



**ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERDE BİLİŞSEL DAVRANIŞCI
TERAPİ TEMELLİ PSİKOEĞİTİMİN İÇSELLEŞTİRİLMİŞ
DAMGALANMA VE İŞLEVSEL İYİLEŞMEYE ETKİSİ**

Meltem ÇAPAR ÇİFTÇİ

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ**

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

Doktora Tezi-2021

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

**ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERDE BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ
TEMELLİ PSİKOEĞİTİMİN İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE
İŞLEVSEL İYİLEŞMEYE ETKİSİ**

Meltem ÇAPAR ÇİFTÇİ

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Psikiyatri Hemşireliği
Doktora Tezi**

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

**MALATYA
2021**

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	3
1.2. Araştırmanın Hipotezleri	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Şizofreninin Tanımı	4
2.2. Şizofreninin Epidemiyolojisi	4
2.3. Şizofreninin Etiyolojisi	4
2.3.1. Genetik Faktörler	4
2.3.2. Beyindeki Yapısal Değişimler	5
2.3.3. Nörotransmitter Sistemler	5
2.3.4. Sosyoekonomik-Kültürel-Çevresel Faktörler	5
2.3.5. Hastalık Öncesi Kişilik	6
2.3.6. Bilişsel Bozukluklar	6
2.4. Şizofreninin Belirtileri	6
2.4.1. Genel Görünüm ve Davranış	6
2.4.2. Duygulanım ve Duygudurum Bozuklukları.....	6
2.4.3. Düşünce Süreci-Düşünce İçeriği-Konuşma.....	7
2.4.4. Algı Bozuklukları	7
2.5. Şizofreninin Tedavisi	7
2.6. Şizofreni ve İçselleştirilmiş Damgalanma	8
2.7. Şizofreni ve İşlevsel İyileşme	9
2.8. Şizofreni ve BDT	10
2.9. Şizofreni Tanılı Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanmanın Azaltılmasında ve İşlevsel İyileşmenin Artırılmasında Psikiyatri Hemşiresinin Rolü	11
3. MATERYAL VE METOT	13
3.1. Araştırmanın Türü.....	13
3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman	13

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	13
3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	14
3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	14
3.4. Veri Toplama Araçları.....	16
3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu.....	16
3.4.2. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ).....	16
3.4.3. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ).....	17
3.5. Verilerin Toplanması.....	17
3.6. Psikiyatri Hemşireliği Girişimi.....	18
3.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	28
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	29
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu.....	29
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	30
4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA.....	40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	46
KAYNAKLAR.....	48
EKLER.....	60
EK-1. Özgeçmiş.....	60
EK-2. Tanıtıcı Özellikler Formu.....	61
EK-3. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ).....	62
EK-4. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ).....	63
EK-5. BDT Temelli Psikoeğitim Oturum İçeriği.....	72
EK-6. Etik Kurul Onayı.....	80
EK-7. Kurum İzni Komisyon Kararı.....	81
EK-8. Bilimsel Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü.....	82
EK-9. Aydınlatılmış Onam Formu.....	83

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca ve tezimin tüm aşamalarında emeği ve güler yüzü ile yanımda olan, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, önerileri, deneyimleri ve bilimsel birikimiyle yolumu aydınlatan, her daim empatik yaklaşımıyla hayranlık duyduğum değerli danışmanım Sayın Doç. Dr. Funda KAVAK BUDAK'a,

Çalışmanın planlanması, başlatılması ve devam ettirilmesi boyunca tecrübe, bilgi ve ön görüşleri ile yardımcı ve destek olan değerli hocalarım Prof. Dr. Rıfat KARLIDAĞ ve Dr. Öğr. Üyesi Erman YILDIZ'a,

Uzun ve yorucu eğitim sürecimin her anında bana destek olan, beni cesaretlendiren ve tüm sıkıntılarımı benimle birlikte sırtlanan, şiirlerimdeki en güzel mısraların sahibi, can yoldaşım; sevgili eşim Emirhan ÇİFTÇİ'ye,

Bu süreçte minicik bedeni ve kocaman yüreğiyle bana sımsıkı sarılan, zaman zaman yeterince ilgilenemediğim, hayatımı doğduğu günden beri anlamlaştıran ve gülüşüyle bütün mevsimleri çiçeklendiren canımın içi biricik kızım Zeynep Esila ÇİFTÇİ'ye,

Eğitim hayatımın ilk gününden bu güne dek her konuda sevgi ve sabır ile bana destek olan, ruhumu ısıtan, başarılarımın mimarı ve hayat ışığım sevgili annem Gülser ÇAPAR'a, bana hep anne şefkatiyle yaklaşan, beni her daim destekleyen; adeta bir çınar gibi hayatımı güçlendirip, dünyamı renklendiren kayınvalidem Sıdıka ÇİFTÇİ'ye,

Burada isimlerini sığdıramıyacağım manevi desteklerini hep hissettiğim tüm aileme,

Bu süreçte destek, anlayış ve katkılarından dolayı yanımda olduğunu hep hissettiğim sevgili arkadaşım Dr. Öğr. Üyesi Çiçek EDİZ'e,

Tez çalışmama katılan tüm bireylere ve çalışmayı yürüttüğüm merkezde uygulamalar esnasında bana ellerinden gelen desteği esirgemeyen tüm sağlık çalışanlarına,

TEŞEKKÜRLER...

Meltem ÇAPAR ÇİFTÇİ

ÖZET

Şizofreni Tanılı Bireylerde Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Psikoeğitimin İçselleştirilmiş Damgalanma ve İşlevsel İyileşmeye Etkisi

Amaç: Bu araştırma şizofreni tanılı bireylerde Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) temelli psikoeğitimin içselleştirilmiş damgalanma ve işlevsel iyileşmeye etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metod: Araştırma ön test-son test kontrol gruplu yarı deneme modeli olarak Elazığ Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde (TRSM) Eylül 2020-Haziran 2021 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırma Elazığ TRSM'ye kayıtlı 100 şizofreni tanılı bireyle (50 kontrol, 50 deney) tamamlandı. Veriler Tanıtıcı Özellikler Formu, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) ve Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) kullanılarak toplandı. Deney grubundaki şizofreni tanılı bireylere 8 oturumluk BDT temelli psikoeğitim verildi, kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylere herhangi bir girişim uygulanmadı. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ki kare, bağımlı ve bağımsız gruplarda *t* testi kullanıldı.

Bulgular: Deney grubundaki şizofreni tanılı bireylerin BDT temelli psikoeğitim sonrası içselleştirilmiş damgalanma (74.40 ± 11.39) düzeyinin kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylerin içselleştirilmiş damgalanma (80.00 ± 9.46) düzeyine oranla azaldığı, işlevsel iyileşme (39.92 ± 7.13) düzeyinin ise kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylerin işlevsel iyileşme (38.40 ± 8.48) düzeyine oranla arttığı belirlendi. Araştırmada, BDT temelli psikoeğitim uygulamasının deney grubundaki şizofreni tanılı bireylerin içselleştirilmiş damgalanma ve işlevsel iyileşme düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak önemli bir fark oluşturduğu ($p < 0.05$) saptandı.

Sonuç: Şizofreni tanılı bireylere uygulanan BDT temelli psikoeğitimin; bu bireylerde içselleştirilmiş damgalanma düzeyini azaltmada, işlevsel iyileşme düzeyini artırmada etkili olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: BDT, içselleştirilmiş damgalanma, işlevsel iyileşme, psikiyatri hemşireliği, psikoeğitim, şizofreni.

ABSTRACT

The Effect of Cognitive Behavioral Therapy Based Psychoeducation on Internalized Stigma and Functional Recovery in Individuals with Schizophrenia

Aim: This study was conducted to determine the effect of Cognitive Behavioral Therapy (CBT)-based psychoeducation on internalized stigma and functional recovery in individuals with schizophrenia.

Material and Method: The research was conducted in Elazig Community Mental Health Center (TRSM) between September 2020 and June 2021 as a quasi-trial model with a pre-test post-test control group. The research was completed with 100 individuals diagnosed with schizophrenia (50 control, 50 experimental) registered in Elazig TRSM. Data were collected using the Descriptive Characteristics Form, the Internalized Stigma Scale in Mental Illnesses (ISMI), and the Scale of Functional Improvement in Schizophrenia (SHILS). Eight sessions of CBT-based psychoeducation were given to individuals with schizophrenia in the experimental group, and no intervention was applied to individuals with schizophrenia in the control group. Number, percentage, mean, standard deviation, chi-square, t-test was used in the analysis of the data.

Results: The level of internalized stigma (74.40 ± 11.39) of individuals with a diagnosis of schizophrenia in the experimental group after CBT-based psychoeducation decreased compared to the level of internalized stigma (80.00 ± 9.46) of individuals with a diagnosis of schizophrenia in the control group. It was determined that it increased compared to the level of 38.40 ± 8.48). CBT-based psychoeducation practice created a statistically significant difference ($p < 0.05$) on the levels of internalized stigma and functional improvement of individuals in the experimental group.

Conclusion: CBT-based psychoeducation applied to individuals diagnosed with schizophrenia; It was determined that it was effective in reducing the level of internalized stigma and increasing the level of functional recovery in these individuals.

Keywords: CBT, functional recovery, internalized stigmatization, psychiatric nursing, psychoeducation, schizophrenia.

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

- BDT** : Bilişsel Davranışçı Terapi
- DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- RHİDÖ** : Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği
- ŞİLÖ** : Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği
- TRSM** : Toplum Ruh Sağlığı Merkezi



ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 3.1. Araştırma Konsort Akış şeması.....	15
Şekil 3.2. Grupların Uygulama Planı.....	18
Şekil 3.3. BDT Temelli Psikoeğitim Uygulama Planı.....	27



TABLULAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) ve Alt Boyutları	17
Tablo 3.2. Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) ve Alt Boyutları.....	17
Tablo 3.3. Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması... 28	
Tablo 3.4. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	29
Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	31
Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Katılımcıların Ön Test ŞİLÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	32
Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Katılımcıların Son Test ŞİLÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	33
Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Katılımcıların Ön Test RHİDÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	34
Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Katılımcıların Son Test RHİDÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	35
Tablo 4.6. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Katılımcıların Ön Test ve Son Test ŞİLÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	36
Tablo 4.7. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Katılımcıların Ön Test ve Son Test RHİDÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	38

1. GİRİŞ

Şizofreni bireyin zihinsel ve sosyal işlevselliğini etkileyen, düşünce, duygulanım ve davranışlarda bozulma ile karakterize önemli ruhsal hastalıklardan biridir (1). Şizofreni Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Global Hastalık Yüğü adlı çalışmasında en fazla yeti yitimine yol açan ruhsal bozukluk olarak belirtilmektedir. Dünya genelinde bu hastalığın oranının ise % 2.1–0.7 arasında olduğu belirtilmiştir (2,3). Ülkemizde şizofreni görülme oranı net olmamakla birlikte; yaygınlığını çoğunlukla % 0.89 olarak belirten epidemiyolojik çalışmalar bulunmaktadır (4, 5).

Şizofreni tanılı bireylerde düşünce, algı ve davranışlarda meydana gelen değişikliklerin yol açtığı tutarsız davranışlar ve fiziksel görünümünden dolayı damgalanmaya maruz kalma oranı yüksektir (6). Damgalanma; bireyin bulunduğu toplum üyeleri tarafından dışlanarak, bireye duygu, düşünce ve davranışsal olarak kötü bir şekilde muamele etmektir (7). Ruhsal hastalığa sahip bireyler gerek hastalığın oluşturduğu belirtiler gerekse kullandıkları ilaçların yan etkilerinden dolayı toplumdaki normal ölçülerden sapma göstermektedirler. Bu durum bireylerin toplum içinde diğer ruhsal hastalıklara göre daha fazla damgalanmasına yol açmaktadır (8). Şizofreni tanılı bireyler kendilerini bu rahatsızlıktan dolayı damgalanmış olarak görüp kendi içsel dünyalarında damgalanma düşüncesi ve duygusu oluşturabilmektedirler (9). İçselleştirilmiş damgalanma olarak tanımladığımız bu durum ise bireyde öz saygı düşüklüğü, utanma, toplumdan kendini soyutlama ve dışlama olarak ortaya çıkmaktadır (8,10). Yapılan çalışmalarda şizofreni tanılı bireylerde içselleştirilmiş damgalanma oranının yüksek olduğu saptanmıştır (11,12). İçselleştirilmiş damgalanma bireyleri duygusal, bilişsel olarak etkilemekte, toplumdan uzaklaşmalarına neden olmakta ve işlevselliklerini olumsuz yönde etkilemektedir (13).

Şizofrenide işlevsel iyileşme; yaşanan belirtilerin kontrol altında tutularak bireyin bilişsel, ruhsal ve sosyal işlevselliğinin yükseltilmesini kapsamaktadır. İşlevsel iyileşme çevresel faktörler, sosyo-ekonomik şartlar, aile dinamikleri gibi pek çok faktörden etkilenebilmektedir (14). Şizofrenide görülen belirtilere ek olarak bireyin damgalanmaya maruz kalması ya da kendini damgalanmış olarak görmesi, işlevsellik düzeyinde bozulma meydana getirebilmektedir (15). Şizofreni tanılı bireyler günlük hayatta yaşam becerilerini yerine getirirken; bireysel ve toplumsal işlevselliklerini yerine

getirmede çeşitli zorluklar yaşamaktadır (14, 16). İşlevsellik düzeyinin düşmesi, şizofrenide sürekliliği olan unsurlardan biri olup; bireylerin aileleri ve toplum için zorlu bir yaşam döngüsü oluşumuna yol açmaktadır. Bu nedenle şizofreni tanılı bireylerin işlevselliğinin artırılması ve topluma uyumunun artırılarak kendi kendine yetebilme düzeyine getirilmesi tedavideki önemli unsurlar arasında yer almaktadır (15-17). Nemoto, Zhu, Kavak ve Ekinci ayaktan tedavi gören şizofreni tanılı bireylerde yaptıkları çalışmada bu bireylerin işlevselliklerinin düşük olduğunu saptamışlardır (15, 16, 18).

Erken tanı, uygun tedavi ve tedaviye uyum oranlarıyla şizofreni tanılı bireylerin çoğunda büyük ve orta düzeylerde düzelmeler görünmektedir. Şizofrenide belirtileri hafifletmek için temel tedavi olarak antipsikotik ilaçlar kullanılmaktadır. Ancak bu ilaçların yanında psikoterapiler, sosyal beceri eğitimleri, bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve psikoeğitler önemli yer kaplamaktadır (19, 20). Birçok ruhsal hastalığın tedavisinde çoğunlukla BDT kullanılmaktadır. BDT'nin pek çok ruhsal hastalığa adapte olması ve iyi bir tedavi işbirliği içinde yürütülmesi bu yöntemin son yıllarda etkinliğini daha da artırmaktadır (21). BDT'de temel amaç kişinin algıladığı olayda, otomatik düşüncelerinin farkına vardırılarak, işlevsiz düşüncelerini değiştirip yerine işlevsel olan yeni inançları geliştirmektir (22).

Günümüzde şizofreni tanılı bireylere yönelik BDT'yi temel alan psikoeğitim uygulamaları, temelde bireyin hastalığa bakış açısını normalleştirerek hem kendinin oluşturduğu içselleştirilmiş damgalanmayı hem de toplum tarafından maruz kaldığı damgalanmayı azaltmaktadır. Böylece bireyin topluma daha kolay adapte olması ve sosyalleşmesi sağlanarak işlevsellik düzeyinin artmasına katkı sağlanmaktadır. Ayrıca BDT'yi temel alan bu psikoeğitim uygulamaları, şizofreni tanılı bireylerde görülen sanrı ve varsanılar gibi psikotik belirtilerin sıklığını ve şiddetini azaltarak bireylerin işlevselliğinin artmasına yardımcı olmaktadır (20, 21, 23). Rose ve ark. BDT temelli eğitimin şizofreni tanılı bireylerin işlevselliğini artırdığını tespit etmiştir (24).

Psikiyatri hemşireliği uygulamalarında hastane temelli yaklaşımdan ziyade toplum temelli yaklaşımın benimsenmesiyle birlikte hemşirenin, danışmanlık, eğitim rehabilitasyon gibi bağımsız rolleri önem kazanmıştır (25). Psikiyatri hemşiresi de bu bağımsız rollerini kullanarak hastayı fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak bir bütün olarak ele alıp; gerekli olan bakımı terapilerle destekleyerek bireyin tedavi sürecine katkı sağlamaktadır (26). Dünyada ve ülkemizde bu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda BDT'

nin şizofreni tanılı bireylerde bozukluğa ait belirtilerin şiddetinin ve bozukluğa eşlik eden diğer sorunların (anksiyete, umutsuzluk, damgalanma) azaltılmasında etkili olduğunu gösteren sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (27). Araştırmanın sonuçlarının psikiyatri hemşireliği alanında yapılacak uygulamalara katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, şizofreni tanılı bireylerde BDT temelli psikoeğitimin içselleştirilmiş damgalanma ve işlevsel iyileşmeye etkisini belirlemektir.

1.2. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez1. Şizofreni tanılı bireylere verilen BDT temelli psikoeğitim içselleştirilmiş damgalanmayı azaltır.

Hipotez 2. Şizofreni tanılı bireylere verilen BDT temelli psikoeğitim işlevsel iyileşmeyi artırır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreninin Tanımı

Şizofreni davranışsal, duygusal ve özellikle de beynin yürütücü işlevlerinde (algı, bellek, dikkat, öğrenme, hafıza) meydana gelen sorunlarla kendini gösteren kronik ruhsal bir bozukluktur. Genellikle genç yaşlarda başlayarak süregelen hal alan bu bozukluk; oluşturduğu pozitif ve negatif belirtilerle bireyin toplumdan hatta kendisinden uzaklaşıp soyutlanmasına yol açmaktadır (28, 29).

2.2. Şizofreninin Epidemiyolojisi

Şizofreni her toplumda ve her türlü sosyoekonomik düzeyde görülebilmektedir. Ülkemizde yapılan sistematik bir araştırmada şizofreni yaşam boyu yaygınlığı % 0.89 olarak saptanmıştır. Dünya genelinde ise bu yaygınlık oranının %0.21–0.7 arasında olduğu belirtilmektedir (3, 4, 30). Şizofreni her toplumda görülebilmektedir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda; kadın ve erkekte eşit oranda görülmekle birlikte, erkekte daha erken başlamakta ve sosyoekonomik durumu düşük bireylerde daha fazla görülmektedir (31).

2.3. Şizofreninin Etiyolojisi

Şizofreninin etiyojisini açıklamada pek çok faktör tanımlansa da nedeni tam olarak bilinmemektedir. Şizofreninin tetikleyici bir etmenle birlikte; pek çok etkenin bir araya gelerek oluştuğu düşünülmektedir. Günümüzde hala şizofreninin kesin nedeniyle ilişkili çalışmalar sürmektedir (32).

2.3.1. Genetik Faktörler

Şizofrenide genetik faktörlere bakılan son dönem araştırmalarında şizofreninin oluşmasında genetik faktörlerin yaklaşık %20 oranında rol aldığı saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda aile üyelerinden birinde şizofreninin olması, diğer üyelerde şizofreni ortaya çıkma riskini yaklaşık on kat arttırmaktadır (33). Böylece genetik yapıdaki bozukluk şizofreni oluşumunda rol oynayan önemli bir unsur olmaktadır. Bu sayede biyolojik yakınlık olarak paylaşılan gen oranı arttıkça şizofreni oluşma riskinin de arttığı görülmektedir (34).

2.3.2. Beyindeki Yapısal Değişimler

Şizofreni tanılı bireylerde beyin görüntüleme teknolojisi kullanıldığında bu bireylerde yapısal beyin anormallikleri saptanmıştır. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MR) yöntemi ile yapılan çalışmalarda yaygın bulgu olarak ventriküllerde büyüme, beyincikte küçülme ve sulkuslarda büyüme gözlenmektedir. Ayrıca beyindeki temporal ve prefrontal bölgelerde gri madde azalması, hipokampus, amigdala ve talamus gibi limbik sistem yapılarında ise önemli ölçüde hacim azalması olduğu tespit edilmiştir (28,35).

2.3.3. Nörotransmitter Sistemler

Beyin biyokimyası ile ilgili yapılan araştırmalar sonucunda beyinde düşünce sürecini etkileyen nörotransmitter maddelerden biri olan dopaminin aktivite artışının şizofreni oluşumunda rol aldığı saptanmıştır. Son yıllarda dopamin nörotransmitterinin yanında yapılan araştırmalarda ek olarak serotonin, nöradrenalin ve Gabaaminobutirik asit (GABA) düzeylerinde de normal değerlerinde sapmalar olduğu gözlemlenmiştir (36).

2.3.4. Sosyoekonomik-Kültürel-Çevresel Faktörler

Yapılan araştırmalarda sosyoekonomik düzeyi düşük olan ailelerde şizofreni görülme oranının yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun nedeni gelir düzeyi düşük ailelerde enfeksiyonların oluşma oranının yüksek olması, hamilelik dönemindeki beslenme ve bakım eksiklikleri olarak düşünülmektedir (26, 34). Göçmenliğin genetik yatkınlıktan sonra şizofreni görülme oranının artmasında önemli bir kültürel etken olduğu belirtilmiştir. Göçmenlerin dışlanmış olması, olumsuz yaşam koşulları, kendi kültüründen uzaklaşma, buldukları yerin kültürüne adaptasyon problemleri, eğitimden yoksun kalma, temiz gıdaya ve suya ulaşımındaki sıkıntılar, bulaşıcı hastalıklara yakalanma, aileden birinin kaybı ve topluluk halinde yaşama gibi nedenler şizofreninin oluşmasında tetikleyici sebepler olarak görülmektedir (37). Ayrıca şizofreni tanılı bireylerin içinde buldukları toplumun ruhsal hastalıklara olan bakış açısı, annede madde kullanımının varlığı, erken doğum, aile üyelerinin eleştirel olması, aile içi çatışmaların varlığı, çocukluk döneminde yaşanan krizler, okul ya da iş hayatındaki başarısızlıklar şizofreninin ortaya çıkmasında etkili olan çevresel faktörler arasında yer almaktadır (38).

2.3.5. Hastalık Öncesi Kişilik

Şizofreni tanılı bireyler hastalık öncesi dönemlerinde çoğunlukla sessiz, tek başına olmayı tercih eden, kendini toplumdan ve aileden soyutlayan, garip, sınırlı ilgileri olan ve çevresiyle güven problemi olan kişiler olmaktadır (34, 35).

2.3.6. Bilişsel Bozukluklar

Şizofrenide öncelikle bilişsel alan olmakla beraber nöropsikolojik, nörofizyolojik ve bu sistemlerle bağlantılı olan beynin diğer merkezlerinde de bozukluklar meydana gelmektedir. Şizofreni tanılı bireylerde bu yüzden uyarıların beyin merkezine iletilmesinde yetersizliklerin oluştuğu, böylelikle çok fazla uyarının beyne iletildiği fakat bireylerin bu uyarıyı ayıklayıp bütünleştiremediği gözlenmektedir (39).

Şizofreni tanılı bireylerde ortaya çıkan bilgi işleme süreci hataları ve bilişsel sorunlar şizofrenide yeti yitiminin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Bu hatalar ve sorunlar dikkat, hafıza, planlama, yaratıcılık, yargılama, sorun çözme, uyarı ve tepkilerin denetimi, karar verme gibi alanlarda bozulmalara sebep olmaktadır (25, 40).

