme yöntemleri hakkında görüşme yapacağız. Bir sonraki görüşmemiz için ..... tarihinde .... saatinde görüşmek üzere, iyi günler diliyorum.”</i></p>
Kullanılan Yöntem ve Teknikler	Empati, saygı, yansıtmalı dinleme, açık uçlu sorular sorma, destekleme, sorumluluk verme, karar dengesi, özetleme, kabullenme.

<b>4) Tanımlama Aşaması (Üçüncü Görüşme)</b>	
Amaç	İletişimin tanımını, iletişim becerilerini, stresin tanımını ve stresle baş edebilme yöntemlerini ifade edebilmek; yaşanan ambivalansı değerlendirmek, incelemek ve çözümlmek.
İçerik ve İşleniş	<p>1) Bir önceki oturum özetlendi.</p> <p><i>“Bir önceki görüşmemizde sizinle beslenme, uyku, kişisel görünüm ve bakım, finansal yönetim, ev işi etkinlikleri, çalışma-egitim gibi günlük yaşam becerileriniz hakkında konuşmuştuk. ...noktalarına değinmiştik. En son görüşmemizden bu yana nasılsınız? Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?”</i></p> <p>2) Ev ödevi değerlendirildi.</p>

#### 4) Tanımlama Aşaması (Üçüncü Görüşme) (Devam)

İçerik ve İşleniş	<p>Ç1: <i>“Salı günü bulaşıkları ben yıkadım. Annem çok mutlu oldu. Bu beni de mutlu etti.”</i></p> <p>Ç2: <i>“Kahvaltıyı ben hazırladım. Birlikte kahvaltı yaptık.”</i></p> <p>Ç3: <i>“Çöpü çıkardım. Bişey olmadı.”</i></p> <p>Ç4: <i>“Eşime yardım ettim.”</i></p> <p>3) Görüşmenin amacı belirtildi.</p> <p><i>“Bugünkü görüşmemizin konusu beslenme, uyku, kişisel görünüm ve bakım, finansal yönetim, ev işi etkinlikleri, çalışma-egitim gibi günlük yaşam becerileriniz hakkında konuşmaktır.”</i></p> <p>4) Bir sonraki görüşmenin amacı ve zamanı belirlendi.</p> <p><i>“Bir sonraki görüşmemizde sizinle semptom yönetimi tedavi/ilaç uyumu, günlük yaşam aktiviteleri, iletişim ve ilişkilerinize yönelik neler yaptığınızı hakkında görüşme yapacağız. Bir sonraki görüşmemiz için ..... tarihinde .... saatinde görüşmek üzere, iyi günler diliyorum.”</i></p> <p>5) Stresle ve öfkeyle başa çıkma yöntemleri hakkında kendini ifade edebilmesi için cesaretlendirildi.</p> <p><i>“Stres nedir? Sizde stres yaratan durumlar nelerdir?”</i></p> <p><i>“Stresin sizdeki olumlu/olumsuz etkileri nelerdir? Siz bu durumlarla nasıl baş ediyorsunuz? Bu yöntemler işe yarıyor mu?”</i></p> <p><i>“Sizi öfkeleniren durumlar nelerdir? Öfkelendiğinizde neler hissediyorsunuz?”</i></p> <p><i>“Öfkelendiğinizde kendinizi yatıştırmak için neler yaparsınız? Bu yöntemler işe yarıyor mu?”</i></p> <p>6) Sosyal ilişkilerini değerlendirmesi ve boş zaman etkinliklerini paylaşması sağlandı.</p> <p><i>“Aile/Arkadaşlar ile ilişkileriniz nasıl?”</i></p> <p><i>“Boş zamanlarınızda neler yaparsınız?”</i></p> <p>7) Değişim için motivasyonun kurulmasında önemlilik ve güven-yeterlilik cetveli uygulandı.</p> <p><i>“Değişmek sizin için ne kadar önemli, 0-10 arasında kaç puan verirdiniz kendinize?”</i></p> <p>8) Bireysel farkındalık ve motivasyonun artırılması desteklendi.</p> <p>9) Görüşme sırasında ana noktalar özetlendi, bu durum bireyi anladığımı ve dinlediğimi gösterecektir.</p> <p><i>“Bu görüşmemizde ..... konuştuk, .....paylaştık.”</i></p> <p>10) Geri bildirim alındı.</p> <p><i>“Bu görüşmemizi nasıl değerlendirirsiniz? Düşüncelerinizi açıklayabilir misiniz?”</i></p>
-------------------	---



<b>4) Tanımlama Aşaması (Üçüncü Görüşme) (Devam)</b>	
İçerik ve İşleniş	<p>11) Ev ödevi verildi.</p> <p><i>“Örneğin; kitap okuma, sinema, yürüyüş, arkadaşlar/aile ile etkinlik, müzik dinleme el işi, resim yapma gibi herhangi bir istediğiniz sosyal bir aktiviteyi planlamanızı, yapmanızı, duygu ve düşüncelerinizi ifade etmenizi ve bunları yazmanızı istiyorum. Bir sonraki görüşmemizde bunları konuşacağız.”</i></p> <p>12) Bir sonraki görüşmenin amacı ve zamanı belirlendi.</p> <p><i>“Bir sonraki görüşmemizde sizinle semptom yönetimi tedavi/ilaç uyumu, günlük yaşam aktiviteleri, iletişim ve ilişkilerinize yönelik neler yaptığınız hakkında görüşme yapacağız. Bir sonraki görüşmemiz için ..... tarihinde .... saatinde görüşmek üzere, iyi günler diliyorum.”</i></p>
Kullanılan Yöntem ve Teknikler	Empati, saygı, yansıtımlı dinleme, açık uçlu sorular sorma, destekleme, sorumluluk verme, karar dengesi, özetleme, kabullenme

<b>5) Yararlanma Aşaması (Dördüncü Görüşme)</b>	
Amaç	Değişim ve uyumu güçlendirmek ve motivasyonu arttırmak.
İçerik ve İşleniş	<p>1) Bir önceki oturum özetlendi.</p> <p><i>“Bir önceki görüşmemizde sizinle beslenme, uyku, kişisel görünüm ve bakım, finansal yönetim, ev işi etkinlikleri, çalışma-eğitim gibi günlük yaşam becerileriniz hakkında konuşmuştuk. ...noktalarına değinmiştik. En son görüşmemizden bu yana nasılsınız? Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?”</i></p> <p>2) Ev ödevi değerlendirildi.</p> <p>Ç1: <i>“Bizim evin orada iki kez yarım saat yürüdüm.”</i>  Ç2: <i>“Resim yaptım. Boyama yaptım.”</i>  Ç3: <i>“Örgü ördüm. O an düşünceler aklıma gelmedi.”</i>  Ç4: <i>“Komşularla oturdum. Çay içtik.”</i>  Ç5: <i>“Müzik dinledim. Top oynadım. Top oynamayı seviyorum.”</i>  Ç6: <i>“İbadet yaptım. Kitap okudum. Annemle sohbet ettim. Sizinle konuştuğum gibi ev içinde spor yaptım. Kendimi iyi hissettim.”</i></p> <p>3) Görüşmenin amacı belirtildi.</p> <p><i>“Bugünkü görüşmemizin konusu sizinle semptom yönetimi tedavi/ilaç uyumu, günlük yaşam aktiviteleri, iletişim ve ilişkilerinize yönelik neler yaptığınız hakkında konuşmaktır.”</i></p> <p>4) Değişim için birey cesaretlendirildi (Bireye geçmiş deneyimlerinin olumlu-olumsuz etkilerini fark ettirerek değişim için cesaretlendirilmeye çalışıldı).</p>

## 5) Yararlanma Aşaması (Dördüncü Görüşme) (Devam)

İçerik ve İşleniş	<p>5) Geçmişteki başarıları gözden geçirilip, kişisel güçlü yönleri vurgulandı.</p> <p><i>“Daha önceki konuşmamızdan bu yana neler yaptınız?”</i></p> <p><i>“İlk görüşmemizden itibaren hastalık belirtileri ile ilgili neler yaşadınız? Neler fark ettiniz?”</i></p> <p><i>“Tedavi/ilaç uyumu veya yönetimi ile ilgili neler yapıyorsunuz, bana bahsedebilir misiniz?”</i></p> <p><i>“Beslenme ve uyku düzeninizle ilgili neler yaptınız? biraz anlatır mısınız?”</i></p> <p><i>“Kişisel temizlik ve kıyafet seçimi veya temizliği açısından neler yaptınız?”</i></p> <p><i>“Oda toplama, bulaşık ve çamaşır yıkama, çöpü dışarı çıkarma veya fatura ödeme gibi ev işlerinde neler yaptınız? Örnek verir misiniz?”</i></p> <p>6) Değişimi tetikleyecek sorular sorulacak.</p> <p><i>“Hayatınızda ne olacak diye düşünmeyin, siz ne olmasını istiyorsunuz?”</i></p> <p><i>“Değişirseniz, ne kadarını yapabileceğinizi düşünüyorsunuz?”</i></p> <p><i>“Değişmeye karar verdiğiniz durumda, sizce hayatınızda ne gibi değişiklikler yaparsanız sizde değişim meydana gelebilir?”</i></p> <p>7) Değişimi hızlandırabilecek ve geleceğe dönük sorular soruldu.</p> <p><i>“Eğer yapmaya karar verirseniz, hangi yolu tercih edersiniz?”</i></p> <p><i>“Bununla ilgili olumlu şeyler nelerdir?”</i> <i>“Ne yapmayı istiyorsunuz?”</i></p> <p><i>“Değişmeden bugünkü gibi yaşadığınızı düşünün. “Değiştiğinde neler olacağını düşünüyorsun?” 5 yıl sonra hayatınız nasıl olacak?”</i></p> <p><i>“Eğer değişmezsen, gelecekte neler olacağını düşünüyorsun?”</i></p> <p>8) Değişim konuşması basitçe, onunla ilgili olumlu yorum yaparak pekiştirildi.</p> <p><i>“Bu kulağa çok güzel bir fikirmiş gibi geliyor.”</i></p> <p><i>“Bence bu işe yarayacak.”</i></p> <p><i>“Bu iyi bir fikir.”</i></p> <p>9) Değişim konuşmasında rol değişiminden yararlanıldı.</p> <p><i>“Farz edelim ki siz ben olun ben de siz olayım. Bana bu süreçte neler yapmamı önerirsiniz?”</i></p> <p>10) Görüşme özetlendi.</p> <p><i>“Bu görüşmemizde sizinle ..... konuştuk, .....paylaştık.”</i></p> <p>11) Geri bildirim alındı.</p> <p><i>“Bu görüşmemizi nasıl değerlendirirsiniz? Düşüncelerinizi açıklayabilir misiniz?”</i></p> <p>12) Ev ödevi verildi.</p> <p><i>“İmkânınız olsaydı şizofreniyle ilgili neyi değiştirmek isterdiniz? “Sen neler yaparsan hastalığın kontrolü sizin elinizde olur? Bunları düşünmenizi ve not etmenizi istiyorum.”</i></p>
-------------------	--

<b>5) Yararlanma Aşaması (Dördüncü Görüşme) (Devam)</b>	
İçerik ve İşleniş	13) Bir sonraki görüşmenin amacı ve zamanı belirlendi. <i>“Bir sonraki görüşmemizde sizinle semptom yönetimi tedavi/ilaç uyumu, günlük yaşam aktiviteleri, iletişim ve ilişkilerinize yönelik neler yaptığınız hakkında görüşme yapacağız. Bir sonraki görüşmemiz için ..... tarihinde .... saatinde görüşmek üzere, iyi günler diliyorum.”</i>
Kullanılan Yöntem ve Teknikler	Empati, saygı, yansıtılmalı dinleme, açık uçlu sorular sorma, destekleme, sorumluluk verme, karar dengesi, özetleme, kabullenme.

<b>2. Aşama: Değişim Taahhüdünün (Güvencesinin) Güçlendirilmesi (5. ve 6. Görüşme)</b>	
<b>6) Yararlanma Aşaması (Beşinci Görüşme)</b>	
Amaç	Bireyde başlamış olan istendik yöndeki davranış değişimini desteklemek.
İçerik ve İşleniş	<p>1) Bir önceki oturum özetlendi.</p> <p><i>“Hastalık süreci yönetimi, tedavi/ilaç uyumu, günlük yaşam aktiviteleri, iletişim ve ilişkilerinize yönelik neler yaptığınızı ve değişim konularında konuşmuştuk. ...noktalarına değinmiştik. En son görüşmemizden bu yana nasılsınız? Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?”</i></p> <p>2) Ev ödevi değerlendirildi.</p> <p>Ç1: <i>“İsteksizliğin olmasını istemezdim.”</i></p> <p>Ç2: <i>“Takıntılı olmayı değiştirmek isterdim. Kendi kendimi motive edersem, atlatacam ve iyileşicem.”</i></p> <p>Ç3: <i>“Hastalığımla ilgili problemleri çözmek için kendimi desteklemek motive etmek isterim.”</i></p> <p>Ç4: <i>“Kafamdaki düşüncelerden kurtulmak isterdim. Bunu kendim başarabilirim bence. Dikkatimi başka konulara ve işlere vererek.”</i></p> <p>Ç5: <i>“Okulumu bitirmek ve çalışabilmek isterdim. Açıktan okuyabilir miyim?”</i></p> <p>Ç6: <i>“İlacın yan etkilerinden kurtulmak isterdim. 2-3 litre su içicem ve yürüyüş yapıcam.”</i></p> <p>3) Görüşmenin amacı belirtildi.</p> <p><i>“Bugünkü görüşmemizin konusu sizinle hastalık süreci yönetimi tedavi/ilaç uyumu, günlük yaşam aktiviteleri, iletişim ve ilişkilerinize yönelik davranış değişimlerinizi desteklemek ile ilgili konuşmaktır.”</i></p> <p>4) Hastalık yönetiminin bundan sonraki seyri ile ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşması sağlandı.</p> <p><i>“Bu görüşmemizden sonra hastalığınız ve yaşamınızda neler olacağını düşünüyorsunuz?” Bunlardan bahseder misiniz?</i></p>

<b>6) Yararlanma Aşaması (Beşinci Görüşme) (Devam)</b>	
İçerik ve İşleniş	<p>5) Değişim için motivasyonun kurulmasında önemlilik ve güven yeterlilik cetveli yeniden uygulanacak.</p> <p><i>“Değişmek sizin için ne kadar önemli, 0-10 arasında kaç puan verirdiniz kendinize?”</i></p> <p>6) Birey hastalık hakkında farkındalık, tedaviye uyum, etkin iletişim ve günlük yaşam becerileri ile ilgili değişimin avantajlarını fark ederek değişimi konuşması yapıldı.</p> <p>7) Değişim konuşmasını yansıtarak (bireyin söylediği cümlelerinden özetler sunarak) bireyin değişimi anlaması ve değişimin güçlendirilmesi sağlandı.</p> <p>8) Birey değişime hazırsa değişim planı yapıldı. Örneğin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hedefler belirlendi; bireye kilo almamak için ne yapmak istediği soruldu.</li> <li>• Değişim seçenekleri belirlendi; bireyin kilo almamak için belirlediği yöntemler değerlendirildi.</li> <li>• Bir plan yapıldı; birey sağlıklı beslenme ve egzersiz konusunda bilgilendirildi ve bu yöntemleri değerlendirerek kendisi için uygun olan bir yöneme karar vermesi sağlandı.</li> <li>• Bağlılığın ortaya çıkarılmasını içeren bir ortak karar alma süreci; bireyin planı onaylaması istendi.</li> </ul> <p>9) Bireyin, bu süreçte kendisine yardımcı olabilecek destek kaynaklarını ve bunlardan nasıl yararlanabileceğini belirlemesi ve değişime yönelik duygularını yazması istendi.</p> <p>10) Ev ödevi verildi.</p> <p>11) Bir sonraki görüşmenin amacı ve zamanı belirlendi.</p> <p>12) Ev ödevi verildi.</p> <p><i>“Değiştirmek istediğiniz bir davranışı uygulamanız ve hissettiklerinizi düşünmenizi ve not etmenizi istiyorum.”</i></p> <p>9) Bir sonraki görüşmenin amacı ve zamanı belirlendi.</p> <p><i>“Bir sonraki görüşmemizin amacı sizin sorularınızı cevaplandırmak, görüşme sürecimiz ile ilgili konuşmak ve programı sonlandırmaktır. Bir sonraki görüşmemiz için ..... tarihinde .... saatinde görüşmek üzere, iyi günler diliyorum.”</i></p>
Kullanılan Yöntem ve Teknikler	Empati, saygı, yansıtımlı dinleme, açık uçlu sorular sorma, destekleme, sorumluluk verme, karar dengesi, özetleme, kabullenme.

<b>7) Çözümleme Aşaması (Altıncı Görüşme)</b>	
<b>Amaç</b>	Programı sonlandırmak ve değerlendirmek; son testleri uygulamak, tedavinin devamlılığını sağlamak.
<b>İçerik ve İşleniş</b>	<p>1) Bir önceki oturum özetlendi.</p> <p><i>“Hastalık süreci yönetimi, tedavi/ilaç uyumu, günlük yaşam aktiviteleri, iletişim ve ilişkilerinize yönelik neler yaptığınızı ilişkilerinize yönelik davranış değişimlerinizi desteklemek ile ilgili konuşmuştuk. ...noktalarına değinmiştik.</i></p> <p>2) Ev ödevi değerlendirildi.</p> <p>Ç1: <i>“Sürekli evde yatıyordum. 1 Hafta boyunca sürekli yatmadım. Yürüyüş yaptım. Anneme yardım ettim. Zaten annem yaşlı ve benden başka kimse yok yardım edecek.”</i></p> <p>Ç2: <i>“Abur cubur yerine sebze yedim ve Akşam saat 8’den sonra bişey yemedim. Kilo verebileceğimi düşündüm. Mutlu oldum.”</i></p> <p>Ç3: <i>“İlaçlar konusundaki kötü düşüncelerimi azaltmaya çalıştım. Kullanmazsam kendimi daha kötü hissediyorum. Bunu anladım.”</i></p> <p>Ç4: <i>“Akrabalarım ile konuşmuyordum onlardan kötülük geleceğini düşünüyordum. Kuzenimi aradım. Baya konuştuk.”</i></p> <p>Ç5: <i>“Haftada 1 kez banyo yapıcam. Gün belirledim. Banyo yapınca vücudumdaki uyuşukluk gitti sanki.”</i></p> <p>3) Görüşmenin amacı belirtildi.</p> <p><i>“Bugünkü görüşmemizin amacı sizin sorularınızı cevaplandırmak, görüşme sürecimiz ile ilgili konuşmak, programı sonlandırmak ve değerlendirmek ve son testleri uygulamaktır.”</i></p> <p>4) Bireyin uyguladığı değişim planının sonuçlarını konuşması istendi. Olumlu deneyimlerinden bahsederken takdir edildi. Olumsuz deneyimlerinin nedenlerini farketmesi sağlandı.</p> <p>5) Bireyin hiçbir şeyi değiştirmek zorunda olmadığı, eğer değiştirmek isterse bunun olacağı söylenerek kişisel kontrolü vurgulandı ve bağlılığı sürdürme isteğini tekrarlaması sağlandı.</p> <p>6) Bireye değişimi ile ilgili özetleme yapılarak geldiği noktadan mutlu olduğu söylenerek desteklendi.</p> <p>7) Bireylerden geri bildirim alındı.</p> <p><i>“Görüşmelerimizi nasıl değerlendirirsiniz? Düşüncelerinizi açıklayabilir misiniz?”</i></p> <p><i>“Tüm süreci genel olarak özetleyebilir misiniz?”</i></p> <p><i>“Oturumlar size neler kazandırdı?”</i></p> <p><i>“Bu oturumlara başlarken kendimi ..... hissediyordum, şimdi ..... hissediyorum. Bu boşlukları nasıl doldurursunuz?”</i></p> <p>6) Kişisel Bilgi Formu, ŞİİÖ ve İÜBDÖ uygulandı.</p> <p>Bireylere bu görüşmeden sonraki 3. Ayda telefon ile aranacakları ve Kişisel Bilgi Formu, ŞİİÖ ve İÜBDÖ'nin tekrar uygulanacağı ve neler yaptıkları sorulacağı hakkında bilgi verildi.</p>
<b>Kullanılan Yöntem ve Teknikler</b>	Empati, saygı, yansıtmalı dinleme, açık uçlu sorular sorma, destekleme, sorumluluk verme, karar dengesi, özetleme, kabullenme.

## Ek-8. Şizofreni Hastaları için Eğitim Kitapçığı

### ŞİZOFRENİ HASTALARI İÇİN EĞİTİM KİTAPÇIĞI



Şizofreni | İletişim | Stres ve Öfke  
| Uyku | Kişisel Bakım |

Hazırlayan  
Nesrin ÇUNKUŞ

2019-DENİZLİ

Sevgili Bireyler;

Şizofreni, toplumda sık görülen hastalıklardan biridir. Şizofreniyi kontrol altında tutmak için yaşam tarzınızda ve günlük yaşam aktivitelerinizde birtakım düzenlemeler yapmanız gerekmektedir.

Bu eğitim kitapçığında; şizofreniyi kontrol altında tutabilmenize ve yaşam şeklinizi düzenleyebilmenize yardımcı olacak öneriler yer almaktadır. Bu kitapçık hastalığınızı kontrol altında tutabilmeyi öğrenmenizde ve kaliteli bir yaşam sürdürebilmenizde size yol gösterecektir.

## **İÇERİK PLANI**

### **Sizofreni Hakkında Genel Bilgi**

- ✦ Şizofreni nedir?
- ✦ Hastalığın sebepleri nelerdir?
- ✦ Hastalığın belirtileri nelerdir?
- ✦ Başlangıcı ve Süreci
- ✦ Tedavi

### **Bu Hastalıkta Önemli Olan Bazı Kavramlar**

#### ▪ **İletişim**

- ✦ İletişim Nedir?
- ✦ İletişim Türleri
- ✦ İletişimi Kolaylaştıracak Beceriler

#### ▪ **Stres ve Öfke**

- ✦ Öfke Nedir?
- ✦ Stres Nedir?
- ✦ Stres ve Öfke ile Baş Etmede Etkili Yollar
- ✦ İletişimi Kolaylaştıracak Beceriler

#### ▪ **Uyku**

- ✦ Uyku İçin Yapılması Faydalı Yöntemler
- ✦ Uyku İçin Kaçınılacak Teknikler

#### ▪ **Kişisel Görünüm ve Bakım**

- ✦ Hijyen nedir?
- ✦ Kişisel Hijyen Nedir?
- ✦ El Hijyeni
- ✦ Tırnak Bakımı ve Hijyeni
- ✦ Deri Hijyeni
- ✦ Ağız Hijyeni
- ✦ Ayak Hijyeni
- ✦ Saç Hijyeni

#### ▪ **Günlük Yaşam İçin Öneriler**

#### ▪ **Kaynaklar**

## ŞİZOFRENİ HAKKINDA GENEL BİLGİ

### Şizofreni nedir?

- ✦ Şizofreni; insanın düşünce, duygu ve davranışlarında değişiklikler yapar.
- ✦ Bireyi sosyal yaşamdan uzaklaştırır.
- ✦ Düzenli tedavi uygulanmadığı zaman ilerler.



### Hastalığın Sebepleri Nelerdir?

#### Kalıtımsal etkenler:

- ✓ Toplum genelinde şizofreni riski %1,
- ✓ Bir akrabası hasta ise risk %2,5,
- ✓ Anne veya babadan biri hasta ise risk %12,
- ✓ İkisi de hastaysa risk %35–45,

- ✓ Kardeşlerden birinin hasta olmasında risk %8,
- ✓ Hastalığın geni tam olarak bilinmiyor.



**Beyindeki kimyasal maddeler:** Beyinde birçok sinir hücresi var. Her hücrenin ucundan salınan ve hücreler arası haberleşmeyi sağlayan kimyasal maddeler bulunur.

Bu kimyasal maddelerden biri de dopamindir. Şizofrenisi olan kişilerde dopamin, beyin bazı bölgelerinde fazla veya az miktarda bulunur.

**Beyin yapılarındaki değişiklikler:** Beyinde normalde bulunan boşlukların hasta kişilerde daha geniş bulunur.





### **Hastalığın Belirtileri Nelerdir?**

**Sanrılar (hezeyan):** Gerçeğe uymayan düşünce ve inançlardır. Bu düşünce ve inançlar şöyledir:

- ✓ Düşüncelerimi kontrol ediyorlar.
- ✓ Hareketlerimi yönlendiriyorlar.
- ✓ Düşüncelerimi okuyorlar.
- ✓ Düşüncelerim çalındı.
- ✓ Başkalar benim düşüncelerimi kullanıyor.
- ✓ Benim hakkımda kötü konuşuyorlar.
- ✓ Ben Peygamber'im.
- ✓ Ben yokum. Ölmüşüm. Kalbim yok.

5



**Varsanılar (halüsinasyonlar):** Etrafta kimse olmadığı halde başkalarının duymadığı sesleri duymak (Örneğin: **Sen kötüsün. Şimdi evden çık.**). Görmediği şeyleri görmek. Hissetmediği kokuları hissetmektir.



**Düzensiz konuşma, aşırı konuşma veya hiç konuşmama, tekrarlayan konuşmalar:**

6

**Duyuların ifadesinde bozulma, zevk almada**

**azalma**: İsteksizlik, toplumdun uzaklaşma, bazen acayip, anlamsız gülme, ağlama belirtileri görülebilir.



**Davranış bozuklukları**: Evden kaçmalar, kendisine zarar vermeler, anlaşılmaz-tekrarlayan hareketler, çocuksu davranışlar, garip yüz ve göz hareketleri, yineleyici el, kol beden hareketleri.



**Sık olusan diğer sorunlar**

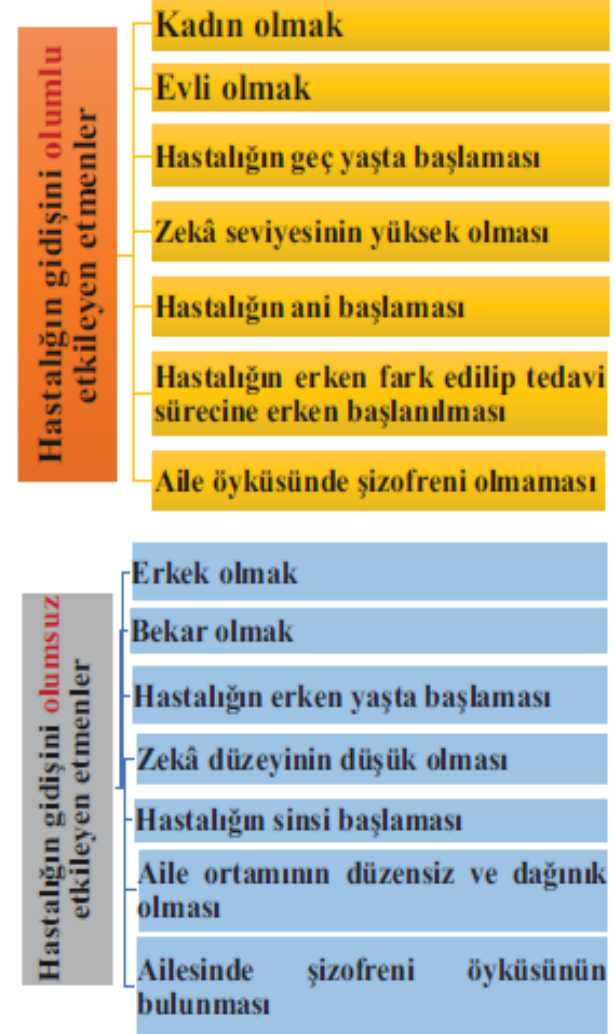
Yukarıdaki belirtiler dışında başka sorunlar da olabilmektedir. Bunlar:

- ✦ **Depresyon**: Mutsuzluk, intihar düşünceleri.
- ✦ **Kaygı**: Korku ve sinirlilik.
- ✦ **Uyku bozukluğu**: Uykuya dalmada güçlük, gece uyumama, gündüz uyuma.
- ✦ **Kızgınlık, düşmanlık, öfkelenme**.
- ✦ **Bağımlılık**: Sigara, alkol-madde kullanımı.



## Başlangıcı ve Süreci

- ❖ Çoğunlukla erkeklerde 15-25, kadınlarda 25-35 yaşlarında stresli durumla başlayabilir.
- ❖ Başlama biçimi çevreye karşı ilgide azalma, kendi bedeni ve düşünceleri ile aşırı uğraşma gibi belirtilerle olur.
- ❖ Sinsi ve yavaş başlayıp yıllarca böyle sürüp giderken atak (belirtilerin arttığı) dönemleri ortaya çıkabilir.
- ❖ Dönem dönem iyileşmeler olabilir.
- ❖ Hastalık yıllarca sürebilir.
- ❖ Düzenli yaşam ve kontroller, stres yönetimi ile hastalık atağı olmayabilir.





**Hastalığın tekrarlamaması için erken uyarı işaretlerini tanıma ve izlemenin önemi**

**Uzun süreli ilaç alınmadığında, kendinize ve çevreye ve zarar verdiğinizde sağlık kuruluşuna başvurulması önemlidir.**

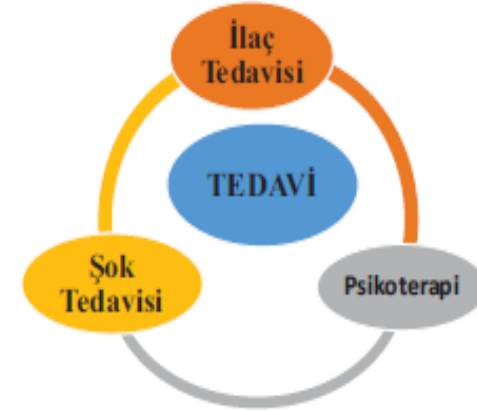
**Şizofreninin Alevlenmesini Haber Veren Erken Belirtiler**



- Sıkıntı
- Huzursuzluk
- Alınganlık
- Tedirginlik
- Uyku düzeninde bozulma
- Her zamankinden daha fazla içe dönüklük

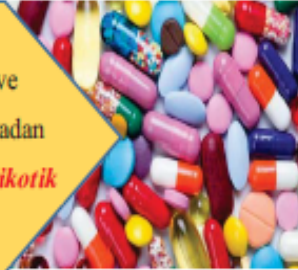
## Tedavi

**Tedavinin amacı: Hastalık belirtilerinin ilaçlarla kontrol altında tutulması, kişinin kendisi ve çevresiyle uyumlu bir yaşam sürdürmesidir.**



### İlaç Tedavisi:

Şizofreni hastalığının tedavisinde kullanılan ve hastalık belirtilerini ortadan kaldıran ilaçlara **antipsikotik ilaçlar** denilmektedir.



## İlaç kullanmanın yararları



- ✦ Sesleri, görüntüleri ve kendi kendine konuşmayı giderir.
- ✦ Başkalarının inanmadıkları yanlış veya inanılması zor inançları, düşünceleri azaltır.
- ✦ Gerginliği, kızgınlığı azaltır.
- ✦ Kişiyi daha sakin ve rahat yapar.
- ✦ Dikkatini toplamaya yardım eder.
- ✦ Düşmanca ve saldırgan dürtü, davranışları giderir.
- ✦ Korkuları ve kafa karışıklıklarını giderir.
- ✦ Uykusuzluğu giderir.
- ✦ Daha tutarlı konuşmaya yardım eder.
- ✦ Anlamsız davranışları azaltır.
- ✦ Hastalığın alevlenmesini önler.
- ✦ Hastaneye yatışları azaltır.

Herhangi bir ilaç kullanımında ortaya çıkabilecek yan etkiler antipsikotik ilaçlarda da görülebilmektedir.

Antipsikotik ilaçlara özgü oluşabilecek yan etkiler ve yapılması gerekenler

**Güneş ısılarına duyarlılık:** Güneş gözlüğü ve şapka kullanmak. Güneşe uzun süre maruz kalmaktan kaçınmak. Güneşten koruyucu olan losyon ve krem kullanmak.

**Ağız/boğaz kuruluğu:** Sıvı alımını artırmak. Ağzı sık sık su ile çalkalamak. Şekersiz sakız çiğnemek. Akide şekeri emmek. Dudaklara nemlendirici sürmek.

**Görme bulanıklığı:** İri yazılı kitap ve gazete okumak. Okurken ışığın omuz üzerinden gelmesini sağlamak. Göz muayenesine gitmek.



Deride döküntü, alerjik tepkiler, renk değişikliği:

Doktora bildirilmelidir. Kaşınmayı önleyici losyon sürülebilir.

Salva gelmesi veya vutmada güclük: Doktora

bildirilmelidir.

Kabızlık: Su alımını ve fiziksel egzersizi artırmak.

Sebze veya kepekli tahıl ürünleri yemek. Sabahları aç karnına ılık su içmek.

Baş dönmesi: Oturur ve yatar pozisyondan yavaş

bir biçimde kalkmak. Uzanıp dinlenmek. Tutunarak yürümek. Baş dönmesinin sıklık ve süresini kaydetmek. Devam ederse doktora bildirilmelidir.

Cinsel zorluk, memeden süt gelmesi, adet

düzensizliği: İlaçların ciddi yan etkilerindedir. Mutlaka doktora bildirilmelidir.

Uyuşukluk, uyku hali: Gün içinde kısa süreli

istirahat yapmak. Geri kalan zamanlarda uyanık kalmak. Dinlenmeye ayrılan zamanlar dışında yapılacak etkinlikleri listelemek. Bu listeye uymaya çalışmak.

İştah artışı, kilo alımı: Egzersiz ve spor yapmak.

Yağlı ve tatlı yiyeceklerden kaçınmak. Sebze yiyeceklerine yönelmek. Aşırı yemeyi azaltmak. Gece yemeklerini kaldırmak. Aşırı kilo alımında doktora başvurulmalıdır.



Titremeler: Ellerde ve bacaklarda sık görülür.

Doktora bildirilmelidir.

**Huzursuzluk:** Vücutta, kol ve bacaklarda kas huzursuzluğu, sinirlilik, sakince oturamamadır. Hafif egzersiz iyi gelebilir. Mutlaka doktora bildirilmelidir.



**Kas katılığı, ani kasılma:** Hareketlerde güçlük, kaslarda kasılma olur. Ağızda, dilde, dudaklarda, ellerde, parmaklarda ve vücutta istemsiz kasılmalar olabilir. Ciddi bir yan etkidir. Mutlaka doktora bildirilmelidir.



### İlaçları Düzenli Kullanmanın Önemi

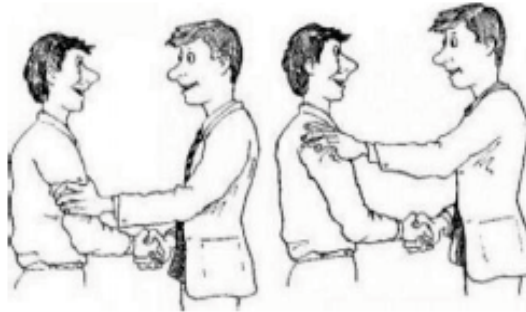
- ✦ İlaçlar ancak düzenli kullanıldıklarında etkili olur.
- ✦ İlaçlarınızı hergün düzenli kullanın.
- ✦ İlaçlarınızı düzenli kullanırsanız hastalık belirtileriniz hafifler.



## BU HASTALIKTA ÖNEMLİ OLAN BAZI KAVRAMLAR

### İLETİŞİM

Bu hastalıkta duygu, düşünce ve davranış problemleriyle birlikte *iletişim ile ilgili sorunlar* da oluşabilir.



### İletişim Nedir?

*Bireylerin karşılıklı olarak birbiriyle ilişkili fikir, haber, tutum, duygu, beceri ve bilgi alışverişidir.*

### İletişim Türleri

\* **Sözlü İletişim:** Kişilerin yazdıkları ve konuştukları sözcüklerle olur. Dil önemlidir.



\* **Sözsüz İletişim:** İnsanlar arasında konuşma olmadan da beden dili, jest ve mimikler gibi öğelerle iletişim kurulabilir.

• **Beden dili** ile çok etkili iletişim yapılır. **Başı iki yana sallama, yukarı aşağı sallama, kaşları çatma veya kaldırma** gibi hareketlerin anlamı vardır.



## Beden Dili Öğeleri

### Beden Duruşu



Bedeninizi hafifçe öne doğru eğin ve karşınızdaki kişiye dönün.

### Göz Teması



Dinlerken ve konuşurken karşınızdaki kişiye bakın.

### Başın Kullanımı



Konuya uygun hafifçe gülümseyin.

21

### Oturma Biçimi



Ayaklarınız birbirine paralel veya rahat bir şekilde oturun.

### Mesafe



Karşınızdaki kişiye bir kol uzantısı mesafesinde durun.

### Giyim, Bakım ve Makyaj



Daima temiz, özenli ve bakımlı görünün.

22

*İnsanlarla iletişim kurarken iletişimi kolaylaştıracak bazı becerilerin olması önemlidir.*

### *İletişimi Kolaylaştıracak Beceriler*

- ✦ Kendini tanımak (duygularımızın, düşüncelerimizin ve davranışlarımızın farkında olmak).
- ✦ Kendini açmak ve kendini doğru ifade etmek.
- ✦ Karşımızdakini etkin ve ilgili dinlemek.
- ✦ Kendimizi karşımızdaki kişinin yerine koyabilmek ve doğru anlamaya çalışmak.
- ✦ Hoşgörülü ve önyargısız olmak.
- ✦ Eleştirilere karşı açık olmak.
- ✦ Beden dili, göz teması ve ses tonunu uygun kullanabilmek.

## **STRES VE ÖFKE YÖNETİMİ**

- ✦ Bu hastalıkta *stres ve öfke yönetimi* oldukça önemlidir.
- ✦ Sizi öfkeliendiren olay ve kişilerden kurtulamayabilir, kaçamayabilir veya onları değiştiremeyebilirsiniz, ama tepkilerinizi kontrol etmeyi öğrenebilirsiniz.
- ✦ Stres ve öfke yönetimi iyilik halinizin uzun sürmesini sağlar.

### **Öfke Nedir?**

*İstek ve ihtiyaçlarımız engellendiğinde ve kendimize yönelik bir tehdit algıladığımızda yaşanan temel duygulardan biridir.*



### Neden öfkeleniriz?

Utanç hissettiğimizde,  
Endişelendiğimizde,  
Haksızlığa uğradığımızda,  
Kıskançlık hissettiğimizde,  
Yalnızlık hissettiğimizde,  
Sıkıldığımızda,  
Anlaşılmadığımızda.



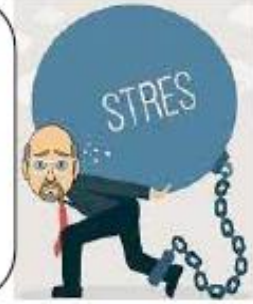
### Öfkeyle baş etmede kullanılan yanlış uygulamalar

- ✘ **Öfkeyi yok saymak.**
- ✘ **Öfkeyi başkasına aktarmak.**
- ✘ **Öfkeyi saldırganca ortaya koymak.**
- ✘ **Öfkeyi pasif davranışlarla ortaya koymak.**
- ✘ **Öfkeyi kendine yöneltmek.**



### Stres Nedir?

*Kişinin bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan bir durumdur.*



### Stresin insan hayatına davranışsal etkileri

- **Hayattan zevk almayı engeller.**
- **Öfke, düşmanlık ve kırgınlığa neden olur.**
- **Değersizlik, güvensizlik yaşatır.**
- **İş gücünde azalma olabilir.**
- **Yanlış yapma eğilimine neden olur.**
- **Karar vermekte güçlük yaşatır.**
- **Yerinde duramama, unutkanlık olur.**
- **Sigara, içki ve ilaç kullanımında artma olur.**

- *Dikkat kaybı, ilgisizlik, tepkisizlik* olur.
- *Konuşma ve yazıda kopukluk* yaşanır.
- *Ölüm ve intihar düşünceleri* sık olabilir.

### **Stresin fiziksel etkileri**

- ✦ Tansiyonda yükselme.
- ✦ Solunum ve nabız sayısında artma.
- ✦ Vücut ısısında artma.
- ✦ Boyun, omuz, sırt kas gerginliği.
- ✦ İştahsızlık, bulantı, kabızlık, karında şişlik.
- ✦ Terleme.
- ✦ Baş ağrısı, uyku bozukluğu.
- ✦ Huzursuzluk.
- ✦ Göz bebeğinde büyüme.
- ✦ Şekerin yükselmesi.
- ✦ Sık idrara çıkma.
- ✦ Kilo kaybı.



### **Stres karşısında kullanımı etkili olmayan yöntemler**

- Sigara ve alkol içme.
- Fazla yemek yeme.
- Görmezlikten gelme.
- Başkalarını suçlama.
- Duygularını bastırma.
- İnkâr etme gibi davranışlara başvurabiliriz.



***Bu davranışlar strese çözüm değildir. Sadece kendini aldatarak anlık durumdan kurtulmak için sık başvurulan yollardandır.***

## Stres ve Öfke ile Baş Etmede Etkili Yollar

### Olumlu düşünmek:



- ✦ Olumsuz düşüncelerinizin farkına varıp ve olumlu düşünmek stresi azaltır. Sağlıklı kararlar almanızı sağlar.
- ✦ Örneğin kişi olumsuz bir olayda; *“Berbat bir şey oldu. Böyle devam edersem asla başaramam.”* diye düşünebilirsiniz. Bunun yerine *“Evet bir hataydı, ama yaptığım en kötü hata sayılmaz.”* diyebilirsiniz..

### Kendimizi hazırlamak:



- ✦ Strese neden olabilecek bir duruma girmeden önce kendinizi buna hazırlayın.
- ✦ Başarılarınızı düşünerek kendi kendinizi cesaretlendirin.
- ✦ Başka konulara yoğunlaşın.

- ✦ Yaşanan korku ve kızgınlık gibi duygular üzerinde odaklanmayın.
- ✦ Sürekli yaşanan olumsuzlukları düşünmeyin.

### Paylaşmak:



- ✦ Stresli durumlar, kişilerden kaynaklıyorsa, sorunları bu kişilerle paylaşın.
- ✦ Sıkıntıları paylaşmak çoğu zaman rahatlık verir.
- ✦ İnsanlara, istediği zaman sizinle duygu veya düşünce paylaşabileceği mesajını verin.
- ✦ Paylaşım tercihini ona bırakın.
- ✦ Kişileri suçlayan *“Sen”*li cümleler yerine durumun sizi nasıl etkilediğini belirten *“Ben”*li cümleler kullanın. Yani *“sen dili”* yerine *“ben dili”*ni kullanın.



SEN DİLİ



BEN DİLİ



### Sen Dili

Evi yine çöplüğe çevirmişsin.

Bana hiç zaman ayırmıyorsun.

Çok kabasın.



### Ben Dili

Evi dağınık görünce üzülüyorum.

Bana daha çok zaman ayırırsan mutlu olurum.

Böyle davranman beni çok üzüyor.



### Egzersiz ile stresten korunma

- Egzersiz kendinize olan saygınızı yükseltir.
- Stres yönetimi üzerinde etkili olur.
- Endişe ve depresyonu azaltır.

- Hızlı ve doğru düşünme, doğru iletişim kurma becerinizi geliştirir.
- Aşırı tepki vermeyi azaltır.
- Sakin olmanıza yardımcı olur.
- Kaygı ve gerginliği azaltır.





## UYKU

- Uyku, vücudunuzdaki organların işleyişini rahatlatır.
- Kalktığınızda kendinizi güçlü hissetmenizi sağlar.
- Kaliteli ve düzenli uyku canlılık katar.
- Güne enerjiyle başlayıp verimliliğinizi artırır.
- Sosyal ve sağlıklı olmanıza katkıda bulunur.
- Belirtilerin arttığı dönemlerde uykusuzluk, uykuya dalmada güçlük ve sık sık uyanma görülmektedir.

33

## Uyku İçin Yapılması Faydalı Yöntemler



- ✦ Gündüz uyumayın. Bu, gece uykunuzu bozabilir.
- ✦ Kafein (çay, kahve gibi) ve nikotin gibi uyarıcıları almayı en az yatmadan 3 saat öncesinde kesin.
- ✦ Çikolatada kafein olduğunu ve uykunuzu kaçırabileceğini unutmayın.



- ✦ Egzersiz iyi bir uyku için yararlıdır. Fakat uykuya yakın bir saatte yapmayın.
- ✦ Uyku saatine yakın fazla ve ağır şeyler yemeyin.
- ✦ Sabah uyanınca yataktan çıkın.

34

- ✦ Yatak odasını havalandırın. Uygun ısıda tutun.
- ✦ Rahat bir yatağa sahip olun.



- ✦ Stresli zamanlarda gevşeme tekniklerini kullanın.

### **Uyku için Kaçınılacak Teknikler** ❌

- Yatmadan önce alkol, kafein almayın.
- Yatakta çalışmak, TV izlemeyin.
- Uyku getirici ilaçları doktor önerisi olmadan kullanmayın.
- Yatmadan hemen önce egzersiz yapmayın.
- Akşam ağır yemek yemeyin.



### **KİŞİSEL GÖRÜNÜM VE BAKIM**

- Şizofreni hastalığı olan bireyler önemli derecede kendine bakımda sorun yaşar.
- Bireyler hastalık belirtileriyle aşırı uğraştığından en temel günlük yaşam aktivitelerini (hijyen ve bakım) sürdüremezler.

### **Hijyen Nedir?**

Sağlığa zarar verecek ortamlardan korunmak için yapılacak uygulamalar ve alınan temizlik önlemlerinin tümüdür.



### **Kişisel Hijyen Nedir?**

Kendi sağlığını korumak ve devam ettirmek için yapılan kişisel bakım uygulamalarıdır. Bunlar;

#### **El Hijyeni**

- ❖ Eller yemeklerden önce ve sonra, tuvaletten **sonra**, uykudan önce ve kalktıktan sonra mutlaka su ve sabunla iyice yıkayın. Durulayın. Çok iyi kurulayın.
- ❖ Yıkama ve durulama sonrasında nemli kalmaması için temiz bir havlu ile kurulayın.
- ❖ El yıkama süresini, en az **10'** a kadar sayarak belirleyin.



### **Tırnak Bakımı ve Hijyeni**

- ❖ Haftada bir kez el tırnaklarınızı kısa ve yuvarlak şekilde kesin.
- ❖ Kullanılan aletlerin kişiye özel olmasına dikkat edin.
- ❖ Tırnak cilalarını, ojeleri ve oje çıkancıları mümkün olduğunca kullanmayın.
- ❖ Ellerinizi ve tırnaklarınızı, iyi bir el kremi ile yağlayarak, kurumasını önleyin.



### **Ağız Hijyeni**

- ❖ Dişleri günde en az 2 kez, 3 dakika, diş macunu ile tüm diş yüzeyini fırçalayın.

- ❖ Fırçalama işlemini yemekten sonra ilk 20 dakika içinde yapın.
- ❖ Dişlerin arasındaki yiyecek artıklarını ve plakları temizlemek için diş ipi kullanın.
- ❖ Fırça ağız içinde bütün alanlara rahatça ulaşabilmeli, fırça kıllarının naylondan yapılmış ve yumuşak olmasına dikkat edin.



- ❖ Kılların sert olmamasına dikkat edin.
- ❖ Şekerli besinler yedikten sonra ağızınızı su ile çalkalayın veya biraz su için.
- ❖ Dişlerde çürük olmasa bile 6 ayda bir diş muayenesi yaptırın.

## Deri Hijyeni

- ❖ Sabunla ve 37-38 derece suyla banyo yapın.
- ❖ Olabilirse her gün, değilse haftada 3, en az haftada 1 kez banyo yapın.



## Ayak Hijyeni

- ❖ Ayak tırnaklarınızı düzenli aralıklarla kesin,
- ❖ Tırnak batmasını önlemek için düz kesin.
- ❖ Ayak temizliğinize özen gösterin.



- ❖ Ayağa tam uyan parmakları sıkmayan, topuğu sıkıca tutan ve ayak kemerini iyice destekleyen rahat bir ayakkabı giyin.
- ❖ Ayakkabının ökcesi geniş olmalı ve çok yüksek olmamalıdır.



### Saç Hijyeni

- ❖ Saçlarınızı her gün, günde bir veya en az haftada 2 kez yıkayın.
- ❖ Saçlı deri yağlı ise, daha sık yıkayın.



- ❖ Taramak, fırçalamak, parmak uçları ile masaj yapmak kan basıncını hızlandırır. Saçları beslemiştir.
- ❖ Saçların boyanması veya saç kimyasal maddeleri uygulamaktan mümkün olduğunca kaçınınız.





### GÜNLÜK YAŞAM İÇİN ÖNERİLER

- ✦ Günde 2-3 litre arası su tüketin.
- ✦ Günde en az 30 dakika yürüyüş yapın.
- ✦ Günde birkaç kez, çeşitli taze sebze, meyve, kuru baklagil ve tahıl ürünleri tüketin.
- ✦ Süt, peynir ve yumurta gibi süt ürünleri tüketin.



- ✦ Sosis, sucuk, salam, pastırma ve kızartma gibi besinlerden uzak durun.
- ✦ Meyve suyu, cips, çikolata, ve şekerleme gibi besinler tüketmeyin.
- ✦ Günlük yağ tüketiminizi azaltın.
- ✦ Hep aynı besinleri yemekten kaçının.
- ✦ Asansör yerine merdiven kullanın.
- ✦ Üzgün olduğunuzda veya sıkıldığınızda yürüyüşe çıkın.
- ✦ Arkadaşlarınızla beraber yapabileceğiniz aktivitelere (sinema, tiyatro, spor gibi) katılın.





## Kaynaklar

1. Adair J. Etkili İletişim, *Babiali Kültür Yayınları*, İstanbul, 2016.
2. Arslantaş H, Sevinçok L, Uygur B, Balci V, Adana F. Şizofreni hastalarının bakım vericilerine yapılan psikoeğitimin hastalardaki klinik gidişe ve bakım vericilerin duygu dışavurumu düzeylerine olan etkisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Derg* 2009; 10 (2): 3-10.
3. Bulut M, Arslantaş H, Dereboy İF. Effects of psychoeducation given to caregivers of people with a diagnosis of schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing* 2016; 37 (11): 800-810. doi: 10.1080/01612840.2016.1222039.
4. Bulut M. Psikoeğitimin şizofreni ailelerinin yük algılarına olan etkisi. Yüksek Lisans Tezi, *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Aydın, 2014, s.115.
5. İletişim Becerileri. <http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/kriz/belge/ileti>

- [sim\\_becerileri.pdf](#) (son güncelleme tarihi: 28.09.2019, alındığı tarih: 28.09.2019).
6. Kayır H. "Psikoz ve Şizofreni", Stahl'ın temel psikofarmakolojisi, 3. Baskı, Uzbay İT (Çeviri Ed.), *İstanbul Tıp Kitabevi*, İstanbul, 2012, s.247-325.
7. Lukens EP, McFarlane WR. Psychoeducation as evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 2004; 4 (3): 205-225.
8. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları, 14. Baskı, *Tuna Matbaacılık*, Ankara, 2015, s.788.
9. Sharif F, Shaygan M, Mani A. Effect of psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 48.
10. Trigoboff E. "Schizophrenia and other psychotic disorders", Contemporary psychiatric mental health nursing, 2<sup>nd</sup> Edition, Kneisl CR, Trigoboff E. (Edt), the USA, 2009, s. 370-403.

11. Yılmaz E. Şizofreni hastalarında farkındalık temelli psikososyal beceri eğitiminin işlevsel iyileşme ve içgörü düzeyine etkisi. Doktora Tezi, **Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Erzurum, 2016, s.98.

Ek-9. Motivasyonel Görüşme Tekniği Eğitim Belgesi

## Katılım Belgesi

Sayın ...Nesrin...GÜNKUŞ.....

31 Ağustos - 1 Eylül 2019 tarihlerinde  
İstanbul'da gerçekleşen 16 saatlik  
"Motivasyonel Görüşme Tekniği" Eğitimine  
katılmıştır.

Saygılarımla

*(Faint signature and stamp)*


**Ek-10. Kronik Psikiyatri ile Çalışan Hemşireler için Motivasyonel Görüşme Becerileri Eğitim Belgesi**





## Ek-11. Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 25/09/2019-E.66901



T.C.  
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik  
Kurulu

Sayı :60116787-020/66901 25/09/2019  
Konu :Başvurunuz hk.


Sayın Prof. Dr. Nevin KUZU KURBAN

İlgi :16.09.2019 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "Şizofreni Hastalarında Kişilerarası İlişkiler Kuramı Temelli Motivasyonel Görüşmenin İşlevsel İyileşme ve İç görü Düzeylerine Etkisi" konulu çalışmanızda istenilen değişiklikleriniz 24.09.2019 tarih ve 16 sayılı kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmada istenilen değişikliklerin yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.



Tıp Fakültesi Dekanı/Ünvanı/Özellik  
Tel: 0 258 296 16 04  
E-Posta: skk@pku.edu.tr

Aytemiz İyigün Çiğdem  
Faks: 0 (258) 296 17 65  
Elektronik Adres: www.pku.edu.tr

Aytemiz ÇEKER

## Ek-12. Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 04/11/2019-E.77890



T.C.  
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
Psikiyatri Anabilim Dalı



Sayı : -010.99/  
Konu : Dr.

### SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 16/10/2019 tarihli, 73188 sayılı yazı

İlgi yazı ile Anabilim Dalımızdan Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi Nesrin ÇUNKUŞ'un "Şizofreni Hastalarında Kişilerarası İlişkiler Kuramı Temelli Motivasyonel Görüşmenin İşlevsel İyileşme Ve İçgörü Düzeylerine Etkisi" konulu tezini Psikiyatri Anabilim Dalı'nda yapma istediğinin değerlendirilmesi istenmiş olup; söz konusu talep Nesrin ÇUNKUŞ'un çalışmasını Anabilim Dalımızda yapma isteği tarafımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

**e-İmzalıdır**  
Prof. Dr. Feride Figen ATEŞÇİ  
Anabilim Dalı Başkanı

Ayrıntılı bilgi için İrtibat : Emel SİMSAR

Tel: 0 (258) 0  
E-Posta:

Faks: 0 (258) 0  
Elektronik Ağ: <http://www.pau.edu.tr/tip/>

İbu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.





## Ek-15. Gönüllü Olur Formu (Girişim ve kontrol grubu için)

### PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ (Kontrol grubu için)

Dr. Öğr. Üyesi Gülay YİĞİTOĞLU'nun sorumlu araştırmacısı olduğu, "Şizofreni Hastalarında Kişilerarası İlişkiler Kuramı Temelli Motivasyonel Görüşmenin İşlevsel İyileşme ve İçgörü Düzeylerine Etkisi" isimli bir araştırma yapılması planlanmaktadır.

Çalışmanın amacı şizofreni hastalarında kişilerarası ilişkiler kuramı temelli motivasyonel görüşmenin işlevsel iyileşme ve iç görü düzeylerine etkisini incelemektir.

Bu çalışmanın bilimsel olarak yürütülebilmesi için, araştırmaya katılan Kişilerarası İlişkiler Kuramı temelli motivasyonel görüşmeler uygulanan bireyler dışında kişilerden de elde edeceğimiz verilere (sosyo-demografik bilgilerden oluşan kişisel bilgi formu sorularına ve Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği ve İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği sorularına vereceğiniz cevaplar) gereksinim vardır. Bu sayede, motivasyonel görüşme uygulanan kişilerin verileri, sizlerinki ile karşılaştırılabilecektir.

Bu çalışmaya, "**kontrol grubu**" olarak katılmayı kabul ederseniz, sizden istenen tek şey, bir gün içerisinde gerçekleştireceğimiz yüz yüze görüşerek hazırlamış olduğumuz anket ve ölçek sorularını en samimi şekilde cevaplandırmanızdır.

Yapılacak işlem sadece size verilen formları kendinize uygun şıkları bularak işaretlemenizden ve size sorulan soruları cevaplandırmanızdan ibarettir. Araştırmamız sizden elde edilen sonuçları, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimliğiniz gizli tutulacaktır.

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirsiniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalamanız için size verilecektir.

#### **(Katılımcının Beyanı)**

Denizli Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda bir araştırmacı tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya bu koşullarla "kontrol grubu" olarak katılma işlemi kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

#### **Katılımcı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

#### **Görüşme tanığı**

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

#### **Bilgilendiren Araştırmacı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

**PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ**  
**GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**  
**BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ**  
**(Çalışma grubu için)**

“Şizofreni Hastalarında Kişilerarası İlişkiler Kuramı Temelli Motivasyonel Görüşmenin İşlevsel İyileşme ve İçgörü Düzeylerine Etkisi” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve sorularınıza açık yanıtlar isteyin. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

- **Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?**
- Bu araştırma şizofreni hastalarında kişilerarası ilişkiler kuramı temelli motivasyonel görüşmenin işlevsel iyileşme ve içgörü düzeylerine etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Şizofreni tanısı konan bireylerin karmaşık sorunlarının nedenlerinden biri dopaminerjik sistemden kaynaklanan sorunlar nedeniyle ortaya çıkan motivasyon yetersizliğidir. Bu durum hastaların günlük yaşamda bireysel ve toplumsal rollerini yerine getirmede zorluk yaşamalarına neden olabilmektedir (Medalia ve Brekke, 2010). Şizofrenide, terapötik iş birliğin önemli olduğu; ilaca daha iyi uyum, daha az yeniden hastaneye yatış, iyileştirilmiş belirti seviyeleri ve daha iyi sonuçlar gibi tedavinin önemli yönleriyle ilgili olduğu gösterilmektedir (Pinho ve ark., 2017). Kişilerarası hemşirelik kuramını kullanarak şiddetli ruhsal hastalığı olan hastalarla yapılan çalışma sonunda hastaların semptom azalması yaşayabileceği gösterilmiştir (Thelander, 1997). Ayrıca; Peplau'nun kuramı temel alınarak Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan bireye hemşirelik girişimlerinin uygulanması; olgunun güvenini, inancını ve motivasyonunu önemli ölçüde artırdığı görülmüştür (Çunkuş ve Taşdemir Yiğitoğlu, 2018). Bu bağlamda şizofrenide etkili sonuçlara ulaşmada motivasyon süreçlerinin bilinmesi, değerlendirilmesi ve motivasyonu artıracak müdahalelerin uygulanması önemlidir. Bu doğrultuda etkili hemşire-hasta iletişimini geliştirmenin, hastaların tedavi ve rehabilitasyonu üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabilecek daha etkili terapötik iletişim kurmanın ve motivasyonu artırmanın önemli olduğu düşünülmektedir.
- Denizli Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda kayıtlı olan, düzenli olarak devam eden ve araştırmaya katılmak isteyen 20 birey çalışmaya alınacaktır.
- Eğer araştırmaya katılmayı kabul edecek olursanız sizinle Kişilerarası İlişkiler Kuramı temelli motivasyonel görüşmeler gerçekleştirilecek ve veriler literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilen Kişisel Bilgi Formu, Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği ve İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirilecektir.

- **Bu çalışmaya katılmalı mıyım?** (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirsiniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalamanız için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemezseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahiptir.

- **Bu çalışmaya katılırsam beni neler bekliyor?**

- Sizlerden toplanan bu bilgiler isim belirtilmeden bilimsel nitelikteki yayınlarda kullanılabilir. Toplanan bilgiler bu amacın dışında kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır.
- Araştırmanın süresi: Etik kurul izni ve kurum izni verildikten sonra araştırmaya başlanılacaktır.
- Bitiş: Araştırma ve kurum izinleri tamamlandıktan sonra hastaların izlemleri tamamlanıncaya kadar, yaklaşık olarak 1 yıl sürmesi şeklinde planlanmaktadır.

- **Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?**

**Bu çalışma ile** şizofreni hastalarının kişilerarası ilişkiler kuramı temelli motivasyonel görüşmenin bireylerin hastalık hakkında farkındalıklarının ve motivasyonlarının artmasını sağlayarak işlevsel iyileşme ve içgörü düzeylerini geliştirmede oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

- **Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir?** (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışmaya katılmakla herhangi bir parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

- **Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?** (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Araştırmacı kişisel bilgilerinizi; araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ve kimlik bilgileriniz çalışma boyunca araştırmacı tarafından gizli tutulacaktır. Çalışmanın sonunda, araştırma sonucu ile ilgili olarak bilgi istemeye hakkınız vardır. Yazılı izniniz olmadan, sizinle ilgili bilgiler başka kimse tarafından görülemez ve açıklanamaz. Çalışma sonuçları çalışma tamamlandığında bilimsel yayınlarda kullanılabilir, ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

- **Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?** (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışma ile ilgili bir sorunuz ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : NESRİN ÇUNKUŞ  
GÖREVİ : Doktora Öğrencisi  
TELEFON : 0535 667 23 70

- **(Gönüllünün/Hastanın Beyanı)** (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Denizli Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda bir araştırmacı tarafından yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili

**yukarıdaki bilgiler** bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

- a. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi. Bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.
- b. Sorumlu araştırmacı/hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmeyeceğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum. (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim*).
- c. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı/hekim, çalışma programının gereklerini yerine getirme konusundaki ihmali nedeniyle tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.
- d. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.
- e. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili olarak herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.
- f. Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

#### **Katılımcı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

#### **Görüşme tanığı**

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

#### **Bilgilendiren Araştırmacı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih: