



**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA MOTİVASYONEL GÖRÜŞME  
TEKNİKLERİNE TEMELLENDİRİLMİŞ PSİKOEĞİTİMİN  
TEDAVİYE UYUM, UMUT VE PSİKOLOJİK İYİ OLUŞA  
ETKİSİ**

**Pınar HARMANCI  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**Tez Danışmanı  
Doç.Dr. Funda KAVAK BUDAK**

**Doktora Tezi-2020**

T.C  
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA MOTİVASYONEL GÖRÜŞME  
TEKNİKLERİNE TEMELLENDİRİLMİŞ PSİKOEĞİTİMİN TEDAVİYE  
UYUM, UMUT VE PSİKOLOJİK İYİ OLUŞA ETKİSİ

Pınar HARMANCI

Hemşirelik Anabilim Dalı  
Doktora Tezi

Tez Danışmanı  
Doç. Dr.Funda KAVAK BUDAK

MALATYA  
2020

# İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR .....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	ix
TABLolar DİZİNİ .....	x
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. Şizofreni Hastalığı Nedir?, Şizofreni Hastalığının Epidemiyolojisi ve Nedenleri ....	4
2.2. Şizofreni Hastalığının Belirtileri.....	6
2.3. Şizofreni Hastalarında Tedavi .....	10
2.4. Motivasyon, Motivasyonel Görüşme.....	11
2.5. Motivasyonel Görüşme Yöntemi.....	13
2.6. Motivasyonel Görüşmenin Şizofreni Hastalarında Kullanımı.....	15
2.7. Şizofreni Hastalarında Tedaviye Uyum ve Motivasyonel Görüşme .....	16
2.8. Şizofreni Hastalarında Umut ve Motivasyonel Görüşme .....	17
2.9. Şizofrenide Psikolojik İyi Oluş ve Motivasyonel Görüşme .....	18
2.10. Şizofreni Hastalarında Tedaviye Uyum, Umut ve Psikolojik İyi Oluşu Arttırmada Psikiyatri Hemşiresinin Rolü .....	20
3. MATERYAL VE METOT .....	23
3.1. Araştırmanın Türü.....	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	23
3.3. Veri Toplama Araçları .....	26
3.4. Verilerin Toplanması .....	28
3.5. Girişim .....	28
3.5.1. Motivasyonel Görüşme Tekniklerine Temellendirilmiş Psikoeğitim Oturumları.....	29
3.6. Araştırmanın Değişkenleri .....	36
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi .....	38
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri .....	38
3.9. Araştırmanın Sınırlılığı .....	39
4. BULGULAR.....	40

5. TARTIŞMA .....	44
5.1. Tedaviye Uyum ile İlgili Bulguların Tartışılması.....	44
5.2. Umut ile İlgili Bulguların Tartışılması .....	46
5.3. Psikolojik İyi Oluş ile İlgili Bulguların Tartışılması .....	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	51
KAYNAKLAR .....	52
EKLER.....	67
EK- 1.Özgeçmiş.....	67
EK-2. Tanıtıcı Özellikler Formu.....	71
EK-3. Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği.....	72
EK.-4. Herth Umut Ölçeği.....	73
EK.-5. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOÖ).....	74
EK-6. Eğitim Belgeleri .....	75
EK-7. Etik Kurul İzni.....	77
EK-8. Kurum İzinleri.....	78
EK-9. Onam Formu .....	81

## TEŐEKKÜR

Çalıőmam sürecinde ve sonlandırılmasında desteğini esirgemeyen, önerileri ve deneyimleri ile yol gösterici olankıymetli hocam Sn. Doç. Dr. Funda KAVAK BUDAK'a,

Çalıőmanınplanlanması, başlatılması ve devam ettirilmesi boyuncatecrübe, bilgi ve ön görüleri ile yardımcı ve destek olan değerli hocalarım Sn. Prof. Dr. Rukuye AYLAZ ve Sn. Prof. Dr. Hatice BİRGÜL CUMURCU'ya,

Zorlu ve uzun bu eğitim sürecinde bana hoőgörü ve sevgiyle destek veren çok sevgili eőim Ufuk HARMANCI'ya,

Beni her türlü güçlükte ve eğitim hayatımın her aşamasında destekleyen canım annem Zekine DUMAN, dünyanın en fedakar babası babam Yusuf DUMAN, çok sevdiğim kardeőlerim Pelin DUMAN ve Candan DUMAN'a,

Bu süreçte kimi zaman ilgimi yeterince gösteremediğim biricik oğlum Kağan HARMANCI'ya, tüm doktora sürecim boyunca bana destek veren diğer annem Tazegül HARMANCI'ya ve babam őahin HARMANCI'ya teőekkürü bir borç bilirim.

**Pınar HARMANCI**

## ÖZET

### **Şizofreni Hastalarında Motivasyonel Görüşme Tekniklerine Temellendirilmiş Psikoeğitimin Tedaviye Uyum, Umut Ve Psikolojik İyi Oluşa Etkisi**

**Amaç:** Bu araştırma şizofreni hastalarında motivasyonel görüşme tekniklerine temellendirilmiş psikoeğitimin tedaviye uyum, umut ve psikolojik iyi oluşa etkisini belirlemek için yapılmıştır.

**Materyal Metot:** Araştırma ön test son test kontrol gruplu deneme modeli olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü yapılan güç analizi ile 150 (75 deney, 75 kontrol grubu) şizofreni hastası olarak belirlenmiştir. Araştırma Ekim 2018- Temmuz 2020 tarihleri arasında Ankara TRSM, Etimesgut Şehit Sait ERTÜRK Devlet Hastanesi TRSM ve Çankırı TRSM’de yapılmıştır. Veriler Tanıtıcı Özellikler Formu, Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (MTUÖ), Herth Umut Ölçeği (HUÖ), Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOÖ) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde; sayı, yüzdelik, ortalama, standart sapma, ki kare, bağımlı ve bağımsız gruplarda t testi uygulanmıştır.

**Bulgular:** Deney grubundaki hastaların son test tedaviye uyum ( $2.88 \pm 1.11$ ), umut ( $36.12 \pm 3.24$ ) ve psikolojik iyi oluş ( $24.56 \pm 2.91$ ) düzeylerinde kontrol grubuna (tedaviye uyum= $1.04 \pm 0.03$ , umut= $20.23 \pm 3.44$ , psikolojik iyi oluş= $19.73 \pm 2.61$ ) göre daha fazla artma meydana geldiği saptanmıştır. Araştırmada motivasyonel görüşme tekniklerine temellendirilmiş psikoeğitimin deney ve kontrol grubu hastaların tedaviye uyum, umut ve psikolojik iyi oluş düzeylerinde istatistiksel olarak önemli bir fark oluşturduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ).

**Sonuç:** Şizofreni hastalarına uygulanan motivasyonel görüşme tekniklerine temellendirilmiş psikoeğitimin tedaviye uyum, umut ve psikolojik iyi oluşu arttırmada etkili olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik, motivasyonel görüşme, psikoeğitim, psikolojik iyi oluş, şizofreni, tedaviye uyum, umut

## ABSTRACT

### **The Effect of Psychoeducation Based on Motivational Interview Techniques in Patients with Schizophrenia on Treatment Adherence, Hope, and Psychological Well-being**

**Objective:** Study was carried out to determine the effect of psychoeducation based on motivational interviewing techniques on treatment compliance, hope and psychological well-being in schizophrenia patients.

**Material Method:** The research has been done as a pretest-posttest control group and trial model. The sample size of the study was determined as 150 (75 experimental, 75 control groups) schizophrenia patients by power analysis. The research was carried out between October 2018-July 2020 in Ankara TRSM, Etimesgut Şehit Sait ERTÜRK Public Hospital TRSM and Çankırı TRSM. The data were collected using the Introductory Characteristics Form, Morisky Treatment Compliance Scale (MTCS), Herth Hope Scale (HHS), Psychological Well-Being Scale (PWBS). In the analysis of the data; Number, percentage, mean, standard deviation, chi square, dependent and independent groups t test.

**Results:** It was found that patients in the experimental group increased more in the the post-test treatment adherence ( $2.88\pm 1.11$ ), hope ( $36.12\pm 3.24$ ) and psychological well-being ( $24.56\pm 2.91$ ) compared to the control group (treatment adherence= $1.04\pm 0.03$ , hope= $20.23\pm 3.44$ , psychological well-being= $19.73\pm 2.61$ ). In study, it was determined that psychoeducation based on motivational interviewing techniques made a statistically significant difference in the levels of treatment adherence, hope and psychological well-being of the experimental and control group patients ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Psychoeducation based on motivational interviewing techniques applied to patients with schizophrenia has been found to be effective in enhancing treatment adherence, hope, and psychological well-being.

**Keywords:** Nursing, motivational interview, psychoeducation, psychological well-being, schizophrenia, treatment adherence, hope

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>DSM</b>	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>HUÖ</b>	: Herth Umut Ölçeği
<b>MG</b>	: Motivayonel Görüşme
<b>MTUÖ</b>	:Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği
<b>PİOÖ</b>	: Psikolojik İyi Oluş Ölçeği
<b>TRSM</b>	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
<b>WHO</b>	: World Health Organization



## ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Sekil No</b>	<b>Sayfa No</b>
<b>Şekil 2.1.</b> Motivasyonel Görüşmede Değişim Döngüsüne Hazırlık Modeli .....	15
<b>Şekil 3.1.</b> Araştırmanın Konsort Akış Şeması .....	26
<b>Şekil 3.2.</b> Deney Grubuna Uygulanan Motivasyonel Görüşme Tekniklerine Temellendirilmiş Psiko eğitim Uygulama Planı .....	29



## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo No</b>	<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 3.1.</b> Motivasyonel Görüşme Tekniklerine Temellendirilmiş Psikoeğitimin İçeriği .....	35
<b>Tablo 3.2.</b> Deney Ve Kontrol Grubu Hastaların Kontrol Değişkenlerine Göre Karşılaştırılması .....	37
<b>Tablo 3.3.</b> Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler .....	38
<b>Tablo 4.1.</b> Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Ön Test ve Son Test MTUÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	40
<b>Tablo 4.2.</b> Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Ön Test ve Son Test HUÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	41
<b>Tablo 4.3.</b> Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Ön Test ve Son Test PİOÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42

# 1. GİRİŞ

Şizofreni kişinin duygu düşünce ve davranış alanlarını etkileyen ciddi ve kronik bir ruh sağlığı bozukluğudur. Yaşam boyu %1 görülen şizofreni etkili tedavi edilmediğinde, sosyal işlevsellik, tedaviye uyum, günlük işlevler, mesleki işlevsellik ve dolayısı ile yaşam kalitesi gibi birçok alanda yeti yitimleri ortaya çıkarmaktadır (1, 2).

Şizofreni hastalarında farmakolojik tedaviler klinik belirtilerin azaltılmasında kullanılmaktadır (3,4). Ancak hastalığın kronik seyir göstermesi, hastaların ilaç tedavisinden bekledikleri sonuçları alamamaları, tedavinin uzun süreli ve ilaç yan etkilerinin fazla olması hastaları olumsuz yönde etkileyip, tedaviye uyumsuzluk ortaya çıkarmaktadır (5).

Tedaviye uyumsuzluk ise reçete edilen ilaçları kullanmamak ya da düzensiz kullanmak, randevuları kaçırmak, kontrollere gelmemek şeklinde birçok yönden karşımıza çıkmaktadır. Kavak ve Yılmaz, şizofreni hastalarında yapmış oldukları çalışmalarda hastaların tedaviye uyumsuz olduklarını saptamışlardır (6, 7). Jennifer ve ark. şizofreni tanılı bireylerde yaptıkları bir çalışmada tedaviye uyumun umut ile yakın ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (8).

Umut, mental hastalığa sahip bireylerde hastalığın belirtileri ile başetmede ve hayattan anlam bulmadahasta bireye yardım etmektedir (9). Çalışmalar özellikle şizofreni hastalarındaki umudun hastaların başetme becerilerinin artmasına, tedavi ve iyileşme süreçlerinin hızlanmasına katkı sağladığı üzerinde durmaktadır. Umut aynı zamanda hastaların psikolojik olarak iyi olmalarını da olumlu yönde etkileyebilmektedir (10, 11).

Son zamanlarda şizofreni hastalarının psikolojik yönden iyi oluşluklarının değerlendirilmesi literatürde önemli bir adım olarak görülmeye başlanmıştır (7, 12). Şizofreni hastaları ile ilgili yapılmış çalışmalarda; psikolojik iyi oluşun hastaların yaşam kalitesinin, sosyal ve fonksiyonel işlevsellik düzeylerinin objektif yaşam koşullarına uyumun artırılması ve genel sağlık durumları ile ilişkili semptomların azaltılması ile ilgili önemli bir kavram olduğu söylenmektedir (13-15).

Şizofreni hastalarında tedaviye uyum, umut ve psikolojik iyi oluşu artırmak için psikoeğitim, davranışsal eğitim, bilişsel davranışçı müdahaleler, psikoeğitim ve hasta

merkezli motivasyonel görüşme müdahaleleri uygulanmaktadır (8,16-21). Chien ve ark. motivasyonel görüşme temelli uyum terapisinin, düşük tedaviye uyum gösteren şizofreni hastalarının erken döneminde pozitif yönde etkili olduğunu saptamıştır (22). Glassman ve ark. altı psikiyatri hastasına dört defa uyguladıkları motivasyonel görüşme sonunda hastaların umutlarının arttığını bildirmektedirler (23). Literatür incelendiğinde motivasyonel görüşmenin birçok alanda kullanıldığı ve çalışmaların tümünde psikolojik iyi oluşa pozitif bir katkı sağladığı görülmektedir (24-28).

Psikiyatrik rehabilitasyon hizmetlerinin verildiği birimlerde şizofreni hastalarına bakım veren psikiyatri hemşireleri için, hastaların tedaviye uyumlarının geliştirilmesi-izlenmesi, umut aşılama ve hastaların kendilerini psikolojik olarak iyi hissetme aşamalarında motivasyonel görüşme eğitimi önemli yer tutmaktadır (29,30). Literatürde motivasyonel görüşme temelli psikoeğitimle ilgili az sayıda çalışmaya rastlanmıştır (28-30). Ülkemizde yapılan bir çalışmada; motivasyonel görüşmenin şizofreni tanılı bireylerde, tedavi ve hastalık ile ilgili farkındalığın oluşmasında, tedaviye uyumda önemli bir girişim olabileceği belirtilmektedir (69). Bu araştırma, psikoeğitime entegre edilmiş motivasyonel görüşme tekniklerinin şizofreni tanılı bireylerde ilk defa kullanılacak olması, araştırmaya sonuçlarının özellikle toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan hemşirelerin ‘‘motivasyonel görüşme eğitimi’’ almalarında referans olarak kullanılabilmesi ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde uygulanan psikoeğitimin içine motivasyonel görüşme tekniklerinin yerleştirilmesi için örnek olabilmesi açısından önemli görülmektedir.

Bu araştırmanın sonuçlarının; psikiyatri alanında çalışan hemşirelerin motivasyonel görüşme temelli psikoeğitimi alıp hastalara yarar sağlamalarına, hastaların tedaviye uyum, umut ve psikolojik iyi oluşlarının olumlu yönde artırılmasına, hasta yakınlarının ve psikiyatri kliniğinde çalışan sağlık personelinin memnuniyetinin artırılmasına önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

### **Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma şizofreni hastalarında motivasyonel görüşme tekniklerine temellendirilmiş psikoeğitimin tedaviye uyum, umut ve psikolojik iyi oluşa etkisini belirlemek için yapıldı.

### **Araştırmanın Hipotezleri**

**H<sub>0a</sub>:**Şizofreni hastalarına verilen motivasyonel görüşme tekniklerine temellendirilmiş psikoeğitim tedaviye uyumu etkilemez.

**H<sub>0b</sub>:**Şizofreni hastalarına verilen motivasyonel görüşme tekniklerine temellendirilmiş psikoeğitim umudu etkilemez.

**H<sub>0c</sub>:**Şizofreni hastalarına verilen motivasyonel görüşme tekniklerine temellendirilmiş psikoeğitim psikolojik iyi oluşu etkilemez.

**H<sub>1a</sub>:**Şizofreni hastalarına verilen motivasyonel görüşme tekniklerine temellendirilmiş psikoeğitim tedaviye uyumu etkiler.

**H<sub>1b</sub>:** Şizofreni hastalarına verilen motivasyonel görüşme tekniklerine temellendirilmiş psikoeğitim umudu etkiler.

**H<sub>1c</sub>:**Şizofreni hastalarına verilen motivasyonel görüşme tekniklerine temellendirilmiş psikoeğitim psikolojik iyi oluşu etkiler.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Şizofreni Hastalığı Nedir?, Şizofreni Hastalığının Epidemiyolojisi ve Nedenleri

Şizofreni ile ilgili tanımlar yapılmaya başlandığında akla ilk gelen, sık sık biyolojik psikiyatrinin de babası olarak anılan Emil Kreapelin gelmektedir. Kreapelin şizofreniyi, ‘‘dementia praecox’’(adolesan ve genç erişkinlerde ortaya çıkan sıklıkla kronik gidiş gösteren hastalık) olarak tanımlamıştır. Daha sonra Bleuler ‘‘dementia praecox’’ yerine ‘‘şizofreni’’ terimini kullanmıştır. Bleuler, Kreapelin’den farklı olarak şizofreninin tek bir hastalık olmayıp, karmaşık bir belirtiler ve bozukluklar kümesi olduğunu ve heterojen bir özellik gösterdiğini söylemiştir (31).

Şizofreninin tanımlanması, tanılanması ve alt tiplerinin sınırları ile ilgili tartışmalar günümüzde de tartışma konusu olmayı sürdürmektedir. Buna karşın WHO şizofreniyi tanımlarken (DSM 5’e de uygun olarak) çeşitli alanlardaki sorunları bildirmekte ve alt tiplerinden kesin bir çizgi ile söz etmemektedir (2).

WHO’ya göre şizofreni; delüzyonlar ve sesler işitme gibi halüsinasyonlarla karakterize psikotik semptomları içine alan ve kişinin duyuşal, algı, dil, davranış, düşünce gibi alanlarında ciddi sorunlara yol açan kronik seyirli önemli bir mental bozukluktur. Bu bozukluk birçok alanı etkilediği için kişinin yaşamını devam ettirebilmesi için bir işte çalışamamasına ya da mevcut çalışma düzeninin bozulmasına yol açabilmektedir (2).

Çeşitli ülkelerdeki araştırmalar neredeyse tüm dünyada şizofreni yaygınlığının aynı olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışmalar şizofreni yaygınlığını % 0.5-1 arasında belirtmektedirler (2,31,32). Vaka yönetimleri, farklı tanılama değerlendirmeleri (DSM 5 ve ICD-10 global tanılama sınıflandırmaları yaygınlaşmadan önce) ve yönergeleri dikkate alındığında farklı coğrafyalar da olsa yaygınlık açısından bir benzerlik söz konusu olmaktadır (32). Günümüzde de bu oran çok benzerdir (2).

Düşük sosyoekonomik şartlarda daha fazla görüldüğü bilinmektedir fakat bu durumun hastalığın sebebi mi yoksa sonucu mu olduğu açıklanamamaktadır. Kadın ve erkekte aynı oranda görülmektedir ancak başlangıç yaşı ve prognozu farklı

seyretmektedir. Kadınlar için ortalama başlangıç yaşı 25-35, erkekler için ise 15-40 olarak bildirilmektedir (30,31).

Tüm dünyada 21 milyondan daha fazla şizofreni hastası olduğu, iki şizofreni tanılı bireyden bir tanesinin iyi koşullarda bakım alamadığı, şizofreni tanılı bireylerin bakımında aile ve toplumun aktif katıldığı bakım sürecinin toplumsal düzeyde sunulacak bakım için çok önemli olduğu bilinmektedir (2).

Bu kadar yaygın ve önemli yeti yitimlerine neden olan bir bozukluğun nedenini araştırmak için çok çeşitli hipotezler üretilmektedir. Bunlardan en önemlisi **“genetik hipotez”** dir. Şizofreninin altında yatan neden olarak; genetik mutasyonların bağışıklık ya da mikrobiyom kadar önemli olduğu bildirilmektedir. Son yıllarda yapılmış en kapsamlı genetik araştırma Amerika Birleşik Devletleri’de (ABD) bulunan Harvard Tıp Okulu Genetik Bölümü araştırmacıları tarafından gerçekleştirilmiştir (31,33). Çalışmanın sonuçları, şizofreninin ortaya çıkmasında rol alan bir bileşen üzerine yoğunlaşmıştır. C4 denen bu gen “şizofreni risk geni” olarak bildirilmektedir. C4 geninin bağışıklık sisteminin yok etmesi amacıyla patojenleri işaretleyen bir protein sentezlediği bilinmektedir. Ancak bu proteinin sinaptik budama sırasında da kullanılıyor olması şizofreni açısından da önemli bir bilgi olarak gösterilmektedir. Sinaptik budama ergenlikte beynin aşırı bağlantıları elediği bir dönem olarak tarif edilmektedir. Bu bilgi, şizofreninin 18-25 yaşları arasında görülüyor olmasını açıklayabilmektedir ancak C4 geninin bağışıklık sistemi varyasyonları ile bağlantısını ortaya koyamamaktadır (31, 33-42).

Tüm bu verilerin yanında, yapılan aile çalışmaları, anne ya da babadan birinin şizofreni tanılı olması durumunda hastalık riskinin %12.5-13.8 olduğunu, hem anne hem de baba hasta ise bu riskin %35-46 olduğunu, anne baba sağlam ancak kardeşlerden biri şizofreni tanılı ise riskin % 6.7-8.2 olduğunu göstermektedir. Bu çalışmalar genetik bir kalıttan söz etmek için önemli görülmektedir (31, 35, 37, 41).

Tek yumurta ikizleri arasında şizofreni görülme olasılığı çift yumurta ikizlerine göre dört kat, diğer popülasyondan ise elli kat daha fazla olarak bildirilmektedir. Ancak bu tek başına yüksek verilen riski açıklamamaktadır. Çünkü ikizler aynı sosyal çevrede ve eşit şartlarda büyümektedir. Evlat edinme çalışmalarında ise; şizofreni tanılı bireylerin çocuklarının evlat edinme yöntemi ile başka bir çevrede büyümesi sonucu riskin nasıl değiştiğini görmekteyiz. Bu tip çalışmalar şizofreni tanılı anne ya da

babadan ayrı büyüse de çocuğun şizofreni olma olasılığının yüksek olduğunu söylemektedir. Bu da kalıtımın önemini gözler önüne sermektedir (31, 35, 37, 41).

Günümüzde şizofreninin nedenlerini açıklamakta en geçerli hipotez 'dopamin hipotezi' olarak bilinmektedir. Bu hipotez temel olarak şizofrenide dopaminerjik hiperaktivasyon bulunduğunu ve bu durumun düzeltilmesi için de Dopaminerjik Aktivasyon (DA) reseptörlerinin bloke edilmesi gerektiğini söylemektedir. Temel olarak 4 dopaminerjik yol ( mezolimbik, mezokortikal, nigrostatik, tuberoinfundibular) tanımlanmaktadır. Bu yollardan mezolimbik ve mezokortikal yollar şizofreni gelişimi için önem taşımaktadır. Mezolimbik yolağın aşırı uyarılması ile pozitif semptomların ortaya çıktığı, mezokortikal yolda ise DA'nın azalması sonucu negatif belirtilerin ortaya çıktığı savunulmaktadır (31, 33-41).

Çevresel bazı etkenler hastalığın ortaya çıkışında rol oynamaktadır. Kalp hastaları nasıl çevresel stres yaratan durumlardan olumsuz etkileniyorsa veya stresli bir yaşam olayı nasıl hastalığın ortaya çıkmasında rol oynuyorsa şizofrenlerde de aynı durum geçerlidir. Bu hastalarda tek başına ilaç tedavisi genelde yeterli olmaz, stres yaratan durumların da ele alınması gerekir. Bazı aile yapılarının şizofreniye yol açtığı öne sürülmüş ve şizofren aileler modeli geliştirilmeye çalışılmıştır, Ancak sonra yapılan araştırmalar bu teoriyi desteklememiştir (31, 33-42).

## **2.2. Şizofreni Hastalığının Belirtileri**

Şizofreni kişinin algılamasını, düşünmesini, duygularını, hareketlerini, dikkatini, yargılamasını etkilemektedir. İşlevsel alanlarda ise çok büyük sorunlara yol açmaktadır. Ancak bu durum kişiden kişiye değişmektedir. Kişinin tanı aldıktan sonraki sürecinde bile çeşitli dalgalanmalar ve değişiklikler yaşanabilmektedir. Bu belirtilerdeki bazı ortak özellikler bize şizofreninin tanılama aşamasında önemli bilgiler sunmaktadır (33, 34-39).

**Genel görünüm ve davranış:** Şizofreni için tipik bir genel görünüş tanımlanamaz ancak hastaların çoğunda çekingen, donuk, ilgisiz ve vurdumduymaz bir görüntü dikkat çekmektedir. Uzun süre bu tanı ile yaşayan hastalar ise dağınık ve öz bakımlarını yerine getirmeyen bir dış görünüş sergilemektedirler (33, 34-39).

**Konuşma ve ilişki kurma:** Şizofrenik bozukluğun türüne, ağırlığına, dönemine göre konuşma ve ilişki kurma özellikleri değişir. Ses tonu tek düze olabilir ve duygularını



belli etmeye bilir. Hastanın ilgi ve dikkatinde azalma, konuşma bozuklukları ve aşağıda anlatılacak başka belirtiler nedeni ile ilişki kurmak genellikle zordur. Hastanın düşünce içeriğinde bozukluklar, sanrılar, acayiplikler konuşmasına yansır. Hastanın ayrı bir dünyada olduğunu, tam anlayamadığımızı, ilişki kurmakta güçlük çektiğimizi fark edebiliriz. Birinci kuşak antipsikotik alan hastalar sıklıkla sözcükleri yuvarlayarak bazen eklemlemede güçlük çekerek konuşa bilirler. Ruhsal muayenede konuşma, ruh hekiminin düşünceyi muayene etme aracıdır. Şizofrenisi olan hastada kendiliğinden konuşma belirgin olarak azalmış olabilir, konuşmada düzensizlik, dağınıklık hızlanma, yavaşlama, fakirleşme, mantık dışılık, kalıplaşmış yinelemeler (stereotipi), konuşma yankılaması (ekolali), çocuksuluk, çok konuşma, hiç konuşmama (mutizm) gibi değişik düşünce bozukluğu belirtileri olabilir. Sorulara yandan ve uygunsuz yanıtlar verebilir (31, 33-42).

**Duygulanım:** Şizofrenide klasik olarak bir duygu azalmasından ve küntlüğünden söz edilir. Olaylara duygusal tepkisi az ya da yoktur, hastalar vurdumduymaz, aldırmaz, duygusuz gibi görünebilirler. Hastaların soğuk, ilişki kurulması güç olduğu sıklıkla görülür. Ancak, bütün bu belirtiler onların tümünden duygusuz olduklarını, acı çekmediklerini, sıkıntılarının olmadığını göstermez. Birçok şizofreni hastasında öncelikle başlangıç dönemlerinde aşırı bunaltı (anxiety) görülür. Hastalığın başlangıcında ağır bunaltının psikodinamik yönden önemli bir etken olduğunu vurgulamıştı. Kimi hastalarda paniğe benzer bir sıkıntılı durum vardır. Dünya yıkılıyormuş, benliği parçalanıyormuş gibi düşüncelere kapılan hastanın bunaltısı tarifsiz derecede olabilir. Zamanla duygularda küntleşme, sıklık, yüzeyelleşme belirginleşir. Kimi olgularda da acayip, yersiz anlamsız gibi görünen gülme, ağlama, taşkınlık ve duygulanımda uygunsuzluk (affective disharmony) görülür. Duygulanımda uygunsuzluk kişinin verdiği duygusal tepkilerin içinde bulunduğu durum ya da düşünce içeriğine uygun olmamasıdır. Kimi zaman tanımadığımız bir hastanın duygusal tepkisi dışarıdan bize, hastanın içinde bulunduğu duruma uygun görülmesi de düşünce içeriği ile uyumlu olabilir. Bu nedenle uygunsuz duygulanımın varlığı konusunda kesin yargıya varmak konusunda acele etmemekte yarar vardır, düşüncenin ayrıntılı muayenesi zorunludur. Şizofreni hastalarında çökkün ya da taşkın duygu durum belirtilerinin görülmesi nadir değildir. Birçok hastada bir psikoz nöbetinin ardından psikoz-ardı çökkünlük görülebilir. Bu durum bazen duygulanım bozukluğundan ayırım yapmakta

güçlük doğurabilir. Benzer biçimde bazen ortaya çıkan taşkınlık belirtileri bir mani nöbeti ile karıştırılabilir (31, 39-42).

**Bilişsel Yetiler:** Bilinç, yönelim, bellek: şizofrenide bilinç ve yönelim genellikle bozulmamıştır. Birçok hastada görüldüğü gibi ileri derecede ilgisizlik, vurdumduymazlık varsa, kolay yönelim sorularına hasta kimi zaman yandan ya da yanlış yanıtlar verebilir. Hatta ağır düşünce ve davranış dağılmasıyla giden akut, taşkın, dağınık (dezorganize) şizofreni türlerinde, seyrek de olsa, deliryuma benzer bir klinik görünüm olabilir. Sabırlı bir gözlem ile ve hastanın dikkatini toplamasına değişik yollarla yardımcı olunarak, genellikle bilinç ve yönelimde bozukluk olmadığı saptanabilir (31, 38-42).

**Zeka:** Kimi şizofreni hastalarında görülen belirgin bilişsel yıkımın zekada eksilme, gerileme izlenimi vermesine karşın bunun genel bir yeti yitimine, ilgilerde azalmaya ya da vurdumduymazlığa bağlı bir yanıtızlık olup olmadığını saptamak kolay değildir. Hastalık başladıktan sonra zeka düzeyinde bir gerileme olup olmadığı henüz kesin bir açıklığa kavuşmamıştır. Anca araştırmalar şizofrenisi olan hastaların ortalama zeka katsayılarının akranlarından düşük olduğunu göstermektedir (31,33-39).

**Algılama:** Şizofrenide önemli algı bozuklukları olur. Dikkat çabuk bozular, çevredekilere ilgi azalır ve bu nedenle algılama da azalmış gibidir. Bazen de özellikle taşkın ya da paranoid özellikler gösteren hastalarda, algı artması, keskin algılama olabilir. Şizofrenide sık görülen algı bozuklukları varılanlardır (halüsinasyonlar). Şizofrenide en sık işitme varılanları olur. Bunlar genellikle olumsuz sözler, küfürler; yön verici komutlar (askendini, öldür gibi); kendi aralarında konuşarak, hastadan üçüncü şahıs olarak söz eden sözler (Ahmet korkağın teki gibi), yaptığı eylemleri tanımlayıcı seslerdir (yürüyorsun, gülüyorsun gibi). Şizofreni hastalarında görülen bir işitme varılanısı da kendi düşüncelerinin kulağına ses olarak gelmesidir. Bazen uğultu, haykırmalar, gülmeler biçimine seslerde işitebilir (31, 33-42).

**Düşünce:** Düşüncenin hızında, amaca uygunluğunda, çağrışımların düzeninde bozukluklar gözlenebilir; hastanın kendine özgü dil kullanımına bağlı uydura sözcükler olabilir. Düşüncenin hızında azalma ya da artma bulunabilir. Düşünce içeriğinde fakirleşme görülebilir. Bu konuşmanın miktarının azalması şeklinde olabilir; bazı hastalarda da çok ve hızlı konuşmasına karşın, konuşmasının ve kullandığı kavramların içeriğinde boşalma olduğu; konuşmasının açık anlaşılır bir anlam oluşturmadığı fark

edilir (31, 33). Bu belirtiyeye düşünce içeriğinde fakirleşme denildiği halde bir düşünce biçim bozukluğudur. Kimi zaman da konuşma miktarı toplumsal olarak kabul edilen ortalamanın üzerinde olabilir. Hastanın dakikada kullandığı sözcük sayısı 150'nin üzerine çıkabilir. Basınçlı ya da baskılı konuşma (pressured speech) adı verilen bu tarz konuşmada kişinin sözünü kesip araya girmek zordur. Daha ağır durumlarda, hasta, kendisini dinleyen kimse olmasa bile şiddetli bir basınçla konuşmayı sürdürür (32, 34). Düşünceyi oluşturan sözcükler simgeler arasındaki mantıksal zincir kopar ya da bozulur. Düşünce zaman zaman durma (blok), bir düşünceden ilgisi olmayan bir başkasına kayma, sapma (derailment, skidding); düşüncelerin çok yoğun olarak zihne üşüşmesi ile oluşan düşünce basıncı, sıkışması, düşüncenin dağılması, parçalanması olur. Hasta, düşüncede anlamdan çok seslerin ve sözcüklerin akımına, ahengine, uyağına (kafiyesine) kendisini kaptırır (uyaklı çağrışım-clang association). Kimi zaman karşısındakini sözcüklerini aynen yineleyebilir (ekolali). Bazen birkaç sözcükten parçalar ya da birkaç kavram bir araya getirilerek yeni sözcükler, kavramlar türetilir (yoğunlaştırma-condensation) ileri derecede süregelenmiş durumlarda aynı sözcük ya da tümcenin sürekli olarak yinelenmesi (verbiyerasyon) görülebilir. Yavaş yavaş düşünce soyutluktan çıkarak somutlaşır. Yani kavramsal düşünceden çok, somut yaşantıları, somut eşyayı temsil eden bir düşünce biçimi gelişir. Ağır hastalarda konuşma dağınık (incoherent), anlamsız gibi görünen bir "sözcük salatası" haline gelebilir. Bu tarz konuşmada tümce yapısında bozulmuştur. Bilinç dışının içeriği dağınık, bağlantısız biçimde bilinç yüzeyine çıkmış gibidir (32, 33). Düşünce yer, zaman, nedensellik kavramlarını tanımayabilir; birbirine karşı duygu ve düşünceler yan yana bulunabilir. Düşünce büyüsel, canlıcı (animistik) mantık-dışı nitelik kazanır. Böylelikle açık olmayan, acayip, anlaşılması güç bir düşünce biçimi olur. Kalıplaşmış (stereotipik) sözler, anlatımlar sık görülür, düşünce çocuklaşır (regresif düşünce). Mantık bağları çocuktaki gibi bireyin iç dünyasından, korkularından, dürtülerinden, ilkel çağrışımlardan kaynaklanır. Bir bütün parçası, bütün ile eş anlam taşıyabilir. Benzerlikler, yer ve zaman yakınlıkları özdeşleştirmelere yol açar (34-36). Bu düşünce biçimine ARIETİ "paleolojik düşünce" adını vermişti. Ancak, şu iki noktayı vurgulamak gerekir: a) Şizofrenisi olan hastalarla konuşurken bu bozukluklar her zaman görülmez; çoğu kez düzgün, anlamlı konuşurlar. b) Hastanın düşüncesi çok dağılmış, parçalanmış görüldüğü zamanlarda bile, bu düşünce tümüyle parçalanmış, anlaşılmaz,

saçma değildir. Dikkatli izlenirse, ilgilenilirse çoğu kez şizofrenisi olan hastanın dağınık düşünce ve davranışlarında anlamlı bağlantılar bulunabilir (37,42).

Şizofrenide görülen en temel düşünce içeriği bozukluğu sanrılardır (delusion, delire, hezeyan). Sanrıların dışında şizofrenide hipokondriyak, mistik, metafizik uğraşlar, çeşitli saplantılar (opsesyonlar), çocukluk çağına ilişkin garip anılarda sıklıkla görülür (41). Sanrı, belli bir çağ ve toplum içinde gerçeğe uymayan, mantıklı tartışma ile değiştirilemeyen düşünce demektir. Özel durumlarda “gerçek” çağdan çağa, toplumdan topluma değişebilir. Örneğin genç bir kız kendisinin ruhlar tarafından gebedirakıldığına inansa bu, çağdaş toplumda bir sanrıdır (42, 43). Oysa bunu bir gerçek gibi kabul eden ilkel toplumlar vardır. Bir toplumda yaygın olarak benimsenen inançlar (örneğin bağıtlı inançlar), gerçeğe uymasalarda sanrı sayılmazlar. Şizofreni hastalarında en sık karşılaşılan sanrı türü kötülük görme sanrılarıdır. Ayrıca erotomanik, büyüklük, küçüklük, nihilistik, somatik ve alınma sanrılarında siktir. Şizofrenide sanrılar genellikle düzensiz, dağınık, tutarsız ve acayıptir (43).

### **2.3. Şizofreni Hastalarında Tedavi**

Şizofreni tedavisi için farmakolojik tedavi ve farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri olarak sınıflandırabileceğimiz yöntemler kullanılmaktadır (44). Son altmış senedir atipik antipsikotiklerin kullanılması sonucu pozitif belirtiler ciddi ölçüde kontrol edilirken, tekrarlı hastaneye yatışlarında da önemli düzeyde pozitif etkiler görülmektedir. Psikotik ajanları düzenli alan şizofreni tanılı bireylerin %80'ninin bir sene içinde hastaneye yatışının olmadığını ve yalnızca %20'sinin yatışının olduğu bildirilmektedir (45, 46). Şizofreni tanılı bireyler için ilaç seçiminde birçok etken vardır bunlar; ilacın yan etkileri, çocuk olmak, emziren kadın olmak, hamile olmak, yaşlı olmak en önemlileri olarak bilinmektedir. Antipsikotiklerin birbirlerine üstünlüğü ile ilgili çok sayıda araştırma yapıldığı halde hangisinin üstün olduğu konusunda bir uzlaşma yoktur. Tam da bu noktada (en önemli iyileşme belirtisi olarak) “klinik iyileşme” verilerinin önemli olduğu görülmektedir (45-47). Antipsikotiklerin neden olduğu extrapiramidal sistem problemlerine karşı da antikolinergik ajanların kullanıldığını görmekteyiz. Ayrıca benzodiazepinler ve beta-blokerlerakatiziyi gibi durumlarda etkili oldukları için tedavide kullanılmaktadırlar (48).

Tüm bu gelişmelere karşı şizofreni tanılı bireylerin sadece klinik iyileşmelerinin onların üretken kişiliğine yeterli katkıyı sağlayamadığı görülmektedir. Tüm dünyada

mental-ruhsal rehabilitasyonun ve farmakolojik tedavinin eş zamanlı olması gerekliliği ile birlikte psikososyal müdahaleler artarak daha çok önem kazanmaktadır (47, 48). Beyin görüntüleme çalışmalarında psikososyal müdahalelerin beyinde yarattığı organik değişiklikler anlaşılmaya başlanmıştır. Psikoterapilerin, antipsikotiklerin etkileyemediği negatif belirtilerin iyileşmesine biyolojik olarak da katkı sağladığı bildirilmektedir. Bu durumu beyin plastikiği ile açıklayan güncel yaklaşımlar, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerini ve psikososyal müdahalelerin de bilimsel temelini oluşturmaktadır (49). Şizofreni tanılı bireyin toplumsallaşması önemli olmakla birlikte en önemli iyileşme belirteci olarak sunulan klinik iyileşmenin yetersizliği, bireysel iyileşme ve toplumsal iyileşmenin önemini artırmaktadır. Çoğunlukla şizofreni hastaları negatif ve pozitif belirtilerine rağmen iyileşme isterler, topluma karışmak isterler, daha aktif ve üretken olmak isterler ancak ambivalan (ikili) duygular yaşamaktadırlar. Bu ambivalanların fark edilmesini sağlamak ve değişim için tamamen hastanın otonomisini kullanmak için motivasyonel görüşme yapmak gerekmektedir (50).

#### **2.4. Motivasyon, Motivasyonel Görüşme**

Motivasyon herhangi bir şeyi yapmak için amaç doğrultusunda harekete geçme isteği ve bu hareketin devam ettirilmesi için kullanılmaktadır. Motivasyonu olmayan bir birey için apatik duruş, tepkisiz ya da tepkide fakirleşme, pasif özellikler tanımlanmaktadır (50, 51). Barch, motivasyon kavramının karmaşık yapısına ve şizofrenide yeterli düzeyde çalışılmamış bir konu olduğuna dikkat çekmektedir (52).

Medalia ve Brekke, şizofreni için içsel ve dışsal motivasyonu tanımlamıştır. Buna göre kişinin kendi içinden gelen motivasyon içsel, bir dış etkenden doğan motivasyona dışsal motivasyon denmektedir (53). Medalia ve Brekke, şizofreni tanısı almış bireylerin amaçlarına ulaşabilmeleri için kendilerine inanmaları gerektiğine ve öz yeterliliğe sahip olabilmeleri için de motivasyonları ile ilgili var olan faktörlerin farkında olmaları gerektiğine dikkat çekmektedirler (53, 54).

Motivasyonel görüşme; bireyin ambivalanlarının farkına varıp bu ambivalanlarını çözmek için kişiye yardımcı olarak davranışlarını değiştirmelerine olanak sağlayan yönlendirmeleri ve danışan bireyin merkezde olduğu bir yaklaşımı içermektedir. Bireyin problemlerini anlaması ve değişmek amacıyla harekete geçmesini sağlamanın özel bir yoludur. Motivasyonel görüşmenin ana amacı ambivalanları

çözmektir. Özellikle birey gerekli değişime isteksizse veya ambivalanları varsa iyi bir yöntemdir (54, 55).

Motivasyonel görüşmenin temel ilkeleri şunlardır;

A) *Empatinin yansıtılması*

B) *İkilemlerin (çelişkilerin) ortaya çıkarılması*

C) *Dirençle çalışma*

D) *Öz yeterliliği destekleme*

**Empatinin Yansıtılması:** Bu aşamada destekleyici, saygılı, ilgili, bir yaklaşım içinde olunmalıdır. Empatinin yansılmasındaki amaç; bireyin anlatmaya çalıştıklarını anlamaya çalışmaktır (54). Bu yetenek öğrenilebilir ve geliştirilebilir. Motivasyonel görüşme ile çalışan hemşire ön yargılarının, empati yeteneğinin önüne geçmesine ve eyleme dönüşmesine izin vermemelidir. Yansıtmalı dinlemeyi etkin yapan hemşire empati kurduğu hissini karşıdaki bireye verebilecektir. Empatinin yansıtılması aşaması motivasyonel görüşmenin başından sonuna tüm aşamalarında etkili bir şekilde uygulanması gereken bir basamaktır (54, 55).

Bu aşamada hastanın anlattıkları, davranışları, düşünceleri hemşirenin yargılarıyla çelişebilmektedir. Hemşire en önemli adımı gerçekleştirir ve kabul etme davranışları sergiler. Bireyi yargılamadan, eleştirmeden, suçlamadan anlamayı seçmelidir (54, 55).

**İkilemlerin (çelişkilerin) ortaya çıkarılması:** Birey sosyal, bedensel, ruhsal, spiritüel bütünlüğünü tehdit edecek bir davranış içindeyse mutlaka motivasyon sistemlerinin harekete geçirilmesi gerekmektedir (55). Bu noktada bu davranışı ya da düşüncesi ile bireyin yüzleştirilmesi gerekmektedir. Birey davranışları ile hedefleri arasındaki ikilemlerin farkına varmalıdır. Daha önceden farkedilen bu ikilemler motivasyonel görüşmede daha da ortaya çıkarılmalıdır (56).

**Dirençle çalışma:** Bu aşamada baskı ve zorlama duygusu yaratmadan kişinin değişimi başlatılmalıdır. Bu adımda hemşire edilgen olmamalıdır ve süreci hızlandırmalıdır. Motivasyonel görüşme bir çekişme, bir savaş ortamı hazırlamaz aksine tamamen bireyin kendini tanıdığı, farkedtiği, değişme isteğini tanımladığı ve harekete geçtiği süreçlerden oluşmaktadır. Hemşire bireye yeni hedefler oluşturması için yardım etmez sadece

bireyin ikilemlerini ve “ne yapması gerektiğini?” tanıması için bireyi yeni bakış açıları kazanmaya davet eder (56, 57).

Dirençle çalışırken hemşire;

- 1) Sürece hız kazandırmayı bir avantaj olarak kullanabilir.
- 2) Algıları değiştirebilir.
- 3) Yeni bakış açıları sunabilir, kesinlikle zorlamaz.
- 4) Hastaya kendi sorularını bulmak ve çözmek için fırsat verir (56, 57).

**Öz yeterliliği destekleme:** Bu aşamada ifade edilen aslında bireyin bir işi yapabilme ve başarabilme gücüdür. Bu güç değişim için anahtardır. Çünkü motivasyonel grüşme tamamen danışan bireyin kendi yeterliliği üzerinden işlenmesi gereken bir süreçtir. Kişi değişime inanır, değişimi başlatabileceğini bilir, değişmesi gerektiğinin farkına varır, değişim için çözüm yolları arar, değişimi ortaya çıkarır. Hemşire motivasyonel görüşmede bir yandan da kişinin öz yeterliliğini de ortaya çıkarması için çeşitli yöntemler (yüzleştirme, yansıtmalı dinleme, açık uçlu sorular...) kullanır (56, 57).

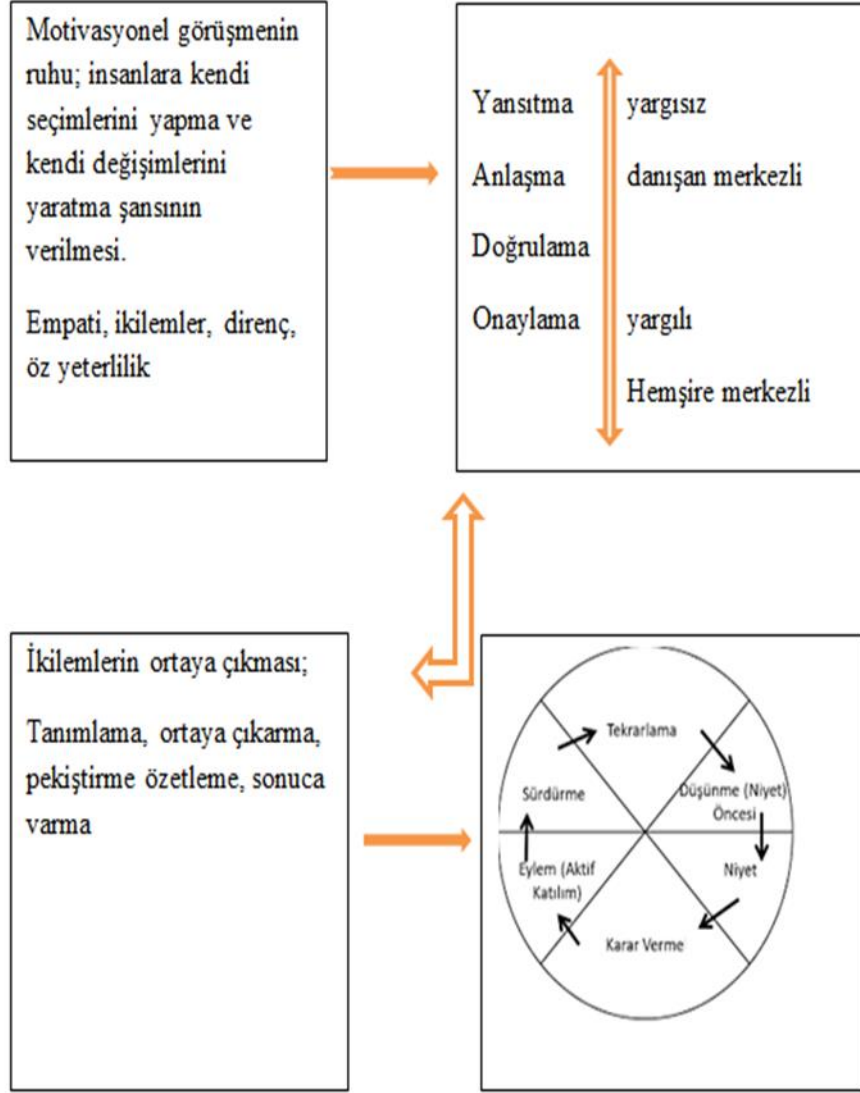
## 2.5. Motivasyonel Görüşme Yöntemi

Bir kişi için değişmek önemliyse ve bu değişikliği yapma konusunda kendine yeterince güven duyuyorsa, bu değişimi gerçekleştirebilir. Bunu araştırmak ve kişiye kazandırmak için 0 ile 10 arasında bir ölçek üstünden değerlendirme yapması istenebilir. Önce önemlilikten başlanır (56). “... Sizin için ne kadar önemli? Eğer önemliliği 0’dan ona kadar bir cetvel yaparsak ve 0 “hiç önemli değil” ve 10 “çok önemli”yi gösterirse, siz kendinize hangi sayıyı uygun görürsünüz?” diye sorulur. Eğer çok düşük vermediyse “neden 4 değil 1” veya “4 değil 7 olması için ne gerekir” diye sorularak kişi için değişimin önemi artırılır. 5 ise artı ve eksileri tartışılır. Güven – Yeterlilik içinse; “eğer ... düşünseydiniz, bunu başarmakta kendinize ne kadar güveniyorsunuz? Eğer kendinize olan güveni 0’dan ona kadar bir cetvel yaparsak ve 0 “hiç güvenmiyorum” ve 10 “çok güveniyorum”u gösterirse, siz kendinize hangi sayıyı uygun görürsünüz?” sorularıyla başlanır (56, 57). Eğer çok düşük vermediyse “neden 4 değil 1” veya “4 değil 7 olması için ne gerekir” soruları sorulur, 5 ise artı ve eksileri tartışılır. Geçmiş deneyimleri gündeme getirilir ve kişi değişim için yüreklendirilir. Eğer önemlilik düşük ise, onun üstüne odaklanmak daha doğru olacaktır. Aralarında ciddi bir farklılık varsa, hangisi daha düşük ise ona eğilmelidir. Eğer her ikisi eşitse, önemlilikten

başlanmalıdır. Eğer her ikisi de çok düşük ise, kullanılan yöntemi doğru seçip seçmediğimizi, başka alanlara eğilmenin gerekliliği üstünde durulmalıdır (56-58).







**Şekil 2.1.** Motivasyonel Görüşmede Değişim Döngüsüne Hazırlık Modeli

## 2.6. Motivasyonel Görüşmenin Şizofreni Hastalarında Kullanımı

Motivasyonel görüşmenin özellikle ikili psikiyatrik tanılarda etkinliği konusunda çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Şizofreni tanılı birey ise, süreç içinde hem bir psikiyatrik eş tanı (depresyon, anksiyete) almak için hem de dahili diğer tanılarını almak için riskli grup olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durum; uzun süre ilaç kullanımı ve bu ilaçların uzun vadedeki etkileri, toplumun hastalığa yaklaşımı ve kişinin kendini nasıl değerlendirdiği, bireyin toplumsal etkinliklere daha az katılması, hareketsizliği, hastalığının prognozu gibi etkenlerden kaynaklanmaktadır (59-63).

Çalışmalar incelendiğinde çok sayıda çift tanılı şizofreni grubunda motivasyonel görüşmenin pozitif etkisine rastlanmaktadır (59, 61, 62, 64) . Bunun yanı sıra çift tanılı olmayan şizofreni hastalarında da motivasyonel görüşmenin önemli katkıları görülmektedir. Chein ve ark. şizofreni hastalarında tedaviye uyum, içgörü, tekrarlı yatış üzerindeki etkisini incelemek için yaptıkları motivasyonel görüşmenin tüm alanlarda pozitif yönde etkili olduğunu belirtmektedirler (65). Fizsdone ve ark. şizofreni hastalarında psikotik semptomların ve dezorganizasyonun değişimini izlemek için uyguladıkları motivasyonel görüşmenin sonunda pozitif yönde sonuçlar elde ettiklerini (66) Choi ve ark. hastaların negatif belirtilerinde ılımlı gerilemeler olduğunu belirtmektedirler (67). Lee ve Sungjae ve ark., motivasyonel görüşmenin şizofreni hastalarında tedaviye uyumu belirgin şekilde etkilediğine dikkat çekmektedirler (68). Ertem ve Duman, yaptıkları şizofreni tanılı bir vaka çalışmasında motivasyonel görüşmenin vakada tedavinin sürdürülmesi, tedavinin faydası ve hastalık ile ilgili farkındalığın oluşmasında önemli bir müdahale olduğunu belirtmektedirler (69).

## **2.7. Şizofreni Hastalarında Tedaviye Uyum ve Motivasyonel Görüşme**

Şizofreni tedavisindeki son elli yıldır yaşanan gelişmelere rağmen kullanılan ilaçların yan etkileri hala tartışılmaktadır. Şizofreni tanılı birey ya da aile üyeleri, tanı aldığı andan itibaren tedavi ile ilgili endişeler taşımaya başlamaktadır. Bu endişelerin bir kısmı farmakolojik etkilerini bilmediklerinden, bir kısmı içgörü problemlerinden, diğer bir kısmı ise hastalık belirtileri ve ilaç yan etkilerinin karıştırılmasından ileri gelmektedir (70-72).

Şizofreni tedavisinin gelişimine bakıldığında son yıllarda psiko-sosyal müdahaleleri içeren tedavilerin öneminin arttığı görmekteyiz. Psikososyal tedaviler, yaşam kalitesinin artırılması, işlevsel iyileşmenin geliştirilmesi, farkındalık oluşturulması, iç görünün geliştirilmesi gibi birçok alanda etkili olarak kullanılmaktadır (73, 74).

Ancak bu müdahalelerin arasında yer alan motivasyonel görüşmenin tedaviye uyuma katkısı çok sayıda çalışma ile ortaya konmaktadır (69, 73, 74). Motivasyonel görüşme yalnızca tedaviye uyumu geliştirmek için değil, tedaviye uyumun sürdürülmesi için de önemli görülmektedir. Hatta motivasyonel görüşme şizofrenide kullanılan diğer psikososyal tedavilere (iş ve uğraşı terapileri, bilişsel davranışçı terapiler, sanat

terapiler, psikoeğitimler...) bireyin katılımında da önemli bir etkiye sahip olabilmektedir (66).

Tedaviye uyum için yapılandırılan motivasyonel görüşme içeriğinin amacı; hastanın ikilemelerini yine kendi çabası ile ortaya çıkararak, hasta için onaylanmış sürdürülmesi gerekli olan tedavi planına başlatmak ve devam ettirmek olmalıdır.

McCracken ve Corrigan, motivasyonel görüşmenin şizofreni tanılı bireylerde içgörüyü ve tedaviye uyumu artırdığını bildirmektedirler (75). Drymalsky ve Campbell, yayınladıkları derlemelerinde motivasyonel görüşmenin anti-psikotik tedaviye uyumu geliştirdiğini bildirmektedirler (76). Dobber ve ark. şizofreni tanılı bireylerin tedaviye uyumlarında motivasyonel görüşmenin etkili olduğunu ancak başarılı olabilmesi için hastanın ihtiyaçlarının iyi tanınması ve terapistin güven ilişkisini yaratabilmesi gerektiğini söylemektedirler (77). Hughes ve ark. hastanın ihtiyaçlarına göre yapılandırılmış bir motivasyonel görüşme uyum terapisinin, anti- psikotik ilaçlara uyumu artırdığını vurgulamaktadır (78). Wong-Anuchit ve ark. ciddi mental hastalığı olan bireylerde tedaviye uyumda motivasyonel görüşme temelli tedavilerin etkisini inceledikleri meta- analiz çalışmalarında uzun sezon yapılan motivasyonel görüşmenin hastalarda tedaviye uyumu ciddi düzeyde artırdığını vurgulamaktadırlar (79). Chien ve ark. motivasyonel görüşme temelli uyum terapisi uyguladıkları (12 ay takipli) bireylerde özellikle farmakolojik tedaviye uyumda pozitif sonuçlar elde ettiklerini bildirmektedirler (80).

## **2.8. Şizofreni Hastalarında Umut ve Motivasyonel Görüşme**

Amerikan Psikiyatri Birliği dirençli ve kronik psikiyatri hastalarında iyileşmenin belirleyicisi olarak yaşamdan anlam bulma ve umudu işaret etmektedir (81). Hastaların umudu ve tedaviye uyumları hem yaşam kalitelerinin hem de psikolojik iyi oluşlarının artmasına katkıda bulunmaktadır. Bu da iyileşme süreçlerine olumlu katkılar sunmaktadır (76).

Coşkun ve Altun şizofrenide işlevsel iyileşme ve umut arasındaki ilişkiyi belirlemek için yaptıkları çalışmada; işlevsel iyileşmenin şizofreni hastalarındaki umudu pozitif yönde artırdığı, işlevsel iyileşmenin ise toplum ruh sağlığı merkezlerinde takip edilen ilaç uyumu ve çeşitli beceri eğitimleri ile sağlandığını vurgulamaktadırlar (59). Olçun ve Altun, yaptıkları çalışmada, şizofrenide içselleştirilmiş damgalanmanın hastaların umutlarının azalmasına neden olduğunu söylemektedirler (78). Retta ve

ark.'nın, rehabilitasyon merkezlerine başvuran şizofreni hastaları üzerinde yapılmış deneysel çalışmaların yansıtıldığı bir derlemelerinde hastaların iyileşmesi ile ilgili olduğunu vurguladıkları maddeler arasında umut, yaşamdan anlam bulma, kendini tanıma ve tedavisi için sorumluluk alma dikkat çekmektedir. Lysaker ve ark. yaptıkları çalışmada umudun şizofreni hastalarında etkili fonksiyonların gelişmesinde, başatme becerilerinin gelişmesinde, iç görünün geliştirilmesi ve sürdürülmesinde önemli bir değişken olduğu bildirilmektedirler (82).

Son yirmi yıldır çeşitli umut modelleri geliştirilmiştir ve bu modeller pozitif psikolojinin şizofrenideki psikolojik iyi oluşa önemli katkılar sunduğunu söylemektedir (83). Pozitif psikolojiyi hedef alarak motivasyonel görüşmelerin yapılması şizofreni hastalarında yaşam kalitesinde artış, mesleki uğraşlara devam etme becerisi ve dolayısı ile umutla yaşama gibi önemli kazanımlara kapı açmaktadır (84, 85).

Motivasyonel görüşme hedefler ve gelecek planları üzerine yoğunlaşan danışan merkezli bir müdahaledir (86, 87). Bu kapsamda gelecek planları yapan şizofreni tanılı bireyin hedefler oluşturması, ikilemlerini tanıması ve hedefleri için umutlu olması gerekmektedir (88).

Motivasyonel görüşmenin kişi merkezli yaklaşımı güven, empati, değerlilik hisleri yaratmaktadır. Kişi hem kendisi ile ilgili hem de hemşire ile ilgili pozitif duygular geliştirmektedir. Kişinin hem umuduna hem de iyi oluşuna doğrudan ve üstelik sürdürülebilir katkılar sunmaktadır. Şizofreni tanılı bireyin özellikle negatif belirtileri onların depresyonunu gösteren ya da ortaya çıkaran önemli göstergelerdir. Bu noktada da motivasyonel görüşme negatif belirtiler üzerindeki önemli pozitif etkileri nedeniyle kişinin umut ve iyi oluşunu pozitif etkilemektedir (23).

Literatür şizofreni hastalığından iyileşmek için birçok psikososyal müdahale yapıldığını ve bunların ortak amaçlarının arasında en önemli ayağın ‘’umuda motive edilmek’’ olduğunu bildirmektedir (8, 89, 90) .

## **2.9. Şizofrenide Psikolojik İyi Oluş ve Motivasyonel Görüşme**

Şizofrenide 1980'lerden beri iyi oluş ve işlevsel yeterliliği temel alan çalışmaların ve bilimsel girişimlerin hız kazandığı görülmektedir. Çalışmalar şizofreni tanılı bireylerin psikolojik iyi oluşlarını hem subjektif hem de objektif açıdan

geliştirmeleri amacına hizmet etmektedir. Şizofrenide psikolojik iyi oluş çoğu kez subjektif iyi oluşun geliştirilmesi üzerine yoğunlaşan çalışmalardan oluşmaktadır (91).

Şizofreni tanılı bireyin tanı ile beraber gelen işlevsel kayıpları ve yaşam kalitesindeki negatif yönlü değişikliğin, hasta bireyin psikolojik iyi oluş halini derinden etkilediği bilinmektedir (92).

Atmaca ve Durat 2016'da yayınladıkları derlemelerinde geleceğe ilişkin olumsuz beklentilerin, umutsuzluğa neden olduğunu, depresyonu artırdığını ve hatta şizofreni tanılı bireylerde intihara sürükleyen önemli bir faktör olduğunu söylemektedirler (93). Şizofreni tanılı bireylerin yaşam kalitelerinin artması, depresyon eş tanılı olanların depresyonlarının azaltılması, anksiyete sorunları yaşayanların anksiyetelerinin iyileştirilmesi, madde kullananlarının iyileştirilmesi için motivasyonun öneminin büyük olduğu görülmektedir (34, 94-96).

Bueş tanılar, şizofreni tanılı bireyde yaşam kalitesinin daha da düşmesine ve psikolojik iyi oluşun negatif yönde etkilenmesine neden olmaktadır. Şizofreni tanılı bireylerde depresyon ve anksiyete gibi eş tanıların çok sık karşılaşılan psikiyatrik eş tanılar olduğu da bilinmektedir. Şizofreni tanılı birey bir yandan hastalık ve belirtileri ile baş etmeye çalışırken bir yandan da psikolojik iyi oluşunu negatif yönde etkileyen diğer sağlık sorunları ile uğraşmak zorunda kalmaktadır (92-100).

Şizofrenide geliştirilen motivasyonun gelecekte beklenenleri pozitif yönde etkilediği, işlevsellik alanlarını geliştirmeyi kolaylaştırdığı, negatif düşünceleri azalttığı bilinmektedir (101-103).

Bu kapsamda kişinin gelecekte beklenenlerinin geliştirilmesi, depresif belirtilerinin azaltılması, toplumsal sorunlarla baş etmesinin geliştirilmesi, damgalanmaya bağlı ikilemlerin ortadan kaldırılması, yaşam kalitesinin artırılması ve dolayısı ile psikolojik iyi oluşun geliştirilmesi ve güçlendirilmesi için motivasyonu artıran girişimlerin de önemi ortaya çıkmaktadır (72, 101, 102).

Lundahl ve ark. motivasyonel görüşme ile ilgili son yirmi beş yılın verilerini değerlendirdikleri bir meta-analiz çalışmasında motivasyonel görüşmenin psikolojik iyi oluş (depresyon, anksiyete, stres...) üzerindeki pozitif yönlü etkisine dikkat çekmektedirler. Çalışma sonuçları, motivasyonel görüşmenin özellikle kronik psikiyatrik tanılı bireylerde psikolojik iyi oluşa olan pozitif yönlü katkısı açısından tek başına kullanıldığında da etkili sonuçlar verebileceği üzerine yoğunlaşmaktadır (104).

Fung ve ark. şizofreni hastalarında psikososyal tedaviye uyum ve değişimin aşamalarını değerlendirdikleri çalışmalarında motivasyonel görüşme uygulanan şizofreni tanılı bireylerde psikososyal tedaviye uyumun arttığını, kişinin psikolojik iyi oluşunun da buna bağlı olarak pozitif yönde geliştiğini bildirmektedirler (105). Wong-Anuchit ve ark. ciddi psikiyatrik hastalıkları olan bireylere uygulanan motivasyonel görüşme temelli çalışmaların meta- analizini yaptıkları değerlendirmelerinde, motivasyonel görüşmenin hem tedaviye uyuma hem de pozitif ve negatif semptomlara olan pozitif yönlü etkisinin bireylerdeki iyi oluşuda arttığını bildirmektedirler (79).

## **2.10.Şizofreni HastalarındaTedaviye Uyum, Umut ve Psikolojik İyi Oluşu Arttırmada Psikiyatri Hemşiresinin Rolü**

Hastalıkları tek tek inceleyen, insanı parçalara ayıran ve parçaları ile değerlendiren, bütünü dengelerini bozan nedenleri göremeyen medikal modele rağmen birçok hemşirelik modeli spiritüeliteyi de inceleyen biyo-psikososyal kavramlara dayanmaktadır (106, 107).

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA)'ya göre psikiyatri hemşiresi; ‘sanat olarak kendiliği amaçlı bir şekilde kullanan, bilim olarak nörolojik ve psikososyal kuramların, çalışma sonuçlarının ve hemşireliğin farklı rollerinin kullanılmasını sağlayan ruh sağlığı ekibinin profesyonel üyesidir’. Psikiyatri hemşireleri psikiyatrik hizmet veren birçok kurumda (yarı yol evleri, psikiyatri yataklı servisleri, psikiyatri hastaneleri, gündüz hastaneleri, ayaktan tedavi verilen birimler, hapisane, okul...) görev almaktadırlar (108).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığının 2011’de yayınladığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023) ‘e göre; “ruhsal hastalığı olan bireylerin tedavi ve bakımlarında hasta merkezli yaklaşımın temel alınması, toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin ülkemizde yerleşmesi” hedeflenmiştir (109). Psikiyatri hemşiresi bu eylem planları kapsamında mesleğin öngördüğü bütüncül bakım anlayışını uygulayabilecek olan profesyonel bir ruh sağlığı çalışanı olarak görülmektedir. Bu birimlerde psikiyatri hemşiresinin; terapist, klinisyen, vaka yöneticisi gibi direkt rollere sahipken eğitici, değişim ajanı, vaka yönetimi, araştırmacı ve danışman gibi indirekt rollere sahip olduğu bilinmektedir (110).

Tedaviye uyum bütün tedavilerde başarının anahtarı olarak bilinmektedir. Özellikle kronik hastalıklar bireylerin yaşamsal zorluklar karşısında uyum

kabiliyetlerini düşürmektedir. Tedaviye uyum; şizofreni tanılı birey için sağlığını nasıl algıladığı ve sağlığını sürdürmek için önerilen tedavi planına ayak uydurması olarak tanımlanabilmektedir. Psikiyatri hemşiresi tedaviye uyum için şizofreni tanılı bireyde motivasyonu sağlamakla ve tedavisinin sürekliliğinin kontrol edilmesinden sorumlu olarak bildirilmektedir. Aynı şekilde psikiyatri hemşireleri motivasyonu sağlanmayan bireyin psikotik alevlenmelerinin primer sorumlusunun da tedaviye uyumsuzluğu olduğunu da bilmektedir (110-112) .

Bu kapsamda psikiyatri hemşiresinin vaka yöneticisi rolü ile şizofreni tanılı bireyin kullandığı oral ya da paranteral tüm ilaç formları ile ilgili hasta ve ailesine bilgi vermesi beklenmektedir. Hemşire sadece vaka yöneticisi olarak değil, motivasyon için bireyin kendisinin bir kaynak olarak kullanıldığı motivasyonel görüşmeyi de uygulayan bir terapist olarak, bireyin sürdürülebilir ilaç uyumunu kontrol etmekten ve izlemekten primer sorumlu olarak görülmektedir (90, 113).

Hemşire, şizofreni tanılı birey ile motivasyonel ortamın gereği de olan empatik ortam ve terapötik güven ilişkisinin kurulduğu bir süreçte görev almakla da yükümlü olarak bildirilmektedir. Bu rol ve sorumluluklar psikiyatri hemşiresinin işbirliği yapabildiği şizofreni tanılı bireydeki tedaviye uyumu artırabileceğini ve büyük bir öneme sahip olduğunu göstermektedir (32, 90). Hemşirenin vaka yöneticisi, danışman, eğitici rolleri için şizofreni tanılı birey ile iş birliği içinde kararlar alması gerekmektedir. Motivasyonel görüşmenin önemi de bu aşamada ortaya çıkmaktadır (32).

Umut, hemşirelik açısından başarılı bir yaşam olduğu kadar yaşamın sonuna da sağlıklı hazırlanmanın temel kavramı olarak bildirilmektedir. Psikiyatri hemşirelerinden beklenen bireylerin iyileşmelerine olan istekliliklerini artırmak ve tedaviye uyumlarını artırmak için bir hedef oluşturmada gerekli motive edici ortamı oluşturmaktır. Bu ortam sadece uyumu artırmayacak aynı zamanda hastanın gelecek beklentilerini ortaya çıkaracak ve istenen davranış değişikliği için zemin hazırlayacaktır. Hemşirelik uygulamalarının ana noktasını da davranış değişiklikleri oluşturmaktadır. Değişim için sadece bir amacın olması yeterli olamamaktadır, değişim için gelecekte beklenenlerin ikilemler arasında kalmadan karar verildiği bir süreç gerekmektedir. O halde hemşire bireyin gelecek beklentilerini oluşturmasında, davranışlarını olumlu yönde değiştirmesinde ve umutlu olmasından sorumlu olmaktadır (89, 114).

Psikiyatri hemşiresi şizofreni tanılı birey için terapötik ortamı oluştururken saygı, empati, güven, içtenlik ve umut kavramlarını işlemektedir. Şizofreni tanılı bireylerdeki çaresizlik ve umutsuzluğun depresif belirtileri artırarak psikolojik iyi oluşun olumsuz etkilenmesinde, tedaviye uyumu azaltarak da psikotik belirtilerin ortaya çıkmasında önemli bir faktör olduğu bilinmektedir. Çoğu zaman psikiyatri hemşireleri umutsuz hastanın iletişime kapalı davranışlarından yakınmaktadırlar. Çünkü umut psikiyatri hemşiresi için değişim sürecindeki konuşmayı başlatan ve sürdüren önemli bir araç olmaktadır. Çoğu kez de ‘en zor olanın umudun geliştirilmesi’ olarak tanımlanmaktadır. Bu süreçte psikiyatri hemşiresi etkili iletişim ve işbirliği yöntemleri ile önce bireyle ‘umut’ üzerine konuşmaktadır. Öncelikle hastanın kendi kültüründe tanımladığı ‘umut’ kavramını tanımlamaktadır (114).

Kavak ve Yılmaz, şizofreni hastalarında umudun tedaviye uyum üzerine etkisinin incelendiği bir hemşirelik çalışmasında umudun tedaviye uyumu artırdığı bildirmektedir (7).

Şizofreni tanılı bireyde psikolojik iyi oluşun iki temel görevi bulunmaktadır bunlar; diğer olası bozukluklardan korunma ve mevcut sağlığın geliştirilmesi için yeterli gücü kazanmaktır (115). Psikiyatri hemşiresinin bakış açısı, tam olarak bu noktada şizofreniye bağlı fonksiyonel kayıpları ve yaşam kalitesinin düşmesini hem psikolojik iyi oluşun bozulması ile ilişkilendirme hem de tüm bu kavramların farklı faktörlere bağlı da değişebileceğini ayırt etmeyi gerektirmektedir (116-118).

Psikolojik iyi oluşun bozulmasını sadece şizofreninin varlığına bağlamak terapötik bakım ortamını da başarısızlığa uğratabilmektedir. Psikiyatri hemşiresi şizofreninin ortaya çıkaracağı mental distres ve psikolojik iyi oluş kavramlarını ayırt etmekle sorumlu görülmektedir (118).

Psikiyatri hemşiresi şizofreni hastalarında psikolojik iyi oluşu sağlamada iki aşamalı bir yol seçmektedir. Bu aşamalardan birincisi başlangıç aşamasında psikolojik iyi oluşu etkileyebilecek risk faktörlerinin belirlendiği ve öngörülerin oluşturduğu bölüm ve ikincisi alevlenmelerin, hastaneye yatışların ve işlevsel fonksiyonların ‘iyileşme’ kavramına uygun olarak işlendiği bölümden oluşmaktadır. Psikolojik iyi oluş açısından bireyin motivasyonu ‘iyileşme’ üzerinden sürdürülebilmektedir (119, 120).



### 3. MATERYAL VE METOT

#### 3.1. Araştırmanın Türü

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

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Ekim 2018-Temmuz 2020 tarihleri arasında Ankara Numune Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM), Etimesgut Şehit Sait ERTÜRK Devlet Hastanesi TRSM ve Çankırı TRSM’de yürütülmüştür.

*Ankara Numune TRSM*, ağır ruhsal rahatsızlığı olan hastaların (özellikle şizofreni hastalarının) ve ailelerin bilgilendirildiği, hastanın ayaktan tedavisinin yapıldığı ve takip edildiği; rehabilitasyon, psikoeğitim, iş-uğraş terapisi, grup veya bireysel terapi gibi yöntemlerin kullanılarak hastanın toplum içinde yaşama becerilerinin artırılmasını hedefleyen, psikiyatri klinikleri ile ilişki içinde çalışan ve gerektiğinde mobilize ekiplerle hastanın yaşadığı yerde takibini yapan bir birimdir. Sağlık Bakanlığının resmi çalışma saatlerine uygun olarak saat 08.30- 17.00 aralıklarında hizmet vermektedir. TRSM bünyesinde psikiyatri uzmanı (1), psikolog (1), sosyal hizmet uzmanı (1), hemşire (2), veri hazırlama ve kontrol işletmeni (1), güvenlik görevlisi (2), temizlik personeli (2) ve şoför görev (1) yapmaktadır.

*Etimesgut Şehit Sait ERTÜRK Devlet Hastanesi TRSM*, ağır ruhsal rahatsızlığı olan hastaların (özellikle şizofreni hastalarının) ve ailelerin bilgilendirildiği, hastanın ayaktan tedavisinin yapıldığı ve takip edildiği; rehabilitasyon, psikoeğitim, iş-uğraş terapisi, grup veya bireysel terapi gibi yöntemlerin kullanılarak hastanın toplum içinde yaşama becerilerinin artırılmasını hedefleyen, psikiyatri klinikleri ile ilişki içinde çalışan ve gerektiğinde mobilize ekiplerle hastanın yaşadığı yerde takibini yapan bir birimdir. Sağlık Bakanlığının resmi çalışma saatlerine uygun olarak saat 08.30- 17.00 aralıklarında hizmet vermektedir. TRSM bünyesinde psikiyatri uzmanı (1), psikolog (1), sosyal hizmet uzmanı (2), hemşire (3), veri hazırlama ve kontrol işletmeni (1), güvenlik görevlisi (2), temizlik personeli (2) ve şoför görev (1) yapmaktadır.

*Çankırı TRSM*, ağır ruhsal rahatsızlığı olan hastaların (özellikle şizofreni hastalarının) ve ailelerin bilgilendirildiği, hastanın ayaktan tedavisinin yapıldığı ve takip edildiği; rehabilitasyon, psikoeğitim, iş-uğraş terapisi, grup veya bireysel terapi gibi

yöntemlerin kullanılarak hastanın toplum içinde yaşama becerilerinin artırılmasını hedefleyen, psikiyatri klinikleri ile ilişki içinde çalışan ve gerektiğinde mobilize ekiplerle hastanın yaşadığı yerde takibini yapan bir birimdir. Sağlık Bakanlığının resmi çalışma saatlerine uygun olarak saat 08.30- 17.00 aralıklarında hizmet vermektedir. TRSM bünyesinde psikiyatri uzmanı (1), psikolog (1), sosyal hizmet uzmanı (1), hemşire (2), veri hazırlama ve kontrol işletmeni (1), güvenlik görevlisi (2), temizlik personeli (1) ve şoför görev (1) yapmaktadır.

### **Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Ankara Numune TRSM, Etimesgut Şehit Sait ERTÜRK Devlet Hastanesi TRSM ve Çankırı TRSM'ye düzenli devam eden 568 şizofreni hastası oluşturmuştur. 568 hastadan araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılamayan 60, araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 40 ve iletişim bilgileri eksik veya yanlış olan 40 hasta olmak üzere toplam 140 hasta araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırmanın örneklemi belirlemek için yapılan güç analizi ile örneklem büyüklüğü 0.05 yanılğı ve 0.95 güven aralığında, 0.6 etki büyüklüğünde, 0.95 evreni temsil gücüyle 150 şizofreni hastası (75 deney, 75 kontrol) olarak belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubunun birbirinden etkilenmesini ve bulaş riskini önlemek için çalışma koşulları benzer olan TRSM'ler tercih edilmiştir. Kontrol ve deney grubunun hangi TRSM'ler olacağı kura yöntemi ile belirlenmiştir. Kura yöntemi sonucunda deney grubu Ankara Numune TRSM, kontrol grubu ise Etimesgut Şehit Sait ERTÜRK Devlet Hastanesi TRSM ve Çankırı TRSM'den seçilmiştir. Araştırmada kontrol ve deney grubu hastaların kendi içindeki seçiminde basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Kontrol ve deney grubundaki hastaların her birine bir numara verilmiştir. Daha sonra rastgele sayılar tablosu kullanılarak seçilmiştir.

Araştırma sırasında kayıpların olabileceği düşünülerek 160 hasta (deney grubu n=80, kontrol grubu n=80) araştırmaya dahil edilmiştir. Deney grubundan 4 hasta farklı zamanlarda eğitim uygulamasına katılmadığı için, 1 hastaya ise son test esnasında ulaşamadığı için araştırmadan çıkarılmıştır. Kontrol grubundan 5 hastaya son test uygulamasında ulaşamadığı için araştırmadan çıkarılmıştır. Araştırma toplam 150 hasta ile (deney grubu n= 75, kontrol grubu n=75) ile tamamlanmıştır. Araştırmanın konsort akış şeması Şekil 3.1'de verilmiştir.

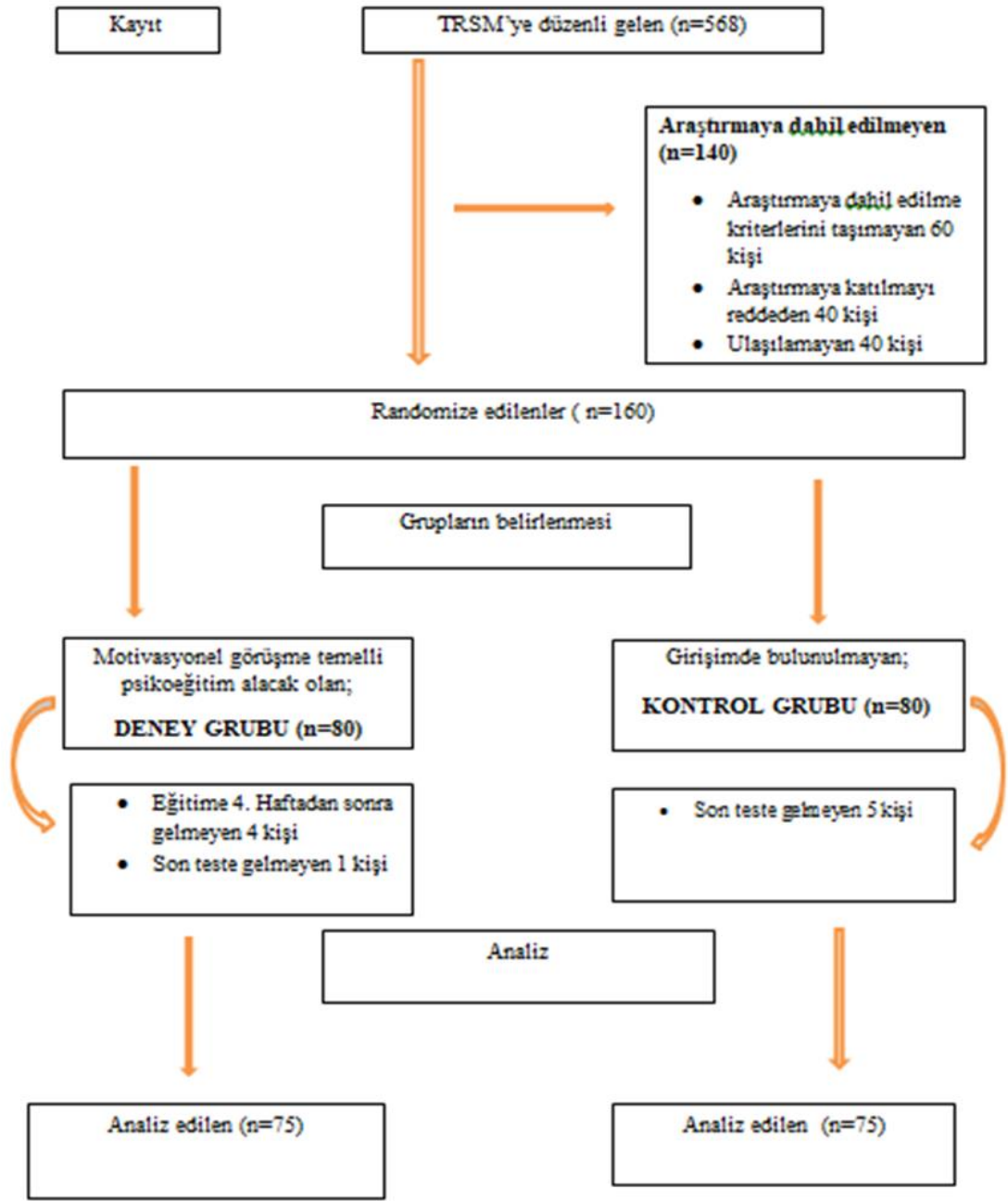
*Araştırmaya Alınma Kriterleri*

- Psikiyatrik görüşmenin yapılmasına engel olacak düzeyde iletişim sorununun olmaması
- TRSM'lere haftada en az üç gün düzenli geliyor olma

*Araştırmadan Dışlanma Kriterleri*

- Akut alevlenme dönemi içindeki hastalar (Hastalığın pozitif belirtilerinin aktif olduğu dönem)
- Hasta dosyasında ek tanı olarak demans ve/ veya diğer organik mental bozukluk olması





Şekil 3.1. Araştırmanın Konsort Akış Şeması

### 3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında “Tanıtıcı Özellikler Formu”, “Herth Umud Ölçeği”, “Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği”, “Psikolojik İyi Oluş Ölçeği” kullanılmıştır.

**Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-2):** Tanıtıcı Özellikler Formu araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan hastaların sosyo-demografik özelliklerini içeren toplam 8

sorudan (cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, eğitim düzeyi, hastalığı süresi, gelir durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü) oluşmuştur (121).

**Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (MTUÖ) (EK-3):** Ölçek 1986 yılında Morisky ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Ölçek dört tane likert tipi iki cevaplı sorulardan oluşmaktadır. Sorular kapalı uçlu “evet ve hayır” şeklindedir. Soruların tümüne “hayır” denmişse ilaç uyumu yüksek, bir veya iki soruya “evet” denmişse ilaç uyumu orta, üç veya dört soruya evet denmişse ilaç uyumu düşük olarak değerlendirilir. Morisky ve ark. cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.61 olarak saptanmıştır. Ülkemizde geçerlilik güvenirlilik çalışması Yılmaz (2004) tarafından antipsikotik tedaviye uyumu ölçmek için gerçekleştirilmiştir. Ölçekte 0-1 puan arası düşük, 2-3 puan arası orta, 4 puan ise yüksek tedaviye uyumu göstermektedir. Yılmaz ölçeğin Cronbach Alpha kat sayısını 0.64-0.96 arasında olduğunu belirlemiştir (122). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach Alpha kat sayısı 0.89 olarak belirlenmiştir.

**Herth Umut Ölçeği (HUÖ) (EK-4):** Kaye Herth tarafından 1991’de geliştirilen ölçek, Aslan ve arkadaşları tarafından 2006 yılında Türkçe’ye uyarlanmıştır. 30 maddeden oluşan ölçeğin 3 alt boyutu vardır (10). Bunlar “Gelecek”, “Olumlu hazır oluşluk ve beklenti” ve “Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar”dır. Kapsamlarında şu maddeler yer almaktadır: “Gelecek”: 1, 4, 6, 11, 20, 23, 25, 27, 28, 30; “Olumlu hazır oluşluk ve beklenti”: 5, 7, 9, 13, 15, 17, 19, 21, 26, 29; “Kendisi ve çevresindekilerle arasındaki bağlar”: 2, 3, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 22, 24. Olumsuz ifade eden maddeler, puanlama sırasında ters çevrilmektedir. Bu maddeler şunlardır: 6, 10, 13, 17, 22, 26. Ölçeğin toplam puanı bütün maddelere verilen cevapların puanlarının toplanmasıyla, alt ölçeklerin puanı, her bir alt ölçeğe karşılık gelen maddelere verilen cevapların puanlarının toplanmasıyla hesaplanmaktadır. Toplam umut puanı 0-90, her bir alt ölçek toplam puanı ise 0-30 arasında değişmektedir. Ölçekten yüksek puan almak umudun yüksek olduğunu göstermektedir (123). Dr. Herth (1992), ölçeği uyguladığı örneklemeler için yaptığı güvenilirlik analizlerinde Cronbach Alpha katsayılarını akut hastalığı olanlarda 0,98 (n=70), kronik hastalığı olanlarda 0,96 (n=71), terminal dönemdeki hastalarda 0,94 (n=31) olarak bulmuştur. Bu araştırmada ölçeğin Cronbach Alpha kat sayısı 0.92 olarak belirlenmiştir.

**Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİÖÖ) (EK-5):** Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİÖÖ), Diener ve arkadaşları (2010) tarafından mevcut iyi oluş ölçümlerini tamamlayıcı, sosyo-psikolojik iyi oluşu ölçmek için geliştirilmiştir (124). Ölçeğin Türkçeye uyarlama

çalışması Telef (2013) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .80; test-tekrar test güvenirliliği ise .86 ( $p < .001$ ) olarak hesaplanmıştır (204). Ölçek 8 maddeden oluşmaktadır. Bütün maddeler olumlu ifadeler içermektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 8, en yüksek puan ise 56'dır. Yüksek puan, bireyin birçok psikolojik kaynak ve güce sahip olduğunu göstermektedir (124). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach Alpha kat sayısı 0.90 olarak belirlenmiştir.

### **3.4. Verilerin Toplanması**

Araştırma verileri Ankara Numune TRSM, Etimesgut Şehit Sait ERTÜRK Devlet Hastanesi TRSM ve Çankırı TRSM'de bulunan hasta görüşme odalarında yüz yüze görüşme yöntemi tekniği ile araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veri toplama araçlarındaki sorular, araştırmacı tarafından hastalara okunarak, alınan cevaplar doğrultusunda doldurulmuştur. Veri toplama araçlarının uygulanma süresi yaklaşık olarak 20-25 dakika sürmüştür.

Araştırmada deney ve kontrol grubuna ön test formları (Tanıtıcı Özellikler Formu, MTUÖ, HUÖ, PİOÖ) Ekim 2018'de uygulanmıştır. Deney ve kontrol grubuna son test formlarının uygulanması (MTUÖ, HUÖ, PİOÖ) Nisan 2019'da tamamlanmıştır.

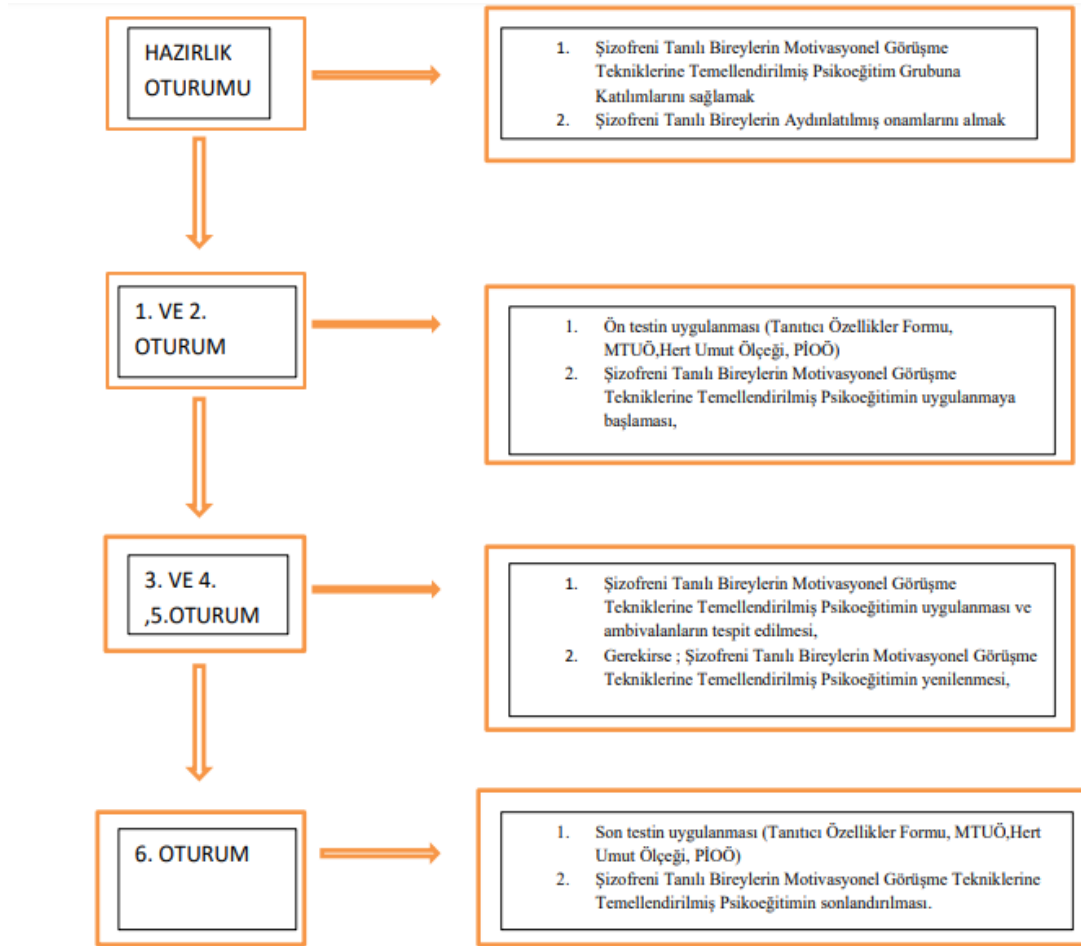
### **3.5. Girişim**

Hemşirelik girişim materyali olarak motivasyonel görüşme tekniklerine temellendirilmiş psikoeğitim uygulayan araştırmacı, Prof Dr. Kültegin Ögel tarafından yürütülen, 21 Temmuz 2017 1. Aşama (8 saat) ve 9 Şubat 2018 2. Aşama (8 saat) "Motivasyonel Görüşme Eğitimine" katılıp sertifika almıştır (EK-6).

Araştırmanın örneklemini oluşturan şizofreni hastalarına TRSM'lere gidilip motivasyonel görüşme tekniklerine temellendirilmiş psikoeğitim ile ilgili bilgi verilmiştir. Deney ve kontrol grubu hastaları belirlendikten sonra deney grubundaki hastalarla motivasyonel görüşme tekniklerine dayalı psikoeğitim günleri belirlenmiştir. Araştırmacı tarafından deney grubundaki hastalara TRSM'lerin terapi odalarında salı ve cuma günleri haftada 2 gün, 6 hafta boyunca motivasyonel görüşme tekniklerine temellendirilmiş psikoeğitim grup eğitimi olarak uygulanmıştır. Oturumlar için deney grubu 10-11 kişilik yedi gruba ayrılmıştır. Motivasyonel görüşme tekniklerine temellendirilmiş psikoeğitimin her bir oturumu yaklaşık olarak 60 dakika sürmüştür.

Hastaların dinlenmesi için 15 dakika eğitime ara verilmiştir. Kontrol grubundaki hastalara herhangi bir girişim yapılmamıştır.

Bu süreç içerisinde deney ve kontrol grubundaki hastalar farmakolojik tedavilerine, doktor kontrollerine ve TRSM'lerin rutin uygulamalarına devam etmiştir. Deney grubuna uygulanan motivasyonel görüşme tekniklerine temellendirilmiş psikoeğitim uygulama planı Şekil 3.2'de verilmiştir.



**Şekil 3.2.** Deney Grubuna Uygulanan Motivasyonel Görüşme Tekniklerine Temellendirilmiş Psikoeğitim Uygulama Planı

### 3.5.1. Motivasyonel Görüşme Tekniklerine Temellendirilmiş Psikoeğitim Oturumları

Motivasyonel görüşmenin içeriği eğitim sırasında alınan “motivasyonel görüşme teknikleri kitapçıkları ve literatür taraması” yapılarak özgün bir şekilde hazırlanmıştır

(11,96,118). Motivasyonel görüşmetekniklerine temellendirilmiş psikoeğitim programının oturumlarının konuları şu şekilde belirlenmiştir;

**1. Oturum;** bu aşamada araştırmacının hastalarla empati kurması amaçlanmıştır (etkin dinleme, onaylama ve iletişimin sürdürülmesi için “lütfen devam edin, sizi dinliyorum” gibi başlıca cümlelerle devam edilir). Hastaların hastalığı, prognozu, tedavisi ile ilgili mevcut durumları, şizofreni ve psikozun oluş nedenlerine dair bilgileri, algıları açık uçlu sorularla değerlendirilip, hastanın gereksinim duyduğu bilgi araştırmacı tarafından belirlenir ve gerekli bilgi verilir. Hastaların sağlık algısı, iyileşme ve umut ile ilgili düşünceleri de açık uçlu sorularla ve etkili dinleme yöntemi belirlenip, gözlem yapıldı.

### **Örneğin;**

*Araştırmacı “Bu oturumda umut ile ilgili düşüncelerinizden bahsedeceğiz? “umut” dendiğinde aklına gelen düşünceler nelerdir? İsterseniz önce kadınlardan başlayalım.”*

*Katılımcılardan 43 yaşında olan bir kadın birey “ oğlumun üniversite sınavını kazanması geliyor”, 54 yaşında bir erkek birey “ İlaç kullanmadan Keşandaki evime yerleşeceğim günleri geliyor” gibi cevaplar vermiştir. Tüm bireylerin umut ile ilgili düşünceleri etkili dinleme ile belirlenmiştir.*

*Araştırmacının “gelecek” dendiğinde aklınıza neler gelmektedir? Sorusuna ise 38 yaşında bir kadın birey “evleneceğim...”, 47 yaşındaki bir kadın birey “sadece sağlıklı olacağım günler...” gibi cevaplar vermiştir. Bunun yanında “sadece iyi uyumak istiyorum, ilaçlarım çok ağız dozlarının düşmesini bekliyorum, ailemin beni daha iyi anlamasını bekliyorum” gibi cevaplar da alınmıştır.*

Bu oturumda araştırmacı tüm değerlendirme sorularını açık uçlu sorularla oluşturulmuş ve görüşmede yansıtılmalı dinleme kullanılmıştır. Araştırmacı hastaların içinde bulunduğu durum ile ilgili duygu ve düşüncelerini açığa çıkarmaları için sessizliğin paylaşılması, “lütfen devam edin, başka ne hissettiniz” gibi iletişimi sürdüren cümleler ve teknikler kullanılmıştır. Ve araştırmacı tarafından eğitim konusu bu kapsamda bilgilendirmeye devam ettirilmiştir.

**2. Oturum;** hastaların damgalanma algısını ve gelecek planları, beklentileri, tedavileri ile ilgili yan etkileri ve tedavinin yararlarını, hastalık öncesinde ve



sonrasındaiyi oluş ve gelecek hedeflerindeki değişimlerini, olumlu gelecek düşüncelerinin önündeki engellerini, günlük yaşam becerilerindeki yeterliliklerini ve eksikliklerini, sağlıklı olmak ile ilgili düşüncelerini gözden geçirmesi hedeflenmiştir. Araştırmacı bu kapsamda hastaların beklentileri ile ilgili sorgulayıcı olmayan açık uçlu sorular sormuştur.

Araştırmacı bu aşamada psikoeğitimin konusunu alınan bilgiler ışığında mitler ve gerçeklerin anlatılması ile devam ettirmiştir.

*Örneğin; araştırmacı ‘hastalığınız ve gelecek hakkında neler düşünüyorsunuz? İlk olarak erkeklerle başlayalım’ dediğinde, 36 yaşındaki erkek birey ‘ bu hastalık kimseyi yaşatmaz. Kimse bizi işe almıyor. İyileşeceğime dair hiç de umudum yok. İlaçlar iyi etmek yerine daha da zorlaştırıyor hayatı’ demiştir. 41 yaşında bir başka erkek birey ise ‘ hastalık bizim bir toplama işlemi bile yapmamıza engel oluyor. Ben matematik öğretmeniyim. İşimi yapamıyorum’ demiştir. Aynı hasta, araştırmacının ‘ işinizi yapmak istiyor musunuz?’ sorusuna, ‘ aslında işimi yapabilirim ama uyku düzenim yok. Belki biraz dikkat etsem yapabilirim. Aslında işimi yaparken daha iyi hissediyorum’ şeklinde karşılık vermiştir. Araştırmacı bireylerin birçoğunda hem hastalık ile ilgili mitleri hem de ambivalanları tespit etmiştir.*

Gelecekle ilgili planların önündeki engeller, gelecekle ilgili hastalık ilişkili mitler için görüşme boyunca yansıtılmalı dinleme ve özetleme yapılmıştır (motivasyonel görüşmedeki temel amaç ikna edici konuşmalardan kaçınmak ve bireyin ambivalanlarını kendi cümlelerini kullanarak farkettilmektedir). Tüm bu konulardaki gözden geçirme eylemi ve eğitim, motivasyonel görüşmenin ana amaçlarından birisi olan “ambivalan duyguların ortaya çıkması ve farkedilmesine” yardım etmiştir. Araştırmacı hastanın ambivalanlarını beden dilinde, konuşmalarında, jest ve mimiklerinde gözlemlemiştir.

**3. Oturum;** bu aşamada araştırmacının temel amacı hastaların; sağlıklı olma ve iyi oluş algısı, gelecek ile ilgili beklentilerindeki olumsuzlukların, tedavilerinin yararları ile ilaç yan etkileri, günlük hayattaki sürdürülebilir becerilerini tanıma, iyi oluşun bireysel yönlerini tanıma, gelecek engellerinin sınırlarını tanıma ve farkındalığının artırılması gibi alanlarda girişimleri sağlamaktır. Bu oturumda araştırmacı açık uçlu sorular ile tedavinin yan etkilerini ortaya çıkaracak ve belirtilerden ayırmak için etkin dinleme,

yansıtmalı dinleme kullanılmıştır. Bu oturumda yansıtmalı dinleme; hastanın işlevsellik alanlarındaki ve tedaviye uyumdaki tutumunu farketmeleri için kullanılmıştır. Onaylama ve kabullenme; hastanın bakış açısını ve görüşlerini anladığımızı göstermek için kullanılmıştır. Psikoeğitimin konusu; bireysel iyileşme algısını tanıma, gelecekteki sorunların çözümü için şimdi neler yapılabileceği, şizofreni tanılı bireylerde tedavinin gelecekteki seyri ile ilgili bilgi verme kapsamında devam ettirilmiştir. Hastaları anladığımızı göstermek bir sonraki aşamada değişimi başlatabilmek ve devam ettirebilmek için en önemli adım olmuştur.

Bu aşamada hastalar gelecek planları ve hedefleri, umutları, psikolojik iyi oluşları ve tedaviye uyum alanlarındaki değişimlerin olumlu ve olumsuz yanlarını değerlendirilmiş ev ödevleri verilip, umudun ve psikolojik iyi oluşun ve tedaviye uyumun önemini fark etmeleri sağlanmıştır.

Örneğin; araştırmacı “bireylere psikolojik olarak iyi olduğunuz, hedeflerinizi gerçekleştirdiğiniz ve umutlarınızın olacağı bir geleceğe sahip olup- olamayacağınız üzerinde duralım. Ancak bunun için önce psikolojik olarak iyi olmak (iyi oluş) sizin için nasıl sağlanabilir?”.

Bireylerin birçoğu bu konuya hastalık belirtilerinin yok olması, ilaç kullanmak zorunda kalmamak, çalışabilmek, bağımsız davranabilmek, aile ve arkadaşlarla iyi ilişkiler, toplum tarafından kabullenmek, saygı görmek, kendine güvenmek, evlenmek gibi cevaplar vermiştir. Araştırmacı bir açık uçlu soru ile tekrar düşünceler için fırsat vermiştir, “ Bu saydıklarımız Şizofreni tanısı almayan bireylerin hayatlarında yolunda giden konular mıdır?”

**4. Oturum;** bu aşamada araştırmacı değişimi başlatmak için biriktirdiği gözlem ve kanıtları kullanmaya başlamıştır. Bunun için hastalara tekrar ev ödevleri verecek ve eski ödevlerindeki çıktılarla karşılaştırılmıştır. Puanlar üzerinden ambivalan duyguları tekrar konuşulmuştur. Bu oturumda araştırmacı onaylama ve kabullenme tekniğini; hastanın değişimle ilgili ambivalan duygularını tarafsız dinlediğini göstermek için kullanmıştır.

Araştırmacı psikolojik iyi oluş, umut ve gelecek planları ile ilgili ambivalan ifadeler üzerine motivasyonel görüşme tekniklerini kullanarak bireylerle verdikleri cevaplar üzerinden tek tek görüşme yapmıştır.

*Örneğin ‘‘ bir gün iyileşirsem tekrar avukat olarak çalışmak istiyorum bunu çok istiyorum ama ilaçları alırken bu imkansız’’ diyen bir bireye, araştırmacı ‘‘çalışmayı ne kadar istediğinizi anlatmak için bize 1 ile 10 arasında bir sayı verseniz kaç verirdiniz? 1 en az 10 ise en çok dikkat ediniz’’ demiştir. Birey bu soruya’’ 10’’ demiştir. Araştırmacı ‘‘neden 9 değil de 10’’ dediğinde, birey ‘‘ çünkü çok istiyorum, mesela zamanım daha etkin geçiyor, hastalığımı bile unutuyorum hatta ilaçları bile hissetmiyorum bazen’’ demiştir. Ardından araştırmacı ilaçların yan etkilerinin çalışmasını ne kadar etkilediğini farkettilerecek motivasyonel görüşmeye devam etmiştir.*

Yeterliliklerini farkedenden hastalarda ise; destekleme için onaylama ve kabullenme kullanılmıştır. Araştırmacının dikkat edeceği bir başka nokta ise direnç geliştirmiş hastayı gözlemlenme ve direncin nedenlerini değerlendirme olmuştur. Araştırmacı bunun için yansıtılmalı dinleme yapmıştır. Yansıtılmalı dinleme; dirençli hastada tekrar farkındalığa dönebilmek için kullanılmıştır. Açık uçlu sorular; direncin nedenlerini anlamak için kullanılmıştır. Hastaların cevapları hemşire tarafından dikkatle dinlenerek direnç olup olmadığı da değerlendirilmiştir. Psikoeğitimin konusu ev ödevleri üzerinden belirlenen sorunlar ve olumlu deneyimlere dayalı olarak şizofreninin günümüzdeki tedavi şekli, karşılaşılan tedavi sorunları ve hastalıkla tedavinin yarattığı etkilerin ayırt edilmesi üzerinden devam etmiştir.

*Bireylere oturum sonunda bir sonraki hafta birlikte değerlendirmek için ‘‘ iyileşmek ne demek?, gelecekte nasıl olursam iyileşmiş hissedirim?, tedavi olmadan önce nasıldım?’’ sorularını düşünmelerini ve kendilerine yakın hissettikleri birisi ile konuşmaları istendi.*

**5. Oturum;** araştırmacı tarafından hastaların gelecek planlarının geliştirilmesi, iyi oluşlarının yükseltilmesi ve tedaviye uyum alanlarının yeterlilikler doğrultusunda artırılması ile ilgili deneyimleri ve kararları görüşülmüştür. Araştırmacı hastalara ev ödevlerindeki başarılı deneyimlerini bu aşamada özetlemiştir. Hastaların tedaviye uyumlarının devam etmesi konusunda süreklilik kazanmaları sağlanmıştır.

*Bu aşamada araştırmacı açık uçlu sorularını; gelecek ve tedaviye uyum üzerine kurmuştur. Tedavi ile ilgili ambivalan duygular, gelecek- tedaviye uyum arasındaki engelleri tanımak, bireylerin tedaviye uyumunu sağlayan veya engelleyen durumların anlaşılması için kullanmıştır. Örneğin; araştırmacı ‘‘tedavi sürecinizle ilgili olarak*

*düşünceleriniz nelerdir?’’ diye sorduğunda 29 yaşındaki bir kadın hasta ‘‘tedavi mi oluyoruz biz? Ben ilaçları içince yaşadığımı anlamıyorum ama mecburen kötüleşmemek için içiyorum. İlaçları içince dışarı çıkmak istemiyorum. Aslında ilaç yerine başka bir çözüm olsa onu denerim.’’ demiştir.*

Bu cevaba yakın birçok cevap gelmesi üzerine araştırmacı eğitim içeriğinde yer alan ilaç yan etkileri ve tedaviye ait mitleri, tedavinin etkileri, ilaçların grupları ile ilgili bilgi içerikli temel eğitim de verilmiştir.

Psikoeğitimin konusu; geleceğe bakmak ve karar dengesi sağlamak için psikososyal tedavileri tanıma ve bu tedavilerin hastaların umutlarına, psikolojik iyi oluşlarına, tedaviye uyumlarına etkisi ile ilgili bilgileri içeren bir çizgide devam ettirilmiştir.

**6. Oturum;** araştırmacı hastalarlasağlık algıları, hastaların gelecek planlarının devam ettirilmesi, tedaviye uyumlarının sonuçları ile ilgili görüşmüştür. Bu aşamada hastalarla destek görüşmeleri yoğunlaşmıştır.

*Araştırmacı; gelecek hedefleri, hedeflere ulaşmak için yardım kaynakları, gerçekçi yapılabilir hedeflerin tekrar edilmesi, hedeflerimizin umutlarımızı karşılamasını sağlayacak düzeyde olması, umutlarımızın psikolojik iyi oluşumuza katkı sağlayacak beklentileri içermesini anlatmıştır.*

Psikoeğitimin konusu; gelecek planlarının, tedaviye uyumun, psikolojik iyi oluşun devam ettirilmesi için yapılabilecek bireysel etkinliklerle devam ettirilmiştir. Hastaların tedaviye uyumlarının, gelecek planlarının, umutlarının ve iyi oluşlarının kendi yeterlilik ve istekleri ile sürdürülmesi amaçlanmıştır.

Motivasyonel görüşme tekniklerine temellendirilmiş psikoeğitimin içeriği Tablo 3.1’de verilmiştir.

**Tablo 3.1.** Motivasyonel Görüşme Tekniklerine Temellendirilmiş Psikoeğitimin İçeriği

Eğitimin Haftalara Dağılımı	Psikoeğitimin Konusu	Motivasyonel Görüşme Tekniği ve Amacı
1. Hafta	<ul style="list-style-type: none"><li>• Şizofreni nedir?</li><li>• Psikoz nedir?</li><li>• Şizofreninin nedenleri nelerdir?</li><li>• Şizofrenide umut neden önemlidir?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tanışma</li><li>• Hastanın dosya bilgilerini almak (Görüşme öncesi veriler).</li><li>• Açık uçlu sorular (Hastaların şizofreni, psikoz ve şizofrenide nedenleri ile ilgili bilgilerine yönelik) sormak.</li><li>• Hastaların sağlık ve hastalık algılarını, çalışıp- çalışmama durumlarını, gelecekle ilgili düşüncelerini, sosyal desteklerini açık uçlu sorularla incelemek.</li></ul>
2. Hafta	<ul style="list-style-type: none"><li>• Şizofreni ne zaman başlar nasıl oluşur?</li><li>• Şizofreninin belirtileri nelerdir?</li><li>• Şizofreninin belirtileri ve tedavisi ile ilgili geleceğe dair düşünülen mitler ve gerçekler neler olmaktadır?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tedavi gereksinimlerini belirlemek (Açık uçlu sorular)</li><li>• Sağlık- hastalık algısını hastaların gözden geçirmesi (Yansıtmalı dinleme)</li><li>• Gelecekle ilgili olarak; hastaların yanlış inançlarını öğrenmek için açık uçlu sorulardan sonra etkili dinleme ve sessizliğin kullanılmasını gerçekleştirmek. Etkileşimden sonra özetleme yapmak.</li><li>• Gelecekle ilgili planlarının önündeki engelleri belirlemek (Açık uçlu sorular, yansıtmalı dinleme ve özetleme).</li><li>• Yansıtmalı dinleme ile bu konulardaki ‘ambivalanların’ ortaya çıkarılmasını ve fark edilmesini sağlamak.</li></ul>
3. Hafta	<ul style="list-style-type: none"><li>• Şizofreni tanıılı bireyler hangi alanlarda sorunlar yaşamaktadır?</li><li>• Şizofreni tanıılı bireylerin tedavi süreçleri nasıl ilerlemektedir?</li><li>• Şizofreni tanıılı bireylerin gelecekteki sorunları neler olabilmektedir?</li><li>• Şizofreni tanıılı bireyler iyileşme kavramını nasıl algılamaktadır?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tedavinin etkilerini belirlemek (Açık uçlu sorular sormak)</li><li>• Hastalık belirtileri ve tedavi yan etkilerini ayırmak (yansıtmalı dinleme)</li><li>• Gelecek planları ile tedaviye uyum arasındaki ilişkiyi konuşmak</li><li>• Hastalar gelecekle ilgili beklentileri, iyileşme algıları ve tedaviye uyumları ile ilgili ev ödevleri vermek (1. Ev ödevi)</li><li>• Ambivalan duyguların, yansıtmalı dinleme ile fark edilmesine devam edilecek.</li></ul>
4. Hafta	<ul style="list-style-type: none"><li>• Şizofreni nasıl tedavi edilir?</li><li>• Antipsikotik ilaç tedavisi ve hastaların tedavi ile ilgili sorunları nelerdir?</li><li>• Antipsikotik ilaç tedavisinin önemi nedir? Ve tedavinin etkileri ile hastalık belirtilerinin ayrımı nedir?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ambivalan duygular konuşulacak</li><li>• Değişim konuşulacak</li><li>• 2.Ev ödevleri verilecek</li><li>• 1.ev ödevleri üzerinden ambivalan duygular için değişimin yönü tarafsız bir şekilde dinlenecek (Açık uçlu sorular ile değişim hastalara ayrıntılandırılacak ve değerler belirlenecek)</li><li>• Varsa eğer direnç belirlenecek ve konuşulacak</li><li>• Direnç varsa yansıtmalı dinleme yapılacak</li></ul>
5. Hafta	<ul style="list-style-type: none"><li>• Şizofrenide kullanılan</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hastalara ev ödevlerindeki başarılı</li></ul>

	<p>psikososyal tedaviler nelerdir?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psikososyal tedavilerin umut, tedaviye uyum ve psikolojik iyi oluşluk üzerindeki etkisi nedir?</li> </ul>	<p>deneyimleri hatırlatılacak ve “geleceğe bakmak” yöntemi kullanılacak.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deneyimi sürdürmeleri onaylanacak (Karar dengesi ile hastaların kararları ve değişim ihtiyaçları netleştirilecek).</li> <li>• Hastanın değişim ve deneyim kararları özetlenecek</li> <li>• Olumlu deneyimler gelecekle birleştirilecek ve hedefler hatırlatılacak.</li> <li>• İlk ve ikinci ev ödevlerinin arasındaki fark değişime yönelik olarak konuşulacak (geleceğe bakmak kullanılacak).</li> </ul>
6. Hafta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gelecek planlarının devamlılığı nasıl sağlanabilir ve değişim neden gereklidir?</li> <li>• Gelecek planları ve umut arasındaki ilişki nedir?</li> <li>• İyi oluşluk şizofreni tanılı bireylerde nasıl değerlendirilmelidir?</li> <li>• Grup içi genel değerlendirme.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hastalarla özellikle destek konuşmaları yapılacak</li> <li>• Deneyimlerinin hangi alanları geliştirdiği konuşulacak (özetleme yapılacak).</li> <li>• Hastaların kendi yeterliliği ile devam ettireceği gelecek planları ve tedaviye uyum davranışlarını sürdürme konusunda ortak bir anlaşmaya varılacak (grup içi ortak ve bireysel anlaşma yapılacak).</li> <li>• Gerekirse yeni bilgiler verilecek ve eğer hastalar ihtiyaç duyarsa- talep ederse tavsiye de verilebilir.</li> </ul>

### 3.6. Araştırmanın Değişkenleri

*Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri:* Tedaviye uyum, umut ve psikolojik iyi oluştur.

*Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri:* Motivasyonel görüşme tekniklerine temellendirilmiş psikoeğitimidir.

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

Deney ve kontrol grubu hastaların kontrol değişkenlerine göre karşılaştırılması Tablo 3.2’de verilmiştir.

**Tablo 3.2.** Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Kontrol Değişkenlerine Göre Karşılaştırılması (s=150)

Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu (s=75)		Kontrol Grubu (s=75)		Test ve Önemlilik
	S	%	S	%	
<b>Yaş</b>					
18-28	6	8.0	7	9.3	
29-39	28	37.3	29	38.7	X <sup>2</sup> =2.217
40-50	29	38.7	28	37.3	p=0.137
51 ve üzeri	12	16.0	11	14.6	
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	33	44.0	36	48.0	X <sup>2</sup> =2.752
Erkek	42	56.0	39	52.0	p=0.186
<b>Medeni Durum</b>					
Evli	21	28.0	19	25.3	X <sup>2</sup> =1.136
Bekar	54	72.0	56	74.7	p=0.854
<b>Eğitim Düzeyi</b>					
Okur-yazar	9	12.0	9	12.0	
İlköğretim	28	37.3	33	44.0	X <sup>2</sup> =2.452
Lise ve üstü	38	50.6	33	44.0	p=0.612
<b>Gelir durumu</b>					
İyi	17	22.6	18	24.0	
Orta	45	60.0	49	65.3	X <sup>2</sup> =5.646
Kötü	13	17.3	8	10.6	p=0.056
<b>Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü</b>					
Var	29	38.6	31	41.3	X <sup>2</sup> =3.407
Yok	46	61.3	44	58.6	p=0.309
<b>Hastalık Süresi</b>					
0-5 yıl	9	12.0	6	8.0	X <sup>2</sup> =4.373
6-11 yıl	44	58.6	45	60.0	p=0.325
12-17 yıl	22	29.3	24	32.0	

Kontrol ve deney gruplarının tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; deney grubunun %38.7 ile en çok 29-39 yaş aralığında olduğu, %56'sının erkek olduğu, % 72'sinin bekar olduğu, % 50.6'sının "Lise ve Üstü" eğitim düzeyine sahip olduğu, % 60'ının gelir durumunun "Orta" olduğu, % 61.3'ünün ailesinde bir ruhsal hastalık öyküsü bulunmadığını, % 58.6'sı ile en çok hastalık süresinin 6-11 yıl olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun ise; %38.7 ile en çok 29-39 yaş aralığında olduğu, %52'sinin erkek olduğu, % 74.7'sinin bekar olduğu, % 44'ünün "Lise ve Üstü" eğitim düzeyine sahip olduğu ve yine %44'ünün "İlköğretim" eğitim düzeyine sahip olduğu, % 65.3'ünün gelir durumunun "Orta" olduğu, % 58.6'sının ailesinde bir ruhsal hastalık öyküsü

bulunmadığını, % 60'ının hastalık süresinin 6-11 yıl olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü ve hastalık süresi ortalaması arasında anlamlı bir istatistiksel fark bulunmamaktadır. Her iki grubun da homojen olarak dağılım gösterdiği belirlenmiştir ( $p>0.05$ , Tablo 3.2).

### 3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri SPSS 22 programında değerlendirilmiştir. Araştırma için  $p<0.05$  önemli kabul edilmiştir. Araştırmada kullanılan istatistiksel yöntemler Tablo 3.3'de verilmiştir.

**Tablo 3.3.** Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Kontrol ve deney grubundaki hastaların ‘Tanıtıcı Özellikler’ verileri	<ul style="list-style-type: none"><li>• Yüzdeler dağılım</li><li>• Aritmetik ortalama</li><li>• Ki-kare testi</li><li>• Standart sapma</li><li>• Min-max (minimum maksimum değerleri)</li></ul>
MTUÖ, HUÖ, PİOÖ puan ortalamalarının kontrol ve deney grubunda karşılaştırılması	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bağımsız gruplarda <i>t</i> testi</li></ul>
Kontrol ve deney gruplarının MTUÖ, HUÖ, PİOÖ'nü eğitimi öncesi ve sonrası toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bağımlı gruplarda <i>t</i> testi</li></ul>

### 3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan onay (EK-7) ve araştırmanın yapılacağı kurumlardan yasal izin (EK-8) alınmıştır. Araştırmaya dâhil edilen hastalara çalışmanın amacı açıklanarak soruları yanıtlanmıştır. Hastalara, verdikleri bilgilerin gizli tutulacağı, başka hiçbir yerde kullanılmayacağı ve istedikleri anda çalışmadan ayrılma hakkına sahip oldukları açıklanmıştır. Araştırmaya başlamadan önce hasta veya hasta yakınlarından sözel ve yazılı onam alınmıştır (EK-9). Deney grubunun son testleri uygulandıktan sonra kontrol grubundaki hastalara motivasyonel görüşme tekniklerine temellendirilmiş psikoeğitim verilmiştir.



### **3.9. Araştırmanın Sınırlılığı**

Araştırma sırasında tespit edilen; içgörüsü eksik olan bireylerin (hastaneye sevki uygun olan) ıkarılması, araştırmanın daha geniş bir alanda yapılması hedeflenmesine rağmen araştırma etiğine uygun olarak izin alınmak istenen bir TRSM'nin kurum izni vermemesi araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.



## 4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular araştırmanın hipotezleri doğrultusunda sunulmuştur.

Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Ön Test ve Son Test Tedaviye Uyum Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Tablo 4.1’de verilmiştir.

**Tablo 4.1.** Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Ön Test ve Son Test MTUÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=150)

	MTUÖ		**Test ve Önemlilik
	Ön Test ( $\bar{X}\pm S.S$ )	Son Test ( $\bar{X}\pm S.S$ )	
<b>Deney (s=75)</b>	1.02±0.51	2.88±1.11	<i>t=1.118</i> <b>p=0.000</b>
<b>Kontrol (s=75)</b>	1.00±0.44	1.04±0.03	<i>t=2.108</i> <i>p=1.023</i>
<b>*Test ve Önemlilik</b>	<i>t=1.407</i> <i>p=0.103</i>	<i>t=0.870</i> <b>p=0.000</b>	

\*Bağımlı gruplarda *t* testi

\*\*Bağımsız gruplarda *t* testi

Deney ve kontrol grubu hastaların gruplar arası tedaviye uyum ölçeği ön test puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunun tedaviye uyum ölçeği ön test puan ortalamasının 1.02±0.51, düşük düzey olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun ise; tedaviye uyum ölçeği ön test puan ortalamasının 1.00±0.44, düşük düzey olduğu belirlenmiştir. Kontrol ve deney grubu hastaların tedaviye uyum ölçeği ön test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarakönemli bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ , Tablo 4.1). Kontrol ve deney grubu hastaların tedaviye uyum ölçeği ön test puan ortalamaları benzerdir.

Deney ve kontrol grubu hastaların gruplar arasitedaviye uyum ölçeği son test puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunun tedaviye uyum ölçeği son test puan ortalamasının 2.88±1.11, orta düzey olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun ise; tedaviye uyum ölçeği son test puan ortalamasının 1.04±0.03, düşük düzey olduğu belirlenmiştir. Kontrol ve deney grubu hastaların gruplar arasitedaviye uyum ölçeği son

test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ , Tablo 4.1). Deney grubu hastalarının tedaviye uyum ölçeği son test puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Deney ve kontrol grubu hastaların grup içi ön test, son test tedaviye uyum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubu hastalarının tedaviye uyum ölçeği ön test puan ortalamasının  $1.02\pm 0.51$  ve tedaviye uyum ölçeği son test puan ortalamasının  $2.88\pm 1.11$  olduğu; kontrol grubu hastalarının tedaviye uyum ölçeği ön test puan ortalamasının  $1.00\pm 0.44$  ve tedaviye uyum ölçeği son test puan ortalamasının  $1.04\pm 0.03$  olduğu belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubu hastaların grup içi tedaviye uyum ölçeği ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ , Tablo 4.1). Deney grubu hastaların tedaviye uyum ölçeği son test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarına göre arttığı saptanmıştır.

Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Ön Test ve Son Test Umut Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Tablo 4.2’de verilmiştir.

**Tablo 4.2.**Deney ve Kontrol Grubu HastalarınÖn Test ve Son TestHUÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=150)

	HUÖ		**Test ve Önemlilik
	Ön Test ( $\bar{X}\pm S.S$ )	Son Test ( $\bar{X}\pm S.S$ )	
<b>Deney (s=75)</b>	22.40±5.60	36.12±3.24	$t=-0.102$ <b>p=0.000</b>
<b>Kontrol (s=75)</b>	21.57±3.73	20.23±3.44	$t=1.115$ $p=0.131$
<b>*Test ve Önemlilik</b>	$t=1.102$ $p=0.061$	$t=0.123$ <b>p=0.000</b>	

\*Bağımlı gruplarda  $t$  testi

\*\*Bağımsız gruplarda  $t$  testi

Deney ve kontrol grubu hastaların gruplar arası umut ölçeği ön test puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunun umut ölçeği ön test puan ortalamasının  $22.40\pm 5.60$  olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun ise; umut ölçeği ön test puan ortalamasının  $21.57\pm 3.73$  olduğu belirlenmiştir. Kontrol ve deney grubu hastaların gruplar arası umut ölçeği ön test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli

bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ , Tablo 4.2). Kontrol ve deney grubu hastaların umut ölçeği ön test puan ortalamaları benzerdir.

Deney ve kontrol grubu hastaların gruplar arası umut ölçeği son test puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunun umut ölçeği son test puan ortalamasının  $36.12\pm 3.24$  olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun ise; umut ölçeği son test puan ortalamasının  $20.23\pm 3.44$  olduğu belirlenmiştir. Kontrol ve deney grubu hastaların gruplar arası umut ölçeği son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ , Tablo 4.2). Deney grubu hastalarının umut ölçeği son test puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Deney ve kontrol grubu hastaların grup içi ön test, son test umut ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubu hastalarının umut ölçeği ön test puan ortalamasının  $22.40\pm 5.60$  ve umut ölçeği son test puan ortalamasının  $36.12\pm 3.24$  olduğu; kontrol grubu hastalarının umut ölçeği ön test puan ortalamasının  $21.57\pm 3.73$  ve umut ölçeği son test puan ortalamasının  $20.23\pm 3.44$  olduğu belirlenmiştir. Kontrol ve deney grubunun grup içi umut ölçeği ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ , Tablo 4.2). Deney grubu hastaların umut ölçeği son test puan ortalamasında ön teste oranla artış olduğu saptanmıştır.

Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Ön Test ve Son Test Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Tablo 4.3’de verilmiştir.

**Tablo 4.3.**Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Ön Test ve Son Test PİÖÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (s=150)

	PİÖÖ		**Test ve Önemlilik
	Ön Test ( $\bar{X}\pm S.S$ )	Son Test ( $\bar{X}\pm S.S$ )	
<b>Deney (s=75)</b>	21.76 $\pm$ 3.53	24.56 $\pm$ 2.91	$t=3.126$ <b>p=0.000</b>
<b>Kontrol (s=75)</b>	20.93 $\pm$ 3.26	19.73 $\pm$ 2.61	$t=0.987$ $p=0.832$
<b>*Test ve Önemlilik</b>	$t=-2.349$ $p=0.231$	$t=-1.072$ <b>p=0.000</b>	

\*Bağımlı gruplarda  $t$  testi

\*\*Bağımsız gruplarda  $t$  testi

Deney ve kontrol grubu hastaların gruplar arası psikolojik iyi oluş ölçeği ön test puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunun psikolojik iyi oluş ölçeği ön test puan ortalamasının  $21.76 \pm 3.53$  olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun ise; psikolojik iyi oluş ölçeği ön test puan ortalamasının  $20.93 \pm 3.26$  olduğu belirlenmiştir. Kontrol ve deney grubu hastaların gruplar arası psikolojik iyi oluş ölçeği ön test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ , Tablo 4.3). Kontrol ve deney grubu hastaların psikolojik iyi oluş ölçeği ön test puan ortalamaları benzerdir.

Deney ve kontrol grubu hastaların gruplar arası psikolojik iyi oluş ölçeği son test puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunun psikolojik iyi oluş ölçeği son test puan ortalamasının  $24.56 \pm 2.91$  olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun ise; psikolojik iyi oluş ölçeği son test puan ortalamasının  $19.73 \pm 2.61$  olduğu belirlenmiştir. Kontrol ve deney grubu hastaların gruplar arası psikolojik iyi oluş ölçeği son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ , Tablo 4.3). Deney grubu hastalarının psikolojik iyi oluş ölçeği son test puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Deney ve kontrol grubu hastaların grup içi ön test, son test psikolojik iyi oluş ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubu hastaların psikolojik iyi oluş ölçeği ön test puan ortalamasının  $21.76 \pm 3.53$  ve psikolojik iyi oluş ölçeği son test puan ortalamasının  $24.56 \pm 2.91$  olduğu; kontrol grubu hastalarının psikolojik iyi oluş ölçeği ön test puan ortalamasının  $20.93 \pm 3.26$  ve psikolojik iyi oluş ölçeği son test puan ortalamasının  $19.73 \pm 2.61$  olduğu belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubu hastaların grup içi psikolojik iyi oluş ölçeği ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ , Tablo 4.3). Deney grubu hastalarının psikolojik iyi oluş ölçeği son test puan ortalamalarında ön teste oranla artış olduğu saptanmıştır.

## 5.TARTIŞMA

Şizofreni hastalarında motivasyonel görüşme tekniklerine temellendirilmiş psikoeğitimin tedaviye uyum, umut ve psikolojik iyi oluşa etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları bu konu ile ilgili yapılan araştırmaların yetersiz olması nedeniyle, psikososyal müdahalenin benzer içerikler taşıdığı araştırma bulguları ile de tartışılmıştır.

### 5.1. Tedaviye Uyum ile İlgili Bulguların Tartışılması

Motivasyonel görüşmenin ilaç uyumunu geliştirip geliştirmediği hala tartışma konusu olabilmektedir. Bunun nedeni ihtiyaç duyulan, kanıta dayalı çalışmaların sınırlılıkları olarak gösterilmektedir (125). Buna rağmen; tedaviye uyumda direnç gösterenler üzerinde yapılan çalışmalar; şizofreni hastalarında motivasyonel görüşmenin tedaviye uyumda önemli pozitif etkileri olduğunu bildirmektedir (126, 127).

Araştırmada motivasyonel görüşme eğitimi öncesi kontrol ve deney grubundaki hastaların tedaviye uyumlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu grupların homojen olduğunu göstermektedir. Dufort ve Zipursky'nin şizofreni tanılı bireylerde yaptıkları çalışmalarında; şizofreni tanılı bireylerin tedaviye uyumda zorlandıklarını bildirmektedirler (128). Gray ve ark.'nın, şizofreni tanılı bireylerde bireylerin hem psikotik tedaviye hem de psikososyal tedaviye uyumda düşük sonuçların olduğu vurgulanmaktadır (129). Araştırma bulguları literatürle benzerlik göstermektedir.

Motivasyonel görüşme eğitimi sonrası deney ve kontrol grubundaki hastaların son test tedaviye uyum toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Bu istatistiksel olarak ortaya çıkan önemli fark; uygulanan motivasyonel görüşme tekniklerine temellendirilmiş psikoeğitimin etkili bir girişim olduğunu göstermektedir. Deney grubundaki hastalarının son test tedaviye uyumlarındaki artışın ön teste göre kontrol grubuna oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Eğitim sonrası deney grubunda meydana gelen bu artış araştırma hipotezlerinden olan “*Şizofreni hastalarına verilen motivasyonel görüşme tekniklerine temellendirilmiş psikoeğitim tedaviye uyumu etkiler*” hipotezini doğrulamaktadır.

Chien ve ark., yaptıkları çalışmada; motivasyonel görüşme tekniklerine temellendirilmiş uyum terapisi girişiminin hastaların tedavileri ile ilgili iç görü

geliştirdiklerini, tekrar hastaneye yatışlarının azaldığını ve özellikle ilaç tedavilerine uyumu sağladıklarını saptamıştır (80). Fiszdon ve ark., motivasyonel görüşme müdahalesinin sonucunda, şizofreni tanılı bireylerin bilişsel rehabilitasyona da daha hızlı ve kolay uyum gösterdikleri belirtmektedir (66). Ertem ve Duman, şizofreni tanılı bireylere uygulanan motivasyonel görüşmenin tedaviye uyumu artırdığı ve tedaviye uyumun şizofreni tanılı bireylerde iç görünüm artırılması ya da oluşturulması için temel bileşenlerden biri olduğu söylenmektedir (121). Vanmeijel ve Dabber, şizofreni tanılı bireylerde motivasyonel görüşme ile müdahale ettiği çalışmalarında motivasyonel görüşmeyi uygulayan profesyonel ve hasta arasındaki güvenin, profesyonelin motivasyonel görüşme tekniklerini "ne kadar başarılı" kullandığının ve uzun süren oturumlar ve fazla oturum sayısının uzun dönemli tedaviye uyumu sağlayabildiğini bildirmektedirler (130). Yapılan çalışmalar araştırma sonuçlarını destekler niteliktedir.

Kontrol ve deney grubundaki hastaların grup içi ön test ve son test tedaviye uyum toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmektedir. ( $p < 0.05$ ). Deney grubunda ön teste göre son test tedaviye uyumunda artma olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu TRSM'lerde uygulanan rutin psikososyal hizmetlerin, özellikle de psikoeğitimin temelini motivasyonel görüşme tekniklerinden aldığı anda etkili sonuçlar elde edileceğini göstermektedir. Araştırmada motivasyonel görüşmenin temel ilkeleri gereğince, şizofreni tanılı bireyle tedaviye uyum ile ilgili ambivanların konuşulması ve bireyin bu engellerin çözümündeki rolünü çözebilmesi ve eğitimde terapötik iletişim tekniklerini de içeren yöntemler kullanılmış olması bu sonuçta etkili olmuş olabilir. Ayrıca verilen psikoeğitimin içeriğinde; belirtiler ve ilaç yan etkilerini ayırma konusunda detaylı bilgiler sunulmuştur. Araştırmadaki hem motivasyonel teknikleri içeren "ambivalanları çözme ve sürdürülebilirlik" yaklaşımı hem de psikoeğitim içindeki temel ilaç bilgileri araştırmada kullanılan girişimin pozitif yönde etkili olmasını sağlamış olabilir.

Barkhof ve ark., tedaviye uyumsuz şizofreni tanılı bireylerde yaptıkları çalışmada; motivasyonel görüşmenin şizofreni tanılı bireylerde tedaviye uyumu geliştirdiğini ve bunun hastaneye yatışları azalttığını göstermektedirler (131). Chien ve ark.'nın, yaptığı çalışmalarında motivasyonel görüşme temelli uyum terapisi uyguladıkları şizofreni tanılı bireylerde; ilaç uyumu ve diğer tedavilere uyumun geliştiği bunun en önemli nedeninin ise; motivasyonel görüşme temelli uyum terapisinin ilaç uyumu ile ilgili iç görüyü artırdığı söylenmektedir (65). Dobber ve ark., motivasyonel

görüşmenin ilaç ve diğer tedavilere uyumda önemli bir yöntem olduğunu vurgulamaktadır. Aynı çalışmada; şizofreni tanılı bireylerin farklı “ilaç uyumu ya da tedaviye uyum” süreçleri yaşayabileceklerive bu konudaki ambivalanların giderilebileceği en iyi yöntemlerden birinin motivasyonel görüşme olduğu vurgulanmaktadır (77). Araştırma sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir.

## 5.2. Umut ile İlgili Bulguların Tartışılması

Şizofrenide umut konusu pozitif gelecek beklentilerine odaklanmak için önemli görülmektedir (132). Moore'un, belirttiğine göre; ‘‘umut şizofrenide psikiyatri hemşirelerinin bakımının kalbidir’’(133). Buna rağmen literatür daha çok ‘‘umutsuzluk’’ üzerinde yoğunlaşmaktadır (134-136). Umudun geliştirilmesi temel olarak insanın varoluşundan ileri gelen ‘‘güzel gelecek beklentileri’’ ve ‘‘iyi oluşluğun’’ temel kavramı olarak belirtilmektedir (88). Umutsuzluğun şizofrenide yaşanan eşsiz engellerin (yeni ilaçlar, hastalık belirtileri, somatik diğer komorbid sorunlar, depresyon-anksiyete gibi diğer psikolojik sorunlar..) bir sonucu olarak ortaya çıktığı ancak insan yaşamının temel kaynağı olan umudun hemşirelik bakımına yansıtılmasının kaçınılmaz bir gerçek olarak karşımıza çıktığı görülmektedir (133). Hoffman, ‘‘şizofrenide kronikleşmenin en önemli aracı umutsuzluktur’’ diye belirtmektedir (137). Jerome Frank ‘ın tanımına göre umut; ‘‘kişilerin eylemleri için ihtiyaç duyduğu iyi oluşluk ve motivasyonel duyguların ortaya çıkmasını sağlayan güçtür’’ (138). Bu açıdan bakıldığında motivasyonu sağlayan gücün umut olduğu, umutsuzluğu değiştirecek aracın ise motivasyon olduğu söylenebilir.

Araştırmada motivasyonel görüşme eğitimi öncesi kontrol ve deney grubundaki hastaların umut düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu grupların homojen olduğunu göstermektedir. Bonfils ve ark.’nın, yaptıkları çalışmada şizofreni tanılı bireyde, tanı aldıktan sonra iyileşmeye olan umudun hızla gerilediği söylenmektedir. Aynı çalışma; umudun gelecek beklentileri, gelecek ile ilgili sözler, sosyalleşmeyi içeren cümleler, optimist tutum ile iç içe olduğunu da vurgulamaktadır. Oysa çalışmaya dahil edilen bireylerde daha çok ‘‘kızgınlık ve üzüntü’’ belirten sözler ve yaklaşımlar tespit ettiklerini söylemektedirler. Kavak ve Yılmaz’ın, yaptıkları bir çalışmada, şizofreni tanılı bireylerde umudun düşük olduğu görülmektedir (7). Bu konu ile ilgili olarak literatür incelendiğinde; şizofreni tanılı bireylerin en çok ‘‘gelecek ile ilgili düşüncelerinde olumsuzluklar, ilaçların yaratacağı yan etkiler ile günlük hayatlarına



devam etmekte güçlükler, bir daha hiç eskisi gibi olamayacağı düşüncesi, negatif düşüncelerin kontrolündeki zorluklar, antipsikotiklerin negatif düşüncelerle ilgili olarak yetersiz kalması, tüm aileyi/ bakım vereni etkileyen bir sendrom olması, iç görü ile ilgili sorunlar, hastalık ve tedavi ile ilgili bilinmezlikler...” gibi sorunlar karşımıza çıkmaktadır (88, 114, 142, 143). Şizofreni tanılı bireylerde umudun düşük olması literatür ile benzerlik göstermektedir.

Motivasyonel görüşme eğitimi sonrası deney ve kontrol grubundaki hastaların son test umut toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Bu istatistiksel olarak ortaya çıkan önemli fark; şizofreni tanılı bireylere uygulanan motivasyonel görüşme tekniklerine temellendirilmiş psiko eğitimin etkili bir girişim olduğunu göstermektedir. Deney grubundaki hastalarının son test umut düzeylerindeki artışın ön teste göre kontrol grubuna oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Eğitim sonrası deney grubunda meydana gelen bu artış araştırma hipotezlerinden olan “*Şizofreni hastalarına verilen motivasyonel görüşme tekniklerine temellendirilmiş psikoeğitim umudu etkiler*” hipotezini doğrulamaktadır.

Konkle-Parker’in yapmış olduğu bir çalışmada şizofreni tanılı bireylere uygulanan motivasyonel görüşmenin empatik ve kabul edici terapötik ilişki kurmayı başararak yapılmasından sonra bireylerde umudu artıracığı vurgulanmaktadır (112). Snyder, motivasyonel görüşme tekniklerinin uygulandığı müdahalelerde verilen ev ödevlerinin gelecek beklentilerini artırdığını ve buna bağlı olarak şizofreni tanılı bireylerde umudun da artacağını vurgulamaktadır (144). Bu çalışmada da etkili dinleme ve ev ödevleri gibi bilişsel-davranışsal modelden köken alan ve terapötik iletişim yöntemlerini içeren uygulamalara yer verilmiştir. Psikiyatri servislerinde şizofreniyi de içeren çift tanılı bireylere uygulanan motivasyonel görüşmenin etkilerinin incelendiği bir başka çalışmada, uygulanan motivasyonel görüşmenin gelecek ile ilgili planları pozitif yönde değiştirdiği ve umudu artırdığı gözlenmektedir (23). Yapılan çalışmalarda motivasyonel görüşmenin gruplara uygulanmasının (rutin tedavi yerine ya da rutin tedaviye entegre edilerek) rutin psikoeğitim ile karşılaştırıldığında daha etkili olduğu belirtilmektedir (66, 145). Bu çalışmada TRSM’lerde verilen bir psikoeğitim süreci içine entegre edilmiş motivasyonel görüşme teknikleri müdahale aracı olarak kullanılmıştır. Araştırma sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir.

Kontrol ve deney grubundaki hastaların grup içi ön test ve son test umut toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmektedir.

( $p < 0.05$ ). Deney grubunda ön teste göre son test umut düzeyinde artma olduğu belirlenmiştir. Araştırmada eğitim içeriğindeki 2. oturumdan başlayan ve ‘‘sürdürülebilir’’ olması açısından 6. oturuma kadar devam eden ‘‘gelecek ile ilgili planların ve bu planların önündeki engellerin konuşulması, umut ile ilgili ambivalanların ortaya çıkarılması ve ev ödevlerinin verilmesi; şizofreni tanılı bireyde motivasyonel temelli psikoeğitimin temel amaçlarından biri olan ‘‘kendi kendine sorunların çözümünü bulabilme’’ ilkesini gerçekleştirmiş olması umudun artmasını sağlamış olabilir.

### **5.3. Psikolojik İyi Oluş ile İlgili Bulguların Tartışılması**

Günümüzde psikososyal tedaviler şizofreni tanılı bireylerde; psikolojik iyi oluş, yaşam kalitesi, gelecekle ilgili umutlu beklentiler gibi konularda ‘‘negatif düşünceleri’’ değiştirmede önemli bir yer tutmaktadır (146, 147). Şizofrenide düşük psikolojik iyi oluşluğun depresyon, anksiyete, stres, negatif semptomlarla ilişkili olduğu bilinmektedir (99). Şizofreni tanılı bireylerde umutsuzluk ve psikolojik iyi oluşluk arasında da negatif bir korelasyon olduğu, bu durumun bireylerde genel iyi oluşu da etkilediği söylenmektedir (82). Motivasyonel görüşmenin, şizofreni tanılı bireylerde yaşam kalitesi, psikolojik iyi oluş gibi kavramları nasıl etkilediği genellikle çift tanılı bireylerde görülmektedir (63, 64, 108). Bu kapsam dışındaki şizofreni tanılı bireylerde motivasyonel görüşme ya da motivasyonel görüşme temelli yapılandırılmış bir psikoeğitimin şizofreni tanılı bireylerde psikolojik iyi oluşu nasıl etkilediğine dair bir çalışma sonucu bulunamamıştır. Bu sebepten, araştırma sonuçları şizofreni tanılı bireylerde uygulanan diğer psikososyal müdahalelerin psikolojik iyi oluşa etkileri ile karşılaştırılacaktır.

Araştırmada motivasyonel görüşme eğitimi öncesi kontrol ve deney grubundaki hastaların psikolojik iyi oluşlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu grupların homojen olduğunu göstermektedir. Şizofreni tanılı bireylerde psikolojik iyi oluşun düşük istatistiksel sonuçlar ile gösterilmesi şaşırtıcı değildir. Literatür şizofreni tanılı bireylerde psikolojik iyi oluşun düşük olduğunu göstermektedir (146, 148). Bu durum hastaların, ‘‘iyileşmeme korkuları, tedavilerden zarar görme korkuları, bir daha hiç eskisi gibi olamama korkularının yanında işlerini kaybetme, finansal sorunlar yaşama, duygusal ve sosyal yüklerle başedememe, negatif düşünce problemleri’’ ile ilgili olabilir.

Motivasyonel görüşme eğitimi sonrası deney ve kontrol grubundaki hastaların son test psikolojik iyi oluş toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Bu istatistiksel olarak ortaya çıkan önemli fark; şizofreni tanılı bireylere uygulanan motivasyonel görüşme tekniklerine temellendirilmiş psiko eğitimin etkili bir girişim olduğunu göstermektedir. Deney grubundaki hastalarının son test psikolojik iyi oluşlarındaki artışın ön teste göre kontrol grubuna oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Eğitim sonrası deney grubunda meydana gelen bu artış araştırma hipotezlerinden olan “*Şizofreni hastalarına verilen motivasyonel görüşme tekniklerine temellendirilmiş psiko eğitim psikolojik iyi oluşu etkiler*” hipotezini doğrulamaktadır.

Motivasyonel görüşme tekniklerine temellendirilmiş bir psikososyal müdahalenin, şizofreni tanılı bireylerde psikolojik iyi oluşu nasıl etkilediğine dair bir çalışma bulunamadığından, bu araştırmanın istatistiksel sonuçları literatür kapsamında diğer psikososyal girişimlerin sonuçları ile karşılaştırılmıştır.

Langer ve ark.’nın farkındalık temelli bir psiko eğitimin sonuçlarına göre; şizofreni tanılı bireyin kullandığı antipsikotiklerin ve kendi belirtilerinin yönetimini yapabilmesinin psikolojik iyi oluşu da sağladığı vurgulanmaktadır. Uygulanan farkındalık temelli psiko eğitim müdahalesinin bilişsel çarpıtmaları düzelterek, psikolojik iyi oluşu sağladığı söylenmektedir (146). Hofmann ve ark.’nın farkındalık temelli müdahaleler kullanarak yaptıkları çalışmalarında şizofreni tanılı bireylerin anksiyete ve depresyon gibi psikolojik iyi oluşun belirleyicisi olabilecek mental durumların geliştirilebildiği vurgulanmaktadır (137). Çalışmalarda kullanılan farkındalık temelli müdahale ve bu çalışmada uygulanan motivasyonel görüşme tekniklerine temellendirilmiş psiko eğitim müdahalesi, bilişsel-davranışsal model ve terapilerin bir bölümünü oluşturmaktadır (149). Her iki müdahalenin de aynı modelden köken alması benzer sonuçlar ortaya koymasını sağlamış olabilir. Choi ve ark., yapmış olduğu motivasyonel görüşmeyi içeren, motivasyonel ve davranışsal müdahale programının sonuçlarına göre; motivasyonel görüşme hastalardaki özellikle depresif semptomları azaltmaktadır. Çalışmanın sonuçlarına göre; depresif semptomların azaltılması için motivasyonel müdahalelerin, toplum temelli ruh sağlığı rehabilitasyon hizmeti veren merkezlerde hızlı ve güvenilir bir şekilde uygulanabileceği görülmektedir (67). Cho ve Lee, motivasyonel görüşmeyi gruplara uyguladıkları bir çalışmada, şizofreni tanılı bireyin depresif ve negatif semptomlarının gerilebildiğini

belirtmektedirler (1). Bu sonuçlarla benzer olarak Burns ve ark., motivasyonel görüşme gibi bilişsel davranışçı müdahalelerden köken alan girişimlerin depresyonun azaltılmasında ve psikolojik iyilik halinin artmasında önemli bir yeri olduğunu vurgulamaktadırlar (150). Hizkiyahu ve ark.'nın, şizofreni tanılı hamile kadınlarda uygulanan motivasyonel görüşme ve diğer psikososyal tedavilerin konu edildiği derlemesinde, şizofreni tanılı hamile kadınların yeni duruma uyumu geliştirerek psikolojik iyi oluşlarını devam ettireceğine değinilmektedir (151). Literatür motivasyonel görüşmeyi bilişsel davranışçı yöntemlerin biri olarak kabul etmektedir (136, 152, 153). Bu sebeple negatif semptomları farketme, ilaç uyumunu sağlama, sosyal sorunları ve işlevselliklerindeki eksiklikleri yönetme gibi beceriler geliştirerek depresyon, anksiyete ve stres gibi psikolojik iyi oluşun bozulmasındaki önemli faktörlerin kontrol edilebilmesinde motivasyonel görüşme büyük bir öneme sahip görünmektedir. Bu bulgular literatür ile benzerlik göstermektedir.

Kontrol ve deney grubundaki hastaların grup içi ön test ve son test psikolojik iyi oluş toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmektedir. ( $p < 0.05$ ). Deney grubunda ön teste göre son test psikolojik iyi oluşlarında artma olduğu belirlenmiştir. Araştırmada motivasyonel görüşme teknikleri kapsamında kullanılan “geleceğe bakmak”, “olumlu deneyimlerin özetlenmesi” bu sonucu doğrulamış olabilir. Bir başka açıdan; psikolojik iyi oluş literatürde çoğu kez umudun ve tedaviye uyumun artışından etkilenmektedir (154, 155). Araştırmada paralel olarak çalışılan alanların tedaviye uyum ve umut olması psikolojik iyi oluşu da artırmış olabilir.

## 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Şizofreni hastalarında motivasyonel görüşme tekniklerine temellendirilmiş psikoeğitimin tedaviye uyum, umut ve psikolojik iyi oluşa etkisini belirlemek için yapılan araştırmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

- ✓ Motivasyonel görüşme eğitimi öncesi kontrol ve deney grubundaki hastaların tedaviye uyum, umut düzeyi ve psikolojik iyi oluşlarının düşük olduğu,
- ✓ Motivasyonel görüşme eğitimi sonrası deney grubu hastalarda tedaviye uyum, umut düzeyi ve psikolojik iyi oluşta kontrol grubu hastalara oranla artma olduğu,
- ✓ Motivasyonel görüşme eğitimi sonrası deney grubu hastalarının tedaviye uyum, umut düzeyi ve psikolojik iyi oluşlarında ön teste oranla son testte artma olduğu,
- ✓ Kontrol grubu hastalarının son test tedaviye uyum, umut düzeyi ve psikolojik iyi oluşlarında ön teste oranla bir değişiklik olmadığı,

belirlenmiştir.

### ***Bu sonuçlar doğrultusunda;***

- ⇒ TRSM'lerde rutin olarak uygulanan farmakolojik tedavinin yanı sıra psikoeğitimin içine motivasyonel görüşme tekniklerinin entegre edilmesi,
- ⇒ TRSM'lerde ya da diğer ruh sağlığı rehabilitasyon hizmeti veren birimlerde hemşirenin motivasyonel görüşme eğitimi alması ve rutin hemşirelik uygulaması olarak kullanması,
- ⇒ TRSM'lerde çalışan hemşirelerin motivasyonel görüşme tekniklerine temellendirilmiş psikososyal müdahaleler geliştirmesi ve bu müdahaleleri etkin uygulayabilmesi,
- ⇒ Şizofreni hastalarında hızlı ve güvenilir bir yöntem olarak hemşirelik bakımında Motivasyonel Görüşme tekniklerine temellendirilmiş müdahalelerin uygulanması,
- ⇒ Motivasyonel görüşme tekniklerine temellendirilmiş psikososyal müdahaleleri içeren geniş kapsamlı hemşirelik çalışmalarının yapılması önerilir.

## KAYNAKLAR

1. 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.
2. World Health Organization. *WHO global disability action plan 2014-2021: Better health for all people with disability*. Geneva, World Health Organization, WHO press, 2015, 118-78
3. Haddad PM, Brain C, Scott J. Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies. *Patient Relat Outcome Meas* 2014, 5: 43-47
4. Sendt KV, Tracy DK, Bhattacharyya S. A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry research* 2015, 225 (1): 14-30.
5. Novick D, Haro JM, Suarez D, Perez V, Dittmann RW, Haddad PM. Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatry research* 2010, 176 (2-3): 109-13.
6. Budak FK, Yilmaz E. The effect of yoga on clinical insight and medication adherence in patients with schizophrenia-A randomized controlled trial. *Eur J Integr Med* 2019, 30: 100-49.
7. Kavak F, Yilmaz E. The effect of hope on the treatment adherence of schizophrenia patients. *J Turgut Ozal Medic Cent* 2018, 25 (3): 1-4
8. Barut JK, Dietrich MS, Zanoni PA, Ridner SH. Sense of belonging and hope in the lives of persons with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 2016; 30 (2): 178-84.
9. Altun Ö., Olçun Z. Şizofreni Hastalığında Umut Kavramı/The Concept of Hope in Schizophrenia Disease. *Sağ Bil ve Mes Der* 2018, 5 (1): 107-12.
10. Corrigan PW, McCracken SG, Holmes EP. Motivational interviews as goal assessment for persons with psychiatric disability. *Community Ment Health J* 2001, 37 (2): 113-22.

11. Noh C, Choe K, Yang B. Hope from the perspective of people with schizophrenia (Korea). *Arch Psychiatr Nurs* 2008, 22 (2): 69-77.
12. Valiente C, Espinosa R, Trucharte A, Nieto J, Martinez-Prado L. The challenge of well-being and quality of life: A meta-analysis of psychological interventions in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2019, 208: 16-24.
13. Oades LG, Deane FP, Crowe TP. Collaborative recovery model: From mental health recovery to wellbeing. 2. Ed, Cambridge, Cambridge University Press 2017: 99-110
14. Rathor DS, Mohanty S, Kumar S. Factors Associated with Wellbeing in Spouses of Chronic Schizophrenic Patients. *The Int J Indian Psyc* 2019, 7 (1): 418-26
15. Shepherd S, Depp CA, Harris G, Halpain M, Palinkas LA, Jeste DV. Perspectives on schizophrenia over the lifespan: a qualitative study. *Schizophr Bull* 2012, 38 (2): 295-303.
16. Tobe M, Nemoto T, Tsujino N, Yamaguchi T, Katagiri N, Fujii C, Mizuno M. Characteristics of motivation and their impacts on the functional outcomes in patients with schizophrenia. *Comh psyc* 2016, 65 (2): 103-09.
17. Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol* 2003, 71 (5): 843-48
18. 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): 270-76
19. Lysaker PH, Clements CA, Wright DE, Evans J, Marks KA. Neurocognitive correlates of helplessness, hopelessness, and well-being in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2001, 189 (7): 457-62.
20. Schrank B, Brownell T, Jakaite Z, Larkin C, Pesola F, Riches S, Slade M. Evaluation of a positive psychotherapy group intervention for people with psychosis: pilot randomised controlled trial. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2016, 25 (3): 235-41

21. Robinson D, Woerner MG, Alvir JM, Bilder R, Goldman R, Geisler S, et al.: Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999, 5 (6): 241-47.
22. Chien WT, Mui J, Gray R, Cheung E. Adherence therapy versus routine psychiatric care for people with schizophrenia spectrum disorders: a randomised controlled trial. *BMC psychiatry* 2016, 16 (1): 42-8
23. Glassman SD. motivational interviewing with individuals in recovery: effects on hope, meaning, *Emp Ser Part.* 2013, 6 (8): 177-226
24. Baker AL, Hides L, Kelly PJ, Kay-Lambkin F, Nasstasia Y, Birchwood, M. Motivational interviewing and CBT to improve health and wellbeing. *I Fut Drc Beh and Cog T* 2016, 5 (3): 171-77
25. Brodie DA, Inoue A, Shaw DG. Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: a randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2008, 45 (4): 489-500.
26. Nyamathi A, Shoptaw S, Cohen A, Greengold B, Nyamathi K, Marfisee M, Leake B. Effect of motivational interviewing on reduction of alcohol use. *Drug Alcohol Depend* 2010, 107 (1): 23-30.
27. Thompson TP, Callaghan L, Hazeldine E, Quinn C, Walker S, Byng R, Annison J. Health trainer-led motivational intervention plus usual care for people under community supervision compared with usual care alone: a study protocol for a parallel-group pilot randomised controlled trial (STRENGTHEN). *BMJ open* 2018, 8 (6): 23-9
28. Wakefield M, Olver I, Whitford H, Rosenfeld E. Motivational interviewing as a smoking cessation intervention for patients with cancer: randomized controlled trial. *Nurs Res* 2014, 53 (6): 396-405.
29. Söderlund LL, Nilsen P, Kristensson M. Learning motivational interviewing: Exploring primary health care nurses' training and counselling experiences. *Health Edc J* 2018, 67 (2): 102-09.
30. 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.



31. Marcisisin MJ, Rosenstock JB, Gannon JM. Schizophrenia and related disorders. 2. Ed, Oxford, Oxford University Press, 2016, 154-63
32. Chen A. Non compliance in community psychiatry: a review of clinical interventions. *Hosp Community Psychiatry* 1991; 42 (3), 282-87.
33. Bearden CE, Meyer SE, Loewy RL, Niendam TA, Cannon TD. The neurodevelopmental model of schizophrenia: Updated. *Developmental Psychopathology: Volume Three: Risk, Disorder, and Adaptation*, 1. Ed, Cambridge, *John Wiley & Sons press*, 2006, 511-89.
34. Castle DJ, Buckley PF, Gaughran, FP. Physical Health and Schizophrenia. 2. Ed, Oxford, *Oxford University Press*, 2017, 121-126
35. 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.
36. Coyle JT. Schizophrenia: Basic and clinical. In *Neurodegenerative Diseases*, 2. Ed. Manchester, *Springer press*, 2017, 255-80.
37. 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.
38. Frith CD. The nature of Schizophrenia. In *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*, 6. Edition, USA, Psychology Press, 2020, 1-12.
39. Lawrence R E, First MB, Lieberman JA. Schizophrenia and other psychoses. *Psychiatry j* 2015, 1 (4): 791-856.
40. McNally K. Conclusions: Twentieth-century Schizophrenia. In *A Critical History of Schizophrenia*, 2.ed, London, Palgrave Macmillan press, 2016, 197-210.
41. Reddy LF, Horan WP, Green MF. Motivational deficits and negative symptoms in schizophrenia: Concepts and assessments. *In Beh neu of mot* 2015, (3): 357-73.
42. Van Duppen Z. The intersubjective dimension of schizophrenia. *Philos Psychiatr Psychol* 2017, 24 (4): 399-418.
43. Gray J, Feldon J, Rawlins J, Hemsley D, Smith A. The neuropsychology of schizophrenia. *Behav Brain Sci* 1991, 14 (1): 1-20.

44. Patel KR, Cherian J, Gohil K, Atkinson D. Schizophrenia: overview and treatment options. *Pharm Ther* 2014, 39 (9): 6-38.
45. Barnes TR, Schizophrenia Consensus Group of the British Association for Psychopharmacology. Evidencebased guide lines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2011, 25 (5): 567-620.
46. Miyamoto S, Miyake N, Jarskog LF, Fleischhacker WW, Lieberman JA. Pharmacological treatment of schizophrenia: a critical review of the pharmacology and clinical effects of current and future the rapeticagents. *Mol Psychiatry* 2012, 17 (12): 1206-17
47. Victoroff J, Coburn K, Reeve A, Sampson S, Shillcutt S. Pharmacological management of persistent hostility and aggression in persons with schizophrenia spectrum disorders: a systematic review. *J neuro psyc clin neuro sci* 2014, 26 (4): 283- 312.
48. Nishikawa T, Kuwahara H, Tsuda A, Tanaka M, Koga I, Uchida Y. Distinguishing acute and tardive dyskinesia by monitoring microvibration: a pilot study. *Psyc Clin Neu* 1992, 46 (3): 665-72.
49. Andreou C, Moritz S. Non-pharmacological Interventions for Schizophrenia: How Much Can Be Achieved and How?, *Front Psychol* 2016, 7 (3): 12-89.
50. Duman ZÇ, Ertem, M. Şizofreni Tanılı Bireylerde Motivasyonel Görüşme Neden Önemli?. *Deuhfed j* 2016, 9 (4): 148-52
51. Velligan DI, Kern RS, Gold JM. Cognitive rehabilitation for schizophrenia and the putative role of motivation and expectancies. *Schizophr Bull* 2006, 32 (3): 474-85.
52. Barch DM, Smith E. The cognitive neuroscience of working memory: relevance to CNTRICS and schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2008, 64 (1): 11-7.
53. Medalia A, Brekke J. In search of a theoretical structure for understanding motivation in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2010, 36 (5): 912-18.
54. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Helping people change. 3. ed, New York, Guilford press, 2012, 166-85

55. Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol* 2005, 1 (8): 91-111.
56. Miller WR, Rose GS. Toward a theory of motivational interviewing. *Am Psychol* 2009, 64 (6): 527-53
57. Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing?. *Behav Cogn Psychother* 1995, 23 (4): 325-34.
58. Miller WR, Moyers TB. Eight stages in learning motivational interviewing. *Subst Abus* 2006, 5 (1): 3-17.
59. Britt E, Blampied N. M, Hudson SM. Motivational interviewing: A review. *Aust Psychol* 2003, 38 (3): 193-201.
60. Laker CJ. How reliable is the current evidence looking at the efficacy of harm reduction and motivational interviewing interventions in the treatment of patients with a dual diagnosis?. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007, 14 (8): 720-26.
61. Martino S. Contemplating the use of motivational interviewing with patients who have schizophrenia and substance use disorders. *Clin Psychol* 2007, 14 (1): 58-63.
62. Methapatara W, Srisurapanont M. Pedometer walking plus motivational interviewing program for Thai schizophrenic patients with obesity or overweight: A 12-week, randomized, controlled trial. *Psychiatry Clin Neurosci* 2011, 65 (4): 374-80.
63. Steinberg ML, Ziedonis DM, Krejci JA, Brandon TH. Motivational interviewing with personalized feedback: a brief intervention for motivating smokers with schizophrenia to seek treatment for tobacco dependence. *J Consult Clin Psychol* 2004, 72 (4): 723-29
64. Graeber DA, Moyers TB, Griffith G, Guajardo E, Tonigan S. A pilot study comparing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. *Community Ment Health J* 2003, 39 (3): 189-202.
65. 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): 270-77

66. Fiszdon JM, Kurtz MM, Choi J, Bell MD, Martino S. Motivational interviewing to increase cognitive rehabilitation adherence in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2015, 42 (2): 327-34.
67. Choi KH, Jaekal E, Lee G.Y. Motivational and behavioral activation as an adjunct to psychiatric rehabilitation for mild to moderate negative symptoms individuals with schizophrenia: a proof-of-concept pilot study. *Front Psychol* 2016, 7 (3): 17-59.
68. Lee D, Kim S. The Effects of Group Motivational Interviewing Compliance Therapy on Drug Attitude, Medicine Application Self-efficacy and Medicine Application in Psychiatric Patients. *J Korean Aca Psyc* 2017, 26 (4): 391-401
69. Ertem M, Duman ZÇ. Motivational interviewing in a patient with schizophrenia to achieve treatment collaboration: A case study. *Arch Psychiatr Nurs* 2016, 30 (2), 150-54.
70. Ahmad I, Khalily MT, Hallahan B. Reasons associated with treatment non-adherence in schizophrenia in a Pakistan cohort. *Asian J Psychiatr* 2017, 30 (2): 39-43.
71. Howes O. (Ed.). Treatment Response and Resistance in Schizophrenia. 2. Ed, Oxford, Oxford University Press, 2018, 118-34
72. Fervaha G, Siddiqui I, Foussias G, Agid O, Remington G. Motivation and Social Cognition in Patients with Schizophrenia. *J Int Neuropsychol Soc* 2015, 21 (6): 436-43.
73. Ashcroft K, Kim E, Elefant E, Benson C, Carter JA. Meta-Analysis of Caregiver-Directed Psychosocial Interventions for Schizophrenia. *Community Ment Health J* 2018, 54 (7): 983-91.
74. Morin L, Franck N. Rehabilitation interventions to promote recovery from schizophrenia: a systematic review. *Front Psychiatry* 2017, 8 (2): 100-14.
75. McCracken SG, Corrigan PW. Motivational interviewing for medication adherence in individuals with schizophrenia. 2. Ed, New York, Division of Guilford Press, 2008, 118-57

76. Drymalski WM, Campbell TC. A review of motivational interviewing to enhance adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia: Evidence and recommendations. *J Ment Health* 2009, 18 (1): 6-15.
77. 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): 135-38.
78. Hughes F, Vess J, Johnson E. Increase Adherence to Psychotropic Medication Through Motivational Adherence Therapy: A Quality Improvement Project. *Issues Ment Health Nurs* 2018, 39 (8): 709-13.
79. Wong-Anuchit C, Chantamit-o-pas C, Schneider JK, Mills AC. Motivational Interviewing–Based Compliance/Adherence Therapy Interventions to Improve Psychiatric Symptoms of People With Severe Mental Illness: Meta-Analysis. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2019, 25 (2): 122-33.
80. Chien WT, Cheung EF, Mui, JH, Gray R, Ip G. Adherence therapy for schizophrenia: a randomised controlled trial. *Hong Kong Med J* 2019, (25): 118-26
81. American Psychiatric Association (APA) Position Statement on the Use of the Concept of Recovery. American Psychiatric Association: 3. Ed, Washington, Springer press, 2005, 144-68
82. Lysaker PH, Campbell K, Johannesen JK. Hope, awareness of illness, and coping in schizophrenia spectrum disorders. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193 (5): 287–92.
83. Weis R, Speridakos EC. A meta-analysis of hope enhancement strategies in clinical and community settings. *Psychology of well-being: T res Prac J* 2011, 1 (1): 5-11.
84. Fulford D, Piskulic D, Addington J, Kane JM, Schooler NR, Mueser KT. Prospective relationships between motivation and functioning in recovery after a first episode of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2017, 44 (2): 369-77.
85. Miller WR. Celebrating Carl Rogers: motivational interviewing and the person-centered approach. *Motivational Interviewing: T res Prac J* 2014, 1 (3): 4-6.
86. Miller WR, Rollnick S. Motivasyonel görüşme. F. Karadağ, K. Ögel, AE Tezcan (editörler) 1.ed, Ankara, Hekimler yayın birliği press, 2009: 143-56

87. Ögel K. Motivasyonel görüşme tekniği. Türkiye Klinikleri *J Psy-Spec T* 2009, 2 (2): 41-4.
88. Kylmä J, Juvakka T, Nikkonen M, Korhonen T, Isohanni M. Hope and schizophrenia: an integrative review. *J Psychiatr Nurs Ment Health Serv* 2006, 13 (6): 651-64.
89. Byrne CM, Woodside H, Landeen J, Kirkpatrick H, Bernardo A, Pawlick J. The importance of relationships in fostering hope. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1994, 32 (9): 31-4.
90. Howland RH. Effective medication management. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2012, 50 (3): 13-5
91. Katschnig H. Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatr Scand* 2000, 1(02): 33-7.
92. Norman RM, Malla AK, McLean T, Voruganti LPN, Cortese L, McIntosh E, Rickwood A. The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and the Quality of Life Scale. *Acta Psychiatr Scand* 2000, 102 (4): 303-09.
93. Atmaca GD, Durat G. Şizofreni hastalarında intihar ve depresyon. *DÜ Sağ Bil Ens Drg* 2016, 6 (1): 51-5.
94. Kao CC, Huang HM. A comparison of the quality of life of patients with schizophrenia in daycare and homecare settings. *J Nurs Res* 2014, 22 (2): 126-35.
95. Karow A, Naber D. Psychosocial outcomes in patients with schizophrenia: quality of life and reintegration. *Curr Opin Psychiatry* 2002, 15 (1): 31-6.
96. Potokar DN. Living with serious mental illness: the role of personal loss in recovery and quality of life, 1. Ed, Ohio, Sec press, 2008, 133-67.
97. Chan RC, Mak WW, Chio FH, Tong AC. Flourishing with psychosis: a prospective examination on the interactions between clinical, functional, and personal recovery processes on well-being among individuals with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull* 2017, 44 (4): 778-86.

98. Kim JH, Lee J, Kim YB, Han AY. Association between subjective well-being and depressive symptoms in treatment-resistant schizophrenia before and after treatment with clozapine. *Compr Psychiatry* 2014; 55 (3): 708-13.
99. Strauss GP, Sandt AR, Catalano LT, Allen DN. Negative symptoms and depression predict lower psychological well-being in individuals with schizophrenia. *Compr Psyc* 2012; 53 (8): 1137-44.
100. Ziedonis D, Williams J, Corrigan P, Smelson D. Management of substance abuse in schizophrenia. *Psychiatr Ann* 2000, 30 (1): 67-75.
101. Choi J, Mogami T, Medalia A. Intrinsic motivation inventory: an adapted measure for schizophrenia research. *Schizophr Bull* 2009, 36 (5): 966-76.
102. Gard DE, Fisher M, Garrett C, Genevsky A, Vinogradov S. Motivation and its relationship to neurocognition, social cognition, and functional outcome in schizophrenia. *Schizophr res* 2009, 115 (1): 74-81.
103. Nakagami E, Xie B, Hoe M, Brekke JS. Intrinsic motivation, neurocognition and psychosocial functioning in schizophrenia: testing mediator and moderator effects. *Schizophr Res* 2008, 105 (1-3): 95-104.
104. Lundahl BW, Kunz C, Brownell C, Tollefson D, Burke BL. A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. *Res Soc Work Pract* 2010, 20 (2): 137-60.
105. Fung KM, Tsang HW, Chan F. Self-stigma, stages of change and psychosocial treatment adherence among Chinese people with schizophrenia: a path analysis. *Epidemiol Psychiatr* 2010, 45 (5): 561-68.
106. Alligood MR. Nursing Theory-E-Book: Utilization & Application. Elsevier Health Sciences. 5. press, United States, Elsevier press, 2013, 211-19
107. Stuart GW. Principles and practice of psychiatric nursing-e-book. Elsevier Health Sciences, 10 ed, Canada, Mosby press, 2014, 221-65
108. Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N, Lewis SW, Moring J, O'Brien R, McGovern J. Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *Am J Psychother* 2001, 158 (10): 1706-13.

109. Bakanlığı TS. Ulusal ruh sağlığı eylem planı (2011-2023). 1. Ed, Ankara, TC Sağlık Bakanlığı yayınları, 2017, 21-123
110. Bag B. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Hemşirenin Rolü: İngiltere Örneği. *Curnt Aprh in Psyc* 2012, 4 (4): 465-85.
111. Gutiérrez-Casares JR, Cañas F, Alonso-Escolano D, Hidalgo-Borrajo R, Rodríguez-Morales A. Adherence to treatment and therapeutic strategies in schizophrenic patients: the ADHERE study. *CNS Spectr*. 2010, 15 (5): 327-38.
112. Konkle Parker DJA motivational intervention to improve adherence to treatment of chronic disease. *J Am Acad Nurse Pract* 2001, 13(2): 61-8.
113. Hamrin V, McGuinness TM. Motivational interviewing: A tool for increasing psychotropic medication adherence for youth. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2013, 51 (6): 15-8.
114. Hallford DJ, Sharma MK. Anticipatory pleasure for future experiences in schizophrenia spectrum disorders and major depression: A systematic review and meta-analysis. *Br J Health Psychol* 2019, 58 (4): 357-83.
115. Rubin A, Springer D.W, Trawver, K. *Psychosocial treatment of schizophrenia*, 2. Ed, Canada, John Wiley & Sons press, 2011, 136-223
116. Boyd MA. (Ed.). *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. lippincott Williams & wilkins, 4. Ed, China, Sec press, 2008, 123-345
117. Kirkpatrick H, Landeen J, Byrne C, Woodside H, Pawlick J, Bernardo A. Hope and schizophrenia: Clinicians identify hope-instilling strategies. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1995, 33 (6): 15-9.
118. Yoo SY. Developing a prediction model for quality of life in patients with schizophrenia. *J Korean Aca Psyc* 2014, 23 (3): 144-55.
119. Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry* 2003, 37 (5): 586-94.
120. Kim YY, Park HS, Park KM. The effects of a recovery education program on rehabilitation motivation, symptoms, and function for schizophrenic patients. *J Korean Acad Nurs* 2006, 36 (3): 542-50.



121. Ertem MY, Duman ZÇ. The effect of motivational interviews on treatment adherence and insight levels of patients with schizophrenia: A randomized controlled study. *Perspect Psychiatr Care* 2019, 55 (1): 75-86.
122. Tareke M, Tesfaye S, Amare D, Belete T, Abate A. Antipsychotic medication non-adherence among schizophrenia patients in Central Ethiopia. *S Afr J Psyc* 2018, 1 (3): 124-126
123. Aslan Ö, Sekmen K, Kömürcü Ş, Özet A. Kanserli hastalarda umut. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007, 11 (2): 18-24.
124. Diener E, Wirtz D, Tov W, Kim-Prieto C, Choi D. W, Oishi S, Biswas-Diener R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Soc Indic Res* 2010, 97 (2): 143-56.
125. Vanderwaal FM. Impact of motivational interviewing on medication adherence in schizophrenia. *Iss Ment Health Nurs* 2015, 36 (11): 900-04.
126. Bröms G, Cahling L, Berntsson A, Öhrmalm L. Psychoeducation and motivational interviewing to reduce relapses and increase patients' involvement in antipsychotic treatment: interventional study. *BJ Psych Bulletin* 2020, 1 (3): 1-4.
127. Dobber J, Latour C, Van Meijel B, Ter Riet G, Barkhof E, Peters R, De Haan L. Active ingredients and mechanisms of change in motivational interviewing for medication adherence. A mixed methods study of patient-therapist interaction in patients with schizophrenia. *Front Psychiatry* 2020, 11 (3): 78-81.
128. Dufort A, Zipursky RB. Understanding and managing treatment adherence in schizophrenia. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses* 2019, 11 (3): 4-7.
129. Gray R, Bressington D, Ivanecka A, Hardy S, Jones M, Schulz M, Chien WT. Is adherence therapy an effective adjunct treatment for patients with schizophrenia spectrum disorders? A systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry* 2016, 16 (1): 90-96.
130. van Meijel, B, Dobber J. Medication adherence in patients with schizophrenia: a qualitative study of the patient process in motivational interviewing. *BMC Psyc* 2018, 2 (3): 1-10.
131. Barkhof E, Meijer CJ, de Sonnevile LM, Linszen DH, de 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): 1242-51.
132. Botha UA. Rekindling hope-surviving schizophrenia. *Mental Health Matters* 2017, 4 (6): 30-2.
133. Hicks-Moore SL. Clinical concept maps in nursing education: An effective way to link theory and practice. *Nurse Educ Pract* 2005, 5 (6): 348-52.
134. Hofer A, Mizuno Y, Frajo-Apor B, Kemmler G, Suzuki T, Pardeller S, Fleischhacker WW. Resilience, internalized stigma, self-esteem, and hopelessness among people with schizophrenia: cultural comparison in Austria and Japan. *Schizophrenia research* 2016, 171 (1-3): 86-91.
135. Tourino R, Acosta FJ, Giráldez A, Alvarez J, González JM, Abelleira C, Rodriguez CJ. Suicidal risk, hopelessness and depression in patients with schizophrenia and internalized stigma. *Actas Esp Psiquiatr* 2018, 46 (2): 33–41.
136. Wartelsteiner F, Mizuno Y, Frajo-Apor B, Kemmler G, Pardeller S, Sondermann C, Hofer A. M128. Quality of Life in Patients With Schizophrenia: Its Associations With Resilience, Self-Esteem, Hopelessness, and Psychopathology. *Schizophr Bull* 2017, 43 (1): 257-59.
137. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2010, 78 (2): 169-73.
138. Akman Y, Korkut, F. Hope ölçeği üzerine bir çalışma [A study on the hope scale]. *H. U. Journal of Education* 1993, 9 (1): 193-202.
139. De Sousa A, Lodha P. Suicide and Schizophrenia: Factors Affecting Recovery. In *Schizophrenia Treatment Outcomes*, 1. Ed, Springer press, Switzerland, 2020, 125-31.
140. Lagger N, Amering M, Sibitz I, Gmeiner A, Schrank B. Stability and mutual prospective relationships of stereotyped beliefs about mental illness, hope and depressive symptoms among people with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry research* 2018, 268 (3):484-89.

141. Vrbova K, Prasko J, Ociskova M, Kamaradova D, Marackova M, Holubova M, et al. Quality of life, self-stigma, and hope in schizophrenia spectrum disorders: a cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2017, 13 (1): 567-75.
142. Bellavia A, Centorrino F, Jackson JW, Fitzmaurice G, Valeri L. The role of weight gain in explaining the effects of antipsychotic drugs on positive and negative symptoms: An analysis of the CATIE schizophrenia trial. *Schizophrenia research* 2019, 206 (3): 96-102.
143. Hernandez M, Barrio C, Gaona L, Helu-Brown P, Hai A, Lim C. Hope and Schizophrenia in the Latino Family Context. *Community Ment Health J* 2019, 55 (1): 42-50.
144. Snyder C R, Ilardi SS, Cheavens J, Michael ST, Yamhure L, Sympson S. The role of hope in cognitive-behavior therapies. *Cognit Ther Res* 2000, 24 (6), 747-62.
145. Korte KJ, Schmidt NB. Motivational enhancement therapy reduces anxiety sensitivity. *Cognit Ther Res* 2013, 37 (6): 1140-50.
146. Langer ÁI, Schmidt C, Mayol R, Díaz M, Lecaros J, Krogh E, Villar MJ. (The effect of a mindfulness-based intervention in cognitive functions and psychological well-being applied as an early intervention in schizophrenia and high-risk mental state in a Chilean sample: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2017, 18 (1): 1-9.
147. Read J, Mosher LR, Bentall RP. (Eds.). Models of madness: Psychological, social and biological approaches to schizophrenia. 2. ed, Psychology Press 2004, 18-99
148. Finzi-Dottan R, Segev M. Well-being of people diagnosed with schizophrenia spectrum disorders: the role of attachment style, parental treatment and couple relationship. *Soc Work Ment Health* 2020, 18 (2): 217-35.
149. Atkinson, C, Earnshaw P. Motivational Cognitive Behavioural Therapy: Distinctive Features, 1. Edu, New York, Routledge press, 2019, 87-119
150. Burns D, Westra H, Trockel M, Fisher A. Motivation and changes in depression. *Cognit Ther Res* 2013, 37 (2): 368-79.
151. Hizkiyahu R, Levy A, Sheiner E. Pregnancy outcome of patients with schizophrenia. *A j peri*, 2010, 27 (01): 19-23.

152. Arkowitz H, Miller W R, Rollnick S. (Eds.). *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems*. 2. ed, New York, Guilford Publications, 2015, 76-98
153. Kingdon DG, Turkington, D. *Cognitive therapy of schizophrenia*. 1. ed, New York, Guilford/ RoutledgePress, 2004, 56-145
154. Lloyd H, Lloyd J, Fitzpatrick R, Peters M. The role of life context and self-defined well-being in the outcomes that matter to people with a diagnosis of schizophrenia. *Health Expect* 2017, 20 (5): 1061-72.
155. Shinozaki A, Hayashi T, Okamura H. Effects of a Psychoeducation Program for People with Schizophrenia Aimed at Increasing Subjective Well-Being and the Factors Influencing Those Effects: a Preliminary Study. *Psychiatr Q* 2020, 91 (1): 45-52.

## EKLER

### EK- 1.Özgeçmiş

#### PINAR HARMANCI ÖĞRETİM GÖREVLİSİ



**E-Posta Adresi** : forzapinar@hotmail.com  
**Telefon (İş)** : 0376213170-  
**Telefon (Çap)** : 0507776694  
**Adres** : Çankırı Karatekin Üniversitesi Ekişvan Sağlık Hizmetleri Meslek  
Yüksekokulu, Akku Mahallesi Zübeyde Hanım. Caddesi  
No:11 (Devlet Hastanesi Yanı) 38200 ÇANKIRI

#### Öğrenim Bilgisi

**Doktora**  
2016  
1/2020

**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ**  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ/HENŞİRELİK (DR)

Tez adı: gızofreni Tez Danışmanı:(FUNDA KAVAK BUDAK)

**Yüksek Lisans**  
2011  
6/Kasım/2013

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ**  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ/PSİKIYATRİ HENŞİRELİĞİ (YL) (TEZLİ)

Tez adı: gızofreni hastasına bakım verenlerin yüklerinin ruhsal sağlık durumlarına etkisinin incelenmesi (2013) Tez Danışmanı:(ZEKİYE ÇETİNKAYA DUMAN)

**Lisans**  
2002  
19/Şubat/2017

**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ**  
ADIYAMAN SAĞLIK YÜKSEKOKULU/HENŞİRELİK PR.

#### Görevler

**Öğretim Görevlisi**  
2014

**ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ/ELİVAN SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK  
YÜKSEKOKULU/SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ BÖLÜMÜ/VEVDE HASTA BAKIMI PR.)**

#### İdari Görevler

**Bilgi İşlem Sorumlusu**  
2013-2014

**GÖMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ/KELEKİT SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK  
YÜKSEKOKULU/TIBBİ HİZMETLER VE TEKNİKLER BÖLÜMÜ/İLK VE ACIL YARDIM  
PR.**

#### Dersler \*

2019-2020

**Öğrenim Dili** **Ders Saati**

#### Ön lisans

**ANATOMİ**

Türkçe 3

**ANATOMİ**

Türkçe 3

HASTA PSİKOLOJİSİ	Türkçe	2
TIBBİ TERMİNOLOJİ	Türkçe	2
HASTA BAKIM İLKE VE UYGULAMALARI 1	Türkçe	8
SAĞLIK SOSYOLOJİSİ	Türkçe	2

2018-2019

#### Ön lisans

SOSYAL VE FİZİKSEL REHABİLİTASYON	Türkçe	3
HASTA BAKIM İLKE VE UYGULAMALARI	Türkçe	10
TIBBİ TERMİNOLOJİ	Türkçe	2
ANATOMİ	Türkçe	2
NÖROLOJİK HASTALIKLAR	Türkçe	2
KRONİK HASTALIKLAR	Türkçe	2

2017-2018

#### Ön lisans

ÇOCUK SAĞLIĞI	Türkçe	3
HASTA BAKIM İLKE VE UYGULAMALARI 2	Türkçe	10
TIBBİ TERMİNOLOJİ	Türkçe	2
ANATOMİ	Türkçe	2
HASTA PSİKOLOJİSİ	Türkçe	2
SAĞLIK HİZMETLERİNDE ARAŞTIRMA YÖNTEM VE TEKNİKLERİ	Türkçe	2

#### Eserler

##### Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:

1. KILINÇ GÜLSEN,AYLAZ RUKUYE,GÜNEŞ GÜLSEN,HARMANCI PINAR (2019). The relationship between depression and loneliness levels of the students at the faculty of health sciences and the factors affecting them. PERSPECTIVES IN PSYCHIATRIC CARE, 1-6., Doi: 10.1111/ppc.12452 (Yayın No: 5491872)
2. HARMANCI PINAR,ÇETİNKAYA DUMAN ZEDİYE (2018). Investigating relationship between burden of caregivers of patients with schizophrenia and mental health conditions. Journal of Psychiatric NURSİNG (Yayın No: 3587471)

##### B. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında (proceedings) basılan bildiriler :

1. AYLAZ RUKUYE,GÜNEŞ GÜLSEN,KILINÇ GÜLSEN,HARMANCI PINAR (2018). The relationship between the factors affecting the depression and loneliness levels of the faculty of health science. 2. uluslararası 20. ulusal halk sağlığı kongresi (Tam Metin Bildiri/Sözle Sunum)(Yayın No:4548112)
2. AYLAZ RUKUYE,GÜNEŞ GÜLSEN,KILINÇ GÜLSEN,HARMANCI PINAR (2018). The relationship between the factors affecting the depression and loneliness levels of the faculty of health science. 2. Uluslararası 20. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (Tam Metin Bildiri/Sözle Sunum)(Yayın No:4744054)
3. SÖNMEZ DENİZ ZEYNEP,HARMANCI PINAR (2018). Kadına Yönelik Şiddet ve Toplum Sağlığı. Şiddet ve Sosyal Travmalar Uluslararası Kongresi (Tam Metin Bildiri/Sözle Sunum)(Yayın No:4342337)
4. KAVAK BUDAK FUNDA,HARMANCI PINAR,ÖZDEMİR AYSEL,GÖİTEKİN Abdurrazak,YILMAZ EMİNE (2017). The relationship between violence against women and marriage adaptation. Association of Thrace Universities 1st International health sciences congress (Özet Bildiri/Sözle Sunum)(Yayın

No:5435611)

5. KAVAK FUNDA,HARMANCI PINAR,ÖZDEMİR AYSEL,GÖLTEKİN ABDURREZZAK,YILMAZ EMİNE (2017). The Relationship Between Violence Against Women and Marriage Adaptation. TRAKYA ÜNİVERSİTELER BİRLİĞİ 1. ULUSLARARASI SAĞLIK BİLİMLERİ KONGRESİ (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3695056)
6. HARMANCI PINAR,KAVAK FUNDA (2017). The Effects of Family Interventions on the Child With Autism. TRAKYA ÜNİVERSİTELER BİRLİĞİ 1. ULUSLARARASI SAĞLIK BİLİMLERİ KONGRESİ (Özet Bildiri/Poster)(Yayın No:3695075)
7. SÖNMEZ DENİZ ZEYNEP,GÖÇ ERAY,HARMANCI PINAR (2017). Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Mesleki Benlik Saygı ve Akademik Özyeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi. VI. Uluslararası Meslek Yönelimcileri Sempozyumu (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3582673)
8. HARMANCI PINAR,KILINÇ GÖLSEN,YILDIZ ERMAN (2017). KADIN, GÖÇ VE YOKSULLUK. 3. uluslararası farklı şiddet boyutları ve toplumsal algı kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3509153)
9. HARMANCI PINAR,KILINÇ GÖLSEN,YILDIZ ERMAN (2017). WITNESS CHILDREN : VIOLENCE AND CHILD. 3. ULUSLARARASI FARKLI ŞİDDET BOYUTLARI VE TOPLUMSAL ALGI KONGRESİ (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3523520)
10. YILDIZ ERMAN,KILINÇ GÖLSEN,HARMANCI PINAR (2017). Türkiye’de Yayınlanmış Lisansüstü Çalışmalarda Erkekt Olgusunun Ele Alınışı. 3. Uluslararası Farklı Şiddet Boyutları ve Toplumsal Algı Kongresi, 111-112. (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3512872)
11. KILINÇ GÖLSEN,HARMANCI PINAR,YILDIZ ERMAN (2017). AİLE TERAPİLERİNİN AİLE ÜZERİNE ETKİSİ. 3.ULUSLARARASI FARKLI ŞİDDET BOYUTLARI VETOPLUMSAL ALGI KONGRESİ (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3678339)
12. YILDIZ ERMAN,KILINÇ GÖLSEN,HARMANCI PINAR (2017). Kanıt Perspektifi Çerçevesinde Kavetili Bir Olgu Olan Çocuk İhmali ve İstismarı. 3. Uluslararası Farklı Şiddet Boyutları ve Toplumsal Algı Kongresi, 113-114. (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3512678)
13. KILINÇ GÖLSEN,YILDIZ ERMAN,HARMANCI PINAR (2017). TOPLUMSAL TRAVMATİK OLAYLAR VE AİLE RUH SAĞLIĞI. 3.ULUSLARARASI FARKLI ŞİDDET BOYUTLARI VETOPLUMSAL ALGI KONGRESİ (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3678332)
14. HARMANCI PINAR,Bağ Ayşe Nur,Okumuş Merve,Duyucu Bözre,Aydın Sinem,Esar Buğcanur,Coşkun Ziyaettin,Bağ Tayfun,Aydın Kadir Can (2016). ÇANKIRI’DA 112 İSTASYONUNDA ÇALIŞANLARIN İNTİHAR OLASILIKLARININ BELİRLENMESİ. 4. uluslararası paramedik kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3411141)
15. HARMANCI PINAR,Böyükörkmen Mustafa,Kökseki Hüsseyin,Çolak Fatih,Çakar Ahmet Can,Sek Ahmet İslam,Alpül Mustafa,Coşkun Ziyaettin (2016). ÇANKIRI’DA 112 İSTASYONUNDA ÇALIŞANLARIN TÜKENMİŞLİKLERİ VE İŞDOYUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ. 4. uluslararası paramedik kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3411154)
16. HARMANCI PINAR,eşnmez zeynep deniz (2016). ÇOCUK İSTİSMARI İLE YÜZ HABERDE YÜZLEŞMEK. 4.usullararası ve 8.ulusal psikiyatri hemşireliği kongresi (Özet Bildiri/Poster)(Yayın No:2897859)
17. Şeyma Kargı,YAĞIZ CEMAL KÖSE,CEMİL NEFES,SENA SARI,CİHAN KURT,GÜRKÖK TUĞBA,SAHİN NİLAY,HARMANCI PINAR (2015). TOPLUMUN ACİL DURUM VE AMBULANS ÇAĞIRMA ALGISININBELİRLENMESİ ÇANKIRI ÖRNEĞİ. 3. ULUSLARARASI PARAMEDİK KONGRESİ (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:1871121)
18. HARMANCI PINAR,ÇETİNKAYA DUMAN ZEKİYE (2014). Analysis Of The Relationship Between Burden Of Caregivers Of Patients With Schizophrenia And Their Mental Health Conditions. III. Uluslararası ve VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (Özet Bildiri/Poster)(Yayın No:3012725)

### C. Yazılan ulusal/uluslararası kitaplar veya kitaplardaki bölümler:

#### C1. Yazılan ulusal/uluslararası kitaplar:

1. GEROPSİKİYATRİK GÜNCEL KONULAR (2019)., HARMANCI PINAR, İKSAD, Editör:FUNDA BUDAK, Basım sayısı:1, Sayfa Sayısı 103, ISBN:978-625-7029-35-3, Türkçe(Bilimsel Kitap), (Yayın No: 5491929)
2. Hemşirelikte Güncel Konular (2018)., SÖNMEZ DENİZ ZEYNEP,HARMANCI PINAR, İKSAD Yayınevi, Basım sayısı:1, ISBN:978-605-7923-54-7, Türkçe(Bilimsel Kitap), (Yayın No: 4561322)

#### C. Yazılan ulusal/uluslararası kitaplar veya kitaplardaki bölümler:

##### C2. Yazılan ulusal/uluslararası kitaplardaki bölümler:

1. Hemşirelik Bakım Sürecinde Güncel Yaklaşımlar, Bölüm adı:(İNTERNET TENELLİ MENTAL SAĞLIK MÜDAHALELERİ) (2019)., HARMANCI PINAR,KÜÇÜKKARA ÇİLEM, AKADEMİSYEN YAYINEVİ, Editör:Nihan DURU Sema ÖSTONDAĞ Gamze ONVER, Basım sayısı:1, Sayfa Sayısı

138, ISBN:978-605-258-300-x, İngilizce(Bilimsel Kitap), (Yayın No: 6009956)

2. Health Sciences Research in the Globalizing World, Bölüm adı:(Bandura'nın Social Learning and Role Model Theory in Nursing Education) (2018)., KILINÇ GÜLSEN,YILDIZ ERMAN,HARMANCI PINAR, St. Kliment Ohridski University Press, Editör:ALEXANDROVA Elena, SHAPEKOVA Nelya Lukpanovna, AK Bilim, ÖZCANASLAN Fügen, EFE Recep, Basım sayısı:1, Sayfa Sayısı 1212, ISBN:978-954-07-4525-1, İngilizce(Bilimsel Kitap), (Yayın No: 4491129)
3. Şiddet ve Sosyal Travmalar, Bölüm adı:(Kadına Yönelik Şiddet ve Toplum Sağlığı) (2018)., SÖNMEZ DENİZ ZEYNEP,HARMANCI PINAR, Hegem Yayınları, Editör:Adem Salak, Basım sayısı:1, Sayfa Sayısı 4022, ISBN:978-975-2499-09-7, Türkçe(Bilimsel Kitap), (Yayın No: 3674957)
4. Yaşamın Sınırlarında, Bölüm adı:(Hasta ve Hemşire Üstünlüğü ile İlgili Örnek Durumlar, Örnek Vakalar, DerinlemesineVaka İncelemeleri ve Vaka Alıştırmaları) (2017)., HARMANCI PINAR,KILINÇ GÜLSEN, NOBEL YAYINEVİ, Editör:NERMİN GÖRHAN, AYŞE OKANLI, Basım sayısı:1, Sayfa Sayısı 420, ISBN:9786059215411, Türkçe(Ders Kitabı), (Yayın No: 3674957)

#### E. Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler:

1. ÇİÇEKOĞLU PINAR,HARMANCI PINAR (2015). BİZ ASK İÇİN NE YAPTIK. 21. SOSYAL PSİKIYATRİ KONGRESİ (Tam Metin Bildiri/Poster)(Yayın No:1971382)
2. HARMANCI PINAR (2015). Medyada Paramedik ve Paramedik Mesleği Algısı Üzerine Notlar. 6. paramedik sempozyumu (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:1920151)

#### Diğer Yayınlar

1. KILINÇ GÜLSEN,HARMANCI PINAR,YILDIZ ERMAN,petin nurdan (2019). RELATIONSHIP BETWEEN INTERNET ADDICTION IN ADOLESCENTS AND FAMILY RELATIONSHIPS: A SYSTEMATIC REVIEW. Journal of International Social Research, 12(67), 609-618., Doi: 10.17719/jisr.2019.3748 (Uluslararası) (Hakemli) (MAKALE Derleme Makale) (Yayın No: 5679800)
2. YILDIZ ERMAN,petin nurdan,KILINÇ GÜLSEN,HARMANCI PINAR (2018). Early Intervention and Current Psychosocial Approaches to Substance Use Disorder. Addiction Drug Abuse Open Access Journal (Uluslararası) (Hakemli) (MAKALE Derleme Makale) (Yayın No: 5764902)
3. HARMANCI PINAR,ÇETİN NURDAN,YILDIZ ERMAN,KILINÇ GÜLSEN (2018). WHAT IS FIRST? ABUSE OR PSYCHOPATHOLOGY:A QUALITATIVE STUDY. Educational Research International, 7(2), 55-60. (Uluslararası) (Hakemli) (MAKALE Derleme Makale) (Yayın No: 4292152)
4. HARMANCI PINAR,KAVAK BUDAK FUNDA (2018). AİLE MÜDAHALELERİNİN OTİZMLİ ÇOCUK ÜZERİNDEKİ ETKİSİ:SİSTEMATİK DERLEME. The Journal of Academic Social Science, 6(70), 329-342., Doi: 10.18992 (Uluslararası) (Hakemli) (MAKALE Derleme Makale) (Yayın No: 4566884)
5. KILINÇ GÜLSEN,YILDIZ ERMAN,HARMANCI PINAR (2017). Toplumsal Travmatik Olaylar ve Aile Ruh Sağlığı. Türiye Klinikleri Psikiyatri Hemşireliği Özel Dergisi, 3(2), 182-188. (Ulusal) (Hakemli) (MAKALE Derleme Makale) (Yayın No: 3571558)
6. HARMANCI PINAR (2015). DÜNYA DAKİ VE TÜRKİYE DEKİ İNTİHAR VAKALARININSOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLER AÇISINDAN İNCELENMESİ. hacettepe sağlık bilimleri fakültesi dergisi (Ulusal) (Hakemli) (MAKALE Derleme Makale) (Yayın No: 1919904)

#### Üniversite Dışı Deneyim

2012-2013	hemşire	RİZE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, (Hastane)
2011-2012	hemşire	ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, (Hastane)
2007-2011	hemşire	EGE ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, (Hastane)

#### Sertifika

1. MOTİVASYONEL GÖRÜŞME, MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN TEMEL HEMŞİRELİK ALANLARINDA KULLANIMI, PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ UYGULAMALARINDA KULLANIMI, İSTANBUL/ PROF. DR. KÖLTEGİN ÖGEL, Sertifika, 21.07.2017 -09.02.2018 (Ulusal)



## EK-2. Tanıtıcı Özellikler Formu

1.Yaşınızı belirtiniz?.....

2.Cinsiyetinizi belirtiniz?

a) Kadın                      b) Erkek

3.Medeni durumunuzu belirtiniz?

a) Evli                      b) Bekar

4.Eğitim düzeyinizi belirtiniz?

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

5. Çalışma durumunuz belirtiniz?

a) Çalışıyorum              b) Çalışmıyorum

6.Ne kadar süredir hastasınız?.....

7. Son bir yıl içinde hastaneye yatış sayınızı belirtiniz?.....

8. Gelir durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?

a) İyi              b) Orta              c) Kötü

9. Ailenizde ruhsal hastalık öyküsü var mı?

a) Var              b) Yok

### **EK-3.Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği**

(Lütfen aşağıdaki her soruda bir kutucuğu işaretleyiniz)

**EVET(1)**

**HAYIR(2)**

1. İlacınızı almayı unuttuğunuz oluyor mu?
2. İlacınızı zamanında almayı unutur musunuz?
3. Kendinizi iyi hissettiğinizde, ilacınızı almayı bırakıyor musunuz?
4. Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde, bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilaç almayı kestiğiniz oldu mu?



#### EK.-4.Herth Umut Ölçeği

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

### **EK.-5. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği(PİOÖ)**

Aşağıda katılıp ya da katılamayacağınız 8 ifade vardır her bir madde için uygun olan cevabınızı belirtiniz. Kesinlikle Katılmıyorum(1),Katılmıyorum(2),Biraz Katılmıyorum (3), Kararsızım (4), Biraz Katılıyorum(5),Katılıyorum(6),Kesinlikle Katılıyorum(7)

01. Amaçlı ve anlamlı bir yaşamsürdürüyorum1234567

02. Sosyal ilişkilerim destekleyici ve tatminedicidir1234567

03. Günlük aktivitelerime bağlı ve ilgiliyim1234567

04. Başkalarının mutlu ve iyi olmasına aktif olarak katkıdabulunurum1234567

05. Benim için önemli olan etkinliklerde yetenekli ve yeterliyim1234567

06. Ben iyi bir insanım ve iyi bir hayatyaşıyorum1234567

07. Geleceğim hakkındaiyimserim1234567

08.İnsanlar bana saygıduyar 1234567

**EK-6. Eğitim Belgeleri**

**Motivasyonel Görüşme Tekniği  
Eğitimi Katılım Belgesi**

---

21 Temmuz 2017

Sayın .....Pınar HARMANCI.....

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

Saygılarımla



Prof. Dr. Kültegin ögel  
Motivasyonel Görüşme Eğitici

## Motivasyonel Görüşme Tekniği Eğitimi Katılım Belgesi

9 Şubat 2018

Sayın Pinar HARMANCI

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

Saygılarımla



Prof. Dr. Kültegin ögel  
Motivasyonel Görüşme Eğiticisi

## EK-7. Etik Kurul İzni

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
02.10.2018	18	2018/18-3	
<p><b>Karar No: 2018/18-3:</b> Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 02.10.2018 tarihinde Tıp Fakültesi Etik Kurul Salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü Dr. Öğr. Üy. Funda KAVAK'ın, sorumlu araştırmacı olduğu; Çankırı Karatekin Üniversitesi Eldivan Sağlık Hizmetleri M.Y.O Öğr. Grv. Pınar HARMACI'nın, yardımcı araştırmacı olduğu; "Şizofreni Hastalarında Motivasyonel Görüşme Tekniklerine Temellendirilmiş Psikoeğitimin Tedaviye Uyum, Umut ve Psikolojik İyi Oluşa Etkisi" başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde; çalışmanın <u>etik açıdan uygun olduğuna</u>; oy birliği ile karar verilmiştir.</p>			
Prof. Dr. Kadir ERDEM (Etik Kurul Başkan Yrd.)			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı	KATILMADI	Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Sermin TİMUR TASHAN Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Barış OTLU Etik Kurul Üyesi	KATILDI

## EK-8. Kurum İzinleri



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
Sağlık Bakanlığı  
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SBÜ ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
HASTANESİ - SBÜ ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE  
ARAŞTIRMA HASTANESİ  
19/11/2018 08:00 - 20796219 - 601.02 - E-16908



Sayı : 20796219-601.02  
Konu : Araştırma İzni

### ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 28.10.2018 tarihli ve E.2392 sayılı yazımız. :

Çankırı Karatekin Üniversitesi Eldivan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda Öğretim Görevlisi olan Pınar Harmancı'nın "Şizofreni Hastalarında Motivasyonel Görüşme Tekniklerine Temellendirilmiş Psikoeğitimin Tedaviye Uyum Umut ve Psikolojik İyi Oluşa etkisi" konulu tez çalışmasını hastanemizde uygulama talebiniz, Tuek Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilmiş ve bilimsel açıdan uygulanabilir olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Uzm. Dr. Sema GÖKA  
Başhekim a. .

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Faks No:

e-Posta: emine.kadioglu2@saglik.gov.tr İnt. Adresi: emine.kadioglu2@saglik.gov.tr

Bilgi için: Emine KADIOĞLU

Unvan: FIRMA

Telefon No: 0 312 508 51 58

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 1c19a2e7-5fb7-4f26-b39e-0a40d451802f kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.





T.C. Sağlık Bakanlığı  
Ankara Sağlık Müdürlüğü

T.C.  
ANKARA VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Ankara Etimesgut Şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesi

ANKARA ETİMESGUT ŞEHİT SAİT ERTÜRK DEVLET  
HASTANESİ - ANKARA ETİMESGUT ŞEHİT SAİT ERTÜRK  
DEVLET HASTANESİ  
30/10/2018 16:21 - 26945601 - 799 - E.4697



Sayı : 26945601-799  
Konu : Pınar HARMANCI (Tez Çalışması)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE  
(SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ)

İlgi: 28.10.2018 tarih ve E.2392 sayılı yazınız

İlgi yazınızda ismi geçen Çankırı Karatekin Üniversitesi Eldivan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda Öğretim Görevlisi olan Pınar HARMANCI'nın "Şizofreni Hastalarında Motivasyonel Görüşme Tekniklerine Temellendirilmiş Psikoeğitimin Tedaviye Uyum, Umut ve Psikolojik İyi Oluşa Etkisi" konulu tez çalışması talebine ilişkin yazısı Hastane Yönetimimizce değerlendirilmiş olup, başvurusu uygun görülmüştür.  
Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır.  
Uzm. Dr. Sibel ÜNSAT  
Başhekim Yardımcısı

Etimesgut Şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesi

Bilgi için: Ayşe DEMİRBAŞ

Faks No:

Unvan: HEMŞİRE

e-Posta: ayse.demirbas@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.etimesgutdh.saglik.gov.tr

Telefon No: 5337428409

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden b2a3d84-241d-49f9-8ae7-fdc388f278ae kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
ÇANKIRI VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

ÇANKIRI İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - EĞİTİM BİRİMİ  
15/11/2018 08:32 - 39991120 - 799 - E.814



00080879578

Sayı : 39991120-799  
Konu : Bilimsel Araştırma İzinleri (Öğr.  
Gör. Pınar HARMANCI)

ÇANKIRI İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Çankırı Karatekin Üniversitesi Eldivan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu 24/10/2018 tarih ve 5971 sayılı yazısı ve eklerine istinaden; ekte bilimsel araştırma izni komisyon tutanağı yer alan, Öğretim Üyesi Pınar HARMANCI'nın "Şizofreni Hastalarında Motivasyonel Görüşme Tekniklerine Temellendirilmiş Psikoeğitimin Tedaviye Uyum, Umut ve Psikolojik İyi Oluşa Etkisi" adlı çalışmasını, Çankırı Devlet Hastanesi bünyesindeki Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezinde Kasım 2018-Haziran 2019 tarihleri arasında yapması hususunu;

Tensiplerinize arz ederim.

e-imzalıdır.  
Hasan Hüseyin ŞENGÜL  
Başkan Yardımcısı

**OLUR**  
.../.../2018

e-imzalıdır.  
Op.Dr. Hüseyin KESKİN  
İl Sağlık Müdürü

Çankırı İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Birimi

Faks No:

e-Posta:ozlem.aslan2@saglik.gov.tr İnt.Adresi: ozlem.aslan2@saglik.gov.tr

Bilgi için:Özlem ASLAN(EĞİTİM)

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0376 213 10 99 (1188)

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 433d50a2-2259-401d-9f92-4ad022e2a9d7 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## EK-9. Onam Formu

### ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım.Bana;çalışmanın muhtemel risklerive faydaları sözlü olarak ta anlatıldı.**Bu çalışmayıistediğimzamanveherhangibirnedebelirtmekzorundakalmadanbırakabileceğimi ve bıraktığımtakdirdeherhangibirolumsuzlukilekarşılaşmayacağımanladım.

GÖNÜLLÜ		İMZASI/TARİH
ADI-SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

VELİ/ VASİ (Varsa)/1.Derece Yakını		İMZASI/TARİH
ADI-SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ARAŞTIRMACI		İMZASI/TARİH
ADI-SOYADI ve GÖREVİ		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		