2.4. Şizofreninin Belirtileri

2.4.1. Genel Görünüm ve Davranış

Şizofrenide çok çeşitli belirtiler görüldüğü için tipik klinik bir görünüm tanımlanamamaktadır. Bireylerin çoğunda donakalım, ilgisizlik, taşkınlık veya çekingen bir görünüm gözlenmektedir (41). Ayrıca ilaç yan etkileri ve hastalığın oluşturduğu belirtilerden dolayı genellikle bu bireylerde dağınıklık, bakımsızlık, kendi kendine gülme, tuhaf sesler ve mırıldanma görülebilmektedir. Garip göz ve yüz hareketleri (manyerizm), kalıplaşmış ve sürekli tekrarlayan beden hareketleri (sterotipi), ajite davranışlar ve sinirlilik bu bireylerde gözlemlenmektedir (28, 42).

2.4.2. Duygulanım ve Duygudurum Bozuklukları

Genel olarak şizofrenide sıklıkla karşılaştığımız önemli bir bulgu ise duygu küntlüğü ve duygu azalması olmaktadır. Ayrıca bu bireylerin duygulanımlarında uygunsuzluk, vurdumduymazlık, taşkınlık, çökkünlük, duygularda küntleşme, olaylara verilen tepkilerde normal olmayan duygudurum ifadeleri gözlenmektedir (43).

2.4.3. Düşünce Süreci-Düşünce İçeriği-Konuşma

Şizofrenide düşünce süreci bozukluklarında; konuşma miktarı ve konuşmanın azalması ya da konuşma miktarının artması, basınçlı konuşma, düşüncelerde sapma, bloklar, perseverasyon, ekolali, görülmektedir. Düşünce içeriğinde en sık rastlanan bulgu ise sanrılardır. Kötülük görme sanrıları en fazla rastlanan türü olup bunun yanında somatik, kıskançlık, zihin okunması, dinsel, küçüklük, büyüklük, erotomanik sanrıları da sıklıkla görülmektedir (28, 44).

2.4.4. Algı Bozuklukları

Şizofrenide en fazla görünen algı bozuklukları yanılsamalar (illüzyon) ve halüsinasyonlardır. En fazla işitme halüsinasyonları görülmektedir. Bunun yanında dokunma, koku, görme, tat halüsinasyonları da ortaya çıkabilmektedir (45).

2.5. Şizofreninin Tedavisi

Şizofreni tanılı bireylerin tedavisi diğer kronik rahatsızlıkların tedavisine oranla daha fazla güçleşmektedir. Bunun sebebi bu bireylerin iç görülerinin az olması, toplum tarafından ya da bireyin kendi içinde kendini damgalaması, tedaviyi reddetmeleri, tedavilerine olan uyum zorluğu ve olumsuz etkilenen yaşam kalitesi olmaktadır (46). Ayrıca şizofreniye özgü belirtiler bireyin işlevsellik düzeyini azaltıp atakların tekrarlanmasına yol açmaktadır. Bu durum hem tedaviyi zorlaştırmakta hem de bireylerin yaşamış oldukları belirtilerin şiddetini artırmaktadır. Tedavideki amaç şizofreni belirtilerini azaltmak veya ortadan kaldırmak, bireyin işlevselliğini ve yaşam kalitesini maksimum düzeye çıkarmak ve bireyin yaşam hedefleri kazanmasına yardımcı olmaktır. Bu amaçla ilk başvurulan yöntem ilaç tedavisi olmaktadır (47). Yapılan çalışmalar antipsikotiklerin şizofreni tanılı bireylerin yaşamış oldukları belirtilerle baş etmede başarı sağladıklarını göstermektedir. Bunun yanında nöroleptikler, anksiyolitikler, antidepresanlar ve duygu durum düzenleyiciler de antipsikotiklerin yanında başvurulan ilaç grupları olmaktadır (48). Fakat ilaç tedavisi şizofreni de daha çok pozitif belirtiler üzerinde başarı sağladığı için tek başına yeterli olmamaktadır. Bu yüzden tedavi etkinliğini artırmada ilaç tedavisinin yanında BDT, psikososyal beceri eğitimleri, grup terapileri, aile terapileri, Elektrokonvülsif Terapi (EKT) önemli rol oynamaktadır (49).

2.6. Şizofreni ve İçselleştirilmiş Damgalanma

Damgalanma; Bir bireye başka bir birey, grup veya toplum tarafından toplumdaki normal ölçütlerden sapma gösterdiği iddiasıyla düşünce, davranış ve duygu olarak kötü bir şekilde muamele etmektir. Ruhsal bozukluğu olan bireyler toplumda diğer rahatsızlıklara göre çok daha fazla damgalanmayla karşı karşıya kalmaktadır. Bu yüzden damgalanan bireye; önemsiz, noksan, kusurlu ya da değersiz muamelesi yapılmaktadır (50). Ruhsal bozuklukların tanısında ve tedavisinde damgalanma büyük bir engel oluşturarak toplum tarafından bu bireylerin benimsenmemesine yol açmaktadır. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin sergilemiş oldukları tutum ve davranışlar toplum tarafından dışlanmalarına, reddedilmelerine ve ayrımcılığa sebep olmaktadır. Bu şekilde damgalanan bireyler toplumda değersiz bir kimliğe büründürülerek bazı hak ve özgürlüklerden mahrum bırakılmaktadırlar (51).

Şizofreniye özgü belirtilerin varlığı ve kullanılan ilaçların yan etkileri bireylerde istenmeyen tutum, davranış ve fiziksel görüntüye sebep olmaktadır. Bu durum psikiyatrik rahatsızlıklar içinde şizofreni tanılı bireylerin diğer psikiyatrik bozukluğa sahip bireylere oranla damgalanma oranının daha yüksek olmasına yol açmaktadır (52). Damgalanmada bir birey ya da bir grup toplumdaki ya da yaşamış olduğu ortamdan ayrı tutularak ötekileştirilmektedir. Bu ötekileştirme beraberinde önyargılara sebep olmaktadır. Ötekileştirilen şizofreni tanılı birey gittikçe toplumdaki ve bulunduğu ortamdan uzaklaşmaya başlayarak olumsuz duygularla toplumdaki kendini soyutlamaktadır. Bunun sonucu olarak tedaviye uyum zorlaşarak; bireyin yaşam hedefleri isteğinde azalma meydana gelmektedir (53).

Bazen de birey toplum tarafından damgalanmadığı halde kendi içinde kendi kendini damgalanmış olarak görüp, damgalanmanın bütün etkenlerini kendine yansıtmaktadır. İçselleştirilmiş damgalanma dediğimiz bu süreçte birey, kendini etiketlemeye başlayarak artık kendinden, sorunlarından, tedavisinden ailesine ve çevresine bahsetmemektedir. Bu durum tedavideki başarının, şizofreni tanısıyla baş etme becerisinin ve özellikle işlevsellik düzeyinin düşmesine sebep olmaktadır (50-52). Toplum tarafından damgalanma ve içselleştirilmiş damgalanma yalnızca ruhsal bozukluğa sahip bireyleri değil, aynı zamanda bu bireylerin ailelerini, arkadaşlarını ve içinde buldukları toplulukları da olumsuz olarak etkilemektedir. Her iki şekilde de damgalanan bu bireyler yalnız, izole, çevresindekiler tarafından anlaşılamayan bir şekilde yaşamaya başlarlar. Damgalanma aile içi ve sosyal ilişkilere zarar vererek

bireyin ve yakınlarının yaşam kalitelerinde düşüşe yol açmaktadır (50, 51, 53). Avcil ve ark. yaptıkları çalışmada şizofreni tanılı bireylerde damgalanmanın yüksek olduğu saptanmıştır (54).

Toplumsal ve içselleştirilmiş damgalanmayı tedavi etmenin en etkili yolu toplumda ruhsal bozukluğu olan bireylere yaklaşım konusunda eğitimler vermek, bu bireylerin sosyal işlevselliklerini artırıcı etkinlikler düzenlemek ve toplumu eğitirken öte taraftan da bu bireylere ve ailelerine damgalanmayla baş etme becerilerini kazanmaya yönelik programlar geliştirmektir. Bu sayede şizofreni tanılı bireyler ve aileleri damgalanmayla baş edebilme becerileri kazandıkça; işlevsellik düzeylerinde, özgüvenlerinde ve sosyalleşme imkanlarında artış sağlanacaktır (55, 56).

2.7. Şizofreni ve İşlevsel İyileşme

İyileşme, yeti kaybı oluşan bireyin bireysel, mesleki, sosyal ve psikolojik olarak işlevselliğini yeniden kazanabildiği bir süreç olarak tanımlanmaktadır. İşlevsel iyileşme ise bireyin günlük yaşam becerilerini tek başına yerine getirebilmesi, toplumsal ve bireysel rolünü sürdürebilmesi, sosyal hayata uyum sağlayarak kendi kendine yetebilmesini ifade etmektedir (57). Şizofreni; bireyde yeti kaybına yol açan kronik ruhsal bir bozukluktur. Şizofreni tanılı bireylerde günlük yaşam becerilerini yerine getirme, sosyal işlevsellik, sağlık ve tedavilerini sürdürebilme, mesleki işlevsellik gibi işlevsellik alanlarında bozulmalar meydana gelmektedir (58). İşlevsellik bireyin iş, mesleki, okul, aile ve bireysel rolünü aktif bir şekilde sürdürebilmesidir. Bu bireylerde farmakolojik tedaviyle belirtiler belli ölçüde iyileşme gösterse bile bireylerin işlevselliklerini tekrar kazanması uzun zaman almaktadır. Bir ruhsal bozuklukta belirtilerin hafiflemesi tam anlamıyla iyileşmenin gerçekleşmesi için yeterli olmamaktadır (39, 57). Bireyde biyo-psiko-sosyal açıdan bütüncül bir iyilik halinin olması gerekmektedir. Şizofreni tanılı bireylerde işlevsel iyileşmenin gerçekleşebilmesi için sağlığı ve rahatsızlığıyla ilgili iç görünümün gerçekleşmesi, toplum tarafından oluşan beklentileri karşılayabilmesi, mesleki işlevsellik ve mali yönetimlerini yapabilmesi, ailedeki ve bireysel rolünü yerine getirirken kişiler arası ilişkilerini aktif bir şekilde sürdürebilmesi gerekmektedir (39, 58). Vaskinn ve ark. şizofreni tanılı bireylerde yaptıkları çalışmada işlevsellik düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır (59).

Şizofreni tedavisinde en önemli amaç yaşamın pek çok alanında işlevselliğini kaybetmiş bireyin işlevselliğini tekrar kazandırmak ve yükseltmektir. Bu amaçla

işlevselliği artırmada farmakolojik tedavinin yanında iş-uğraş terapileri, psikososyal beceri eğitimleri, aile ve toplum eğitimleri, mesleki rehabilitasyonlar ve BDT temelli psikoeğitim programlarının tedavi ve bakım sürecinde olumlu kazanımları olmaktadır (60).

2.8. Şizofreni ve BDT

BDT; Aaron Beck tarafından geliştirilen insanların olayları algılama, anlamlandırma ve yorumlama şekline verdiği davranışsal, duygusal ve güdüsel tepkileri işleyen birterapi şeklidir. Bilişsel modele göre ruhsal bozuklukların temelinde bireyin psikolojisini oluşturan, olaylardaki davranış ve tutumlarını etkileyen; bireydeki çarpıtılmış ve işlevsel olmayan otomatik düşünceler olmaktadır (61).

Otomatik düşünceler bireyin düşüncelerinin yanında ani olarak oluşan, bireyin varlığını doğru kabul edip sorgulamadığı, hızlı ve ani olarak gelişen imgesel ve sözel parçalardır. BDT ile bireye otomatik düşünceleri yakalaması, değerlendirmesi ve değiştirilmesi öğretilmektedir (62).

*BDT 'nin Mekanizmasını Oluşturan ABC Modeli

A —→ Yaşanılan olaydan oluşmaktadır.

B —→ Bilişsel olarak beynimizden geçen otomatik düşünce, altta yatan ara inançlar, işlevsiz şemalar ve temel inançlardan oluşmaktadır.

C —→ Bizim düşüncelerimize karşı verdiğimiz davranışsal tepkilerimiz yani duygularımız olmaktadır.

*BDT'de "**Nasıl düşünürsek öyle hissederiz**" temel mantığı hakim olmaktadır. O yüzden birey **B** deki otomatik düşüncelerinin, ara inançlarının ve temel inançlarının ne kadar farkında olursa; o kadar onları değiştirilebilme ve problemleriyle baş edebilme becerisine sahip olacaktır (21, 63).

*Çarpıtılmış düşüncelerin bireyin çocukluk döneminde ya da büyüme dönemlerinde oluşan hatalı öğrenmelerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu terapi şeklinde bireye düşünce kayıt formu verilerek düşüncelerini bu forma yazması istenilmektedir. Sonrasında ise bireyin öğrendiği bu hatalı düşünme biçimi değiştirilip, bireye duygusal ve davranışsal açıdan problem çözme teknikleri öğretilerek desteklenmektedir (23, 61, 63).

*BDT’de psikoeğitim, gevşeme, dikkat kaydırma, bilişsel yeniden yapılandırma, problem çözme, ödüllendirme, model olma, maruz bırakma gibi teknikler kullanılmaktadır. BDT depresyon, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları ve şizofreni gibi pek çok ruhsal bozuklukların tedavisinde kullanılmaktadır (61, 64).

Şizofreni tanılı bireylerin damgalanma ile baş etme becerisi ve işlevsellik düzeylerini artırabilmelerine yönelik çalışmalar, antipsikotik ilaçlara karşı gösterilen direnç, psikolojik ve farmakolojik yöntemlerin birbirlerini tamamladığına dair yaklaşımlar BDT’yi şizofreni tedavisinde fayda sağlayacak bir yöntem haline getirmektedir. Şizofreni etiyolojisinde kalıtım, çevre, biyolojik ve yapısal değişimlerin rolü olsa da, tedavisinde sadece farmakolojik tedavi yöntemlerinin kullanılması yeterli olmamaktadır (49, 61, 63). İşlevsellik düzeyi düşen şizofreni tanılı bireylerde farmakolojik tedavi yaşanan belirtilerin tümünü yok edememektedir. Bu yüzden şizofrenide BDT temelli psikoeğitimin kullanılması, bireylerin şizofreninin belirti ve gidişatına yönelik farkındalığını artırarak toplumsal ve içselleştirilmiş damgalanmayla baş edebilme kabiliyetinin kazanılmasını sağlamaktadır (61, 62, 65). BDT temelli psikoeğitim ile şizofreni tanılı bireylerin olaylara bakış açısı değiştirilerek; şizofreni belirtilerinin şiddetini ve sıklığını azaltmak, depresmeleri önlemek ve işlevsel iyileşme düzeyini artırmak hedeflenmektedir (66).

BDT temelli psikoeğitimi şizofreni tanılı bireylerde uygulamanın zorlukları olmasına rağmen; Batinic yaptığı araştırmada bu bireylerin eğitimden belirgin düzeyde yararlandığını saptamıştır (67).

2.9. Şizofreni Tanılı Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanmanın Azaltılmasında ve İşlevsel İyileşmenin Artırılmasında Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Şizofreni tanılı bireylerde; içe kapanma, kendini soyutlama, gerçeği değerlendirme yetisinde bozulmayla birlikte; ailesinden ve çevresinden zarar göreceğine ilişkin pek çok olumsuz duygu, algı, düşünce ve davranış bozuklukları görülmektedir (67, 68). Psikiyatri hemşireleri bu bireylerdeki belirtileri anlayıp; onların sergileyeceği tutum ve davranışların farkında olarak tedavi ve bakımın kalitesinde önemli roller üstlenmektedir. Psikiyatri hemşiresi ruhsal bozukluğu olan bireylerle en fazla vakit geçiren sağlık ekip üyelerinden birisidir (26, 68). Şizofreni tanılı bireylerde de psikiyatri hemşireleri; tedaviye uyumda, bağımsız rollerini sürdürmede bireylerin maruz kaldığı damgalanma ve düzeyi azalan işlevsellikleriyle baş edebilme mekanizmaları

oluşturabilmek için çeşitli terapi eğitimleri planlayarak aktif olarak rol almaktadır (69). Bu terapi yöntemlerinden özellikle BDT temelli psikoeğitimler, iş-uğraş, bireysel ve grup terapileri, psikososyal terapiler bireyin rehabilitasyonunda önemli bir yer tutmaktadır (70). Bilişsel davranışçı terapi tekniklerinin hemşirelik süreci ile benzer özelliklere sahip olması, her iki süreçte de birey merkezli ve işbirliğine dayanan bir yaklaşım sergilenmesi psikiyatri hemşireliği açısından önemlidir (68, 71). Yurtdışında yapılan araştırma sonuçlarıyla BDT ile ilgili bilgi ve becerilerinin psikiyatri hemşireleri tarafından geliştirilerek, kazanılan bilgi ve becerilerle bireyin bakımına olumlu yönde yansdığı belirtilmektedir (69, 72).

2011 Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda psikiyatri hemşireleri danışmanlık ve eğitim rolleriyle grup terapisi görüşmelerine katılabilmektedirler. Bunun yanında aldıkları özel eğitimlerle de psikoterapi uygulamalarında görev alabilmektedirler (73, 74). Psikiyatri hemşireleri BDT temelli psikoeğitim programlarıyla bireyi ve ailesini toplumsal ve içselleştirilmiş damgalanmaya karşı eğiterek; bireylerin sosyal işlevsellik düzeylerini, problemlerle baş edebilme mekanizmalarını, mesleki ve bireysel rolünü yerine getirmedeki becerilerini yeniden kazanmalarına katkıda bulunabilmektedirler (73, 75-77). Ayrıca sadece hastanelerde değil TRSM'de de psikososyal müdahalelerde bulunun psikiyatri hemşireleri; bu merkezlerdeki eğitim, danışmanlık, koruyucu, rehabilite edici rollerini bütüncül bir yaklaşımla profesyonel bir şekilde kullanmaktadırlar (78). Bu roller kapsamında psikiyatri hemşireleri tarafından şizofreni tanılı bireylere verilen psikososyal terapi ve BDT temelli psikoeğitimlerle, bu bireylerdeki damgalanmanın azalmasına ve işlevsel iyileşmenin artmasına katkıda bulunmaktadır (79).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma ön test-son test kontrol gruplu yarı deneme modeli olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman

Araştırma Elazığ Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde (TRSM) Eylül 2020-Haziran 2021 tarihleri arasında yürütüldü.

Elazığ TRSM, ağır ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerin (özellikle şizofreni tanılı bireylerin) ve ailelerin bilgilendirildiği, bireylerin ayaktan tedavisinin yapıldığı ve takip edildiği; rehabilitasyon, iş-uğraş terapisi, bazı eğitim ve terapi yöntemlerinin kullanılarak bireylerin toplum içinde yaşama becerilerinin artırılmasını hedefleyen, psikiyatri klinikleri ile ilişki içinde çalışan ve gerektiğinde mobilize ekiplerle bireylerin yaşadığı yerde takibini yapan bir birimdir. Merkez saat 08.30-17.00 saat aralıklarında hizmet vermektedir. Merkez okuma salonu, mutfak, spor odası, eğitim odası, iş-uğraş odası, televizyon salonu ve yemek odasından oluşmaktadır. TRSM'de 1 psikiyatrist, 1 psikolog, 3 hemşire, 1 sekreter, 2 personel görev almakta ve merkez 7 yıldır hizmet vermektedir.

Araştırmanın yapılacağı merkezin belirlenmesinde Elazığ ilindeki mevcut şizofreni tanılı birey sayısının Türkiye genelindeki ortalamasının üzerinde olması, araştırmacıya ulaşılabilirlik durumu ve ekibin araştırmacı ile işbirliği göz önünde bulundurulmuştur.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Elazığ TRSM'ye kayıtlı şizofreni tanısı almış 475 birey oluşturmuştur. 475 şizofreni tanılı birey telefonla aranarak araştırma için TRSM'ye davet edildi. Araştırmanın örneklemi belirlemek için yapılan güç analizi ile örneklem büyüklüğü 0.05 yanılğı ve 0.95 güven aralığında, 0.8 etki büyüklüğünde, 0.90 evreni temsil gücüyle 100 şizofreni tanılı birey (50 deney, 50 kontrol) olarak belirlendi.

Araştırmaya dahil edilen bireyler bilgisayar destekli basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. Bilgisayar tarafından yapılan basit rastgele örnekleme yöntemi, bireyleri 1:1 oranında iki gruba atayan rastgele bir liste

oluşturmuştur. TRSM dosya kayıt numarasına göre oluşturulan iki kümenin deney ve kontrol gruplarına atanması kura yöntemi ile belirlendi.

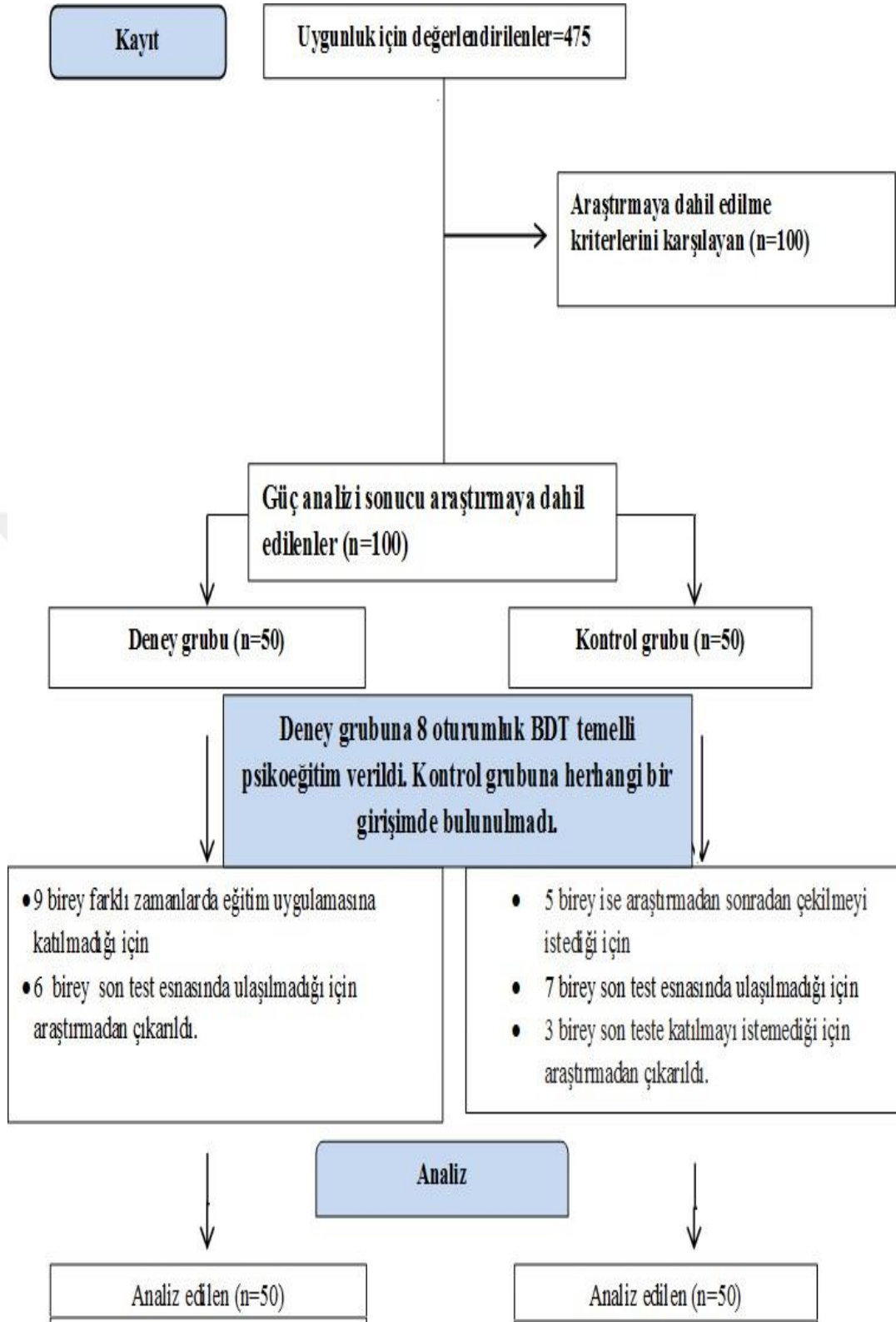
Araştırmadan kayıpların olabileceği düşünülerek 130 şizofreni tanılı birey (deney grubu=65, kontrol grubu=65) araştırmaya dahil edildi. Deney grubundan 9 şizofreni tanılı birey pandemiden dolayı eğitim uygulamasına katılamadığı için; 6 bireye ise son test esnasında ulaşamadığı için araştırmadan çıkarıldı. Kontrol grubundan 5 birey araştırmadan sonradan çekilmeyi istediği için, 7 şizofreni tanılı bireye pandemiden dolayı son test uygulamasında ulaşamadığı için, 3 birey ise son teste katılmayı istemediği için araştırmadan çıkarıldı. Araştırma toplam 100 (deney grubu=50, kontrol grubu=50) ile tamamlandı. Araştırma konsort akış şeması Şekil 3.1’de verildi.

3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- DSM-V’ e göre şizofreni tanısı olmuş olma
- 18-65 yaş arasında olma
- TRSM’ lere haftada en az iki gün düzenli geliyor olma

3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Akut alevlenme dönemi içinde olan bireyler
- Son 6 ayda BDT eğitimine katılmış olma
- Ek tanı olarak demans, deliryum, mental retardasyon, kafa travmaları vb. olma
- Madde kullanımı



Şekil 3.1. Araştırma Konsort Akış şeması

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-2)

Form araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir durumu, çalışma durumu ve ailede ruhsal hastalık öyküsü varlığı, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, kullanılan ilaç türü bilgilerini içeren toplam 10 sorudan oluşmaktadır (5, 60).

3.4.2. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) (EK-3)

Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ); Ritsher ve ark. tarafından 2003 yılında geliştirilmiş olup, 29 maddeden oluşan ve içsel damgalanmayı değerlendiren bir öz-bildirim ölçeğidir (80). Ölçeğin Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirliği Ersoy ve ark. tarafından 2007 yılında yapılmıştır. Ölçek, "Yabancılaşma", "Kalıp Yargıların Onaylanması", "Algılanan Ayrımcılık", "Sosyal Geri Çekilme", ve "Damgalanmaya Karşı Direnç" olarak adlandırılan beş alt ölçek çerçevesinde kişilerin öznel damgalama yaşantılarını değerlendirmektedir (81).

"Damgalanmaya Karşı Direnç" alt ölçeğinin maddeleri ters olarak puanlanmaktadır. Beş alt ölçeğe ait puanların toplanmasıyla elde edilen toplam RHİDÖ puanı 29 ile 116 arasında değişmektedir. RHİDÖ'de yüksek puanlar, kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğu anlamına gelmektedir (80, 81). Ölçek toplam puanı için Cronbach's alpha kat sayısı 0.93 olarak bulunmuştur.

RHİDÖ'nin alt ölçekleri ve maddeleri şunlardır: Yabancılaşma (6 madde); 1, 5, 8, 16, 17, 21

Kalıp Yargıların Onaylanması (7 madde); 2, 6, 10, 18, 19, 23, 29

Algılanan Ayrımcılık (5 madde); 3, 5, 22, 25, 28

Sosyal Geri Çekilme (6 madde); 4, 9, 11, 12, 13,20

Damgalanmaya Karşı Direnç (5 madde); 7, 14, 24, 26, 27

Tablo 3.1. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ) ve Alt Boyutları

Ölçek	Madde Sayısı	Alınabilecek En Yüksek ve En Düşük Değer
Yabancılaşma	6	6-24
Kalıp Yargıların Onaylanması	7	7-28
Algılanan Ayrımcılık	5	5-20
Sosyal Geri Çekilme	6	6-24
Damgalanmaya Karşı Direnç	5	5-20
TOPLAM PUAN	29	29-116

3.4.3. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) (EK-4)

Llorca ve ark. tarafından 2009 yılında şizofreni tanılı bireylerde geliştirilen; İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) 19 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir (82). Ölçeğin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği Emiroğlu ve ark. tarafından 2009 yılında yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach's alpha katsayısı 0.94 olarak belirlenmiştir (83). Ölçeğin 4 alt boyutu vardır. Ölçekten alınan puanlar arttıkça işlevsel iyileşme düzeyi artmaktadır (18, 82).

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

Ölçek	Madde Sayısı	Alınabilecek En Yüksek ve En Düşük Değer
Sosyal İşlevsellik	7	7-35
Sağlık ve Tedavi	4	4-20
Günlük Yaşam Becerileri	6	6-30
Mesleki İşlevsellik	2	2-10
TOPLAM PUAN	19	19-95

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler Eylül 2020-Aralık 2020 tarihleri arasında araştırmacı tarafından Elazığ TRSM'de pandemi kurallarına uyularak özel görüşmenin yapılabileceği bir odada yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veri toplama araçları, araştırmacı tarafından şizofreni tanılı bireylere okunarak alınan cevaplar doğrultusunda doldurulmuştur. Veri toplama aracının uygulanması yaklaşık olarak 20-25 dakika sürmüştür.

3.6. Psikiyatri Hemşireliği Girişimi

Deney grubuna BDT temelli psikoeğitim programı uygulayacak olan araştırmacı, Prof. Dr. Murat Atmaca tarafından 21 Aralık 2019-19 Ocak 2020 tarihleri arasında teorik ve uygulamalı olarak 52 saat verilen ‘BDT Kuramsal Eğitimi ve sertifikasını almıştır (EK- 6).

Deney grubundaki şizofreni tanılı bireylere ilk oturumda, TRSM’de eğitimin yapılabileceği bir odada araştırmacı tarafından BDT temelli psikoeğitim programı hakkında bilgi verilerek, eğitim günleri belirlenmiştir. Eğitimler TRSM’de eğitim salonunda pazartesi, salı ve cuma günleri; pandemi kurallarına uyularak 4 hafta boyunca haftada 2 kez toplam 8 oturumda bire bir eğitim olacak şekilde araştırmacı tarafından verilmiştir. Her bir oturum yaklaşık 45-60 dakika sürmüştür. Eğitim programı süresince bireyler TRSM’de tedavi ve kontrol izlemelerine devam etmiştir. Her oturumdan bir gün önce bireyler telefonla aranarak oturumun zamanı ile ilgili hatırlatma yapılmıştır. Ayrıca çeşitli nedenlerle oturumlara katılmayan ya da programa (gün/tarih olarak) uymakta güçlük çekebilecek bireyler için telafi oturumları düzenlenmiştir.

Kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylere herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylerden ön test verileri alındıktan sonra bu bireyler TRSM’deki rutin tedavi ve kontrol izlemelerine devam etmiştir.

Grupların eğitim uygulama planı Şekil 3.2’de verilmiştir.

DENEY GRUBU	KONTROL GRUBU
Hazırlık Oturumu Katılımcılarla tanışıldı, araştırma ile ilgili bilgilendirme yapıldı ve katılımcı onamı alındı.	Hazırlık Oturumu Katılımcılarla tanışıldı, araştırma ile ilgili bilgilendirme yapıldı ve katılımcı onamı alındı.
1. Oturum Katılımcılara ön test ölçümler (Tanıtıcı Özellikler Formu, RHİDÖ, ŞİLÖ) uygulandı.	1. Oturum Katılımcılara ön test ölçümler (Tanıtıcı Özellikler Formu, RHİDÖ, ŞİLÖ) uygulandı.
2-7. Oturumlar Psikoeğitimprogram içeriği uygulandı.	2-7. Oturumlar Herhangi bir girişim uygulanmadı.
8. Oturum Değerlendirme, kapanış ve son test ölçümler (RHİDÖ,ŞİLÖ) uygulandı.	8. Oturum Son test ölçümler (RHİDÖ, ŞİLÖ) uygulandı.

Şekil 3.2. Grupların Uygulama Planı

BDT Temelli Psikoeğitim Oturum İçeriği (EK-5)

1. OTURUM

Amaç: Eğitim ile ilgili bilgilendirme yapmak ve katılımcıları tanımaktır. Terapötik ilişki ve BDT sisteminin uygulanmasında karşılıklı çalışmak için anlaşma sağlamak.

Tanışma: Eğitimi öncelikle kendini tanıtmıştır. Daha sonra grup üyeleri de sırayla kendilerini tanıtmışlardır. Eğitmen ve grup üyeleri arasında terapötik bir ilişki kurulması amaçlanmıştır.

Grup üyelerinin eğitimle ilgili düşünce ve duygularının paylaşılması: Grup üyelerinin kendi tecrübelerinden faydalanarak eğitimle ilgili düşünce ve duygu paylaşımı istenerek grup ve eğitimle ilgili beklentileri konuşulmuştur.

Grup oturumlarını yapılandırma: Eğitmen eğitime katılmak isteyen katılımcılarla birlikte BDT temelli psikoeğitimin içeriğinden ve eğitime düzenli katılımın öneminden bahsederek; eğitimin amacı, süresi, sıklığı, yöntemlerin uygulama şekli ve grup kuralları ile ilgili bilgi vererek eğitim oturumlarını yapılandırmıştır. Grup kurallarında grup üyelerinin de fikirleri alınarak birlikte oluşturulmuştur. Eğitmen yapılandırmada, grup üyelerinin oturumlarla ilgili sormak istediklerini paylaşmaları hususunda teşvik ettikten sonra, deney grubu ön test verileri toplanmıştır. Ayrıca üyelerden gelen tüm soruları cevaplayarak gruptaki üyelerin oturumlarla ilgili fikir sahibi olmalarını sağlamaya çalışmıştır.

Oturumun özetlenmesi: Eğitmen örnek olarak eğitim sürecini özetleyerek ve haftaya neler yapılacağı ile ilgili bilgilendirmeleri yaparak oturumu sonlandırmıştır.

2. OTURUM

Amaç: Şizofreni nedir? Belirtileri nelerdir? Şizofreni nasıl seyreder? Damgalanma ve içselleştirilmiş damgalanma nedir? İşlevsel iyileşme nedir? Bu soruların cevaplarını içerecek şekilde bilişsel modelin şizofrenide damgalanma ve işlevsel iyileşmeye ilişkin açıklamasının sunulmasıdır. Damgalanmayla baş etme yöntemleri nelerdir, işlevsel iyileşme düzeyi nasıl artırılır ve neler yapılmalıdır? vb. gibi ana başlıkları bu şekilde olan konulara ait bağlantılı sorularla sokratik sorgulama tekniğiyle konuşulup tartışılması oturumun amaçlarındandır.

Açılış; Duygu durumunun gözden geçirilmesi: Oturuma ilk olarak katılımcıların duygu durumlarının sorgulanıp onlardan geri bildirim alınarak başlanmıştır. Üyelerin

kendilerini nasıl hissettikleri ve paylaşmak istedikleri bir şeyin olup olmadığı sorulmuştur.

Bir önceki oturuma dair geri bildirim alınması ve özetlenmesi: Grup üyeleri ile önceki hafta sunulan eğitim oturumu ile ilgili akıllarına takılan bir şey olup olmadığı sorulmuştur. Bu hafta neler yapılacağını merak ettiklerini söyleyip geri bildirim alındıktan sonra bir önceki oturumun özetlenmesi yapılmıştır.

Oturum gündeminin belirlenmesi: Bu oturumun gündem maddesi BDT temelli psikoeğitimin şizofreni hastalığını tanıyarak, tedavisini değerlendirip; şizofrenide içselleştirilmiş damgalanma ve işlevsel iyileşme etkilerinden bahsederek bilişsel model ile ilgili eğitim vermek.

Oturum gündeminin paylaşılması: Şizofrenide içselleştirilmiş damgalanma ve işlevsel iyileşme konularında bilişsel terapide çok önemli bir yere sahip olan sokratik sorgulama yöntemi ile çalışılmıştır.

Şizofreniyi tanıyormuyuz? Şizofreni belirtilerine, tedavisine ve yan etkilerine hakim miyiz? Kendimizi toplum tarafından ya da kendi kendimizi damgalanmış olarak hissettiğimiz oluyor mu? Eğer böyle hissediyorsak sebebi ne olabilir? İşlevselliğimiz ne düzeyde; işlevsellik alanlarının hangilerinde kendinizi yeterli buluyorsunuz? Yeterli hissediyorsanız ya da hissetmiyorsanız sizce sebebi ne olabilir? Bütün bunları düşünürken zihnimizden neler geçiyor? Sokratik sorgulamayla uygun ve yerinde sorularla dikkat çekilerek katılımcılara bilişsel bir keşife çıkmanın ilk basamakları öğretilmiş olur. Ardından oturumun gündemiyle ilgili örnekler üzerinden sorular sorularak çalışılmıştır. Bu sayede katılımcıların sahip olduğu bilgiyi ortaya çıkarmak ya da bu bilgiler eşliğinde daha iyi bir sonuca ulaşmalarına yardımcı olmak hedeflenmiştir.

Oturumun özetlenmesi: Eğitimci ve katılımcıların da eşlik etmesi sağlanarak oturum özetlenmiştir. Katılımcıların oturumla ilgili bilgilendirildiği gözlenmiştir.

3. OTURUM

Amaç: Bilişsel davranışçı yaklaşımla ABC modeli hakkında bilgi verilmesidir.

Duygu durumunun gözden geçirilmesi: Oturuma; katılımcıların duygu durumlarının sorulmasıyla başlanılmıştır.

Bir önceki oturuma dair geri bildirim alınması ve oturumun özetlenmesi: Bir önceki oturumdan sonra katılımcıların artık anlatılan cümleleri ve kavramları daha anlayabildiklerini ve anlaşılır bulduklarını ifade etmişlerdir.

Oturum gündeminin belirlenmesi: Otomatik düşüncelerin tanımlanarak açığa çıkarılması ve bu düşünceleri belirlemeyi öğretme. Eğitmenin yardımıyla katılımcılara mantıklı inançları oluşturup bunların olumsuz inançlarla yer değiştirilmesinin öğretilmesi.

Oturum gündeminin paylaşılması: Katılımcılara BDT modelini anlatmak ve daha iyi kavramlaştırmak için eğitmen bazı örnek olaylar oluşturmuştur. Birinci olayda evinizde yalnız başınıza uzanırken arka odadan pencere sesinin geldiğini duydunuz. O anda aklınızdan ne geçiyor? Sorusunu yönelterek; katılımcılara sırayla duygu-düşünce ve davranışı sorulup, A-B-C modeli kullanılarak tahtaya geçirilmiştir. İkinci olayda bir iş için dışarı çıkıyorsunuz fakat yürürken yolun karşısında küfreden biri olduğunu görüyorsunuz. Bu olayda da eğitmen tarafından katılımcılara sırayla ne hissettiği ve ne düşündüğü sorulmuş ve aynı şekilde A-B-C modeli ile tahtaya yazılmıştır. Daha sonra yazılan bu duygu, düşünce ve davranışlar katılımcılarla tartışılmıştır. Bu sayede katılımcıların otomatik düşüncelerini bulabilmeleri için, gözlerini kapatarak o anı hayal etmeleri istenilmiş ve o an akıllarından ne geçtiğini bulmaları istenmiştir. Daha sonra benzer örnekler damgalanma ve işlevsellik üzerine yoğunlaştırıp katılımcıların otomatik düşünceleri doğrulanıp, gerçekliği test edilmiştir. Uygulamaların sonunda katılımcılar otomatik düşüncelerini bulup yazmışlardır. Oturum sonunda olumsuz inançlar değiştirilerek, yerine mantıklı inançlar belirlenmiştir.

Oturumun özetlenmesi: Oturumun özetinin gruptan gönüllü olan bir katılımcı üye aracılığıyla yapılması istenmiştir. Katılımcıların kendi otomatik düşüncelerini fark edebildikleri gözlemlendikten sonra eğitmen tarafından oturum tekrar özetlenmiştir.

Ev ödevi: A-B-C modelini ve otomatik düşünceleri daha iyi kavramak adına bir sonraki oturuma kadar olan süre zarfında günlük hayatta özellikle içselleştirilmiş damgalanma ve işlevsellikleri ile ilgili otomatik düşünceleri bulmaları ve sonraki oturumda paylaşmaları istenmiştir.

4. OTURUM

Amaç: Düşünce kayıt formunun tanıtılması.

Duygu durumunun gözden geçirilmesi: Bu haftaki oturuma da duygu durumun sorgulanması ve katılımcılar tarafından ifade edilmesiyle başlanılmıştır.

Bir önceki oturuma dair geri bildirim alınması ve özetlenmesi: Bir önceki oturumda A-B-C modelindeki örnekleme tekrar edilmiştir.

Oturum gündeminin belirlenmesi: Düşünce kayıt formunun tanıtılmasıdır.

Ev ödevinin gözden geçirilmesi: Katılımcılar hafta içinde buldukları otomatik düşünceleri paylaşmışlardır. Eğitimci katılımcılarla birlikte otomatik düşünceleri gözden geçirerek düşünce hatalarını ayıklamalarına yardımcı olmuştur.

Oturum gündeminin paylaşılması: Bu haftaki oturumda; katılımcıların bir olaydaki düşünce ve inançlarını ortaya çıkarmaya yardımcı olacak “Düşünce Kaydı Formunun” basit hali eğitimci tarafından anlatılarak tanıtılmıştır. Bu formu nasıl dolduracaklarını ve formun nasıl bir işleve sahip olduğunu ayrıntılı bir şekilde anlatılmıştır. Gönüllü olan bir katılımcının grupta paylaştığı olay üzerinden formu ne şekilde doldurulacağı gösterilmiştir. Bu formu yazmakta sıkıntı yaşayan katılımcılara eğitimci yardımcı olacak ve gerekirse kendisi katılımcı düşüncelerini alıp dolduracaktır. Eğitimci katılımcıların formu kullanmada yeterlilik kazandıklarını gördüğünde formu katılımcılara doldurtacaktır.

Oturumun özetlenmesi: Oturum eğitimci tarafından özetlenmiştir.

Ev ödevi: Katılımcılara düşünce kaydı formunun bir kopyası dağıtılarak, bir sonraki oturuma kadar damgalanma, işlevsellik ya da farklı bir durumdan dolayı yaşamış oldukları olumsuz olaylardan sonra bu formu doldurabilecekleri söylenerek, uygulama olarak ev ödevi verilmiştir. Formu dolduramayanlarında eğitimci bu hafta düşüncelerini saptamalarının gerektiğini söyleyerek sonraki oturumda yardım ederek birlikte dolduracaklarını belirtmiştir.

5. OTURUM

Amaç: Otomatik düşüncelerin tespit edilmesiyle düşünce biçimlerini tanıyabilme, düşünce biçimlerinin tespit edilerek, bilişsel davranış terapi becerilerini öğretebilmek.

Duygu durumunun gözden geçirilmesi: Oturuma yine duygu durumunun sorgulanması ile başlanmıştır. Katılımcılardan bu hafta yaşadıkları zorlukları anlatmaları istenmiştir.

Bir önceki oturuma dair geri bildirim alınması ve özetlenmesi: Önceki oturumla ilgili geri bildirim vermek konusunda katılımcılara sorular sorulmuştur. Çekimser davranılan konular tekrar gözden geçirilmiştir.

Ev ödevinin gözden geçirilmesi: Katılımcıların bir kısmı düşünce kaydı formunu doldurmuştur. Bir kısmının ise bu formu doldurmakta sıkıntı yaşadığı gözlemlenmiştir. Sebepleri sorgulanmıştır. Eğitimci tarafından tekrardan düşünce kaydı formu anlatılarak uygulanmıştır.

Oturum gündeminin belirlenmesi: İçselleştirilmiş damgalanma ve işlevsel iyileşme bağlamında oluşturulan otomatik düşüncelerle bilişsel işleme biçimlerinin sunulması, düşünce işleme biçimlerini tespit edebilme ve bu sayede bilişsel davranış terapi becerileri öğretilerek tartışılması şeklinde belirlenmiştir. Katılımcıların otomatik düşüncelerine ait bilişsel işleme biçimlerinin hangi türlerde olduğu, ne şekilde olumsuz işlevlerde bulunduğu, katılımcının doldurduğu form ya da eğitime sunduğu başka örnekler yardımıyla düşünce kayıt formu kullanılarak veya tahtada, eğitimci tarafından anlatılarak çalışılmıştır. Oturumda katılımcıların bazılarında, düşünce işleyiş biçimlerini tanıırken zorluk yaşadıkları görülürse oturumun baştan tekrarının yapılması ve katılımcılardan olumlu geri bildirim alınana kadar sürdürülmesi amaçlanmıştır.

Oturumun özetlenmesi: Otomatik düşüncelerini düşünce kayıt formuna işleyen bir katılımcıyla birlikte eğitimci yardımıyla özetlenmiştir.

Ev ödevi: Düşünce kayıt formunun basit halinin doldurulmaya devam edilmesi ifade edilen otomatik düşünceleriyle oluşturulan düşünce işleyiş biçimlerinin düzgün bir şekilde not edilmesi, not edemeyen varsa bir sonraki oturumda akılda kalan otomatik düşüncelerin eğitimciyle birlikte ele alınarak tekrardan gözden geçirileği belirtilmiştir.

6. OTURUM

Amaç: Bilişsel gevşeme (hayal etme), derin nefes alma ve gevşeme egzersizleri uygulayarak katılımcının damgalanma ya da işlevsellik ile ilgili yaşamış olduğu olumsuz yaşam olaylarında rahatlamayı öğrenme, düzgün nefes almayı öğreterek otomatik düşüncelerini tanıyıp baş etmenin sağlanması için gerekli becerilerin oluşturulmasının sağlanmasıdır. Sözcükler yardımıyla bilişsel gevşeme oluşturmak için huzur ve sakinlik veren zihinsel görüntülerle kişinin gevşeme tepkilerini artırmaktır.

Duygu durumunun gözden geçirilmesi: Oturuma yine duygu durumunun sorgulanmasıyla başlanmıştır. Katılımcıların bu hafta yaşamış oldukları sıkıntılı, onları rahatsız eden bir durum varsa eğitimci bu durumu ifade etmelerini istemiştir. Katılımcılar da duygu durumlarını özetleyerek dile getirmişlerdir.

Bir önceki oturuma dair geri bildirim alınması ve özetlenmesi: Katılımcılarının çoğunluğunun bir önceki oturumda ele alınan düşünce işleme biçimlerini fark edebildikleri ancak bazılarının hala yardıma ihtiyaçları olduğu görülünce eğitimciyle beraber tekrardan bu katılımcılarla beraber otomatik düşüncelerin üzerinden geçilmiştir.

Oturum gündeminin belirlenmesi: Oturum bilişsel gevşeme, diyafram nefesinin alınması ve verilmesinin öğretilmesi ve aşamalı kas gevşeme egzersizlerinin öğretilmesi şeklinde planlanmıştır.

Ev ödevinin gözden geçirilmesi: Eğitimci katılımcıların ödevlerini gözden geçirmiştir. Ev ödevini yapmayanlara zihinsel işleme yöntemiyle ilgili sorulara sorarak hatırlatma sağlanmıştır. Ödevini paylaşmak isteyen katılımcıların örneklerinden yola çıkılarak bilişsel işleme biçimleri tekrardan ifade edilerek etkili öğrenme yöntemine devam edilmiştir.

Oturum gündeminin paylaşılması: İlk olarak nefes egzersizleri ile başlanılmıştır. Daha sonra, katılımcıların arkalarına yaslanarak gözlerini kapatmaları ve rahat duruş şekli almaları istenmiştir. Kas gevşetme tekniği aşamalı olarak uygulanmıştır. Kasların tümü gevşedikten sonra bilişsel gevşeme yapıp; bilişsel manzaralar oluşturularak gevşemeye devam edilmiştir.

Oturumun özetlenmesi: Katılımcılar arasından gönüllü olan biri aracılığıyla grup çalışmasında neler yapıldığı özetlenmiştir.

Ev ödevi: Derin nefes alma egzersizi ve aşamalı kas gevşeme tekniğiyle birlikte hayal etmenin de günde bir kere ve kendilerini kötü hissettikleri anlarda yapılmasının sağlanması; ev ödevi olarak verilerek bir sonraki oturumda paylaşılması istenmiştir.

7. OTURUM

Amaç: İrrasyonel düşünceleri yakalayarak yerine rasyonel düşüncelerin koyulabilmesi, içselleştirilmiş damgalanmayla baş etme becerileri ve işlevselliğin özellikle iş, eğitim, kişiler arası ilişkiler, öz bakım gibi alanlarında kendi kendilerine yetme düzeylerinde artış sağlamak için gerekli becerileri anlatma.

Duygu durumunun gözden geçirilmesi: Oturuma yine duygu durumunun sorgulanması ile başlanmıştır. Katılımcıların hepsi geçen haftalarının ne şekilde geçtiğini ifade etmişlerdir.

Bir önceki oturuma dair geri bildirim alınması ve özetlenmesi: Katılımcılar aşamalı kas gevşetme egzersizini yaptıklarını en fazla hayal etme tekniğini sevdiklerini paylaşmışlardır.

Oturum gündeminin belirlenmesi: Düşünce kayıt formunda yer alan düşünce inceleme yönteminin kullanılması, içselleştirilmiş damgalanmayla baş etme ve işlevselliği artırma becerilerinden bahsetmektir.

Ev ödevinin gözden geçirilmesi: Kas gevşeme ve bilişsel gevşeme (hayalleme) tekniğini uygulayan katılımcıların olduğu görülmüştür. Bu tekniği uygulayan katılımcıların nasıl yaptıklarına dair düşüncelerinin paylaşılması sağlanmıştır. Kas gevşetmeyi yapamadıklarını belirten katılımcılara eğitmen tarafından tekrar bu teknik gösterilmiştir.

Oturum gündeminin paylaşılması: Bu aşamada katılımcılardan kendilerini damgalanmış hissettikleri ve işlevsellik olarak kendilerini yeterli hissetmedikleri anlarla ilgili, o anı hayal etmeleri istenilmiştir. Tek tek yaşamış oldukları olay ile ilgili ayrıntılara dikkat etmeleri yönergesi verilmiştir. Daha sonraki aşamada eğitmen düşünce kayıt formunu her katılımcı için o katılımcıya eşlik ederek birlikte doldurmuştur. Katılımcıların otomatik düşünceleri bulmak için kendilerine sorulacak soruların neler olması gerektiği, olayları nasıl yorumlayabilecekleri ve ne şekilde ele alacakları eğitmen tarafından anlatılmıştır. Sonraki aşamada ise paylaşmak isteyen katılımcılar tek tek düşünce kayıtları formları paylaşmışlardır. Düşünce inceleme çalışmasından sonra içselleştirilmiş damgalanmayla baş etme ve işlevselliği artırma becerileriyle ilgili olarak bilgi verilmiştir.

Ev ödevi: Düşünce kaydının tutulmasına devam edilmesi özellikle de kendilerini mutsuz ve huzursuz hissettikleri zamanlarda otomatik düşünce formunun doldurmaları istenmiştir.

8. OTURUM

Amaç: Tüm programın etkinliğini değerlendirme ve öğrenilenleri pekiştirerek eksik, anlaşılamayan noktaları açıklığa kavuşturup ve katılımcıların olumlu duygularla oturumu bitirmeyi sağlamak.

Duygu durumunun gözden geçirilmesi: Oturuma yine duygu durumunun sorgulanması ile başlanmıştır.

Bir önceki oturuma dair geri bildirim alınması ve özet: Katılımcılar bir önceki oturumdaki aldıkları eğitimin çok öğretici olduğunu özellikle içselleştirilmiş damgalanmayla baş etme ve işlevselliği artırma becerileriyle ilgili öğrendiklerinin çok faydalı olduğunu ifade etmişlerdir.

Oturum gündeminin belirlenmesi: Eğitim sürecinin, eğitiminin, katılımcıların bireysel olarak kendilerini değerlendirmeleri, kazanımları ve edinmiş oldukları bilgi ve becerilerinin paylaşılması, ya da etkisiz ve olumsuz eğitimci ve katılımcı tepkilerinin ifade edilmesi, eğitiminin tüm süreci değerlendirmesidir.

Sonlandırmaya dair duygu ve düşüncelerin paylaşılması: Oturumun son oturum olmasından ötürü, oturum gündemi sürecin değerlendirilmesi olarak belirlenmiştir. Başlangıç olarak katılımcıların bu eğitimin onlara neler kazandırdığını ifade etmeleri istenmiştir. Daha sonra kullanılan yöntemlerin işlevselliğine dair geri bildirimler alınmıştır. Devamında ise katılımcıların eğitimci ve eğitim hakkında geri bildirim konusunda teşvik edilmiştir. Katılımcılardan sonra eğitimci de kendi bakış açısıyla süreci genel olarak değerlendirmiştir. Katılımcılara öğrendikleri bilgileri başka alanlarda da kullanabilecekleri ile ilgili bilgiler paylaşmıştır. Katılımcıların artık damgalanma ve işlevsellekle ilgili daha bilgili oldukları, toplumda ve kendi iç dünyalarında işlevsellekliklerini artırarak damgalanmayla baş etmek için kendilerini daha güçlü hissettikleri gözlenmiştir.

Oturumun ve sürecin sonlandırılması: Eğitim boyunca neler yapıldığı özetlenmiş ve oturum tüm katılımcılara tek tek teşekkür edilerek sonlandırılmıştır.

Son-test ölçümlerinin gerçekleştirilmesi: Sonlandırmanın hemen sonrasında katılımcılara RHİDÖ, ŞİLÖ son test olarak uygulanmıştır.

1. Oturum: Hazırlık Oturumu

- *Hastalarla Tanışma, Ön Test Ölçümlerin Uygulanması
- *Psikoeğitimin İçeriğini Tanıtma
- *Eğitime Düzenli ve Zamanında Katılımın Önemi Vurgulama
- *Eğitim Günlerini Belirleme
- *Bireylerin Tecrübelerini ve Beklentilerini Paylaşma

2. Oturum: Şizofreni Bozukluğunu Tanıma ve Şizofrenide Damgalanma ve İşlevsel İyileşmeye İlişkin Bilişsel Modeli Tanıtma Oturumu

- *Şizofreni Bozukluğunu Tüm Boyutlarıyla Ele Alma
- *İçselleştirilmiş Damgalanma ve İşlevsel İyileşme ile İlgili Bilgilendirilme
- *Bilişsel Modelle İlgili Eğitim Verme
- *Bilişsel Modelin İçselleştirilmiş Damgalanma ve İşlevsel İyileşmeye Uyarlanıp Sunulması
- * Sokratik Sorgulama Yöntemini Kullanarak Damgalanma ve İşlevsellikle İlgili Baş Etme Becerileri Kazandırma

3. Oturum: Bilişsel Davranışçı Yaklaşım ile ABC Modelini Öğretme Oturumu

- *ABC Modelinin Sunulması
- *Bilişsel Modelin Tanıtılması
- *Duygu, Düşünce ve Davranış Arasındaki İlişkinin Tartışılması
- *Katılımcılara Otomatik Düşüncelerini Bulabilmeyi Öğretme
- *Oturumla İlgili Ev Ödevi Verme

4. Oturum: Düşünce Kayıt Formunun Tanıtılması Oturumu

- *Düşünce Kayıt Formunun Tanıtılması
- *Düşünce Kayıt Formunun Nasıl Kullanılacağı ve Nasıl Bir İşleve Sahip Olduğunu Öğretme
- *Ev Ödevlerinin Gözden Geçirilmesi ve Oturumla İlgili Ev Ödevi Verme

5. Oturum: Bilişsel Davranış Terapi Becerilerini Öğretme Oturumu

- * Bilişsel Düşünce İşleme Biçimlerini Tanıyabilme
- * Düşünce İşleme Biçimlerini Tespit Edebilme
- * İçselleştirilmiş Damgalanma ve İşlevsel İyileşme Bağlamında Oluşturulan Otomatik Düşüncelerle Bilişsel İşleme Biçimlerinin Sunulması
- *Ev Ödevlerinin Gözden Geçirilmesi ve Oturumla İlgili Ev Ödevi Verme

6. Oturum: Bilişsel Gevşeme (Hayal Etme), Derin Nefes Alma ve Gevşeme Egzersizlerini Uygulama Oturumu

- *Bilişsel Gevşemenin Öğretilmesi
- *Diyafram Nefesinin Alınması ve Verilmesinin Öğretilmesi
- * Aşamalı Kas Gevşeme Egzersizlerinin Öğretilmesi
- *Ev Ödevlerinin Gözden Geçirilmesi ve Oturumla İlgili Ev Ödevi Verme

7. Oturum: İrrasyonel Düşünceleri Yakalayıp Yerine Rasyonel Düşünceleri Koyabilmeyi Öğretme Oturumu

- *Düşünce İnceleme Çalışmasının Yapılması
- *İrrasyonel Düşünceleri Yakalamayı Öğretme
- *Rasyonel Düşünceleri Bulabilme
- *İçselleştirilmiş Damgalanmayla Baş Etme ve İşlevselliği Artırma Becerileriyle İlgili Bilişsel Bilgilendirme

8. Oturum: Süreç Değerlendirmesi ve Kapanış Oturumu

- *Öğrenilenleri Pekiştirme
- *Programı Değerlendirme
- *Geribildirimlerin Alınması
- *Son test ölçümlerinin uygulanması

Şekil 3.3. BDT Temelli Psikoeğitim Uygulama Planı

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: İçselleştirilmiş damgalanma ve işlevsel iyileşme.

Bağımsız Değişken: BDT temelli psikoeğitim

Kontrol Değişkenleri: Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir durumu, çalışma durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi ve kullanılan ilaç türü.

Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması Tablo 3.3’de verilmiştir.

Tablo 3.3. Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Kontrol Grubu			Deney Grubu		Test ve Önemlilik
Tanıtıcı Özellikler	S	%	S	%	
Yaş Grupları					
18-28	3	6.0	4	8.0	X ² =3.858 p=0.277
29-39	20	40.0	17	34.0	
40-50	24	48.0	29	58.0	
51-65	3	6.0	0		
Cinsiyet					
Erkek	39	78.0	33	66.0	X ² =1.786 p=0.181
Kadın	11	22.0	17	34.0	
Medeni Durum					
Evli	4	8.0	2	4.0	X ² =0.709 p=0.400
Bekar	46	92.0	48	96.0	
Eğitim Düzeyi					
Okur-yazar	1	2.0	8	16.0	X ² =16.045 p=0.001
İlköğretim	13	26.0	25	50.0	
Ortaöğretim	36	72.0	17	34.0	
Yüksekokul	0		0		
Gelir Düzeyini					
Kötü	9	18.0	6	12.0	X ² =0.707 p=0.702
Orta	29	58.0	31	62.0	
İyi	12	24.0	13	26.0	
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	0		1	2.0	X ² =1.010 p=0.315
Çalışmıyor	50	100.0	49	98.0	
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü					
Var	16	32.0	18	36.0	X ² =0.178 p=0.673
Yok	34.0	68.0	32	64.0	
Hastalık Süresi					
0-5 yıl	2	4.0	4	8.0	X ² =1.301 p=0.729
6-11	19	38.0	20	40.0	
12-17	16	32.0	12	24.0	
18 ve üzeri	13	26.0	14	28.0	

Hastalık Başlangıç Yaşı					
18-28	38	76.0	32	64.0	$X^2=1.714$
29-39	12	24	18	36.0	$p=0.190$
Kullanılan İlaç Türü					
Antipsikotik	22	44.0	26	52.0	
Duygu-Durum Düzenleyici	0		0		
Antidepresan	0		0		$X^2=1.948$
Antipsikotik ve Duygudurum	16	32.0	12	24.0	$p=0.583$
Antipsikotik ve Antidepresan	12	24.0	12	24.0	

Araştırmada kontrol değişkenleri bakımından eğitim düzeyi hariç; gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı, grupların homojen olduğu belirlendi ($p>0.05$, Tablo 3.3).

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi için SPSS 24.0 istatistik programı kullanılmış ve anlamlılık düzeyi için $p<0.05$ değeri kabul edilmiştir. Araştırmada kullanılan istatistiksel yöntemler Tablo 3.4’de verilmiştir.

Tablo 3.4. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Kontrol ve deney grubundaki şizofreni tanılı bireylerin ‘Tanıtıcı Özellikler’ verileri	<ul style="list-style-type: none"> • Yüzelik dağılım • Aritmetik ortalama • Ki-kare testi • Standart sapma • Min-max (minimum maximum değerleri)
ŞİLÖ, RHİDÖ puan ortalamalarının kontrol ve deney grubunda karşılaştırılması	<ul style="list-style-type: none"> • Eşleştirilmiş t testi
Kontrol ve deney gruplarının ŞİLÖ, RHİDÖ’nün eğitim öncesi ve sonrası toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	<ul style="list-style-type: none"> • Bağımsız gruplarda t testi

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan onay (EK-6) ve araştırmanın yapıldığı kurumlardan yasal izin (EK-7) alınmıştır. Araştırmaya dâhil edilen şizofreni tanılı bireylere; çalışmanın amacı açıklanarak katılımcıların soruları yanıtlanmıştır. Bireylere, verdikleri bilgilerin gizli tutulacağı, başka hiçbir yerde kullanılmayacağı ve istedikleri anda çalışmadan ayrılma hakkına sahip oldukları belirtilmiştir. Araştırmaya başlamadan önce şizofreni tanılı bireylere ve ailelerine araştırmanın amacı açıklanıp, sözel ve yazılı izinleri alınmıştır

(EK- 9). Kontrol grubunun son test verileri alındıktan sonra isteyen katılımcılara BDT Temelli Psikoeğitim programı uygulanmıştır.

Araştırmada insan olgusunun kullanımı, bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden ilgili etik ilkeler olan ‘‘Bilgilendirilmiş Onam İlkesi’’, ‘‘Gönüllülük İlkesi’’ ve ‘‘Gizliliğin Korunması İlkesi’’ yerine getirilecektir.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın veri toplama sürecinin COVID-19 pandemi dönemine denk gelmesinden dolayı; araştırmanın tek bir merkezde yürütülmesi, pandemiden dolayı eğitim uygulamasına katılamayan ve ulaşılamayan katılımcıların olması ve salgın döneminde grupların ön test- son test kontrol izlemlerinin yapılamaması bu araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular araştırmanın hipotezleri doğrultusunda sunuldu. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Şizofreni Tanılı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı Tablo 4.1’de verildi.

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Kontrol Grubu		Deney Grubu	
	S	%	S	%
Yaş Grupları				
18-28	3	6.0	4	8.0
29-39	20	40.0	17	34.0
40-50	24	48.0	29	58.0
51-65	3	6.0	0	
Cinsiyet				
Erkek	39	78.0	33	66.0
Kadın	11	22.0	17	34.0
Medeni Durum				
Evli	4	8.0	2	4.0
Bekar	46	92.0	48	96.0
Eğitim Düzeyi				
Okur-yazar	1	2.0	8	16.0
İlköğretim	13	26.0	25	50.0
Ortaöğretim	36	72.0	17	34.0
Yükseköğretim	0		0	
Gelir Düzeyini				
Kötü	9	18.0	6	12.0
Orta	29	58.0	31	62.0
İyi	12	24.0	13	26.0
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	0		1	2.0
Çalışmıyor	50	100.0	49	98.0
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü				
Var	16	32.0	18	36.0
Yok	34	68.0	32	64.0
Hastalık Süresi				
0-5 yıl	2	4.0	4	8.0
6-11	19	38.0	20	40.0
12-17	16	32.0	12	24.0
18 ve üzeri	13	26.0	14	28.0
Hastalık Başlangıç Yaşı				
18-28	38	76.0	32	64.0
29-39	12	24	18	36.0
Kullanılan İlaç Türü				
Antipsikotik	22	44.0	26	52.0
Duygu-Durum Düzenleyici	0		0	
Antidepresan	0		0	
Antipsikotik ve Duygudurum	16	32.0	12	24.0
Antipsikotik ve Antidepresan	12	24.0	12	24.0

Kontrol ve deney gruplarındaki katılımcıların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; deney grubundaki şizofreni tanılı bireylerin %58'inin 40-50 yaş grubu arasında, %66'sının erkek, %96'sının bekar, %50'sinin iköğretim mezunu olduğu, %62'sinin gelir düzeyini orta olarak algıladığı, %98'inin çalışmadığı, %64'ünde ailede ruhsal hastalık öyküsünün olmadığı, %40'nın hastalık süresinin 6-11 yıl arasında olduğu, %64'nün ise hastalık başlangıç yaşının 18-28 yaş grubu arasında olduğu, %52'sinin ise kullandığı ilaç türünün antipsikotik olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki katılımcıların tanıtıcı özelliklerine bakıldığında ise, %48'inin 40-50 yaş grubu arasında olduğu, %78'inin erkek, %92'sinin bekar, %72'sinin ortaöğretim mezunu olduğu, %58'inin gelir düzeyini orta olarak algıladığı, şizofreni tanılı bireylerin hepsinin (%100) çalışmadığı, %68'inin ailede hastalık öyküsünün olmadığı, %38'inin hastalık süresinin 6-11 yıl arasında olduğu, %76'sının hastalık başlangıç yaşının 18-28 yaş grubu arasında olduğu, %44'ünün ise kullandığı ilaç türünün antipsikotik olduğu tespit edilmiştir.

Deney ve Kontrol Gruplarındaki Şizofreni Tanılı Bireylerin Ön Test ŞİLÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Tablo 4.2'de verildi.

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Katılımcıların Ön Test ŞİLÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

ÖN TEST			
İşlevsel İyileşme Alt Boyutları	Deney Grubu	Kontrol Grubu	*Test ve Önemlilik
	(n=50) (X±S.S)	(n=50) (X±S.S)	
Sosyal İşlevsellik	14.26±2.61	14.26±3.00	t=0.000 p=1.000
Sağlık ve Tedavi	6.84±1.93	7.92±2.58	t=2.366 p=0.020
Günlük Yaşam Becerileri	12.98±3.01	14.16±3.71	t=1.744 p=0.084
Mesleki İşlevsellik	3.00±0.85	3.24±0.82	t=0.156 p=1.429
ŞİLÖ Toplam Puan	37.08±6.73	39.58±8.66	t=1.611 p=0.110

*Bağımsız gruplarda t testi

Deney ve kontrol gruplarındaki şizofreni tanılı bireylerin gruplar arası ŞİLÖ ön test puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki şizofreni tanılı bireylerin sosyal işlevsellik alt boyutu toplam puan ortalamasının 14.26±2.61, sağlık ve tedavi alt boyutu toplam puan ortalamasının 6.84±1.93, günlük yaşam becerileri alt boyutu toplam puan

ortalamasının 12.98 ± 3.01 , mesleki işlevsellik alt boyutu toplam puan ortalamasının 3.00 ± 0.85 ve ŞİLÖ toplam puan ortalamasının 37.08 ± 6.73 olduğu, kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylerin ise sosyal işlevsellik alt boyutu toplam puan ortalamasının 14.26 ± 3.00 , sağlık ve tedavi alt boyutu toplam puan ortalamasının 7.92 ± 2.58 , günlük yaşam becerileri alt boyutu toplam puan ortalamasının 14.16 ± 3.71 , mesleki işlevsellik alt boyutu toplam puan ortalamasının 3.24 ± 0.82 ve ŞİLÖ toplam puan ortalamasının 39.58 ± 8.66 olduğu belirlenmiştir. Gruplar arası ön test ŞİLÖ toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi ($p > 0.05$, Tablo 4.2). Deney ve kontrol gruplarının ön test ŞİLÖ düzeylerinin benzer olduğu belirlenmiştir.

Deney ve Kontrol Gruplarındaki Şizofreni Tanılı Bireylerin Son Test ŞİLÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Tablo 4.3’de verildi.

Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Katılımcıların Son Test ŞİLÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

ŞİLÖ Alt Boyutları	SON TEST		*Test ve Önemlilik
	Deney Grubu (n=50) ($\bar{X} \pm S.S$)	Kontrol Grubu (n=50) ($\bar{X} \pm S.S$)	
Sosyal İşlevsellik	14.90±2.46	13.62±2.66	$t = -2.492$ p=0.014
Sağlık ve Tedavi	7.98±2.08	7.68±2.65	$t = -0.629$ p=0.531
Günlük Yaşam Becerileri	13.94±3.82	13.84±3.63	$t = -0.134$ p=0.894
Mesleki İşlevsellik	3.10±0.76	3.26±0.72	$t = 1.077$ p=0.284
ŞİLÖ Toplam Puan	39.92±7.13	38.40±8.48	$t = -0.970$ p=0.003

*Bağımsız gruplarda *t* testi

Deney ve kontrol gruplarındaki katılımcıların gruplar arası ŞİLÖ son test puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki şizofreni tanılı bireylerin sosyal işlevsellik alt boyutu toplam puan ortalamasının 14.90 ± 2.46 , sağlık ve tedavi alt boyutu toplam puan ortalamasının 7.98 ± 2.0 , günlük yaşam becerileri alt boyutu toplam puan ortalamasının 13.94 ± 3.82 , mesleki işlevsellik alt boyutu toplam puan ortalamasının 3.10 ± 0.76 ve ŞİLÖ toplam puan ortalamasının 39.92 ± 7.13 olduğu, kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylerin ise sosyal işlevsellik alt boyutu toplam puan ortalamasının 13.62 ± 2.66 , sağlık ve tedavi alt boyutu toplam puan ortalamasının 7.68 ± 2.65 , günlük

yaşam becerileri alt boyutu toplam puan ortalamasının 13.84 ± 3.63 , mesleki işlevsellik alt boyutu toplam puan ortalamasının 3.26 ± 0.72 ve ŞİLÖ toplam puan ortalamasının 38.40 ± 8.48 olduğu belirlendi. Gruplar arası son test ŞİLÖ toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p < 0.05$, Tablo 4.3). Deney grubundaki şizofreni tanılı bireylerin ŞİLÖ son test toplam puan ortalamasının kontrol grubuna göre yüksek olduğu belirlendi.

Deney ve Kontrol Gruplarındaki Şizofreni Tanılı Bireylerin Ön Test RHİDÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Tablo 4.4’de verildi.

Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Katılımcıların Ön Test RHİDÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

ÖN TEST			
RHİDÖ Alt Boyutları	Deney Grubu (n=50) ($\bar{X} \pm S.S$)	Kontrol Grubu (n=50) ($\bar{X} \pm S.S$)	*Test ve Önemlilik
Yabancılaşma	17.22±5.53	17.12±3.36	$t = -1.1090$ $p = 0.913$
Kalıp Yargıların Onaylanması	18.98±3.29	19.44±2.99	$t = 1.731$ $p = 0.467$
Algılanan Ayrımcılık	13.62±2.79	13.42±2.28	$t = -1.392$ $p = 0.696$
Sosyal Geri Çekilme	16.54±3.39	17.00±3.13	$t = 0.704$ $p = 0.483$
Damgalanmaya Karşı Direnç	11.58±2.03	11.32±1.59	$t = -1.712$ $p = 0.478$
RHİDÖ Toplam Puan	77.94±11.84	78.30±9.80	$t = 1.166$ $p = 0.869$

*Bağımsız gruplarda t testi

Deney ve kontrol gruplarındaki katılımcıların gruplar arası RHİDÖ ön test puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki şizofreni tanılı bireylerin yabancılaşma alt boyutu toplam puan ortalamasının 17.22 ± 5.53 , kalıp yargıların onaylanması alt boyutu toplam puan ortalamasının 18.98 ± 3.29 , algılanan ayrımcılık alt boyutu toplam puan ortalamasının 13.62 ± 2.79 , sosyal geri çekilme alt boyutu toplam puan ortalamasının 16.54 ± 3.39 , damgalanmaya karşı direnç alt boyutu toplam puan ortalamasının 11.58 ± 2.03 ve RHİDÖ toplam puan ortalamasının 77.94 ± 11.84 olduğu, kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylerin ise yabancılaşma alt boyutu toplam puan ortalamasının 17.12 ± 3.36 , kalıp yargıların onaylanması alt boyutu toplam puan ortalamasının 19.44 ± 2.99 , algılanan ayrımcılık alt boyutu toplam puan ortalamasının 13.42 ± 2.28 , sosyal geri çekilme alt boyutu toplam puan ortalamasının 17.00 ± 3.13 ,

damgalanmaya karşı direnç alt boyutu toplam puan ortalamasının 11.32 ± 1.59 ve RHİDÖ toplam puan ortalamasının 78.30 ± 9.80 olduğu belirlendi. Gruplar arası ön test RHİDÖ toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi ($p > 0.05$, Tablo 4.4). Deney ve kontrol gruplarının ön test RHİDÖ düzeylerinin benzer olduğu belirlendi.

Deney ve Kontrol Gruplarındaki Şizofreni Tanılı Bireylerin Son Test RHİDÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Tablo 4.5’de verildi.

Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Katılımcıların Son Test RHİDÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

SON TEST			
RHİDÖ Alt Boyutları	Deney Grubu (n=50) ($\bar{X} \pm S.S$)	Kontrol Grubu (n=50) ($\bar{X} \pm S.S$)	*Test ve Önemlilik
Yabancılaşma	15.62 ± 3.45	17.38 ± 2.93	$t=2.744$ p=0.007
Kalıp Yargıların Onaylanması	18.00 ± 3.24	19.96 ± 2.94	$t=3.164$ p=0.002
Algılanan Ayrımcılık	12.74 ± 2.77	13.74 ± 2.38	$t=1.934$ p=0.046
Sosyal Geri Çekilme	16.38 ± 5.45	17.12 ± 2.87	$t=0.849$ $p=0.398$
Damgalanmaya Karşı Direnç	11.66 ± 1.69	11.80 ± 1.87	$t=0.392$ $p=0.696$
RHİDÖ Toplam Puan	74.40 ± 11.39	80.00 ± 9.46	$t=2.672$ p=0.009

*Bağımsız gruplarda *t* testi

Deney ve kontrol gruplarındaki şizofreni tanılı bireylerin gruplar arası RHİDÖ son test puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki şizofreni tanılı bireylerin yabancılaşma alt boyutu toplam puan ortalamasının 15.62 ± 3.45 , kalıp yargıların onaylanması alt boyutu toplam puan ortalamasının 18.00 ± 3.24 , algılanan ayrımcılık alt boyutu toplam puan ortalamasının 12.74 ± 2.77 , sosyal geri çekilme alt boyutu toplam puan ortalamasının 16.38 ± 5.45 , damgalanmaya karşı direnç alt boyutu toplam puan ortalamasının 11.66 ± 1.69 ve RHİDÖ toplam puan ortalamasının 74.40 ± 11.39 olduğu, kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylerin ise yabancılaşma alt boyutu toplam puan ortalamasının 17.38 ± 2.93 , kalıp yargıların onaylanması alt boyutu toplam puan ortalamasının 19.96 ± 2.94 , algılanan ayrımcılık alt boyutu toplam puan ortalamasının 13.74 ± 2.38 , sosyal geri çekilme alt boyutu toplam puan ortalamasının 17.12 ± 2.87 ,

damgalanmaya karşı direnç alt boyutu toplam puan ortalamasının 11.80 ± 1.87 ve RHİDÖ toplam puan ortalamasının 80.00 ± 9.46 olduğu belirlendi. Gruplar arası son test RHİDÖ toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p < 0.05$, Tablo 4.5). Deney grubundaki şizofreni tanılı bireylerin RHİDÖ son test toplam puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu belirlendi.

Deney ve Kontrol Gruplarındaki Şizofreni Tanılı Bireylerin Ön Test ve Son Test ŞİLÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Tablo 4.6’da verildi.

Tablo 4.6. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Katılımcıların Ön Test ve Son Test ŞİLÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Gruplar	ŞİLÖ Alt Boyutları	Ön Test ($\bar{X} \pm S.S$)	Son Test ($\bar{X} \pm S.S$)	*Test ve Önemlilik
Deney Grubu (n=50)	Sosyal İşlevsellik	14.26 \pm 2.61	14.90 \pm 2.46	$t = -4.251$ p=0.000
	Sağlık ve Tedavi	6.84 \pm 1.93	7.98 \pm 2.08	$t = -6.231$ p=0.000
	Günlük Yaşam Becerileri	12.98 \pm 3.01	13.94 \pm 3.82	$t = -2.419$ p=0.019
	Mesleki İşlevsellik	3.00 \pm 0.85	3.10 \pm 0.76	$t = -1.151$ p=0.255
	Toplam Puan	37.08 \pm 6.73	39.92 \pm 7.13	$t = -5.258$ p=0.000
Kontrol Grubu (n=50)	Sosyal İşlevsellik	14.26 \pm 3.00	13.62 \pm 2.66	$t = 4.251$ p=0.000
	Sağlık ve Tedavi	7.92 \pm 2.58	7.68 \pm 2.65	$t = 2.585$ p=0.013
	Günlük Yaşam Becerileri	14.16 \pm 3.71	13.84 \pm 3.63	$t = 2.850$ p=0.006
	Mesleki İşlevsellik	3.24 \pm 0.82	3.26 \pm 0.72	$t = -0.299$ p=0.766
	Toplam Puan	39.58 \pm 8.66	38.40 \pm 8.48	$t = 4.844$ p=0.000

*Bağımlı gruplarda *t* testi

Deney ve kontrol gruplarındaki şizofreni tanılı bireylerin grup içi ŞİLÖ ön test ve son test puan ortalamaları incelendiğinde deney grubundaki şizofreni tanılı bireylerin ön test sosyal işlevsellik alt boyutu toplam puan ortalamasının 14.26 ± 2.61 , sağlık ve tedavi alt boyutu toplam puan ortalamasının 6.84 ± 1.93 , günlük yaşam becerileri alt boyutu toplam puan ortalamasının 12.98 ± 3.01 , mesleki işlevsellik alt boyutu toplam puan ortalamasının 3.00 ± 0.85 ve ŞİLÖ toplam puan ortalamasının 37.08 ± 6.73 ; son test sosyal işlevsellik alt boyutu toplam puan ortalamasının 14.90 ± 2.46 , sağlık ve tedavi alt boyutu toplam puan ortalamasının 7.98 ± 2.08 , günlük yaşam becerileri alt boyutu toplam puan

ortalamasının 13.94 ± 3.82 , mesleki işlevsellik alt boyutu toplam puan ortalamasının 3.10 ± 0.76 ve ŞİLÖ toplam puan ortalamasının 39.92 ± 7.13 olduğu belirlendi. Kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylerin ise ön test sosyal işlevsellik alt boyutu toplam puan ortalamasının 14.26 ± 3.00 , sağlık ve tedavi alt boyutu toplam puan ortalamasının 7.92 ± 2.58 , günlük yaşam becerileri alt boyutu toplam puan ortalamasının 14.16 ± 3.71 , mesleki işlevsellik alt boyutu toplam puan ortalamasının 3.24 ± 0.82 ve ŞİLÖ toplam puan ortalamasının 39.58 ± 8.66 ; son test sosyal işlevsellik alt boyutu toplam puan ortalamasının 13.62 ± 2.66 , sağlık ve tedavi alt boyutu toplam puan ortalamasının 7.68 ± 2.65 , günlük yaşam becerileri alt boyutu toplam puan ortalamasının 13.84 ± 3.63 , mesleki işlevsellik alt boyutu toplam puan ortalamasının 3.26 ± 0.72 ve ŞİLÖ toplam puan ortalamasının 38.40 ± 8.48 olduğu belirlendi. Deney ve kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylerin ŞİLÖ ön test ve son test toplam puan ortalaması ile arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p < 0.05$, Tablo 4.6). Deney grubundaki şizofreni tanılı bireylerin son test ŞİLÖ alt boyutlarından mesleki işlevsellik hariç olmak üzere diğer alt boyutları ve toplam puan ortalamasında ön teste oranla yükselme olduğu, kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylerin son test ŞİLÖ mesleki işlevsellik hariç olmak üzere diğer alt boyut ve toplam puan ortalamasında ön teste oranla azalma olduğu belirlendi.

Deney ve Kontrol Gruplarındaki Şizofreni Tanılı Bireylerin Ön Test ve Son Test RHİDÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Tablo 4.7’de verildi.

Tablo 4.7. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Katılımcıların Ön Test ve Son Test RHİDÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Gruplar	RHİDÖ Alt Boyutları	Ön Test (X±S.S)	Son Test (X±S.S)	*Test ve Önemlilik
Deney Grubu (n=50)	Yabancılaşma	17.22±5.53	15.62±3.45	<i>t</i> =2.275 p=0.027
	Kalıp Yargıların Onaylanması	18.98±3.29	18.00±3.24	<i>t</i> =3.754 p=0.000
	Algılanan Ayrımcılık	13.62±2.79	2.74±2.77	<i>t</i> =3.451 p=0.001
	Sosyal Geri Çekilme	16.54±3.39	16.38±5.45	<i>t</i> =0.265 p=0.792
	Damgalanmaya Karşı Direnç	11.58±2.03	11.66±1.69	<i>t</i> =-0.324 p=0.748
	Toplam Puan	77.94±11.84	74.40±11.39	<i>t</i> =5.678 p=0.000
Kontrol Grubu (n=50)	Yabancılaşma	17.12±3.36	17.38±2.93	<i>t</i> =-1.345 p=0.185
	Kalıp Yargıların Onaylanması	19.44±2.99	19.96±2.94	<i>t</i> =-3.310 p=0.062
	Algılanan Ayrımcılık	13.42±2.28	13.74±2.38	<i>t</i> =-1.997 p=0.061
	Sosyal Geri Çekilme	17.00±3.13	17.12±2.87	<i>t</i> =-0.643 p=0.523
	Damgalanmaya Karşı Direnç	11.32±1.59	11.80±1.87	<i>t</i> =-2.165 p=0.055
	Toplam Puan	78.30±9.80	80.00±9.46	<i>t</i> =-4.937 p=0.000

*Bağımlı gruplarda *t* testi

Deney ve kontrol gruplarındaki şizofreni tanılı bireylerin grup içi RHİDÖ ön test ve son test puan ortalamaları incelendiğinde deney grubundaki şizofreni tanılı bireylerin ön test yabancılaşma alt boyutu toplampuan ortalamasının 17.22±5.53, kalıp yargıların onaylanması alt boyutu toplampuan ortalamasının 18.98±3.29, algılanan ayrımcılık alt boyutu toplam puan ortalamasının 13.62±2.79, sosyal geri çekilme alt boyutu toplam puan ortalamasının 16.54±3.39, damgalanmaya karşı direnç alt boyutu toplam puan ortalamasının 11.58±2.03 ve RHİDÖ toplam puan ortalamasının 77.94±11.84; son test yabancılaşma alt boyutu toplam puan ortalamasının 15.62±3.45, kalıp yargıların onaylanması alt boyutu toplam puan ortalamasının 18.00±3.24, algılanan ayrımcılık alt boyutu toplam puan ortalamasının 2.74±2.77, sosyal geri çekilme alt boyutu toplam puan ortalamasının 16.38±5.45, damgalanmaya karşı direnç alt boyutu toplam puan ortalamasının 11.66±1.69 ve RHİDÖ toplam puan ortalamasının 74.40±11.39 olduğu

belirlendi. Kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylerin ön test yabancılaşma alt boyutu toplam puan ortalamasının 17.12 ± 3.36 , kalıp yargıların onaylanması alt boyutu toplam puan ortalamasının 19.44 ± 2.99 , algılanan ayrımcılık alt boyutu toplam puan ortalamasının 13.42 ± 2.28 , sosyal geri çekilme alt boyutu toplam puan ortalamasının 17.00 ± 3.13 , damgalanmaya karşı direnç alt boyutu toplam puan ortalamasının 11.32 ± 1.59 ve RHİDÖ toplam puan ortalamasının 78.30 ± 9.80 ; son test yabancılaşma alt boyutu toplam puan ortalamasının 17.38 ± 2.93 , kalıp yargıların onaylanması alt boyutu toplam puan ortalamasının 19.96 ± 2.94 , algılanan ayrımcılık alt boyutu toplam puan ortalamasının 13.74 ± 2.38 , sosyal geri çekilme alt boyutu toplam puan ortalamasının 17.12 ± 2.87 , damgalanmaya karşı direnç alt boyutu toplam puan ortalamasının 11.80 ± 1.87 ve RHİDÖ toplam puan ortalamasının 80.00 ± 9.46 olduğu belirlendi. Deney ve kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylerin RHİDÖ ön test ve son test toplam puan ortalaması ile arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p < 0.05$, Tablo 4.6). Deney grubundaki şizofreni tanılı bireylerin son test RHİDÖ alt boyutlarından damgalanmaya karşı direnç hariç olmak üzere diğer alt boyutları ve toplam puan ortalamasında ön teste oranla azalma olduğu, kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylerin son test RHİDÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamasında ön teste oranla yükselme olduğu belirlendi.

5. TARTIŞMA

Şizofreni tanılı bireylerde BDT temelli psikoeğitimin içselleştirilmiş damgalanma ve işlevsel iyileşmeye etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

BDT ile bireylerin yaşamış oldukları olayları anlama, algılama, yorumlama ve anlam yükleme biçimlerden yola çıkarak ruhsal durumunu olumsuz etkileyen çarpıtılmış ve işlevsel olmayan düşüncelerinin; bilişsel ve davranışçı tekniklerle daha gerçekçi ve işlevsel olanlarıyla değiştirilmesi öğretilmektedir (84-88). BDT temelli psikoeğitim ile şizofreni tanısı alan bireylerin olumsuz düşünce ve duygularının değiştirilmesi, olaylara bakış açılarının normalleştirilerek kendini tanımanın sağlanması, damgalanmaya karşı baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi, sanrı ve varsanılar gibi psikotik belirtilerin sıklık ve şiddetinin azaltılması sağlanmaktadır (89-93). Böylece bu bireylerin yaşam doyumu, psikolojik iyi oluş, işlevsel iyileşme, umut ve damgalanmayla baş etme etkinliği gibi olumlu duyguları artmakta; negatif ve pozitif belirtilerin sıklığı ve şiddeti azalarak şizofreniye eşlik edebilecek anksiyete, depresyon ve stres düzeyinde azalma meydana gelmektedir (94-100).

Yapılan taramalarda şizofreni tanılı bireylerle ilgili yapılan birçok çalışma mevcut iken, BDT temelli psikoeğitimin şizofrenide içselleştirilmiş damgalanma ve işlevsel iyileşme düzeyindeki müdahaleleri barındıran çalışmaların sınırlı olduğu görülmüştür. Nowak ve Granholm şizofreni tanılı bireylerde yapmış oldukları iki ayrı çalışmada BDT temelli psikoeğitim verilen bu bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinde azalma olduğu, işlevsel iyileşme düzeylerinde artma olduğu saptanmıştır (66, 92). Araştırma bulgularının literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Sonuçlar en yakın literatürle tartışılmaya çalışılmıştır.

BDT temelli psikoeğitim öncesi deney ve kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylerin gruplar arası işlevsel iyileşme alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 4.2). Hem deney hem de kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylerin eğitim öncesi almış oldukları gruplar arası işlevsel iyileşme toplam puan ortalamasına bakıldığında, ŞİLÖ'den alınabilecek yüksek puan dikkate alınarak işlevsel iyileşme düzeylerinin düşük olduğu söylenebilir.

Deney ve kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylerin gruplar arası işlevsel iyileşme toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 4.2). Bu bulgu grupların işlevsel iyileşme düzeyleri bakımından homojen olduğunu göstermektedir. Kaya ve Öz'ün şizofreni tanılı bireylerde genel sosyal işlevsellik düzeyi ve hastalara bakım veren yakınlarının bakım yükü ile ilgili yaptıkları çalışmada işlevsel iyileşme toplam puan ortalamalarının düşük olduğunu tespit etmişlerdir (101). Kavak ve Ekinci, Benitez, Dikeç ve Kutlu şizofreni tanılı bireylerde işlevsel iyileşme ile ilgili yaptıkları çalışmada işlevsel iyileşme düzeyi düşük olarak saptanmıştır (18, 102, 103). Şizofrenide oluşan pozitif ve negatif belirtilerin varlığı, bilişsel ve davranışsal bozuklukların olması, hatalı bilişsel yorumlamalar, yinelenen atak ve hastane yatışları işlevsel iyileşme düzeyinin düşük olmasının nedeni olarak düşünülmektedir (104-106). Araştırmamızda işlevsel iyileşme ile ilgili elde edilen bu bulgular literatürle paralellik göstermektedir.

BDT temelli psikoeğitim sonrası deney ve kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylerin gruplar arası işlevsel iyileşme toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$, Tablo 4.3). İstatistiksel açıdan ortaya çıkan bu önemli fark; uygulanan BDT temelli psikoeğitimin etkili bir girişim olduğunu göstermektedir. Deney grubundaki şizofreni tanılı bireylerin son test işlevsel iyileşme toplam puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Psikotik bozukluklarda BDT temelli yapılan müdahalelerin işlevselliğin sürdürülmesinde rol oynayan başatma mekanizmalarının öğretilerek ilaç tedavisinde uyum, yaşam kalitesi, içgörü ve işlevselliğin artırılmasında, hastalıkla ilgili yaşanan belirtilerle birlikte depresyon, anksiyete, umutsuzluk gibi eşlik eden diğer belirtilerin de azaltılmasında etkili olduğu ortaya konmuştur (107-110). Mortan ve ark. şizofreni ve şizoaffektif tanı ölçütlerini karşılayan bireylerde yapmış oldukları çalışmada on seanslık Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi uygulanmasının bu bireylerde işitsel halüsinasyonları azaltma ve onlarla baş etmede, atakların önlenmesinde ve işlevsel iyileşme düzeyini artırmasında etkili olduğunu ifade etmişlerdir (111). Laws ve ark. şizofreni ve ilişkili bozukluklar tanısı alan bireylerde yapmış oldukları bir meta-analiz çalışmasında BDT'nin işlevsellik üzerine terapötik bir etkisi olduğunu saptamışlardır (112). Chadwick çalışmasında şizofreni tanılı bireylere içeriği farkındalık temelli bilişsel terapidenden oluşan kompleks bir terapi şekli uygulamış ve bu terapi şeklinin işlevsel iyileşmeyi artırdığını belirtmiştir (113). Bu bağlamda literatür bulguları araştırma bulgularını desteklemektedir.

Kontrol ve deney grubundaki şizofreni tanılı bireylerin grup içi ön test ve son test işlevsel iyileşme toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmektedir ($p < 0.05$, Tablo 4.6). Deney grubundaki şizofreni tanılı bireylerin ön teste göre son test işlevsel iyileşme toplam puan ortalamasında artma, kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylerin ise ön teste göre son test işlevsel iyileşme toplam puan ortalamasından azalma olduğu belirlenmiştir. BDT temelli psikoeğitim uygulamasında şizofreni tanılı bireylere sokratik sorgulama yöntemiyle işlevsel olmayan düşünce hatalarını ayıklama yöntemleri öğretilmeye çalışıldı. Bilişsel ve davranışsal müdahaleler öğretilerek problem çözme tekniklerini kullanılması konusunda bu bireyler desteklendi. Ev ödevleri ve düşünce kayıt formu aracılığıyla öğretilenlerin pekiştirilerek bireylerin işlevsellik alanlarını ve düzeylerini fark etmeleri sağlanılmaya çalışıldı. Ayrıca bu bireylerin otomatik düşünceleri bulmalarına yardımcı olarak işlevselliklerini olumsuz etkileyecek düşüncelerden uzaklaştırılmasını ve bunun sonucu olarak olumlu düşünce işleme biçimlerini geliştirmesine destek olmaya çalışılmıştır.

BDT temelli psikoeğitimle öğrendiklerini hayatlarında uygulamaya çalışan şizofreni tanılı bireyler, işlevselliklerini artıracak bilişsel ve davranışsal becerilerin kazanılmasıyla; bireyin bireysel ve toplumsal rolünün uyumuna yardımcı olarak, günlük ve sosyal aktivitelerini daha iyi bir şekilde sürdürebilecekleri düşünülmektedir. Tüm bu nedenler, deney grubundaki şizofreni tanılı bireylerin işlevsel iyileşme düzeyinin artmasında etkili olmuş olabilir. Kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylerin işlevsel iyileşme düzeyinin azalmasına ise şizofreni tanılı bireylerin BDT temelli psikoeğitimi ve araştırma sürecinde başka bir psikoeğitim odaklı bir terapiyi almamaları etkili olmuş olabilir. Ayrıca bozukluğun doğasında oluşan belirtilerin varlığı, antipsikotik ilaçların yan etkileri, tedavi sürecinde yaşanan zorluklar, sosyal destek azlığı ve yaşanan bölgenin kültürel özellikleri de işlevsel iyileşme düzeyinin azalmasına sebep olabilir. Böylece çevresel faktörlerin olumsuz etkileşimleri sonucunda bireyde oluşan yetersizlik duygusu, damgalanmadan dolayı izole olma hali ve iç görü seviyesinde düşme gibi nedenlerin işlevsel iyileşme düzeyinin azalmasına etkili olabileceği düşünülmektedir.

BDT temelli psikoeğitim sonrası deney grubunda meydana gelen işlevsel iyileşme düzeyindeki bu artış, araştırma hipotezlerinden olan '**H₂: Şizofreni tanılı bireylere verilen BDT temelli psikoeğitim işlevsel iyileşmeyi artırır.**' hipotezini doğrulamaktadır. Araştırma sonuçları doğrultusunda BDT temelli psikoeğitim uygulamasının şizofreni tanılı bireylerde işlevsel iyileşmeyi artırmada etkili bir

psikososyal müdahale olduğu söylenebilir. Bu bağlamda BDT temelli psikoeğitim uygulamalarının şizofreni tanılı bireylerin tedavisinde rutin uygulamalar arasında olmasının önemli olduğu sonucuna varılabilir.

BDT temelli psikoeğitim öncesi deney ve kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylerin gruplar arası içselleştirilmiş damgalanma alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$, Tablo 4.4). Hem deney hem de kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylerin eğitim öncesi almış oldukları gruplar arası içselleştirilmiş damgalanma toplam puan ortalamasına bakıldığında, RHİDÖ'den alınabilecek yüksek puan dikkate alınarak içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir.

Yılmaz ve Okanlı şizofreni tanılı bireylerde yaptıkları araştırmada içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin yüksek olduğunu ve içselleştirilmiş damgalanmanın tedaviye uyumu ve tutumu olumsuz etkilediğini tespit etmişlerdir (114). Çapar ve Kavak'ın 250 şizofreni tanılı bireyle içselleştirilmiş damgalanmanın işlevsel iyileşmeye etkisini inceledikleri kesitsel bir çalışmada, şizofreni tanılı bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin yüksek, işlevsel iyileşme düzeyinin düşük olduğunu saptamışlardır (115). Mosanya ve ark. şizofreni tanılı bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve bunun yaşam kalitesi ile ilgili tedavi sonucu ölçütleri üzerindeki etkisini araştırdıkları bir poliklinik araştırmasında araştırmaya katılan şizofrenili bireylerin %18,8'inde kendini damgalanma oranının yüksek olduğunu ve bunun düşük yaşam kalitesiyle ilişkili olduğunu saptanmıştır (116). Karidi ve ark. şizofreni ve bipolar bozuklukta içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin karşılaştırıldığı bir araştırmada içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin her iki bozuklukta da yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca bu araştırmada şizofreni tanılı bireylerin bipolar bozukluğu olan bireylere göre daha yoğun kendini damgalayıcı tutumlar benimsediklerini saptamışlardır (117).

Yapılan çalışmalar şizofreni tanılı bireylerde içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin işlevsel iyileşme, yaşam kalitesi, iç görü, yalnızlık, depresyon, umut, öz saygı gibi çeşitli değişkenlerden etkilendiğini vurgulamaktadır (118-120). Araştırmada eğitim öncesi deney ve kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylerde içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin yüksek olduğuna ilişkin elde edilen bu sonucu pek çok faktör etkilemiş olabilir. Araştırmaya katılan şizofreni tanılı bireylere ilişkin toplumun olumsuz bakış açısı, bireylerin işlevsellik, iç görü ve umut düzeylerinin düşük olması başlıca faktörlerdendir (121). Ayrıca yalnızlık, olumsuz otomatik düşüncelerin varlığı,

problem çözüme ve gevşeme tekniklerinin kullanılmaması, tedavi ve terapileri sürdürmedeki yetersizlikler, düşünce işleme hataları gibi etmenlerden de kaynaklanmış Olabileceği tahmin edilmektedir (122). Bu yönüyle araştırma bulguları literatürdeki benzer çalışmalar tarafından desteklenmektedir.

BDT temelli psikoeğitim sonrası deney ve kontrol grubundaki şizofreni tanımlı bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeyi toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$, Tablo 4.5). Deney grubundaki şizofreni tanımlı bireylerin son test içselleştirilmiş damgalanma toplam puan ortalamalarının kontrol grubundaki şizofreni tanımlı bireylerin toplam puan ortalamalarına oranla azaldığı belirlenmiştir. Yapılan taramalarda, şizofreni tanımlı bireylerde BDT temelli psikoeğitim ile içselleştirilmiş damgalanma düzeyini karşılaştıran çalışmaların sınırlı olduğu görülmüştür (66). Fakat çeşitli psikososyal müdahalelerin içselleştirilmiş damgalanmayı azaltmada ve işlevsel iyileşmeyi artırmada etkili olduğu belirtilmektedir (112, 123). Surmann ve ark. psikoz tanısı almış bireylerde, bilişsel ve davranışçı müdahalelerin kendini damgalamayı azaltmada, bireyin yetkinlik ve kontrol inançlarının güçlendirilmesinde, benlik kavramına katkıda bulunarak öznel iyi oluş halinin yükseltilmesine yardımcı olduğunu belirtmişlerdir (124). Ahuir ve ark. yakın zamanda başlayan psikoz tanısı almış bireylerle randomize yapılan bir klinik çalışmada grup psikoeğitimiyle birlikte verilen üst bilişsel eğitimin bilişsel önyargıları, depresif semptomları ve genel psikopatolojiyi iyileştirmede yararlı olduğunu saptamışlardır (125). Schlier ve ark. şizofrenide tıbbi ve psikoterapötik yöntemlerin etkisini araştırdıkları çalışmada BDT ve ilaç tedavisini birlikte alan şizofreni tanımlı bireylerin damgalanmaya karşı olumlu etkiler gösterdiği ve bu bireylerin yaşam kalitesinde artış olduğunu belirtmişlerdir (126). Mittal ve ark. katılımcıların ağırlıklı olarak şizofreni ve ilgili bozukluklardan oluştuğu bir ampirik çalışmada; bireylerin damgalayıcı inanç ve tutumlarını değiştirmeye çalışan müdahaleler arasında psikoeğitimin önemini ortaya koymuşlardır (127). İçselleştirilmiş damgalanma ile elde ettiğimiz bu bulgular literatürle paralellik göstermektedir.

Kontrol ve deney grubundaki şizofreni tanımlı bireylerin grup içi ön test ve son test içselleştirilmiş damgalanmanın toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmektedir ($p < 0.05$, Tablo 4.7). Deney grubundaki şizofreni tanımlı bireylerin ön teste göre son test içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinde azalma, kontrol grubundaki şizofreni tanımlı bireylerin ise ön teste göre son test içselleştirilmiş

damgalanma düzeylerinde artma olduğu belirlenmiştir. BDT temelli psikoeğitimle daha iyi uyum ve semptom yönetimi yoluyla şizofreni tanılı bireylere bilişsel model kullanılarak içselleştirilmiş damgalanmaya ait bilgi ve baş etme becerileri geliştirilmeye çalışılmıştır. Sokratik sorgulama tekniği kullanılarak; damgalanma ait olaylarla ilgili bireyin duygu, düşünce ve davranış arasındaki bağlantıyı doğru tanımlayabilmesine ve ABC modeliyle bireylerin otomatik düşüncelerini saptayabilmesine destek olunmuştur. Ayrıca damgalanmış olumsuz inançların değiştirilerek yerine mantıklı inançların getirilmesine, düşünce kayıt formu ve ev ödevleri aracılığıyla günlük hayatta içselleştirilmiş damgalanmaya ait otomatik düşüncelerini bulmalarının sağlanmasına ve geribildirimle pekiştirilmesine yardımcı olunmaya çalışılmıştır. Düşünce işleyiş biçimlerinde problem çözme basamakları, bilişsel gevşeme (hayal etme), derin nefes alma ve gevşeme egzersizleri öğretilerek bireylerin damgalanmaya ait baş etme becerileri geliştirilmeye çalışılmıştır. Böylece bilişsel ve davranışçı tekniklerle stres ve stresle baş etme mekanizmaları öğretilerek; bireyde olumlu bir bakış açısı geliştirip, şimdi ve geleceğe yönelik daha gerçekçi planlar yapmasına yardımcı olunmaya çalışılmıştır. Bu durum şizofreni tanılı bireylerin yeteneklerine yoğunlaşmasına, olumlu düşünce biçimini benimsemesine, ruhsal dayanıklılıklarının artmasına, sorun çözme ve baş etme kapasitelerinin gelişmesine yardımcı olmuş olabilir. İçselleştirilmiş damgalanma düzeyinin bu nedenlerden dolayı azalmış olabileceği düşünülmektedir. Kontrol grubundaki katılımcıların içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin artmasına ise bu bireylerin daha önce ve araştırma sürecinde BDT temelli psikoeğitim odaklı bir terapi uygulamasına katılmamaları ve tedaviyi sürdürmedeki yetersizlikler etkili olmuş olabilir.

Eğitim sonucunda deney grubundaki şizofreni tanılı bireylerin içselleştirilmiş damgalanma toplam puan ortalamasındaki azalma, araştırma hipotezlerinden olan **‘H₁: ‘Şizofreni tanılı bireylere verilen BDT temelli psikoeğitim içselleştirilmiş damgalanmayı azaltır’** hipotezini doğrulamaktadır. Araştırma sonuçları doğrultusunda BDT temelli psikoeğitim uygulamasının şizofreni tanılı bireylerde içselleştirilmiş damgalanmayı azaltmada etkili bir psikososyal müdahale olduğu ve BDT temelli psikoeğitim uygulamalarının şizofreni tanılı bireylerin tedavisinde rutin uygulamalar arasında olması gerektiği söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şizofreni tanılı bireylerde BDT temelli psikoeğitimin işlevsel iyileşme ve içselleştirilmiş damgalanma düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılan ve ön test-son test kontrol gruplu yarı deneme modeli olarak gerçekleştirilen araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- BDT temelli psikoeğitim öncesi deney ve kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylerin işlevsel iyileşme düzeylerinin düşük ve içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin yüksek seviyede olduğu,
- BDT temelli psikoeğitim sonrası deney grubundaki şizofreni tanılı bireylerin işlevsel iyileşme düzeylerinde yükselme ve içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinde kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylere oranla düşme olduğu,
- BDT temelli psikoeğitim sonrası grup içi karşılaştırmada; deney grubundaki şizofreni tanılı bireylerin işlevsel iyileşme düzeylerinde ön teste oranla son testte yükselme olduğu,
- BDT temelli psikoeğitim sonrası grup içi karşılaştırmada; deney grubundaki şizofreni tanılı bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinde ön teste oranla son testte düşme olduğu,
- Kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylerin grup içi karşılaştırmada; işlevsel iyileşme düzeylerinde ön teste oranla son testte düşme olduğu,
- Kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylerin grup içi karşılaştırmada; içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinde ön teste oranla son testte yükselme olduğu,
- BDT temelli psikoeğitimin şizofreni tanılı bireylerde işlevsel iyileşme düzeyini artırmada ve içselleştirilmiş damgalanma düzeyini azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir.
- BDT temelli psikoeğitim alan şizofreni tanılı bireylerde içselleştirilmiş damgalanma düzeyinde oluşan bu azalmadan dolayı bireyin toplumsal uyum oranının arttığı ve bu artışın bireydeki işlevsel iyileşme düzeyini artırarak bireyin işlevselliğine katkıda bulunduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Şizofreni tanılı bireylerde işlevsel iyileşmeyi artırma ve içselleştirilmiş damgalanmayı azaltma amacıyla tedavi süresince eğitim programlarının uygulanması,
- Eğitim programlarının BDT temelli psikoeğitim tekniklerine dayandırılarak uygulanması,
- Şizofreni tanılı bireylerin ruh sağlığına katkıda bulunmak için farklı müdahale türlerinin etkinliğini aydınlatmak amacıyla çalışmalar yapılması,
- Psikiyatri hemşirelerine BDT temelli psikoeğitim verilmesi ve bu eğitimlerin hemşirelik bakımında aktif olarak kullanılması,
- Psikiyatri hemşirelerinin psikososyal müdahaleleri planlama ve uygulamada aktif rol alarak BDT temelli psikoeğitimi, gereksinim ve imkânlar dahilinde daha kapsamlı hale getirmesi,
- Şizofreni tanılı bireylerin ruhsal sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla BDT temelli psikoeğitimin kullanılabilmesi için daha büyük örneklem gruplarında ve farklı coğrafi bölgelerde benzer çalışmaların yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Lin CY, Chang CC, Wu TH, Wang JD. Dynamic changes of self-stigma, quality of life, somatic complaints and depression among people with schizophrenia: A pilot study applying kernel smoothers. *Stigma Health* 2016, 1(1): 29-43.
2. Kavak F, Ünal S, Yılmaz E. Effects of relaxation exercises and music therapy on the psychological symptoms and depression levels of patients with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 2016, 30(5): 508-12.
3. World Health Organization, 2016 Schizophrenia. 12 Eyl 2020.
4. Binbay T, Direk N, Aker T, Akvardar Y. Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji: Yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Türk Psikiyatri Derg* 2014, 25: 264-81.
5. Kalkan E, Kavak Budak F. The effect of insights on medication adherence in patients with schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care* 2020, 56(1): 222-8.
6. Clark CM. Psychosocial treatments for schizophrenia: An evaluation of theoretically divergent treatment paradigm and their efficacy. *Clin Schizophr Relat Psychoses* 2016, 10(1): 41-50.
7. Valery KM, Prouteau A. Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review. *Psychiatry Res* 2020, 290: 113068
8. Ayhan D, Öz HS. Türk Ulusal Gazete Haberlerinde Şizofreniye Yönelik Damgalama. *Electronic Turkish Studies* 2020, 15(7): 2783-94.
9. İnan FŞ, Duman ZÇ, Sarı A. Şizofreni hastalarının ebeveynlerinin damgalanma deneyimleri: Kalitatif araştırma. *J Psychiatric Nurs* 2021, 12(1): 59-66
10. Morgades-Bamba CI, Fuster-Ruizdeapodaca MJ, Molero F. Internalized stigma and its impact on schizophrenia quality of life. *Psychol Health Med* 2019, 24(8): 992-1004.
11. Yamaguchi S, Mizuno M, Ojio Y, Sawada U, Matsunaga A, Ando S, Koike S. Associations between renaming schizophrenia and stigma-related outcomes: A systematic review. *Psychiatry Clin Neurosci* 2017, 71(6): 347-62.

12. Lampropoulos D, Wolman A, Apostolidis T. Analyzing the presentation and the stigma of schizophrenia in French newspapers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2017, 52(12): 1541-7.
13. Hofer A, Post F, Pardeller S, Frajo-Apor B, Hoertnagl CM, Kemmler G, Fleischhacker WW. Self-stigma versus stigma resistance in schizophrenia: Associations with resilience, premorbid adjustment, and clinical symptoms. *Psychiatry Res* 2019, 271: 396-401.
14. Işık E, Barlas GÜ. Psikiyatri hemşireleri için bir alan: Şizofrenide duygu tanıma ve sosyal işlevsellik. *JAREN* 2016, 2(2): 92-6.
15. Nemoto T, Uchino T, Aikawa S, Matsuo S, Mamiya N. Impact of changes in social anxiety on social functioning and quality of life in outpatients with schizophrenia: A naturalistic longitudinal study. *J Psychiatr Res* 2020, 131: 15-21.
16. Zhu X, Fan H, Fan F, Zhao Y, Tan Y. Improving social functioning in community-dwelling patients with schizophrenia: A randomized controlled computer cognitive remediation therapy trial with six months follow-up. *Psychiatry Res* 2020, 287:112913
17. Hanssen E, Balvert S, Oorschot M, Borkelmans K. An ecological momentary intervention incorporating personalised feedback to improve symptoms and social functioning in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Res* 2020, 284: 112695
18. Kavak F, Ekinçi M. The effect of yoga on functional recovery level in schizophrenic patients. *Arch Psychiatr Nurs* 2016, 30(6): 761-7.
19. Morgan AJ, Reavley NJ, Ross A, San Too L, Jorm AF. Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2018, 103: 120-33.
20. Mahmood Z, Van Patten R, Keller AV, Lykins HC, Perivoliotis D, Granholm E, Twamley EW. Reducing negative symptoms in schizophrenia: Feasibility and acceptability of a combined cognitive-behavioral social skills training and compensatory cognitive training intervention. *Psychiatry Res* 2021, 295: 3-8.

21. Waller H, Emsley R, Freeman D, Bebbington P, Dunn G. Thinking Well: a randomised controlled feasibility study of a new CBT therapy targeting reasoning biases in people with distressing persecutory delusional beliefs. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2015, 48: 82–9.
22. Spencer HM, Dudley R, Freeston MH, Turkington D. What are the essential ingredients of a CBT case conceptualization for voices and delusions in schizophrenia spectrum disorders? A study of expert consensus. *Schizophr Res* 2020, 224: 74-81.
23. Chiu VW, Ree M, Janca A, Iyyalol R, Dragovic M. Sleep profiles and CBT-I response in schizophrenia and related psychoses. *Psychiatry Res* 2018, 268: 279-87.
24. Rose A, Vinogradov S, Fisher M, Green MF, Ventura J. Randomized controlled trial of computer based treatment of social cognition in schizophrenia: the TRuSST trial protocol. *BMC Psychiatry* 2015, 15(1): 1-16.
25. Gürhan N. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. 1. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2016.
26. Çam 0, Engin E. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevi, 2014.
27. Jauhar S, Laws KR, McKenna PJ. CBT for schizophrenia: A critical viewpoint. *Psychol Med* 2019, 49(8): 1233-36.
28. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015.
29. Çetin M. Şizofreni tedavisi: Geçmişi, bugünü ve geleceği. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2015, 25(2): 95-9.
30. Köroğlu A, Hocaoğlu ÇÇ. Şizofreninin aile üzerine olan etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2017, 7(3): 170-5.
31. Ayano G. Schizophrenia: A concise overview of etiology, epidemiology diagnosis and management: Review of literatures. *J Schizophr Res* 2016, 3(2): 2-7.
32. McCutcheon RA, Reis Marques T, Howes OD. Schizophrenia- An Overview. *JAMA Psychiatry* 2020, 77(2): 201-10.

33. Kokurcan A. Şizofreni Genetiğinde Yeni Gelişmeler ve Bunların Klinik Uygulamaya Etkisi. *New Symposium Journal* 2014, 52(1): 17-23.
34. Karakuş G, Kocal Y, Sert D. Şizofreni: Etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2017, 26(2): 251-67.
35. Köroğlu E. Klinik Psikiyatri. 3. Baskı. Ankara, Esenkal Yayıncılık, 2020.
36. Özdemir O, Özdemir PG. Glutamat sistemi ve şizofreni. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar* 2016, 8(4): 394-405.
37. Tiryaki A. Şizofrenide ruhsal toplumsal risk etmenleri üzerine eleştirel bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri* 2008, 11(5): 3-8.
38. Summakoglu D, Ertuğrul B. Şizofreni ve Tedavisi. *Lectio Scientific* 2018, 2(1): 43-61.
39. Çelikbaş Z, Ergün S. Şizofrenide nörobilişsel bozukluklar ve işlevsellikle ilişkisi. *Journal of Contemporary Medicine* 2018, 8(1):1-5.
40. Immonen J, Jääskeläinen E, Korpela H, Miettunen J. Age at onset and the outcomes of schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Early Interv Psychiatry* 2017, 11(6): 453–60.
41. Tandon R, Gaebel, W, BarchDM, Bustillo J, Gur RE, Heckers S, Carpenter W. Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophr Res* 2013, 150(1): 3-10.
42. Glick HA, Li P, Harvey PD. The relationship between Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) schizophrenia severity scores and risk for hospitalization: An analysis of the CATIE Schizophrenia Trial. *Schizophr Res* 2015, 166(3): 110–4.
43. He F, Fu J, He L, Li Y, Xiong X. Automatic Detection of Negative Symptoms in Schizophrenia via Acoustically Measured Features Associated With Affective Flattening. *IEEE Trans Autom Sci Eng* 2020, 18(2): 586-602.
44. Clark SD, Van Snellenberg JX, Lawson JM. Opioid antagonists are associated with a reduction in the symptoms of schizophrenia: A meta-analysis of controlled trials. *Neuropsychopharmacology* 2020, 45: 1860-9.

45. Hugdahl K, Sommer IE. Auditory verbal hallucinations in schizophrenia from a levels of explanation perspective. *Schizophr Bull* 2018, 44(2): 234-41.
46. Ceylan D, Yeşilyurt S, Akdede BB, Sayın Z, Alptekin K. Şizofreni tedavisinde çoklu antipsikotik kullanımının belirtiler, yan etkiler ve yaşam niteliği ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2016, 17(6): 433-41.
47. Alptekin K, Üçok A. Psikiyatri kliniğine yatırılan şizofreni ve psikotik bozukluğu olan hastaların tedavi rehberi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2014, 24(3): 276-88.
48. Kavak F, Yılmaz E. The effect of hope on the treatment adherence of schizophrenia patients. *Ann Med Res* 2018, 25(3): 416-9.
49. Turkington GD, Lawrence T, Stuart W. Linguistic analysis of the valence, arousal and dominance of auditory hallucinations and internal thoughts in schizophrenia: Implications for psychoeducation and CBT. *Cogent Psychology* 2019, 6(1): 1703463
50. Vrbova K, Praskol J, Ociskova M, Kamaradova DL, Marackoval M. Quality of life, self-stigma, and hope in schizophrenia spectrum disorders: A cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2017, 13: 567-76.
51. Yıldırım A, Buzlu S, Hacıhasanoğlu Aşlar R, Camcıoğlu TH, Erdiman S. Effect of Psychosocial Skills Training on Disease Symptoms, Insight, Internalized Stigmatization, and Social Functioning in Patients With Schizophrenia. *Rehabil Nurs* 2015, 40(6): 341-8.
52. Kamışlı, S, Dil S, Daştan L, Eni N. Özgürlük Duygusu ve İçselleştirilmiş Damgalanma: Ayaktan ve Yatarak Psikiyatrik Tedavi Alan Hastaların Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2016, 27(4): 251-6.
53. Durat G, Atmaca GD, Açıl HC, Oksal HA. Şizofreni Hastası Olan Hasta Yakınlarının Şizofreniye İlişkin Tutumları. *Osmangazi Tıp Dergisi* 2017, 38: 1-8.
54. Avcil C, Bulut H, Sayar GH. Psikiyatrik Hastalıklar ve Damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2016, 2: 175-202.
55. Rezayat F, Mohammadi Fallahi-khoshknab M. The process of responding to stigma in people with schizophrenia spectrum disorders and families: A grounded theory study. *Perspect Psychiatr Care* 2020, 56(3): 564-73.

56. Feldhaus T, Falke S, Von Gruchalla L, Maisch B, Uhlmann C, Bock E, Lencer R. The impact of self-stigmatization on medication attitude in schizophrenia patients. *Psychiatry Res* 2018, 261: 391-9.
57. Coşkun E, Altun ÖŞ. The relationship between the hope levels of patients with schizophrenia and functional recovery. *Arch Psychiatr Nurs* 2018, 32(1): 98-102.
58. Lagger N, Amering M, Sibitz I, Gmeiner A, Schrank B. Stability and mutualprospective relationships of stereotyped beliefs about mental illness, hope and depressive symptoms among people with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Res* 2018, 268: 484-9.
59. Vaskinn A, Ventura J, Andreassen OA, Melle I, Sundet K. A social path to functioning in schizophrenia From social self-efficacy through negative symptoms to social functional capacity. *Psychiatry Res* 2015, 228(3): 803-7.
60. Yılmaz E, Okanlı A. Test of mindfulness-based psychosocial skills training to improve insight and functional recovery in schizophrenia. *West J Nurs Res* 2018, 40(9): 1357-73.
61. Beck J. Cognitive Behavior Therapy. Çeviri: Şahin M. Bilişsel Davranışçı Terapi Temelleri ve Ötesi, 2. Baskı. Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık, 2019.
62. Liebscher C, Wittmann A, Gechter J, Schlagenhaut F, Lueken UA. Facing the fear- clinical and neural effects of cognitive behavioural and pharmacotherapy in panic disorder with agoraphobia, *Eur Neuropsychopharmacol* 2016, 26(3): 431 – 44.
63. Steensel FJA, Dirksen CD, Bögels SM. Cost-effectiveness of cognitive-behavioral therapy versus treatment as usual for anxiety disorders in children with autism spectrum disorder. *Res Autism Spectr Disord* 2014, 8(2): 127-137.
64. Weitz N, Opre A. Therapists' attitudes towards the combined DMT and CBT treatment of children with anxiety disorders. *Cognition Brain Behavior* 2020, 24(1): 35-56.
65. Howells FM, Kingdon DG, Baldwin DS. Current and potential pharmacological and psychosocial interventions for anxiety symptoms and disorders in patients with schizophrenia: Structured review. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2017, 32(5): 11.

66. Nowak I, Sabariego C, Switaj P, Anczewska, M. Disability and recovery in schizophrenia: a systematic review of cognitive behavioral therapy interventions. *BMC Psychiatry* 2016, 16(1): 1-15.
67. Batinic B. Cognitive models of positive and negative symptoms of schizophrenia and implications for treatment. *Psychiatr Danub* 2019, 31(2): 181-4.
68. Aylaz R, Yıldız E. The care burden and coping levels of chronic psychiatric patients' caregivers. *Perspect Psychiatr Care* 2018, 54(2): 230-41.
69. Masat S, Çınarlı T, Sener A, Erdoğan TK, Simsit G, Koç Z. The relationship between quality of working life and professional behaviour for nurses working in a university hospital. *New Trends and Issues Proceedings on Advances in Pure and Applied Sciences* 2018, 10: 26-37.
70. Johns LC, Oliver JE, Khondoker M, Byrne M, Jolley S, Wykes T. The feasibility and acceptability of a brief Acceptance and Commitment Therapy (ACT) group intervention for people with psychosis: the 'ACT for life' study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2016, 50: 257-63.
71. Lawrence P, Fulbrook P, Somerset S, Schulz, P. Motivational interviewing to enhance treatment attendance in mental health settings: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2017, 24: 699-718.
72. Ceylan SS, Çetinkaya B. Attitudes towards gossip and patient privacy among paediatric nurses. *Nurs Ethics* 2020, 27(1): 289-300.
73. Arslantaş, H. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde Etik Konular, Kodlar ve Standartlar. *J Psychiatr Nurs* 2015, 6(1): 47-56.
74. Caqueo-Urizar A, Fond G, Urzua A, Boyer L. Gender differences in schizophrenia: A multicentric study from three Latin-America countries. *Psychiatry Res* 2018, 266: 65-71.
75. Ribe JM, Salamero M, Testor CP, Mercedal J, Aguilera C, Cleris M. Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: Caregiver characteristics, caregiving burden, family functioning, and social and professional support. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2018, 22(1): 25-33.
76. Lippi G. Schizophrenia in a member of the family: Burden, expressed emotion and addressing the needs of the whole family. *S Afr J Psychiatr* 2016, 22(1): 1-7.

77. Kunikata H, Yoshinaga N, Shiraishi Y, Okada Y. Nurse-Led Cognitive behavioral Group Therapy For Recovery Of Self-Esteem İn Patients With Mental Disorders: A Pilot Study. *Jpn J Nurs Sci* 2016, 13(3): 355-64.
78. Gedük EA. Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2018, 5(2): 253-8.
79. Ünsal G, Karaca S, Arnik M, Öz YC. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin psikiyatri hemşiresinin rollerine ilişkin görüşleri. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2014, 4(2): 90-5.
80. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. İnternalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res* 2003, 121(1): 31-49.
81. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal Hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formunun güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007, 18(2): 163-71.
82. Llorca PM, Lançon C, Lancrenon S, Bayle FJ, Caci H, Rouillon F, Gorwood P. The “Functional Remission of General Schizophrenia” (FROGS) scale: development and validation of a new questionnaire. *Schizophr Res* 2009, 113(2): 218-25.
83. Emiroğlu B. Şizofreni hastalarında işlevsel iyileşme ölçeğinin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009, 46: 15-24.
84. Cuijpers P, Cristea IA, Karyotaki E, Reijnders M, Huibers MJ. How effective are Cognitive Behavior Therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatr* 2016, 15(3): 245–58.
85. Bengisoy A, Özdemir MB, Erkıvanç F, Şahin S, İskifoğlu TÇ. Bilişsel davranışçı terapi kullanılarak yapılan araştırma makalelerinin içerik analizi 1997-2018. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2019, 9(54): 745-93.
86. Leigh E, Clark DM. Cognitive Therapy for social anxiety disorder in adolescents: A development case series. *Behav Cogn Psychother* 2016, 44(1): 1–17.
87. Türkçapar MH, Sargın AE. Bilişsel davranışçı psikoterapiler: tarihçe ve gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 2012, 1(1): 7-14.

88. Lee YS, Cho Y. The Effect of Korean-Group Cognitive Behavioural Therapy Among Patients with Panic Disorder in Clinic Settings. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2016, 24(1): 28-40.
89. İlgar MZ, Coşgun İS. Bilişsel davranış değiştirme ve motivasyonel görüşme. *Eğitimde Kuram ve Uygulama* 2019, 15(1): 47-73.
90. Hayes SC, Hofmann SG. Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy. *New Harbinger Publications*, 2012.
91. Bekiroğulları Z. The Cognitive Behavioural Therapy as a Treatment for Schizophrenia: Current Issues and the Future. *Psychiatry and behavioral sciences* 2019, 9(1): 60-8.
92. Granholm E, Holden J, Link PC, McQuaid JR. Randomized clinical trial of cognitive behavioral social skills training for schizophrenia: improvement in functioning and experiential negative symptoms. *J Consult Clin Psychol* 2014, 82(6): 1173-85.
93. Keefe RS, Haig GM, Marder SR, Harvey PD, Dunayevich E, Medalia A. Report on ISCTM consensus meeting on clinical assessment of response to treatment of cognitive impairment in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2016, 42(1): 19-33.
94. Dellazizzo L, Potvin S, Connor K, Dumais A. A randomized controlled trial comparing virtual reality therapy to cognitive behavioral therapy in schizophrenia with treatment refractory hallucinations: preliminary results. *Schizophr Bull* 2018, 44(1): 346.
95. Rector N, Stolar N: The negative symptoms of schizophrenia: A cognitive perspective. *Can J Psychiatry* 2005, 50(5): 247-57.
96. Tripathi A, Kar SK, Shukla R. Cognitive deficits in schizophrenia: Understanding the biological correlates and remediation strategies. *Clin Psychopharmacology Neurosci* 2018, 16(1): 7-17.
97. Morrison AP, Law H, Carter L, Sellers R, Emsley R, Pyle M. Antipsychotic drugs versus cognitive behavioural therapy versus a combination of both in people with psychosis: a randomised controlled pilot and feasibility study. *Lancet Psychiatry* 2018, 5(5): 411-23.

98. Daniel D, Nasrallah H, Earley W, Durgam S, Lu K, Szatmári B. Effects of cariprazine on negative symptoms, cognitive impairment, and prosocial functioning in patients with predominant negative symptoms: post hoc analysis of a phase III, placebo-, and active-controlled study. *Schizophr Bull* 2017, 43(1): 13.
99. Jones C, Hacker D, Meaden A, Cormac I, Irving CB, Xia J. Cognitive behavioural therapy plus standard care versus standard care plus other psychosocial treatments for people with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2018, 11:1-224.
100. Sin J, Gillard S, Spain D, Cornelius V, Chen T, Henderson, C. Effectiveness of psycho educational interventions for family carers of people with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2017, 56: 13-24.
101. Kaya Y, Öz F. Şizofreni hastalarının genel sosyal işlevsellik düzeyi ve hastalara bakım veren yakınlarının bakım yükü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2016, 10(1): 28-38.
102. Benitez I, Pino O, Padilla JL, Parra AC. Integrating scale data and patient perspectives for assessing functionality in schizophrenia. *J Commun Ment Health* 2016, 52(8): 914-20.
103. Dikeç G, Kutlu Y. Ruhsal Bozukluklarda Tedavi Uyumunu Artırmak İçin Bir Yöntem: Tedaviye Uyum Programı. *Journal of Psychiatric Nursing* 2015, 6(1): 40-6.
104. Sofia AD, Trifu AC, Ionescu TC. Is cognitive approach the missing link towards restoring functionality in schizophrenia? *Journal of Educational Sciences Psychology* 2020, 10(1): 158-67.
105. Özaslan Z, Bilgin H. Şizofrenide üstbiliş. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017, 3(3): 33-6.
106. Najas-Garcia A, Gómez-Benito J, Huedo-Medina TB. The relationship of motivation and neurocognition with functionality in schizophrenia: a meta-analytic review. *Community Ment Health J* 2018, 54(7): 1019-49.
107. Morrison AP: A manualised treatment protocol to guide delivery of evidence-based cognitive therapy for people with distressing psychosis: learning from clinical trials. *Psychosis* 2017, 9(3): 271-81.

108. Bilge A, Ekitli GB, Embel N, Kaya FG, Kalkan Turan HS, Kaygi OM. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ndeki şizofreni hastalarına uygulanan öncü belirtileri tanıma ve baş etme eğitiminin içgörü düzeyi ve yaşam kalitesine etkisi. *Uluslar Arası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi* 2016, 7: 52-68.
109. Zanello A, Mohr S, Merlo MC, Huguelet P, Rey-Bellet P. Effectiveness of a brief group cognitive behavioral therapy for auditory verbal hallucinations: a 6-month follow-up study. *J Nerv Ment Dis* 2014, 202(2): 144-53.
110. Baizanis N, Theleritis C, Karvountzis S, Palli A, Blubidis D, Oikonomou M. Cognitive Behavioural Therapy (CBT) in chronic schizophrenia: Report of a case. *Encephalos* 2012, 49: 80-90.
111. Mortan Sevi OY, Tekinsav Sütcü GS. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda bilişsel-davranışçı grup terapisi-sistemik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2012, 23(3): 206-18.
112. Laws KR, Darlington N, Kondel TK, McKenna PJ, Jauhar S. Cognitive behavioural therapy for schizophrenia: outcomes for functioning, distress and quality of life: a meta-analysis. *BMC Psychol* 2018, 6(1): 1-10.
113. Chadwick P. Mindfulness groups for distressing voices and paranoia: A replication and randomized feasibility trial. *Behav Cogn Psychother* 2009, 37(4): 403-12.
114. Yılmaz E, Okanlı A. The effect of internalized stigma on the adherence in patients with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 2015, 29(5): 297-301.
115. Çapar M, Kavak F. Effect of internalized stigma on functional recovery in patients with schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care* 2019, 55(1): 103-11.
116. Mosanya TJ, Adelufosi AO, Adebawale OT, Ogunwale A, Adebayo OK. Self-stigma, quality of life and schizophrenia: An outpatient clinic survey in Nigeria. *Int J Soc Psychiatry* 2014, 60(4): 377-86.
117. Karidi MV, Vassilopoulou D, Savvidou E, Vitoratou S, Maillis A, Rabavilas A, Stefanis CN. Bipolar disorder and self-stigma: A comparison with schizophrenia. *J Affect Disord* 2015, 184: 209-15.
118. Yıldırım T, Kavak Budak F. The relationship between internalized stigma and loneliness in patients with schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care* 2020, 56(1): 168-74.

119. Kk H, Demir S. Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda iselleŐtirilmiŐ damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek. *ukurova Medikal Dergisi*. 2018, 43(1): 99-106.
120. 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.
121. Yıldız E, Aylaz R. How counseling based on acceptance and commitment therapy and supported with motivational interviewing affects levels of functional recovery in patients diagnosed with Schizophrenia: A Quasi-Experimental Study. *Clin Nurs Res* 2020, 30(5): 599-615.
122. Fiszdon JM, Kurtz MM, Choi J, Bell MD, Martino S. Motivational interviewing to increase cognitive rehabilitation adherence in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2016, 42(2): 327-34.
123. Turkington D, Dudley R, Warman DM, Beck AT. Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: a review. *Focus* 2006, 10(2): 5-16.
124. Surmann M, Gruchalla L, Falke S, Maisch B, Uhlmann C, Bock E, Lencer R. The importance of strengthening competence and control beliefs in patients with psychosis to reduce treatment hindering self-stigmatization. *Psychiatry Res* 2017, 255: 314-20.
125. Ahuir M, Cabezas , MiŐano MJ, Algora MJ, Estrada F, Sol M, Labad J. Improvement in cognitive biases after group psychoeducation and metacognitive training in recent-onset psychosis: A randomized crossover clinical trial. *Psychiatry Res* 2018, 270: 720-3.
126. Schlier B, Lange P, Wiese S, Wirth A, Lincoln T. The effect of educational information about treatments for schizophrenia on stigmatizing perceptions. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2016, 52: 11-16.
127. Mittal D, Sullivan G, Chekuri L, Allee E, Corrigan PW. Empirical studies of self-stigma reduction strategies: A critical review of the literature. *Psychiatr Serv* 2012, 63(10): 974-81

EKLER

EK-1. Özgeçmiş



EK-2. Tanıtıcı Özellikler Formu

1. Kaç yaşındasınız?

- a)18-28 b)29-39 c)40-50 d)51-65

2. Cinsiyetiniz nedir?

- a) Erkek b) Kadın

3. Medeni durumunuz nedir?

- a) Evli b) Bekâr

4. Eğitim düzeyiniz nedir?

- a) Okur-yazar b) İlköğretim c) Ortaöğretim d) Yüksekokul

5. Gelir düzeyinizi nasıl algılıyorsunuz?

- a) Kötü b) Orta c) İyi

6. Çalışma durumunuz nedir?

- a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

7. Ailenizde ruhsal hastalık öyküsü var mı?

- a) Var b) Yok

8. Hastalık ilk kaç yaşında başladı?

- a) 18-28 b)29-39

9. Ne kadar süredir hastasınız?

- a) 0-5 yıl b) 6-11 yıl c) 12-17 yıl d) 18 yıl ve üzeri

10. Hangi ilaçları kullanıyorsunuz?

- a) antipsikotik
b) duygudurum düzenleyici
c) antidepresan
d) antipsikotik+duygudurum e)antipsikotik+antidepresan

EK-3. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)

		1	2	3	4
1	Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.				
2	Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.				
3	Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.				
4	Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşımdan kaçınıyorum.				
5	Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utaniyorum.				
6	Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.				
7	Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.				
8	Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.				
9	Ruhsal hastalığım benim “garip” görünmeme ya da davranmama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.				
10	Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.				
11	İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.				
12	Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim “normal” yaşamın dışında kalmama neden oluyor.				
13	Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum.				
14	Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.				
15	Sırf ruhsal hastalığımdan dolayı insanlar bana sık sık yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.				
16	Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim.				
17	Ruhsal hastalığımdan dolayı hayatımı berbat etti.				
18	İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımdan olduğunu anlayabilirler.				
19	Ruhsal hastalığımdan dolayı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.				
20	Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.				
21	Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.				
22	Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.				
23	Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkı olamaz.				
24	Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı.				
25	Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yaklaşmak istemez.				
26	Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.				
27	Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.				
28	İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.				
29	Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.				

EK-4. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ)

1. Sosyal İşlevsellik

Sosyal İlişkilerde Kendini Ortaya Koyabilme (Sosyal ortamlarda hastanın kendisini ortaya koyma, kendini ifade edebilme becerisi)

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

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

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

Kişisel Aktiviteler (Kişisel ilgi alanlarına zaman ayırma, boş zamanları değerlendirebilme becerisi, örneğin; sportif faaliyetler, kitap okuma, el becerilerini geliştirme gibi hobiler)

1. Yok: Hastanın hiçbir kişisel ilgi alanı yoktur veya hobilerini sürdürmez. Hasta, boş zamanlarında hareketsizdir.

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

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

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

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

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

5. Mükemmel derecede var: Hastanın aile üyeleri ve arkadaşlarıyla iyi nitelikli ilişkileri vardır. İletişim sıklıkla kurulur ve genellikle hasta iletişim kurma girişiminde bulunur.

Yaşam İçin Gerekli Olan Sosyal Çevre (Mağazalar, hizmetler, komşular...):
uyumlu sosyal entegrasyon için gerekli olan ilişkiler

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

Duygusal ve Cinsel İlişkiler(Duygusal bir ilişki isteği ve bunu başarmak.
Tatmin edici cinsel hayat.)

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

Mükemmel derecede var: Hastanın, istekleri doğrultusunda, tatmin edici duygusal bir ilişkisi vardır. Cinsel hayatı tatmin edicidir.

2. Sağlık ve Tedavi

Hastalığın ve Tedavinin İdaresi (Hastalıklarını, belirtilerini, tedavi programlarını, nüksetme işaretlerini bilme ve tedaviye uyum.)

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

Sağlık İdaresi (Sağlığını korumak için gerekli önlemleri almak.)

1. Yok: Hasta sağlığını ve kişisel temizliğini tamamen ihmal etmiştir.
2. Kısmen var: Hasta, yalnızca acı hissederse veya işlevsel bir bozulma yaşarsa sağlığıyla ilgilenir.
3. Yeterince var: Hasta, özellikle de acı hissederse veya işlevsel bir bozulma yaşarsa kendi sağlığıyla ilgilenir. Kişisel temizliğin asgari kurallarına uymaya çalışır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta kendi sağlığıyla ilgilidir. Genel olarak temizlik ve beslenmenin temel kurallarına uyarlar.
5. Mükemmel derecede var: Hasta kendi sağlığıyla ilgili olarak endişelidir ve aktif bir biçimde tedavi ve önleyici tedbirler alır. Hasta temizlik ve beslenme kurallarına tamamen uyar.

Empati ve Başkalarına Yardım

1. Yok: Hasta etrafındaki kişilere dikkat etmez ve başkalarıyla ilgilenmez.
2. Kısmen var: Hastanın etrafındaki kişilere karşı dikkati çok azdır ve hasta başkalarının sorunlarıyla ilgilenmez.
3. Yeterince var: Hasta etrafındaki kişilere ilgi gösterir ancak bu kişilerin sorunlarına karışmaz.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta başkalarının sorunlarıyla aktif olarak ilgilenir ancak onlara yardım etmek için aldığı sorumluluk sınırlıdır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta başka insanların sorunlarıyla kişisel olarak ilgilenir ve yardım etmekten memnuniyet duyar.

Tedavinin Yan Etkilerini İdare Etme (Tedavinin yan etkilerini bilme, tanıma ve bu etkilerle başa çıkma becerisi.)

1. Yok: Hasta, tedavisinin yan etkileriyle tamamen ilgisiz görünür.
2. Kısmen var: Hasta tedavisinin yan etkileriyle yalnızca muğlak biçimde alakalıdır, yan etkileri tanımakta zorluk yaşar ve bunlarla baş etmek için yardım istemez.
3. Yeterince var: Hasta, tedavisinin yan etkileri konusunda yeterince alakalıdır. Yalnızca en rahatsız edici yan etkileri tanıyıp onlarla başa çıkabilir.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta tedavisinin tüm yan etkileriyle alakalıdır. Neredeyse hepsini tanıyabilir ancak onlarla nasıl başa çıkacağını bilmesi şart değildir.
5. Mükemmel derecede var: Hasta tedavisinin olası tüm yan etkileriyle alakalıdır ve bu etkiler hakkında araştırma yapar. Tüm yan etkileri tanıyabilir ve onlarla başa çıkabilir.

3. Günlük Yaşam Becerileri

Biyolojik Ritimlere Uyum (Hastanın uyanma/uyku, yemek saatleri gibi biyolojik ritimlere uyumu)

1. Yok: Hastanın yaşamla ilgili alışkanlıkları kesinlikle düzensizdir.
2. Kısmen var: Hasta, yalnızca başkası tarafından açıkça istendiğinde biyolojik ritimlere uyur.

3. Yeterince var: Hasta biyolojik ritimlere kendiliğinden ancak düzensiz biçimde uyar.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta biyolojik ritimlere genellikle uyar ancak temel değişikliklere uyum sağlamakta zorlanır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta her alanda ve her durumda biyolojik ritimlere uyar.

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

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

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

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

başına halledebilir. Hasta haklarından ve mal varlığından haberdardır.

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

Daha önceki alışkanlıklar ve sosyal-kültürel ortamla kıyaslanarak değerlendirilecektir.

1. Yok: Hasta kirli ve dağınıktır, korkmaktadır. Görünüşünü ve bakımını ihmal eder. Birbirleriyle uyumsuz ve uygun olmayan kıyafetler giyer.
2. Kısmen var: Hastanın görünüşü ve/veya bakımı vasatın altındadır. Görünüşü oldukça ihmal edilmiştir ve kıyafetleri birbiriyle uyumsuz olabilir veya uygun olmayabilir.
3. Yeterince var: Uygun bir bakım düzeyini sürdürmekte zorluk yaşıyor gibi görünmesine rağmen hastanın görünüşünde sadece hafifçe bir ihmal vardır.
4. Neredeyse tamamen var: Hastanın zaman zaman bakımla ilgili problemleri olur veya bazen görünüşünü ihmal eder. Bu çok nadiren olur ve önemli sonuçlar doğurmaz.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın iyi bir görünüşü vardır ve bakımlıdır; giyimine dikkat eder.

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

1. Yok: Hasta agresif duygularına hakim olmaz. Kanunları sıklıkla ve/veya ciddi biçimde çiğner.
2. Kısmen var: Hasta agresif duygularına sadece kısmen hakim olur. Kanunlara veya toplum hayatının kurallarına her zaman uymaz.
3. Yeterince var: Hasta neredeyse her zaman agresif davranışına hakim olur. Kanunlara uyar ve toplum hayatının kurallarıyla ilgili nadiren sorun yaşar.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta agresif duygularına hakim olur, bu duyguları sadece sözel olarak ifade eder. Kanunlara uyar ve genellikle toplum hayatının kurallarına da uyar.
5. Mükemmel derecede var: Hasta tüm agresif davranışlarına ve sözel agresyonunahakim olur. Kanunlara ve toplum hayatının kurallarına harfi harfine uyar.

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

1. Yok: Hasta, en ufak sıkıntıya uygunsuz biçimde tepki verir. Ortaya çıkabilecek beklenmedik herhangi bir problemle başa çıkmak için hazırlıklı değildir.
2. Kısmen var: Hasta bazı problemlerle başa çıkabilir ama hemen bunalır.
3. Yeterince var: Hasta stresle başa çıkabilir ancak sorunlar tekrarlandığında ya da ciddi bir hal aldığı anda bunalır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta, günlük hayattaki stres ve sorunlarıyla iyi bir biçimde başa çıkar ancak büyük ve beklenmedik strese karşı oldukça hassastır.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın duygusal kontrolü iyidir ve her durumda etkili baş etme mekanizmaları kullanır.

4. Mesleki İşlevsellik

Ev İş Etkinlikleri (Ev idaresi ile ilgili işler; toparlama, çamaşır, bulaşık, temizlik, çöpü dışarı çıkarma, genel bakım, mobilyanın durumu vb.)

1. Yok: Hasta evine hiç bakmaz (Temizliği asla kendisi yapmaz, nevresimleri değiştirmez, çöpü dışarı çıkarmaz...)
2. Kısmen var: Hasta çok az ev işi yapar ve sadece mutlaka gerekli olan şeyleri yapar.
3. Yeterince var: Hasta, içinde bulunduğu çevrenin sosyal kurallarını yerine getirme imkânı veren minimum düzeydeki ev işlerini ve temizlik işlerini yapar.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta çoğu ev işini yapar ancak bu bazen düzensiz ve eksik olur.
5. Mükemmel derecede var: Hasta ev işlerini düzenli olarak ve iyi bir biçimde yapar.

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

1. Yok: Hasta herhangi bir profesyonel etkinlik yürütemez ya da okulunu tamamlayamazgörünür. İş aramak veya okula geri dönmek için adım atmaz.
2. Kısmen var: Hasta iş aramak veya okula geri dönmek için adım atar. Şu anda iş ya da okulla ilgili olarak bir etkinlikte bulunmaz.
3. Yeterince var: Hastanın korunaklı bir ortamda düzensiz iş veya işleri vardır. Hasta aralıklı olarak okula gider.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta çalışır ya da okula gider. Entegrasyonu için çaba gerekir veya araya kısa aralıklar girer.
5. Mükemmel derecede var: Hasta düzenli bir biçimde çalışır veya (okuldaki) çalışmalarını gayretle sürdürür.



EK-5. BDT Temelli Psikoeğitim Oturum İçeriği

1. OTURUM

Amaç: Eğitim ile ilgili bilgilendirme yapmak ve katılımcıları tanımaktır. Terapötik ilişki ve BDT sisteminin uygulanmasında karşılıklı çalışmak için anlaşma sağlamak.

Tanışma: Eğitimi öncelikle kendini tanıtmıştır. Daha sonra grup üyeleri de sırayla kendilerini tanıtmışlardır. Eğitmen ve grup üyeleri arasında terapötik bir ilişki kurulması amaçlanmıştır.

Grup üyelerinin eğitimle ilgili düşünce ve duygularının paylaşılması: Grup üyelerinin kendi tecrübelerinden faydalanarak eğitimle ilgili düşünce ve duygu paylaşımı istenerek grup ve eğitimle ilgili beklentileri konuşulmuştur.

Grup oturumlarını yapılandırma: Eğitmen eğitime katılmak isteyen katılımcılarla birlikte BDT temelli psikoeğitimin içeriğinden ve eğitime düzenli katılımın öneminden bahsederek; eğitimin amacı, süresi, sıklığı, yöntemlerin uygulama şekli ve grup kuralları ile ilgili bilgi vererek eğitim oturumlarını yapılandırmıştır. Grup kurallarında grup üyelerinin de fikirleri alınarak birlikte oluşturulmuştur. Eğitmen yapılandırmada, grup üyelerinin oturumlarla ilgili sormak istediklerini paylaşmaları hususunda teşvik ettikten sonra, deney grubu ön test verileri toplanmıştır. Ayrıca üyelerden gelen tüm soruları cevaplayarak gruptaki üyelerin oturumlarla ilgili fikir sahibi olmalarını sağlamaya çalışmıştır.

Oturumun özetlenmesi: Eğitmen örnek olarak eğitim sürecini özetleyerek ve haftaya neler yapılacağı ile ilgili bilgilendirmeleri yaparak oturumu sonlandırmıştır.

2. OTURUM

Amaç: Şizofreni nedir? Belirtileri nelerdir? Şizofreni nasıl seyreder? Damgalanma ve içselleştirilmiş damgalanma nedir? İşlevsel iyileşme nedir? Bu soruların cevaplarını içerecek şekilde bilişsel modelin şizofrenide damgalanma ve işlevsel iyileşmeye ilişkin açıklamasının sunulmasıdır. Damgalanmayla baş etme yöntemleri nelerdir, işlevsel iyileşme düzeyi nasıl artırılır ve neler yapılmalıdır? vb. gibi ana başlıkları bu şekilde olan konulara ait bağlantılı sorularla sokratik sorgulama tekniğiyle konuşulup tartışılması oturumun amaçlarındandır.

Açılış; Duygu durumunun gözden geçirilmesi: Oturuma ilk olarak katılımcıların duygu durumlarının sorgulanıp onlardan geri bildirim alınarak başlanmıştır. Üyelerin

kendilerini nasıl hissettikleri ve paylaşmak istedikleri bir şeyin olup olmadığı sorulmuştur.

Bir önceki oturuma dair geri bildirim alınması ve özetlenmesi: Grup üyeleri ile önceki hafta sunulan eğitim oturumu ile ilgili akıllarına takılan bir şey olup olmadığı sorulmuştur. Bu hafta neler yapılacağını merak ettiklerini söyleyip geri bildirim alındıktan sonra bir önceki oturumun özetlenmesi yapılmıştır.

Oturum gündeminin belirlenmesi: Bu oturumun gündem maddesi BDT temelli psikoeğitimin şizofreni hastalığını tanıyarak, tedavisini değerlendirip; şizofrenide içselleştirilmiş damgalanma ve işlevsel iyileşme etkilerinden bahsederek bilişsel model ile ilgili eğitim vermek.

Oturum gündeminin paylaşılması: Şizofrenide içselleştirilmiş damgalanma ve işlevsel iyileşme konularında bilişsel terapide çok önemli bir yere sahip olan sokratik sorgulama yöntemi ile çalışılmıştır.

Şizofreniyi tanıyormuyuz? Şizofreni belirtilerine, tedavisine ve yan etkilerine hakim miyiz? Kendimizi toplum tarafından ya da kendi kendimizi damgalanmış olarak hissettiğimiz oluyor mu? Eğer böyle hissediyorsak sebebi ne olabilir? İşlevselliğimiz ne düzeyde; işlevsellik alanlarının hangilerinde kendinizi yeterli buluyorsunuz? Yeterli hissediyorsanız ya da hissetmiyorsanız sizce sebebi ne olabilir? Bütün bunları düşünürken zihnimizden neler geçiyor? Sokratik sorgulamayla uygun ve yerinde sorularla dikkat çekilerek katılımcılara bilişsel bir keşife çıkmamanın ilk basamakları öğretilmiş olur. Ardından oturumun gündemiyle ilgili örnekler üzerinden sorular sorularak çalışılmıştır. Bu sayede katılımcıların sahip olduğu bilgiyi ortaya çıkarmak ya da bu bilgiler eşliğinde daha iyi bir sonuca ulaşmalarına yardımcı olmak hedeflenmiştir.

Oturumun özetlenmesi: Eğitimci ve katılımcıların da eşlik etmesi sağlanarak oturum özetlenmiştir. Katılımcıların oturumla ilgili bilgilendirildiği gözlenmiştir.

3. OTURUM

Amaç: Bilişsel davranışçı yaklaşımla ABC modeli hakkında bilgi verilmesidir.

Duygu durumunun gözden geçirilmesi: Oturuma; katılımcıların duygu durumlarının sorulmasıyla başlanılmıştır.

Bir önceki oturuma dair geri bildirim alınması ve oturumun özetlenmesi: Bir önceki oturumdan sonra katılımcıların artık anlatılan cümleleri ve kavramları daha

anlayabildiklerini ve anlaşılır bulduklarını ifade etmişlerdir.

Oturum gündeminin belirlenmesi: Otomatik düşüncelerin tanımlanarak açığa çıkarılması ve bu düşünceleri belirlemeyi öğretme. Eğitmenin yardımıyla katılımcılara mantıklı inançları oluşturup bunların olumsuz inançlarla yer değiştirilmesinin öğretilmesi.

Oturum gündeminin paylaşılması: Katılımcılara BDT modelini anlatmak ve daha iyi kavramlaştırmak için eğitimci bazı örnek olaylar oluşturmuştur. Birinci olayda evinizde yalnız başınıza uzanırken arka odadan pencere sesinin geldiğini duydunuz. O anda aklınızdan ne geçiyor? Sorusunu yönelterek; katılımcılara sırayla duygu-düşünce ve davranışı sorulup, A-B-C modeli kullanılarak tahtaya geçirilmiştir. İkinci olayda bir iş için dışarı çıkıyorsunuz fakat yürürken yolun karşısında küfreden biri olduğunu görüyorsunuz. Bu olayda da eğitimci tarafından katılımcılara sırayla ne hissettiği ve ne düşündüğü sorulmuş ve aynı şekilde A-B-C modeli ile tahtaya yazılmıştır. Daha sonra yazılan bu duygu, düşünce ve davranışlar katılımcılarla tartışılmıştır. Bu sayede katılımcıların otomatik düşüncelerini bulabilmeleri için, gözlerini kapatarak o anı hayal etmeleri istenilmiş ve o an akıllarından ne geçtiğini bulmaları istenmiştir. Daha sonra benzer örnekler damgalanma ve işlevsellik üzerine yoğunlaştırıp katılımcıların otomatik düşünceleri doğrulanıp, gerçekliği test edilmiştir. Uygulamaların sonunda katılımcılar otomatik düşüncelerini bulup yazmışlardır. Oturum sonunda olumsuz inançlar değiştirilerek, yerine mantıklı inançlar belirlenmiştir.

Oturumun özetlenmesi: Oturumun özetinin gruptan gönüllü olan bir katılımcı üye aracılığıyla yapılması istenmiştir. Katılımcıların kendi otomatik düşüncelerini fark edebildikleri gözlemlendikten sonra eğitimci tarafından oturum tekrar özetlenmiştir.

Ev ödevi: A-B-C modelini ve otomatik düşünceleri daha iyi kavramak adına bir sonraki oturuma kadar olan süre zarfında günlük hayatta özellikle içselleştirilmiş damgalanma ve işlevsellikleri ile ilgili otomatik düşünceleri bulmaları ve sonraki oturumda paylaşmaları istenmiştir.

4. OTURUM

Amaç: Düşünce kayıt formunun tanıtılması.

Duygu durumunun gözden geçirilmesi: Bu haftaki oturuma da duygu durumun sorgulanması ve katılımcılar tarafından ifade edilmesiyle başlanılmıştır.

Bir önceki oturuma dair geri bildirim alınması ve özetlenmesi: Bir önceki oturumda A-B-C modelindeki örneklemler tekrar edilmiştir.

Oturum gündeminin belirlenmesi: Düşünce kayıt formunun tanıtılmasıdır.

Ev ödevinin gözden geçirilmesi: Katılımcılar hafta içinde buldukları otomatik düşünceleri paylaşmışlardır. Eğitimci katılımcılarla birlikte otomatik düşünceleri gözden geçirerek düşünce hatalarını ayıklamalarına yardımcı olmuştur.

Oturum gündeminin paylaşılması: Bu haftaki oturumda; katılımcıların bir olaydaki düşünce ve inançlarını ortaya çıkarmaya yardımcı olacak “Düşünce Kaydı Formunun” basit hali eğitimci tarafından anlatılarak tanıtılmıştır. Bu formu nasıl dolduracaklarını ve formun nasıl bir işleve sahip olduğunu ayrıntılı bir şekilde anlatılmıştır. Gönüllü olan bir katılımcının grupta paylaştığı olay üzerinden formu ne şekilde doldurulacağı gösterilmiştir. Bu formu yazmakta sıkıntı yaşayan katılımcılara eğitimci yardımcı olacak ve gerekirse kendisi katılımcı düşüncelerini alıp dolduracaktır. Eğitimci katılımcıların formu kullanmada yeterlilik kazandıklarını gördüğünde formu katılımcılara doldurtacaktır.

Oturumun özetlenmesi: Oturum eğitimci tarafından özetlenmiştir.

Ev ödevi: Katılımcılara düşünce kaydı formunun bir kopyası dağıtılarak, bir sonraki oturuma kadar damgalanma, işlevsellik ya da farklı bir durumdan dolayı yaşamış oldukları olumsuz olaylardan sonra bu formu doldurabilecekleri söylenerek, uygulama olarak ev ödevi verilmiştir. Formu dolduramayanlarında eğitimci bu hafta düşüncelerini saptamalarının gerektiğini söyleyerek sonraki oturumda yardım ederek birlikte dolduracaklarını belirtmiştir.

5. OTURUM

Amaç: Otomatik düşüncelerin tespit edilmesiyle düşünce biçimlerini tanıyabilme, düşünce biçimlerinin tespit edilerek, bilişsel davranış terapi becerilerini öğretebilmek.

Duygu durumunun gözden geçirilmesi: Oturuma yine duygu durumunun sorgulanması ile başlanmıştır. Katılımcılardan bu hafta yaşadıkları zorlukları anlatmalarını istenmiştir.

Bir önceki oturuma dair geri bildirim alınması ve özetlenmesi: Önceki oturumla ilgili geri bildirim vermek konusunda katılımcılara sorular sorulmuştur. Çekimser davranılan konular tekrar gözden geçirilmiştir.

Ev ödevinin gözden geçirilmesi: Katılımcıların bir kısmı düşünce kaydı formunu doldurmuştur. Bir kısmının ise bu formu doldurmakta sıkıntı yaşadığı gözlemlenmiştir. Sebepleri sorgulanmıştır. Eğitimci tarafından tekrardan düşünce kaydı formu anlatılarak uygulanmıştır.

Oturum gündeminin belirlenmesi: İçselleştirilmiş damgalanma ve işlevsel iyileşme bağlamında oluşturulan otomatik düşüncelerle bilişsel işleme biçimlerinin sunulması, düşünce işleme biçimlerini tespit edebilme ve bu sayede bilişsel davranış terapi becerileri öğretilerek tartışılması şeklinde belirlenmiştir. Katılımcıların otomatik düşüncelerine ait bilişsel işleme biçimlerinin hangi türlerde olduğu, ne şekilde olumsuz işlevlerde bulunduğu, katılımcının doldurduğu form ya da eğitimeye sunduğu başka örnekler yardımıyla düşünce kayıt formu kullanılarak veya tahtada, eğitimci tarafından anlatılarak çalışılmıştır. Oturumda katılımcıların bazılarında, düşünce işleyiş biçimlerini tanıırken zorluk yaşadıkları görülürse oturumun baştan tekrarının yapılması ve katılımcılardan olumlu geri bildirim alınana kadar sürdürülmesi amaçlanmıştır.

Oturumun özetlenmesi: Otomatik düşüncelerini düşünce kayıt formuna işleyen bir katılımcıyla birlikte eğitimci yardımıyla özetlenmiştir.

Ev ödevi: Düşünce kayıt formunun basit halinin doldurulmaya devam edilmesi ifade edilen otomatik düşünceleriyle oluşturulan düşünce işleyiş biçimlerinin düzgün bir şekilde not edilmesi, not edemeyen varsa bir sonraki oturumda akılda kalan otomatik düşüncelerin eğitimciyle birlikte ele alınarak tekrardan gözden geçirileği belirtilmiştir.

6. OTURUM

Amaç: Bilişsel gevşeme (hayal etme), derin nefes alma ve gevşeme egzersizleri uygulayarak katılımcının damgalanma ya da işlevsellik ile ilgili yaşamış olduğu olumsuz yaşam olaylarında rahatlamayı öğrenme, düzgün nefes almayı öğretmek otomatik düşüncelerini tanıyıp baş etmenin sağlanması için gerekli becerilerin oluşturulmasının sağlanmasıdır. Sözcükler yardımıyla bilişsel gevşeme oluşturmak için huzur ve sakinlik veren zihinsel görüntülerle kişinin gevşeme tepkilerini artırmaktır.

Duygu durumunun gözden geçirilmesi: Oturuma yine duygu durumunun sorgulanmasıyla başlanmıştır. Katılımcıların bu hafta yaşamış oldukları sıkıntılı, onları rahatsız eden bir durum varsa eğitimci bu durumu ifade etmelerini istemiştir. Katılımcılar da duygu durumlarını özetleyerek dile getirmişlerdir.

Bir önceki oturuma dair geri bildirim alınması ve özetlenmesi: Katılımcılarının çoğunluğunun bir önceki oturumda ele alınan düşünce işleme biçimlerini fark edebildikleri ancak bazılarının hala yardıma ihtiyaçları olduğu görülünce eğitimciyle beraber tekrardan bu katılımcılarla beraber otomatik düşüncelerin üzerinden geçilmiştir.

Oturum gündeminin belirlenmesi: Oturum bilişsel gevşeme, diyafram nefesinin alınması ve verilmesinin öğretilmesi ve aşamalı kas gevşeme egzersizlerinin öğretilmesi şeklinde planlanmıştır.

Ev ödevinin gözden geçirilmesi: Eğitimci katılımcıların ödevlerini gözden geçirmiştir. Ev ödevini yapmayanlara zihinsel işleme yöntemiyle ilgili sorulara sorarak hatırlatma sağlanmıştır. Ödevini paylaşmak isteyen katılımcıların örneklerinden yola çıkılarak bilişsel işleme biçimleri tekrardan ifade edilerek etkili öğrenme yöntemine devam edilmiştir.

Oturum gündeminin paylaşılması: İlk olarak nefes egzersizleri ile başlanılmıştır. Daha sonra, katılımcıların arkalarına yaslanarak gözlerini kapatmaları ve rahat duruş şekli almaları istenmiştir. Kas gevşetme tekniği aşamalı olarak uygulanmıştır. Kasların tümü gevşedikten sonra bilişsel gevşeme yapıp; bilişsel manzaralar oluşturularak gevşemeye devam edilmiştir.

Oturumun özetlenmesi: Katılımcılar arasından gönüllü olan biri aracılığıyla grup çalışmasında neler yapıldığı özetlenmiştir.

Ev ödevi: Derin nefes alma egzersizi ve aşamalı kas gevşeme tekniğiyle birlikte hayal etmenin de günde bir kere ve kendilerini kötü hissettikleri anlarda yapılmasının sağlanması; ev ödevi olarak verilerek bir sonraki oturumda paylaşılması istenmiştir.

7. OTURUM

Amaç: İrrasyonel düşünceleri yakalayıp yerine rasyonel düşüncelerin koyulabilmesi, içselleştirilmiş damgalanmayla baş etme becerileri ve işlevselliğin özellikle iş, eğitim, kişiler arası ilişkiler, öz bakım gibi alanlarında kendi kendilerine yetme düzeylerinde artış sağlamak için gerekli becerileri anlatma.

Duygu durumunun gözden geçirilmesi: Oturuma yine duygu durumunun sorgulanması ile başlanmıştır. Katılımcıların hepsi geçen haftalarının ne şekilde geçtiğini ifade etmişlerdir.

Bir önceki oturuma dair geri bildirim alınması ve özetlenmesi: Katılımcılar

aşamalı kas gevşetme egzersizini yaptıklarını en fazla hayal etme tekniğini sevdiğini paylaşmışlardır.

Oturum gündeminin belirlenmesi: Düşünce kayıt formunda yer alan düşünce inceleme yönteminin kullanılması, içselleştirilmiş damgalanmayla baş etme ve işlevselliği artırma becerilerinden bahsetmektir.

Ev ödevinin gözden geçirilmesi: Kas gevşeme ve bilişsel gevşeme (hayalleme) tekniğini uygulayan katılımcıların olduğu görülmüştür. Bu tekniği uygulayan katılımcıların nasıl yaptıklarına dair düşüncelerinin paylaşılması sağlanmıştır. Kas gevşetmeyi yapamadıklarını belirten katılımcılara eğitmen tarafından tekrar bu teknik gösterilmiştir.

Oturum gündeminin paylaşılması: Bu aşamada katılımcılardan kendilerini damgalanmış hissettikleri ve işlevsellik olarak kendilerini yeterli hissetmedikleri anlarla ilgili, o anı hayal etmeleri istenilmiştir. Tek tek yaşamış oldukları olay ile ilgili ayrıntılara dikkat etmeleri yönergesi verilmiştir. Daha sonraki aşamada eğitmen düşünce kayıt formunu her katılımcı için o katılımcıya eşlik ederek birlikte doldurmuştur. Katılımcıların otomatik düşünceleri bulmak için kendilerine sorulacak soruların neler olması gerektiği, olayları nasıl yorumlayabilecekleri ve ne şekilde ele alacakları eğitmen tarafından anlatılmıştır. Sonraki aşamada ise paylaşmak isteyen katılımcılar tek tek düşünce kayıtları formları paylaşmışlardır. Düşünce inceleme çalışmasından sonra içselleştirilmiş damgalanmayla baş etme ve işlevselliği artırma becerileriyle ilgili olarak bilgi verilmiştir.

Ev ödevi: Düşünce kaydının tutulmasına devam edilmesi özellikle de kendilerini mutsuz ve huzursuz hissettikleri zamanlarda otomatik düşünce formunun doldurmalari istenmiştir.

8. OTURUM

Amaç: Tüm programın etkinliğini değerlendirme ve öğrenilenleri pekiştirerek eksik, anlaşılamayan noktaları açıklığa kavuşturup ve katılımcıların olumlu duygularla oturumu bitirmeyi sağlamak.

Duygu durumunun gözden geçirilmesi: Oturuma yine duygu durumunun sorgulanması ile başlanmıştır.

Bir önceki oturuma dair geri bildirim alınması ve özet: Katılımcılar bir önceki oturumdaki aldıkları eğitimin çok öğretici olduğunu özellikle içselleştirilmiş

damgalanmayla baş etme ve işlevselliği artırma becerileriyle ilgili öğrendiklerinin çok faydalı olduğunu ifade etmişlerdir.

Oturum gündeminin belirlenmesi: Eğitim sürecinin, eğitiminin, katılımcıların bireysel olarak kendilerini değerlendirmeleri, kazanımları ve edinmiş oldukları bilgi ve becerilerinin paylaşılması, ya da etkisiz ve olumsuz eğitmen ve katılımcı tepkilerinin ifade edilmesi, eğitmenin tüm süreci değerlendirmesidir.

Sonlandırmaya dair duygu ve düşüncelerin paylaşılması: Oturumun son oturum olmasından ötürü, oturum gündemi sürecin değerlendirilmesi olarak belirlenmiştir. Başlangıç olarak katılımcıların bu eğitimin onlara neler kazandırdığını ifade etmeleri istenmiştir. Daha sonra kullanılan yöntemlerin işlevliliğine dair geri bildirimler alınmıştır. Devamında ise katılımcıların eğitmen ve eğitim hakkında geri bildirim konusunda teşvik edilmiştir. Katılımcılardan sonra eğitmen de kendi bakış açısıyla süreci genel olarak değerlendirmiştir. Katılımcılara öğrendikleri bilgileri başka alanlarda da kullanabilecekleri ile ilgili bilgiler paylaşılmıştır. Katılımcıların artık damgalanma ve işlevsellekle ilgili daha bilgili oldukları, toplumda ve kendi iç dünyalarında işlevsellekliklerini artırarak damgalanmayla baş etmek için kendilerini daha güçlü hissettikleri gözlenmiştir.

Oturumun ve sürecin sonlandırılması: Eğitim boyunca neler yapıldığı özetlenmiş ve oturum tüm katılımcılara tek tek teşekkür edilerek sonlandırılmıştır.

Son-test ölçümlerinin gerçekleştirilmesi: Sonlandırmanın hemen sonrasında katılımcılara RHİDÖ, ŞİLÖ son test olarak uygulanmıştır.

EK-6. Etik Kurul Onayı



EK-7. Kurum İzni Komisyon Kararı



EK-8. Bilimsel Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü



EK-9. Aydınlatılmış Onam Formu

Lütfen Bu Dökümanı Dikkatlice Okuyunuz.

Sizi Funda KAVAK BUDAK ve Meltem ÇAPAR ÇİFTÇİ tarafından yürütülen ‘**Şizofreni Tanılı Bireylerde Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Psikoeğitimin İçselleştirilmiş Damgalanma ve İşlevsel İyileşmeye Etkisi**’ başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Araştırmayla İlgili Bilgiler

Araştırmanın Amacı: Bu çalışma Şizofreni Tanılı Bireylerde Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Psikoeğitimin İçselleştirilmiş Damgalanma ve İşlevsel İyileşmeye Etkisi’ni belirlemek amacıyla yapılacaktır.

Katılımcı Sayısı: Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam katılımcı sayısı 130’dur.

Araştırmaya Katılım Süresi: Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 8 haftadır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Çalışma için gerekli İzin/Onam alındı. Çalışmaya katılmanız, soruları yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam/onayverdiğiniz anlamına gelmektedir. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile isminiz ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacak ve 3. bir şahısa verilmeyecektir.

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

Çalışmaya Katılım Onayı: 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 verilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana çalışmanın**

muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmeden bırakabileceğimi ve bıraktığım taktirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

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

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı:

Soyadı: İmzası:

Tarih:

Araştırmacının

Adı: Meltem

Soyadı: Çapar Çiftçi

İmzası:

Tarih: