

T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**PSİKOZ HASTALARINA UYGULANAN PROBLEM ÇÖZME VE
ETKİLİ İLETİŞİM BECERİLERİ PSİKOEĞİTİM
PROGRAMININ BENLİK SAYGISI VE TOPLUMSAL
İŞLEVSELLİK DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Banu ORTAKÇI

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji (Tezli) Yüksek Lisans Programı

**HAZİRAN 2024
İSTANBUL**

T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**PSİKOZ HASTALARINA UYGULANAN PROBLEM ÇÖZME VE
ETKİLİ İLETİŞİM BECERİLERİ PSİKOEĞİTİM
PROGRAMININ BENLİK SAYGISI VE TOPLUMSAL
İŞLEVSELLİK DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Banu ORTAKÇI
(221287005)
(0009-0001-2598-8989)**

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji (Tezli) Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Burcu Rahşan ERİM

İstanbul 2024



T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Jüri Tez Onay Formu

28.06.2024

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Bu çalışma 28.06.2024 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji (Tezli Yüksek Lisans) Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Doç. Dr. Burcu Rahşan ERİM

Danışman

İstanbul Gedik Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Nurgül YAVUZER

Üye (İmza)

İstanbul Gedik Üniversitesi

Prof. Dr. Arif Haldun SOYGÜR

Üye (İmza)

İstanbul Okan Üniversitesi

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Psikoz Hastalarına Uygulanan Problem Çözme ve Etkili İletişim Becerileri Psikoeğitim Programının Benlik Saygısı ve Toplumsal İşlevsellik Düzeylerine Etkisi” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim (28/06/2024).

Banu ORTAKÇI

ÖNSÖZ

Öncelikle çalışma sürecimin her anında yardımlarını esirgemeyen, titiz ve adil yaklaşımıyla süreç boyunca engin bilgi birikimi ve tecrübeleriyle yol gösteren, danışmanım olmasından mutluluk duyduğum sevgili hocam Doç. Dr. Burcu Rahşan Erim'e teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmam boyunca manevi desteğini hiç esirgemeyen, veri toplama aşamasında katılımcıları toplamama ve tanımama yardımcı olan, birlikte beş yıldır severek çalıştığım Sultanbeyli TRSM ekibine ve yine bilgi birikimini hiçbir zaman esirgemeyen, her daim desteğini hissettiğim Uzm. Dr. Ilgaz Kınalı Yıldırım'a,

Anlayış ve sabırla yaklaşan, süreci en iyi şekilde atlatmama yardımcı olan canım aileme sonsuz teşekkür ederim.

Haziran 2024

Banu ORTAKÇI

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

ÖNSÖZ.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	vii
ÇİZELGE LİSTESİ.....	viii
ŞEKİL LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	x
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	4
1.2. Araştırmanın Hipotezleri	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Psikotik Bozukluklar ve Şizofreni.....	5
2.1.1. Şizofreninin epidemiyolojisi	6
2.1.2. Şizofreninin etiyolojisi	6
2.1.3. Şizofreni belirtileri.....	8
2.1.4. Şizofrenide klinik görünüm	8
2.2. Şizoafektif bozukluk	9
2.2.1. Şizoafektif bozukluk tanısı	10
2.3. Psikotik Bozukluklarda Prognoz	10
2.4. Psikososyal Tedavi Yöntemleri.....	11
2.5. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri.....	12
2.6. Psikotik Bozuklukta Toplumsal İşlevsellik ve Benlik Saygısı.....	13
3. MATERYAL VE METOT	15
3.1. Araştırmanın Türü	15
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	15
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	15
3.3.1. Araştırmaya kabul kriterleri.....	17

3.4. Veri Toplama Araçları	17
3.4.1. Sosyodemografik bilgi formu (EK-1)	17
3.4.3. Rosenberg benlik saygısı ölçeği (RBSÖ) (EK-3).....	18
3.4.4. Kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği (KPDÖ) (EK-4).....	18
3.4.5. Negatif semptomları değerlendirme ölçeği (SANS) (EK-5).....	18
3.4.6. Pozitif semptomları değerlendirme ölçeği (SAPS) (EK-6).....	19
3.5. Verilerin Toplanması.....	19
3.6. Uygulanan Psiko eğitim Programının İçeriği.....	20
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	25
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	25
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA	35
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	43
KAYNAKÇA	44
EKLER.....	54
Ek-1: Sosyodemografik Bilgi Formu	54
Ek-2: Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği.....	55
Ek-3: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	56
Ek-4: Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği.....	57
Ek-5: Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği.....	58
Ek-6: Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği	60
Ek-7: Etik Kurul Kararı.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Ek-8: İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurul Kararı ...	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ÖZGEÇMİŞ.....	63

KISALTMALAR

APA	: Amerikan Psikoloji Derneği
APB	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ICD	: Uluslararası Hastalıklar Sınıflandırma Sistemi
KPDÖ	: Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği
RBSÖ	: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
RUTBE	: Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi
SANS	: Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği
SAPS	: Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği
TİDÖ	: Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

ÇİZELGE LİSTESİ

	Sayfa No:
Çizelge 3.1: Psikoeğitimin Planı	20
Çizelge 4.1: Çalışma ve Kontrol Gruplarındaki Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	26
Çizelge 4.2: Çalışma ve Kontrol Gruplarındaki Katılımcıların Ön Test RBSÖ Toplam Puan Ortalaması İle TİDÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=119)	28
Çizelge 4.3: Çalışma ve Kontrol Gruplarındaki Katılımcıların Son Test RBSÖ Toplam Puan Ortalaması İle TİDÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=119)	29
Çizelge 4.4: Çalışma ve Kontrol Gruplarındaki Katılımcıların Ön Test KPDÖ İle SANS Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=119)	30
Çizelge 4.5: Çalışma ve Kontrol Gruplarındaki Katılımcıların Son Test SANS Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=119)	31
Çizelge 4.6: TİDÖ, RBSÖ, KPDÖ ve SANS Ölçeklerinin Ön Test ve Son Test Karşılaştırması (n=119)	32
Çizelge 4.7: Ölçeklerin Toplam Puanlarının Karışık Desenli ANOVA Sonuçları	33

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No:

Şekil 3.1: Araştırma Konsort Akış Şeması 16



PSİKOZ HASTALARINA UYGULANAN PROBLEM ÇÖZME VE ETKİLİ İLETİŞİM BECERİLERİ PSİKOEĞİTİM PROGRAMININ BENLİK SAYGISI VE TOPLUMSAL İŞLEVSELLİK DÜZEYLERİNE ETKİSİ

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, Sultanbeyli TRSM’de ayaktan tedavilerine devam eden psikotik bozukluk tanılı hastalara uygulanan “Problem Çözme ve Etkili İletişim Becerileri” psikoeğitim programının, hastaların toplumsal işlevsellik ve benlik saygısı düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metod: Çalışma ön test-son test kontrol gruplu yarı deneme modeli şeklinde Sultanbeyli TRSM’de Şubat-Mayıs 2024 tarihleri arasında yürütüldü. Güç analizi sonucunda, kayıplar da göz önünde bulundurularak 45 kişi çalışma grubu ve 80 kişi kontrol grubu için katılımcı olarak belirlendi. Ancak çalışma grubundan 4 kişi seanslara devam etmediği için, kontrol grubundan 2 kişi son test uygulamasına katılmadığı için toplam 119 kişiyle çalışma tamamlandı. Veriler Sosyodemografik bilgi formu, Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SAPS) ve Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SANS) kullanılarak toplandı. Çalışma grubundaki katılımcılara psikoeğitim programı uygulandı, kontrol grubundaki katılımcılara bir girişim yapılmadı. Veri analizinde ortalama, standart sapma, yüzde, bağımlı ve bağımsız örnekleme t-testi, karışık desenli ANOVA kullanıldı.

Bulgular: Psikoeğitim uygulamasından sonra çalışma grubunun toplumsal işlevsellik (6.67) ve benlik saygısı puan ortalamasının (3.30), kontrol grubundakilerin toplumsal işlevsellik (6.25) ve benlik saygısı puan ortalamasından (2.95) anlamlı olarak arttığı belirlendi ($p<0.05$). Aynı zamanda çalışma grubundaki hastaların negatif belirtilerinin, kontrol grubundakilere göre anlamlı ölçüde azaldığı belirlendi ($p<0.05$).

Sonuç: “Problem Çözme ve Etkili İletişim” psikoeğitim programının psikotik bozukluk tanılı hastaların toplumsal işlevsellik ve benlik saygısı düzeylerinin artmasında etkili olduğu ve negatif belirtilerine olumlu anlamda katkı sağladığı belirlendi.

Anahtar Kelimeler: İletişim becerisi, problem çözme, psikotik bozukluk, benlik saygısı, toplumsal işlevsellik.

EFFECT OF PROBLEM SOLVING AND EFFECTIVE COMMUNICATION SKILLS PSYCHOEDUCATION PROGRAM APPLIED TO PSYCHOSIS PATIENTS ON SELF-ESTEEM AND SOCIAL FUNCTIONING LEVELS

ABSTRACT

Aim: This study was conducted to determine the effect of the "Problem Solving and Effective Communication Skills" psychoeducation program applied to patients diagnosed with psychotic disorder who continue their outpatient treatment at Sultanbeyli CMHC, on the social functionality and self-esteem levels of the patients.

Material and Method: The study was conducted as a quasi-trial model with a pretest-posttest control group at Sultanbeyli TRSM between February and May 2024. As a result of the power analysis, 45 people were determined as participants for the study group and 80 people for the control group, taking into account losses. However, since 4 people from the study group did not attend the sessions and 2 people from the control group did not participate in the post-test application, the study was completed with a total of 119 people. Data were collected using the sociodemographic information form, Social Functioning Assessment Scale (SFAS), Rosenberg Self-Esteem Scale (RSS), Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS), Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) and Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). A psychoeducation program was applied to the participants in the study group, but no intervention was made to the participants in the control group. Mean, standard deviation, percentage, dependent and independent sample t-test, and mixed-design ANOVA were used in data analysis.

Results: After the psychoeducation application, it was determined that the social functionality (6.67) and self-esteem mean score (3.30) of the study group increased significantly compared to the social functionality (6.25) and self-esteem mean score (2.95) of the control group ($p < 0.05$). At the same time, it was determined that the negative symptoms of the patients in the study group decreased significantly compared to those in the control group ($p < 0.05$).

Conclusion: It was determined that the "Problem Solving and Effective Communication" psychoeducation program was effective in increasing the social functionality and self-esteem levels of patients diagnosed with psychotic disorder and contributed positively to their negative symptoms.

Keywords: Communication skills, problem solving, psychotic disorder, self-esteem, social functionality.

1. GİRİŞ

Psikotik bozukluklar, yaşamın ilk yıllarında ortaya çıkan, kişinin duygu, düşünce ve davranışlarını etkileyerek işlevselliğini ciddi anlamda sekteye uğratan ve toplumun her kesiminden bireylerde görülebilen ağır ruhsal bozukluklardır (Sadock ve Sadock, 2007). Genellikle yirmili yaşlarda ortaya çıkmakta ve yaşam boyu devam etmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2018). Farklı fiziksel-organik hastalıkların temelinde ruhsal sıkıntıların da olduğu göz önünde bulundurulursa, psikiyatrik hastalıkların önemi yadsınamaz bir gerçektir. Hastalığın çeşidi ve sebebi ne olursa olsun tıbbi hastalıkların yaklaşık %75-90'ı değişik ruhsal sebeplere bağlıdır (Güleç, 2014).

Psikoz benzeri belirtilerin tarihi çok eskiye dayanmakla birlikte kavram olarak yirminci yüzyılda tüm dünyada ortak bir dil belirlenmiştir. M.Ö. 1400'lü yıllardan kalma yazıtlarda bugünkü şizofreni hastalarının belirtilerine benzer olarak öz bakımı azalmış, çıplak gezen, dinle fazlaca uğraşan, kendisini tanrı sanan insanlardan bahsedilmiştir (Bhugra, 1922). Ortaçağda şizofreni belirtilerine sahip olan hastalar, içine şeytan girdiği düşüncesi ile cadı olarak adlandırılmış ve yakılarak öldürülmüşlerdir. Zaman içerisinde şizofreni için farklı tanımlamalar yapılsa da şizofreniyi kavram olarak ilk defa 1911 yılında İsviçreli Eugen Bleuler kullanmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2018). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APB) ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) girişimleri, şizofreni için daha güvenilir ve ayırıcı tanımlar belirlenmesini ve özgül tedaviler için yeni çalışmalar yapılmasına olanak sağlamıştır (Soygür & Erkoç, 2018).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5), Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından yayınlanan psikiyatrik bozuklukların sınıflandırılması konusunda ortak bir dil oluşturan yayındır. DSM-5'te psikotik bozukluk tanısı çerçevesinde şizofreni, şizoafektif bozukluk, maddeye bağlı psikoz, şizofreniform bozukluk, sanrılı bozukluk gibi farklı tanımlar bulunmaktadır. Günümüzde psikotik bozukluk tanısını koymak için kişinin ilgili uzman ya da uzmanlarca muayenesi gerekmektedir. Bu tanıyı alıracak herhangi bir test bulunmamakla birlikte psikotik

bozukluklar farklı semptom ve nedenlerle birbirinden ayrılmaktadır (Lieberman ve First, 2018).

Psikotik bozukluk dendiğinde akla en çok gelen ruhsal bozukluklardan biri şizofrenidir. DSM-5 sınıflandırma sistemine göre şizofreni tanısının konması için en bir ay kadar; sanrılar, varsanılar, düşünce içeriğinde bozulmalar, dağınık konuşma, dezorganize davranışlar veya katatonik davranış, negatif belirtiler gibi belirtilerden en az iki tanesinin olması gerekmektedir (Jablensky, 2010). Negatif belirtiler; duygusal tepkilerin azalması veya yok olması, bir işi gerçekleştirebilmek için gerekli olan güdünün azalması veya yok olması, enerjinin ve haz almanın azalması durumudur (Birsöz, 2013).

Şizoafektif bozukluk için farklı sınıflama sistemlerinde farklı tanımlamalar olsa da genel anlamda şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarla birlikte yer aldığı kabul edilmektedir. Şizofreni belirtilerine ek olarak manik ya da depresif duygudurum belirtilerinin de eşlik ettiği bir bozukluktur (Öztürk ve Uluşahin, 2018). Ayrıca sadece psikotik belirtilerin olduğu, en az iki hafta süren bir dönemin olması gerekmektedir (Sadock ve ark. 2021, Soygür ve ark. 2007).

Organik olmayan psikotik bozuklukta hastaların belirtileri, herhangi bir psikotik bozukluk tanısıyla kolayca açıklanamamaktadır. Kalıcı işitsel halüsinasyonların yanı sıra var olan belirtiler geçici sanrı veya halüsinasyonlarla karakterizedir. (Sadock ve ark. 2021).

Şizofreni, şizoafektif bozukluk ve organik olmayan psikozda ortak olarak, hastaların kendilerini ifade etmede yaşadıkları zorlukların varlığı, motivasyonlarının az olması ve hastalığın iyi bilinmemesi sebepleri ile aileleri ve sosyal çevrelerince dışlanmalarına yol açabilmektedir. Hastalar, tembel, beceriksiz, işe yaramaz olarak nitelendirilebilmekte ve özsaygıları zarar görebilmektedir.

Psikotik bozukluk tanısını almış kişiler, bireysel ve toplumsal işlevselliklerini yerine getirmekte zorlanırken, bu durum hayatlarında süreklilik arz etmektedir (Aşık ve Ünsal Barlas, 2016). Şizofreni hastalarında yeti yitimi ön plandayken, bu hastaların sosyal ilişkilerinde, günlük yaşamında zorlandığı ve işlevselliğinin sekteye uğradığı bilinmektedir (Yıldız, 2011). İşlevselliği etkileyen faktörler arasında çevresel koşullar, sosyal ilişkiler, ekonomik durumlar, aile içindeki bireylerin ilişkileri gibi durumlar yer almakla birlikte hastanın işlevselliğinin bozulması,

bireylerin aileleri ve toplum için zorlu bir yaşamı beraberinde getirmektedir (Hanssen ve ark., 2020). Bu sebeple psikotik bozukluk tanılı hastaların benlik saygılarının ve işlevselliklerinin artırılması ve kendi kendilerine yetebilir düzeye gelmelerinin sağlanması tedavilerinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. (Nemoto ve ark., 2020).

Erken tanının konması, uygun tedaviler ve kişinin tedaviye uyumu ile birlikte bireylerin büyük bir kısmında ciddi düzelmeler görülebilmektedir (Morgan ve ark., 2018). Buna karşın düzenli ilaç kullanımı olsa bile hastalığın 5 yıl içerisinde tekrarlama oranının %50 olduğu gösterilmiştir (Sungur ve Yalnız, 1999). Bu hastalığın temel tedavisi ilaç olmakla birlikte psikoterapiler, psikoeğitimler ve sosyal beceri eğitimleri kişinin iyilik halinin sürdürülebilmesi açısından önemli rol oynamaktadır (Mahmood ve ark., 2021). Elboğa ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada şizofreni hastalarına uygulanan psikososyal müdahalenin, hastaların günlük yaşam aktivitelerini iyileştirdiğini, Tanrıverdi (2023), şizofreni hastalarına uyguladığı progresif gevşeme egzersizlerinin hastaların psikiyatrik belirtilerini azalttığını göstermiştir. Daha yüksek risk taşıyan hastaların ise daha sık takibinin yapılması, psikososyal müdahalelere de ağırlık verilmesi önerilmektedir.

Avrupa, Amerika ve Avustralya gibi ülkelerde yer alan Erken Müdahale Merkezleri'nin (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre), psikotik hastaları takip eden ve hastaların ilk psikotik atakları sonrası rehabilitasyonundan sorumlu ekipleri vardır. (Torgalsbøen ve ark., 2015). Tek başına tıbbi tedavinin yeterli olmadığı bu hastalık grubunda ek tedavilere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu sebeple DSÖ, toplum temelli yaklaşımlara odaklanılması gerektiğini vurgulamaktadır (2001). Türkiye'de Erken Müdahale Merkezleri olmamakla beraber toplum temelli yaklaşımla hareket eden, hastaların hastaneler haricinde tedavilerini aktif olarak sağlayabilmesi adına Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) bulunmaktadır. TRSM'lerde yapılan uygulamaların, hastaların genel işlevselliklerini ve yaşam kalitelerini arttırdığı, yeti yitimlerini ise önemli oranda azalttığı belirlenmiştir. Psikososyal rehabilitasyona katılan psikotik bozukluk tanılı hastalarda, hastalık belirtilerinin daha az, işlevselliklerinin, aile içi ilişkilerinin ve tedaviye uyumlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Ensari ve ark., 2013).

Ancak Türkiye'de çok uzun bir geçmişe sahip olmayan TRSM'lerde hastaların işlevselliklerini ve benlik saygılarını arttıracak müdahalelerin sınırlı olması

sebebiyle yeni psikososyal müdahalelere ihtiyaç duyulmaktadır (Özer, 2023). Bu araştırma sonuçlarının, TRSM hastalarına yönelik var olan tedavilere alternatif yaklaşım olacağı öngörülmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, psikoz tanılı bireylerde “sorun çözme ve etkili iletişim becerileri” psikoeğitim programının toplumsal işlevsellik ve benlik saygısı üzerindeki etkisini incelemektir.

1.2. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Problem çözme ve etkili iletişim becerileri psikoeğitim programına katılan psikoz hastalarının (çalışma grubu) toplumsal işlevsellik testi puanları artar.

H2: Problem çözme ve etkili iletişim becerileri psikoeğitim programına katılan psikoz hastalarının (çalışma grubu) toplumsal işlevsellik testi puanları, kontrol grubundaki psikoz hastalarından daha yüksektir.

H3: Problem çözme ve etkili iletişim becerileri psikoeğitim programına katılan psikoz hastalarının (çalışma grubu) benlik saygısı düzeyi artar.

H4: Problem çözme ve etkili iletişim becerileri psikoeğitim programına katılan psikoz hastalarının (çalışma grubu) benlik saygısı düzeyleri, kontrol grubundaki psikoz hastalarından daha yüksektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Psikotik Bozukluklar ve Şizofreni

Genellikle yirmili yaşların başında başlayan psikotik bozukluk; kişinin işlevselliğini bozan, yeti yitimine sebep olan, semptomlar açısından başlangıcı ve gidişatı kişiden kişiye farklılık gösteren ruhsal bir bozukluktur. Belirtileri çok sinsi ve yavaş bir şekilde ortaya çıkabildiği gibi, taşkınlıklar şeklinde aniden de gelişebilmektedir (Sadock ve Ruiz, 2015). Psikoz, genel toplumda yaygınlık gösterir. Psikoz durumu bireyi yardım arayışına yönlendirebilir, psikiyatrik tablo haline gelebilir ve süre olarak kısa ya da uzun olabilir. Her şekilde psikozun olduğu duruma psikotik yaşantılar denirken, kişinin bu yaşantılarına ise psikotik belirti denilmektedir (van Os ve ark, 2009). Psikoz kavramının anlaşılması adına yüzyıllardır çalışmalar devam etmektedir. Ancak kavramın netleşmesi 19. yy'a dayanmaktadır (Farrell, 2018). Psikozun olduğu psikiyatrik bozukluklara; kişinin varsanıları, sanrıları, hareket ve düşüncelerinde bozulmalar gibi belirtiler eşlik etmekte, bireyin gerçeklik algısı bozulmakta ve kişiden kişiye bu belirtilerin ağırlıkları farklılık göstermektedir (Kırlı ve Binbay, 2018). Şizofreni, şizoafektif bozukluk ve organik olmayan psikoz bilinen psikotik bozukluklardandır.

Bilinen en eski tarihi M.Ö. 1400'lü yıllara dayanan şizofreni, kavram olarak 1900'lü yılların başında Eugen Bleuler tarafından tanımlanmıştır (Yılmaz Karaman, 2018). Bleuler hastalığın belirtilerini birincil ve ikincil belirtiler olarak ayırmıştır. Duygulanımsal düzleşme, çağrışımların bozulması, ambivalan belirtiler, kişinin kendi iç yaşantısına dönmesi birincil belirtiler; sanrılar, varsanılar, motor bozukluklar ve katatoni, delüzyon gibi belirtileri ise ikincil belirtiler olarak tanımlamıştır. Bleuler'e göre şizofrenide birincil belirtilerin olması zorunludur ve ikincil belirtiler birincil olanın üzerine eklenen belirtiler olup diğer ruhsal bozukluklarda da görülebileceğini belirtmiştir (Soygür ve ark., 2007). Şizofreni DSM-5'te spektrum olarak ele alınarak diğer tüm psikotik bozukluklar, şizofreni referans alınarak tanımlanmıştır. Hem Amerikan Psikoloji Derneği (APA), hem de DSÖ tarafından bu tanımlama "Şizofreni Yelpezesi ve Diğer Psikotik Bozukluklar" olarak kabul

edilmektedir (Kırlı ve Binbay, 2018). 2010 yılında yapılmış olan Global hastalık yükü araştırmasında, yeti yitimine en fazla sebep olan ruhsal bozukluğun şizofreni olduğu belirtilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında şizofreni halk sağlığı açısından riskli bir hastalıktır (Vos ve ark., 2010).

2.1.1. Şizofreninin epidemiyolojisi

Şizofreni her sosyoekonomik düzeyde ve her toplumda görülebilir. Genel olarak toplumda görülme yaygınlığı %1 olarak belirtilmiştir (McGrath ve ark., 2008) ancak birinci derece yakınlarında aynı hastalığın bulunmasının riski on kat arttırdığı bildirilmiştir (Soygür ve ark., 2007). Türkiye’de yapılan bir çalışmada şizofreninin yaşam boyu sıklığının %0.89 olduğu belirlenmiştir (Binbay ve ark. 2014, Köroğlu ve Hocaoğlu 2017). Yapılan epidemiyolojik araştırmalarda şizofreninin kadın ve erkeklerde eşit oranda görüldüğü (Eaton ve ark., 2011) ancak erkeklerde daha erken yaşta başladığı belirtilmiştir. Ayrıca düşük gelirli bireylerde bu oranın daha yüksek olduğu ortaya konmuştur (Ayano, 2016). Şizofreni haricindeki psikotik bozukluklar da oldukça yaygındır ve görülme sıklığı %0.9 civarındadır (Binbay ve ark. 2012, Chang ve ark. 2017). McGrath ve arkadaşları (2008) şizofreninin yaygınlığı ve sıklığı ile ilgili yaptıkları çalışmada, şizofreninin prevalansının daha gelişmiş ülkelerde yüksek olduğunu saptamışlardır. Önceki dönemlerdeki çalışmalarda hastalığın sıklığı ve yaygınlığı ile ilgili cinsiyetler arası fark olmadığı düşünülürken, son yıllardaki çalışmalarda erkeklerde şizofreni görülme oranının kadınlara göre 1.4 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumu, erkeklerdeki hastalık başlangıç yaşının daha erken olması ve kadınların daha iyi bir prognoza sahip olması etkilemektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2018).

2.1.2. Şizofreninin etiyolojisi

Şizofreni ile ilgili yapılan çalışmalarda hastalığın oluş nedenleri hala tam olarak belirlenememiştir. Günümüzde nedenlerine ilişkin yapılan çalışmalar devam etmektedir (McCutcheon ve ark. 2020). Şu an için şizofreninin nörogelişimsel bir bozukluk olabileceği en kabul gören görüştür (Murray ve Lewis, 1987). Erken gelişim dönemlerinde meydana gelen sorunların, gen ve çevre ortak etkileşimi ile bir bozukluğa yol açmış olabileceği kabul edilmektedir (Owen ve ark., 2011).

Gebelik ve doğum açısından bakıldığında; gebelik ya da doğum sırasında bebeğin oksijensiz kalmasına sebep olan sorunların şizofreninin ortaya çıkma

ihtimalini arttırdığı düşünülmektedir. Gebelik sırasında annenin maruz kaldığı stresli olayların olması ile çocuğun şizofreni geliştirme riskinin arttığı ile ilgili çalışmalar mevcuttur (Fineberg ve ark., 2016). Savaş (van Os ve Selten, 1998), doğal afetler (Selten ve ark., 1999), bir yakının kaybı (Malaspina ve ark. 2008) gibi olaylar stresli yaşam olayları çerçevesinde sayılabilir. Ayrıca kış aylarında doğan bireylerin şizofreni geliştirme riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Schmit ve ark, 2014).

Şizofreninin biyolojik sebepleriyle ilgili yapılan araştırmalar nörotransmitter ağırlıklıdır. Özellikle şizofreni tanılı kişilerin seratonin ve dopamin seviyelerindeki değişiklikler ve bu sistemler arasındaki etkileşimde bozulmalar göze çarpmaktadır (Davidson ve Neale, 2004). Ayrıca bu bireylerin beyin görüntüleme çalışmalarında singulat ve prefrontal kortekste GABAerjik nöronların azaldığı belirtilmiştir (Sadock ve Sadock, 2009). Bilişsel anlamda da bu kişilerin uyaranları fazlasıyla aldığı ancak bunların beyinde ayıklanıp bütünleştiremediğiyle ilgili veriler ortaya konmuştur (Çelikbaş ve Ergün, 2018).

Günümüzde şizofreninin sebepleri arasında en çok kabul edilen görüşlerden biri de duyarlılık-stres modeline göre yapılan açıklamadır. Bu modele göre kişilerde nörolojik temelli duyarlılıkların olduğu, bu duyarlılığın sebeplerinin biyolojik ya da çevresel olabileceği veya her ikisinin de bir arada olabileceği bildirilmiştir (Zimmerman ve ark., 2015).

Yapılan çalışmalarda sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerde şizofreninin ortaya çıkma ihtimalinin daha yüksek olduğu, bunun sebepleri arasında düşük gelirli ailelerin enfeksiyon kapma olasılığının yüksek olması ve gebelik döneminde annenin yetersiz beslenmesi durumu gösterilmiştir (Gürhan 2016, Karakuş ve ark. 2017).

Şizofreninin sebepleri arasında kültürel etmenler de bulunmaktadır. Özellikle göçmenlerin hastalık bakımından daha riskli grupta olduğu bilinmektedir. Ülkelerinden ayrı olmaları, yaşadıkları adaptasyon problemleri, temel ihtiyaçlara ulaşmada yaşanan sıkıntılar, eğitimden geri kalmaları, bulaşıcı hastalıklara yakalanmaları, toplu halde küçük yerlerde yaşamaları gibi sebepler tetikleyici olarak görülmektedir (Tiryaki, 2008).

Tanı almadan önce bireylerin genellikle sessiz ve içe dönük kişiliğe sahip oldukları bilinmektedir. Sınırlı ve garip ilgileri olan bu kişiler çevresindeki insanlarla güven problemi yaşayabilmektedirler(Karakuş ve ark. 2017, Köroğlu 2020).

2.1.3. Şizofreni belirtileri

Şizofrenide belirtilerin şiddeti ve miktarı kişiden kişiye farklılık gösterdiğinden tipik bir klinik görünüm belirtilmemiştir.

DSM-5'e göre şizofreni belirtileri (APA 2013)

A.Aşağıdaki belirtilerin iki veya daha fazlası kişinin son bir aylık sürecinin (tedavi iyi sonuçlanmışsa daha kısa) büyük bir kısmını kapsar. Bu belirtilerden en az birinin 1, 2 veya 3 olması gerekmektedir.

1.Sanrılar

2.Varsanılar

3.Konuşma düzeninin bozulması

4.Katatonik veya dezorganize davranış

5.Negatif belirtiler

B.Kişilerarası ilişkiler, iş hayatı, öz bakım gibi bir veya birden fazla alandaki işlevsellik düzeyi bozulmuştur.

C.Bu belirtilerin süresi en az 6 aydır. Sürenin en az bir ayı A grubundaki tanı kriterlerini karşılamalıdır.

D.Psikotik içerikli duygudurum bozuklukları ya da şizoafektif bozukluktan tanı olarak ayrılmalıdır.

E.Bu bozukluk, maddeye ya da başka herhangi bir hastalığın fizyolojik etkilerine bağlanmaz.

F.Otizm spektrumu kapsamında herhangi bir bozukluk ya da bireyin çocukluğunda herhangi bir iletişim bozukluğu öyküsü bulunuyorsa, ayrı olarak şizofreni tanısı konması için belirtilerle birlikte belirgin varsanı veya sanrılarının en az bir ay kadar bulunması gerekmektedir.

2.1.4. Şizofrenide klinik görünüm

Şizofreni, bireyin davranışının algısal, bilişsel, duygusal yönleri ile birlikte pek çok yönünü olumsuz olarak etkileyen yıkıcı bir ruhsal hastalıktır (Sadock ve Sadock, 2007). Şizofrenideki belirtiler başka hastalıklarda da görülebileceğinden ruhsal muayenesinin yanında öykünün de derinlemesine alınması önemlidir (Erol,

2007). Kişiyeye şizofreni tanısının koyulabilmesi için psikiyatristler tarafından klinik belirtilerinin değerlendirilmesi gereklidir. Şu an tanı konulmada en sık kullanılan sınıflama sistemi DSM-5'tir (Uyan ve ark., 2023). Belirgin psikotik tablonun ardından 5-10 yıl arasında belirtiler şiddetli bir eğilim gösterirken, sonrasında kademeli iyileşme görmek mümkündür (Sadock ve Sadock, 2007). Erken yaşta ortaya çıkması hem hastanın kendisinin hem de yakınlarının ciddi kayıplarına sebep olmaktadır. Hem toplum hem aile için ekonomik ve sosyal etkisi büyüktür (Lavretsky, 2008).

2.2. Şizoafektif bozukluk

Şizoafektif psikoz, kavram olarak ilk defa 1933'te Kasanin tarafından ortaya konmuştur. Şizofreni belirtilerine eşlik eden duygudurum belirtilerinin de olduğu bir klinik tablodan söz etmektedir. Kasanin, hem psikotik hem de duygudurum belirtileri olan hastalarla yaptığı çalışmada, hastaların bir kısmında daha önceden duygudurum belirtilerinin olduğunu ortaya koymuştur (Marneros, 2003). Kasanin'in bu tanımlaması günümüzde Uluslararası Hastalıkları Sınıflandırma sisteminde (ICD) "akut ve geçici psikotik bozukluğa" daha yakın olduğu görülmektedir. Kasanin'den önce Karl Kahlbaum da şizoafektif hastaları değerlendirmek amacıyla çalışmalar yapmıştır (Fennig, 2005). Günümüzdeki şizoafektif bozukluk tanımına en yakın tanımı yapan kişi ise Kurt Schneider'dir. Bu hasta grubuna "aradaki olgular" ismini vermiştir (Marneros 2003).

Bu bozukluk, alanda çalışan ruh sağlığı profesyonellerinin tartışmalı konularından biridir. Şizoafektif bozukluğu, psikotik duygudurum bozukluğu olarak ele alan görüşler (Lake ve Hurwitz, 2006) olmakla birlikte şizofreninin bir türü olarak savunanlar da vardır (Evans ve ark. 1999).

Şizoafektif bozukluğun yaygınlığı ve sıklığıyla ilgili çalışmalar kısıtlıdır. Ancak yapılan çalışmalarla bu hastalık grubunun şizofreni ile birlikte görülme oranının yüksek olduğunu ortaya konmuştur (Fennig, 2005). Sınırlı bilgiler, şizoafektif bozukluğun yaygınlığının %0,2-1,1 olduğunu göstermektedir (Scully ve ark. 2004). En sık görüldüğü zamanlarda bile şizofreni kadar fazla, bipolar bozukluktan ise daha az olduğu bildirilmiştir. Başlangıç yaşı bipolar ve şizofreniye benzerdir (Abrams, 2008). Kadınlarda görülme oranının erkeklere göre daha fazla olduğu ortaya konmuştur.

Etiyolojik çalışmalarda genellikle şizofreni ile birlikte incelenmiştir. Şizofreniye benzer olarak nörogelişimsel bozukluk olduğu düşünülmektedir. Tanı almış kişilerin aile öykülerine bakıldığında; şizofreniye benzer psikotik belirtilerin ve duygudurumla alakalı bozuklukların yakın akrabalarında olduğu görülmektedir (Fennig, 2005).

2.2.1. Şizoafektif bozukluk tanısı

DSM-IV'e göre kişinin şizoafektif bozukluk tanısı alması için şizofreninin A kümesi belirtilerine (varsanı, sanrı, negatif belirtiler veya garip davranışlar) sahip olması gerekmektedir. Bununla birlikte duygudurum belirtilerinden (mani veya depresyon) biri eşlik etmelidir. Diğer bozukluklardan ayırt etmek adına detaylı öykü almak önemlidir. Özellikle psikotik ve duygudurum belirtilerinin başlangıcı ve seyri iyi sorgulanmalıdır. DSM-5'te ise ek olarak katatonik özelliğin olduğu alt tip eklenmiştir.

2.3. Psikotik Bozukluklarda Prognoz

Uzmanların görüşüne göre hastalığın ilk beş yılı gidişat ile ilgili bilgi sağlamaktadır. Psikozun ortaya çıkmasından sonraki 5-10 sene hastalık, psikotik belirtilerin ağırlıklı olduğu alevlenmeler ve aralardaki remisyon dönemleriyle devam etmektedir. Remisyonda genellikle negatif belirtiler şiddetlenmektedir. Belirtiler bazı hastalarda ömür boyu sürerken, bazılarında ise düzelmeler ve ataklar şeklinde ilerlemektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2018). Tanı konulmadan önceki sürede psikotik belirtilerle devam eden tedavisiz dönem hastalığın seyrini etkilemektedir. Tedavisiz geçen süre ne kadar fazlaysa alevlenme sıklığı daha fazla ve tedaviye yanıtın ise düşük olduğu bildirilmiştir (Akçay ve Gültekin, 2018).

Hastaların büyük bir kısmında alevlenme dönemleri, hastane yatışları, intihar girişimleri ve duygudurum atakları görülmektedir (Sadock ve Ruiz, 2015). Diğer taraftan şizofrenide iyileşme oranlarının %10 ile %60 olduğu ve tanı alanların %20-30'unun gündelik yaşamına devam edebildiği tahmin edilmektedir (Soygür ve ark., 2007).

2.4. Psikososyal Tedavi Yöntemleri

Psikotik bozuklukta kişinin aile ve topluma bakım yükü oluşturması bakımından tedavisi oldukça önemlidir. Psikotik bozukluklar tedavi edilebilirdir ve tedavisi kişiye özgü olup çok yönlü bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Temel tedavisi ilaç olmakla birlikte bireysel ve grup çalışmaları, psikoeğitimler, psikososyal rehabilitasyon çalışmaları, sosyal beceri eğitimi gibi yöntemler kullanılmaktadır (Iati ve Waford, 2016). Psikososyal yaklaşım, kavram olarak “farmakolojik temelli olmayan ve toplumsal işlevselliği arttıran” anlamına gelmektedir (Mueser ve ark., 2013). Yerli kaynaklarda ise “ruhsal iyileştirim” adıyla yer almaktadır (Warner, 2012). Psikoz hastalarının en önemli sorunu tedaviye yönelik uyumsuzluklarıdır. Uyumlarını arttırmanın en iyi yolu ise hastaları eğitmektir. (Cesur ve ark. 2015). Bu sebeple ilaç tedavilerine ek olarak hastaların ihtiyacına göre psikoeğitim programlarını tedavilerine dahil etmek hastalığın seyri açısından önemlidir (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018).

Psikososyal yaklaşımlardan en yaygın olanı hastalara verilen sosyal beceri eğitimidir. Sosyal beceriler, sosyal algı, sosyal biliş ve davranışsal olarak ifade etme becerilerini kapsamaktadır. Sosyal algılama; uyaranları doğru şekilde anlamlandırabilme, sözel ve sözel olmayan ipuçlarını doğru okuyabilme becerilerini içerir. Sosyal biliş; uyaranlara uygun bir yanıtın planlanmasıdır. Davranışsal olarak ifade etme ise, bedensel ifadeleri uygun ve doğru şekilde kullanabilme ve etkili konuşmayı kapsamaktadır. Bu üç bileşen kendi aralarında bir uyumla çalışmaktadır. Fakat psikotik bozukluk hastalarında bu işlevler bozulmaktadır. Bu durum antipsikotiklere karşı dirençlidir (Sadock and Sadock, 2007). Akut psikiyatrik belirtiler ilaçlarla kontrol altına alındıktan sonra bireyin hastalık nedeniyle bozulan işlevselliğini arttırma ve iletişim becerilerini geliştirme amacıyla eğitimler yapılmalıdır (Lieberman ve First, 2018). Sosyal beceri eğitimlerinin, hastaların nüks oranlarının azalttığı, iç görülerini, yaşam kalitesini ve sosyal işlevselliği arttırdığı gösterilmiştir (Almerie ve ark., 2015). Hastanın belirtilerini azaltmak ve işlevselliğini arttırmak amacıyla uygulanan bu beceri eğitimi dolaylı tedavi yöntemidir. Hastaların erken yaşam dönemlerinde toplumsal beceriler alanında geri kalmış olmaları damgalanma ve toplumsal izolasyon sebepleriyle benlik saygıları azalmakta ve sosyal işlev bozuklukları görülebilmektedir. Eğitimin amacı kişinin toplum içindeki işlevselliğini ve öz yeterliliğini arttırmaktır. Aynı zamanda stresörlerin etkisini

azaltarak hastalık belirtileri için dolaylı olarak fayda sağlamaktadır (Sadock and Sadock, 2007).

2.5. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri

Toplum temelli ruh sağlığında hedef, ağır psikiyatri hastalarının ayaktan tedavilerinin sürdürülmesi ve toplum içinde işlevselliklerini artırarak hastane yatışlarının önüne geçilmesidir (Yanık, 2007). TRSM'lerde hastalara uygulanan Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi (RUTBE) ile hastalığın belirtileri, ilaç tedavisi, sorun çözme becerileri, iletişim, alevlenme dönemleri, kriz planı gibi konular anlatılmakta, bireylerin hastalığını daha iyi yönetebilmesi, iç görüşünün ve toplumsal becerilerinin artması hedeflenmektedir. Yapılan çalışmalarla ruhsal toplumsal temelli girişimlerin hastanın ilaç tedavisine uyumunu arttırdığı, hastalık belirtilerini azalttığı, yaşam kalitesini ve toplumsal işlevsellik düzeylerini arttırdığı gösterilmiştir (Yıldız ve ark., 2019).

Dünyada ruh sağlığının tedavisi üzerine 3 temel yaklaşım modeli bulunmaktadır. Bunlar; hastane temelli yaklaşım, toplum temelli yaklaşım ve ikisinin bir arada olduğu yaklaşımdır. Hastane temelli model, bireyin hastalıktan kurtulması konusunda yetersiz kalması ve insan haklarına aykırı uygulamalarının olması sebepleriyle 1960'lı yıllardan itibaren gelişmiş ülkelere terk edilmiştir (Alataş ve ark., 2009).

“Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Yasası” 1963 yılında kabul edilmiştir (Bilir, 2018). Aynı sene ABD’de TRSM’ler kurulmuş ve toplum temelli yaklaşımı hedef alan tedavi yöntemi hız kazanmaya başlamıştır. ABD’den sonra İngiltere ve İtalya toplum temelli ruh sağlığı hizmetini benimsemiş, sonrasında İskandinav ülkeleriyle beraber Fransa, Hollanda ve Almanya’da da bu yaklaşım temelinde reformlar yapılmıştır (Karasu ve Yelken, 2013). İtalya’da Basaglia Yasası’nın 1978’de kabul edilmesinin ardından psikiyatri hastaneleri yerine en fazla 15 yataklı olan kliniklerin açılması hedeflenmiş ve psikiyatri hastalarının toplum içinde iyileşmesi adına çalışmalar yapılmıştır. Bu yaklaşımla hastane yatışlarının önüne geçmek hedeflenmiş ve önlemler alınmıştır. İtalya tamamen toplum temelli yaklaşımı benimserken, İngiltere ve Almanya’da ise hastane temelli ve toplum temelli modelin birlikte uygulandığı görülmektedir (Yanık, 2007).

Türkiye’de bu modele geçiş 2006 yılında Sağlık Bakanlığı’nın yayınladığı “Ruh Sağlığı Politika Metni” ile olmuştur. Bolu’da 2008 yılında ilk TRSM açılmış, kronik psikiyatri hastaların ayaktan tedavileri multidisipliner yaklaşımla sürdürülmüş ve gerekli durumlarda hastalara ekipler halinde ev ziyareti düzenlenerek toplum içinde iyileşmesi hedeflenmiştir (Ensari ve ark., 2013). 2009 yılında TRSM açma kararı alınmış ve 2011 yılından itibaren Türkiye’nin farklı bölgelerinde uygulamalar başlamıştır. Ülkemizde insan kaynaklarının yetersiz olması ve sosyoekonomik yapının düşük olmasından dolayı hastane ve toplum temelli model bir arada benimsenmiş, günümüze kadar kullanılmaya devam etmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı).

TRSM’lerde poliklinik hizmetinin yanı sıra bireysel görüşmeler, grup psikoeğitimi, aile psikoeğitimi, ergoterapi müdahaleleri, iş-uğraş terapisi gibi farklı hizmetler bir ekip tarafından verilmektedir. Sayıları kurumlar arası değişmekle birlikte ekibin içinde psikiyatrist, hemşire, psikolog, sosyal çalışmacı, ergoterapist, sekreter ve yardımcı personeller bulunmaktadır. Hastanın ihtiyacına göre ev ziyaretleri yapılmakta, ayaktan tedavileri sürdürülmekte ve zorlandığı alanlar doğrultusunda ekip olarak alınan kararlar multidisipliner olarak uygulanmaktadır. Günaydın toplantıları, doğum günü etkinlikleri, piknik ve sergi aktiviteleri gibi çalışmalarla hastanın sosyal yaşamında uyumunu arttırmak amaçlanmaktadır.

2.6. Psikotik Bozuklukta Toplumsal İşlevsellik ve Benlik Saygısı

İşlevsellik, kavram olarak kişinin kendi kendine yetebilir olması halidir. Günlük işlerini ve etkinlikleri sürdürebilme, kişilerarası iletişim, beklenen rollerin yerine getirilmesi işlevsellik kapsamındaki durumlardır. İnsan sosyal bir varlık olduğundan dolayı bu kavram toplumsal işlevsellik olarak ele alınmaktadır (Lieberman, 2008). Psikotik hastalardaki en önemli yeti yitimlerinden biri işlevselliklerinin bozulmasıdır. (Burns ve Patrick, 2007). Hastanın tanıyı geç alması, tedavisiz kalması, iç görüşünün olmaması sebebiyle klinik tablonun kötü seyir göstermesi yeti yitimlerini arttırmaktadır. Bunun sonucunda kendisinden beklenen toplumsal rolleri yerine getirmekte zorlanmaktadırlar (Yıldız, 2009). Hastalık belirtilerinden dolayı kişiler toplumdaki dışlanmalara ve sosyal çevrelerinde “deli, akıl hastası” olarak damgalanmalara maruz kalmaktadır (Çam ve Çuhadar, 2011). Bunun sonucunda hastanın utanma duygusu, yetersizlik, kendisine yönelik olumsuz bakış açıları artmakta ve benlik saygısı azalmaktadır.

Benlik saygısı, bireyin kendisini nasıl algıladığıyla alakalı bir kavramdır. Kişinin kendisine yönelik değerlendirmeleri sonucunda ulaştığı benliğini onaylamasından çıkan beğeni durumudur. (Mann ve ark., 2004). Düşük benlik saygısı, kişinin toplumdan uzaklaşmasına ve işlevselliğinin azalmasına sebep olmaktadır. Psikotik hastalarla yapılan çalışmalarda benlik saygılarının düşük olduğu saptanmıştır (Trower ve Chadwick, 1995). Close ve Garety'nin (1998) çalışmasında negatif içerikli varsanı ve sanrıların düşük benlik saygısıyla ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Hastalar sorunlarıyla baş etmekte zorluk yaşarken aynı zamanda kişilerarası ilişkilerinde bozulmalar yaşayarak sosyal çevrelerinde ve günlük aktivitelerinde bozulmalar görülmektedir (Yanos ve ark., 2008).

Psikotik bozukluk tanılı hastalara uygulanan psikoeğitimlerin, hastanın iyileşme ve toplumsal işlevsellik düzeylerini arttırdığı görülmektedir (Şahin ve Elboğa, 2019). İyileşme; belirtilerin şiddetinin azalması veya düzelmesi ve işlevsellik düzeyinin artması olarak tanımlanmaktadır (Çam ve Yalçiner, 2018). İyileşme kavramı benlik saygısını da kapsamaktadır (İpçi ve ark., 2018). Yapılan çalışmalarda psikotik hastalara uygulanan psikososyal müdahalelerin kişinin kendisindeki olumlu yönlerin farkına vardığı ve benlik saygısını arttırdığı ortaya konmuştur (Chiba ve ark., 2014). İlaç tedavisine ek olarak uygulanan RUTBE eğitiminin kişinin hastalık belirtilerinde iyileşme ve işlevselliklerinde artış olduğu belirlenmiştir (Söğütlü ve ark., 2017). TRSM hastalarında düşük benlik saygısı ve işlevselliği arttıracak çalışmalar bu anlamda önemlidir.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu alışma, TRSM'de ayaktan tedavilerini sürdüren şizofreni, şizoafektif bozukluk ve psikoz tanısı almış hastalara ön test- son test, kontrol gruplu yarı deneme modeli olarak uygulandı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Sultanbeyli Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde (TRSM) şubat 2024-Mayıs 2024 tarihleri arasında yrtlmştir.

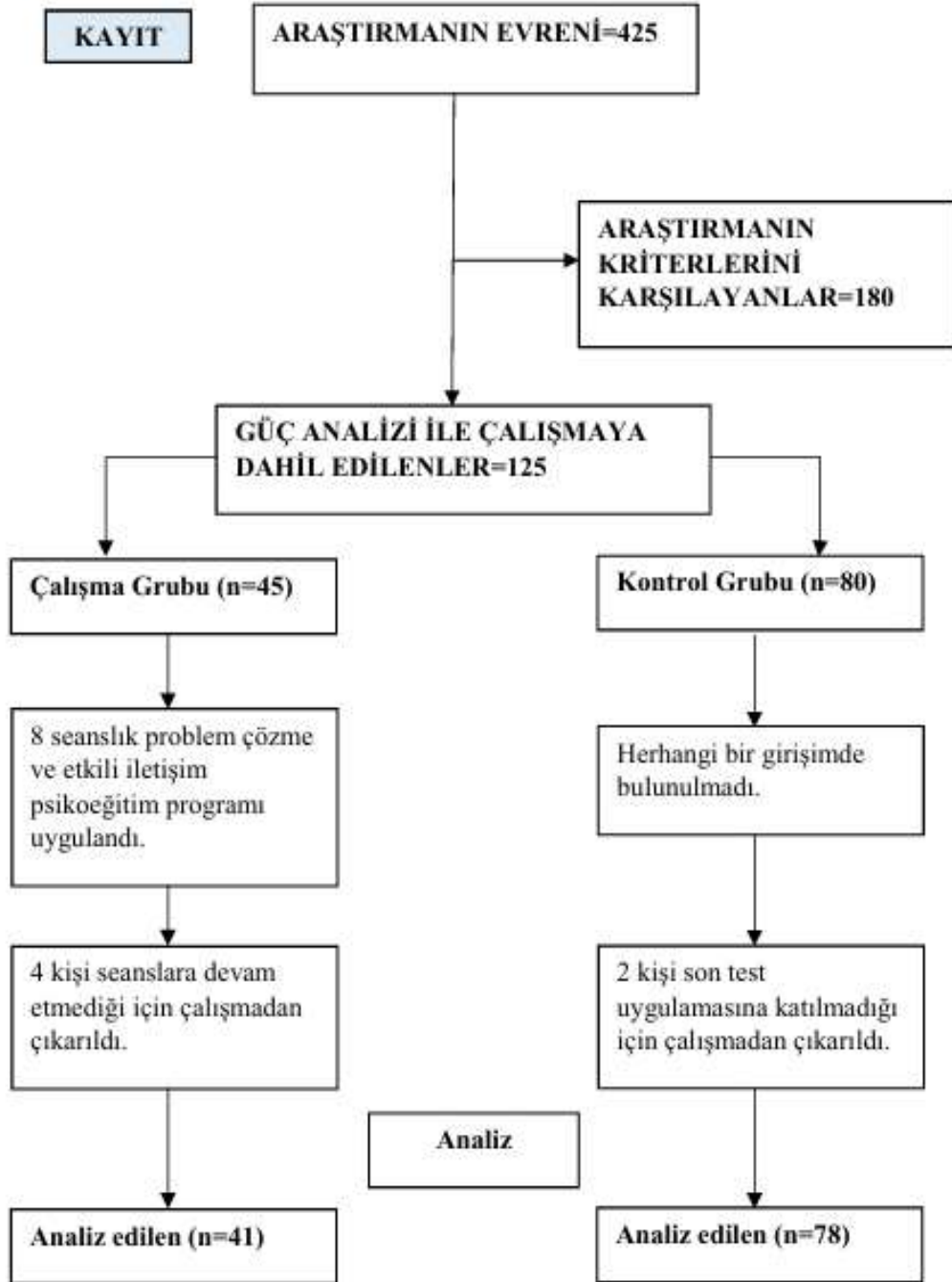
Sultanbeyli TRSM, ağır ruhsal bozukluğa sahip bireylerin ve ailelerinin bilgilendirildiği, bireylerin tedavilerinin takip edildiği; rehabilitasyon, iş-uğraş etkinlikleri, bireysel danışmanlık ve terapi süreçleriyle kişilerin toplum içindeki işlevselliklerinin artmasını hedefleyen, gerektiğinde takipli bireyleri, personellerden oluşan küçük ekiplerle evlerinde ziyaret eden bir kurumdur. Merkez saat 08.30-17.00 arasında hizmet vermektedir. Kurum bireysel görüşme odası, ekip odaları, muayene odası, enjeksiyon odası, mutfak, iş-uğraş odası, yemek salonundan oluşmaktadır. TRSM'de 1 psikiyatrist, 1 psikolog, 5 hemşire, 1 sosyal çalışmacı, 1 ergoterapist, 2 sekreter, 2 personel görev almakta ve merkez 6 yıldır hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve rnekleme

Araştırmanın evrenini Sultanbeyli TRSM'ye kayıtlı, şizofreni, şizoafektif bozukluk ve psikoz tanısına sahip 425 birey oluşturmuştur. Bireyler telefonla merkeze davet edildi. Araştırmanın örnekleminin belirlenmesi için yapılan g analizi ile örnekleme büyüklüğü 0.05 yanılığı ve 0.95 güven aralığında, 0.8 etki büyüklüğünde, 0.90 evreni temsil gücüyle 114 psikoz tanılı birey (38 çalışma, 76 kontrol) olarak belirlendi.

Araştırmaya dahil edilen bireyler basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. Çalışmanın başlangıcında bireylerin sayısının 1:1

oranında 51 deney ve 51 kontrol grubu olması planlanırken, çalışma grubuna katılım sayısının az olması sebebiyle yeniden güç analizi yapılarak 1:2 oranında birey sayısı belirlenmiştir. Çalışma sırasında kayıpların olabileceği göz önünde bulundurularak 125 birey (45 deney, 80 kontrol) araştırmaya dahil edildi. Çalışma grubundan 4 kişi seanslara devam etmediği için, kontrol grubundan 2 kişi son test uygulamasına katılmadığı için araştırmadan çıkarıldı. Çalışma toplam 119 (41 deney, 78 kontrol) kişi ile tamamlandı. Araştırma akış şeması Şekil 3.1’de verilmiştir.



Şekil 3.1: Araştırma Konsort Akış Şeması

3.3.1. Araştırmaya kabul kriterleri

- 18 yaş üstü olma
- En az ilkokul mezunu olma
- Şizofreni, şizoafektif bozukluk ya da organik olmayan psikoz tanılı olma

3.3.2.Dışlama kriterleri

- Akut alevlenme döneminde olma
- Okuma yazma bilmeme
- Madde kullanımının olması
- Mental retardasyon, demans, deliryum olma

3.4.Veri Toplama Araçları

3.4.1. Sosyodemografik bilgi formu (EK-1)

Bütün katılımcılara tarafımızca hazırlanmış olan sosyodemografik bilgi formu uygulandı. Bu formda hastaların yaşı, medeni durumu, öğrenim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, ne kadar süredir TRSM'den hizmet aldığı, iyileşmeye olan bakış açısı, ek hastalığı olup olmadığı gibi alanlardan bilgi toplamak amaçlanmıştır.

3.4.2.Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ) (EK-2)

Yıldız ve ark. (2018) tarafından şizofreni hastalarına uygulanabilen bir ölçek olup bireylerin toplumsal işlevsellik düzeylerinin ölçülmesi amacıyla geliştirilen bir ölçektir. Toplam 19 madde ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutları kişilerarası ilişkiler ve eğlenti, özbakım, bağımsız yaşam ve çalışma durumunu ölçmektedir. Ölçeğin 3'lü likert tipinde puanlaması yapılmakta ve ölçeği kişinin kendisi ya da uygulayıcı doldurabilmektedir. Her soru 1 ile 3 puan arasında değerlendirilmekte, ölçekten 19-57 aralığında puan elde edilmekte ve yüksek puan kişinin toplumsal işlevselliğinin iyi olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin toplamı için Cronbach alfa katsayısı 0.84 bulunmuştur. Faktör analizi için KMO değeri 0.813 ve bartlett testi anlamlı bulunmuştur (Yıldız ve ark., 2018). Çalışmamızda alt boyutlar için Cronbach alfa katsayısı; öz bakım alt boyutunda 0.74, kişilerarası ilişkiler alt boyutunda 0.80, bağımsız yaşam alt boyutunda 0.82 bulundu.

3.4.3.Rosenberg benlik saygısı ölçeği (RBSÖ) (EK-3)

Rosenberg tarafından 1963 yılında geliştirilen bu ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması 5024 lise öğrencisiyle yapılmıştır. Bütüncül bir yaklaşımı temel alan bu ölçek kişinin kendisini değerlendirmesine olanak vermektedir. Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Çuhadaroglu (1986) tarafından yapılmıştır. RSBÖ 63 soru ve 12 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin ilk 10 sorusu benlik saygısını ölçmektedir. Ölçekte ters maddeler bulunmakta, 1. 2. 4. 6. ve 7. maddeler olumlu, 3. 5. 8. 9. ve 10. maddeler olumsuz yüklüdür. Ölçekten alınan yüksek puan benlik saygısının yüksekliğini göstermektedir (Tukuş, 2010). Bu araştırma için ölçek 5li likert tipinde kullanıldı ve alınabilecek puanlar 10-50 arasında değişmektedir. 1=hiçbir zaman, 2=çok nadir, 3=bazen, 4=çoğu zaman, 5=her zaman anlamına gelmektedir. Yüksek puan, yüksek benlik saygısı anlamına gelmektedir. Çalışmamızda ölçeğin toplamı için Cronbach alfa katsayısı 0.92 bulunmuştur.

3.4.4. Kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği (KPDÖ) (EK-4)

Kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği Overall ve ark. (1962) tarafından geliştirilen, 18 sorudan oluşan, şizofreni ve psikotik bozuklukların psikotik ve bazı depresif belirtilerinin şiddetini ve değişimini ölçmek için kullanılmaktadır. Ölçek yarı yapılandırılmıştır. Her bir soru 0-6 puan arasında değişmektedir. 15-30 minör sendrom ve 30 ya da üzeri majör sendromu ifade eder. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Soykan (1989) tarafından yapılmıştır. Ölçek uygulayıcı tarafından doldurulur ve hastanın son üç günü baz alınır. Ruhsal anksiyete, düşmanlık, şüphecilik, varsanlı davranış, garip düşünce içeriği, körleşmiş veya uygunsuz duygulanım gibi alanlar değerlendirilir. Hastadan bilgi alınırken emin olunamayan durumlarda hastanın yakınlarından bilgi alınmalıdır. Görüşme toplamda 30 dakikayı geçmez ve daima aynı saatlerde yapılmalıdır. Ölçekte maddeler değerlendirilirken, her bir üst basamağının bir önceki maddeleri de kapsadığı varsayılmaktadır. Örneğin dördüncü basamaktaki soru birinci, ikinci ve üçüncü basamaktaki soruları da kapsar. Normal işlev 0 (sıfır) olarak değerlendirilir (Güçlü, 2019).

3.4.5.Negatif semptomları değerlendirme ölçeği (SANS) (EK-5)

Psikiyatride negatif semptomları değerlendirmek için pek çok ölçek geliştirilmiştir. En yaygın kullanılanı Nancy C. Andreasen tarafından geliştirilmiş olan Scale for the Assesment of Negative Symptoms (Negatif belirtileri

değerlendirme ölçeği) kısa adıyla SANS olarak bilinen ölçektir. Erkoç ve ark. (1991) tarafından SANS ölçeğinin Türkçesinin geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmış olup test- tekrar test güvenilirliği ve ölçeğin içsel geçerliliği araştırılmış ve sonuç olarak geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır. Duygulanımsal düzleşme/küntleşme, aloji, avolüasyon-apati, anhedoni ve dikkat alanlarından oluşan 5 alt boyut ve toplam 25 sorudan oluşmaktadır. 0-5 arasında puanlanan 6'lı likert tipinde bir ölçektir. "0" belirti yok, "1" belirtiler şüpheli, "2" hafif belirti, "3" orta derecede belirti, "4" belirgin belirti ve "5" belirtiler şiddetli anlamlarına gelmektedir. Yüksek puan belirtilerin şiddetlendiği anlamına gelmektedir. Ölçek uygulayıcı tarafından doldurulmaktadır. Bu çalışmada Sultanbeyli TRSM'nin sorumlu doktorundan yardım alınarak bu ölçek katılımcılara uygulandı.

3.4.6. Pozitif semptomları değerlendirme ölçeği (SAPS) (EK-6)

Psikiyatride pozitif semptomları değerlendirmek için pek çok ölçek geliştirilmiştir. En yaygın kullanılanı Nancy C. Andreasen tarafından geliştirilmiş olan Scale for the Assessment of Positive Symptoms (pozitif belirtileri değerlendirme ölçeği) kısa adıyla SAPS olarak bilinen ölçektir. Erkoç ve ark. (1991) tarafından SAPS ölçeğinin Türkçesinin geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmış olup test- tekrar test güvenilirliği ve ölçeğin içsel geçerliliği araştırılmış ve sonuç olarak geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır. Alt ölçeklerin içsel geçerliliği 0.84, test-tekrar test güvenilirliği için yapılan spearman rho katsayısı 0.87 olarak belirlenmiştir. Uygulayıcı tarafından doldurulan ölçek toplam 34 soru olup varsanılar, hezeyanlar, garip davranışlar ve pozitif formal düşünce alanlarından oluşan 4 alt boyutu kapsar. 0-5 arasında puanlanan 6'lı likert tipinde bir ölçektir. "0" belirti yok, "1" belirtiler şüpheli, "2" hafif belirti, "3" orta derecede belirti, "4" belirgin belirti ve "5" belirtiler şiddetli anlamlarına gelmektedir. Ölçekten alınabilecek puan 0-170 arasındadır. Yüksek puan belirtilerin şiddetlendiği anlamına gelmektedir. Sultanbeyli TRSM'nin sorumlu doktorundan yardım alınarak bu ölçek katılımcılara uygulandı.

3.5. Verilerin Toplanması

Çalışma grubundaki katılımcılara uygulanacak olan psikoeğitim programının içeriği Mustafa Yıldız'ın "Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi" ve Anadolu Üniversitesi'nin "Etkili İletişim Teknikleri" kitaplarından hazırlandı. Çalışmaya

katılacak olan hastalar belirlendikten sonra merkeze davet edilerek süreç hakkında ön bilgi verildi ve katılmak isteyenlerden onam alındı. Ön test uygulamaları için veriler Google forms aracılığıyla, bilgisayar kullanımı zayıf katılımcılar için elden toplanarak yapılmıştır. Seansların sıklığı haftada bir olacak şekilde pazartesi ve salı günleri gruplar alındı. Oturumlar ortalama 50-60 dk sürdü. Katılımcılara bir gün öncesinden hatırlatma yapıldı. Seanslara katılmayan katılımcılar için telafi seansı yapıldı.

Kontrol grubundaki katılımcılara ön test uygulandıktan sonra herhangi bir girişimde bulunulmadı. Her iki gruptaki katılımcılar araştırma süresince TRSM takiplerine devam etmiştir. Çalışma grubuna psikoeğitim programı uygulandıktan sonra son test uygulaması yapılmıştır. Kontrol grubundaki katılımcılardan da benzer tarihlerde son test verileri alındı. Katılımcılara uygulanacak olan genel plan Çizelge 3.1’de verilmiştir.

Çizelge 3.1: Psikoeğitimin Planı

Çalışma Grubu	Kontrol Grubu
İlk oturum: Tanışma, eğitimin içeriğinden ve süreçten bahsedilmesi, ön test uygulaması.	İlk oturum: Süreçten bahsedilmesi ve ön test uygulaması.
2-7. oturum: Psikoeğitim programının katılımcılara uygulanması.	Herhangi bir girişimde bulunulmadı.
Son oturum: Eğitimin genel değerlendirilmesi, son testlerin alınması.	Son oturum: Son testlerin uygulanması.

3.6. Uygulanan Psikoeğitim Programının İçeriği

Birinci Oturum

Amaç: Katılımcıları tanımak, grup üyeleri ve terapist arasındaki etkileşimi sağlamak, grup kurallarını belirlemek, eğitim hakkında bilgi vermek ve ön testleri toplamaktır.

Etkileşim çalışması: Ön testler seansa girmeden önce Google forms aracılığıyla toplandıktan sonra, seans odasında tüm katılımcılar halka şeklinde oturdular. Terapist, elindeki ipin ucunu kendisini tanıttıktan sonra yanındaki katılımcıya verir, katılımcı ipin bir kısmını eline sararak kendisini tanıtır ve bir sonraki katılımcıya yumağı uzatır. Bu şekilde herkes kendisini tanıttıktan sonra, ip ile oluşturulan bu bağın grup içindeki etkileşimi temsil ettiği açıklanır.

Tanışmanın ardından terapist, program hakkında bilgi verir ve grubun beklentileri konuşulur (ön testler toplanırken program hakkında katılımcılara bilgi verilip onam alınmıştır).

Grup kuralları anlatılır ve katılımcıların bu konudaki soruları yanıtlanır.

İkinci Oturum

Amaç: İletişimin özelliklerini ve temel unsurlarını tanımak.

Katılımcılara haftalarının nasıl geçtiği sorusu sorulduktan sonra iletişimde en çok zorlandıkları alanlar sorularak devam edildi. Tanımlamalardan önce ilk olarak katılımcıların tanımları dinlendi. Sonrasında “iletişim nedir?”, iletişimin temel özellikleri nelerdir?” sorularının cevapları konuşulduktan sonra iletişim unsurları- beden dili, ses tonu, beden duruşu, mimikler, mesafe, bedensel temas- konuşuldu. İletişimde algının önemi, iletişimde yanlış anlamalar, seçici dikkatin etkisi, etkin dinleme ve iyi bir dinleyicinin özellikleri soru cevap şeklinde konuşuldu. Sonrasında herkes ikişerli eşleşerek grup üyeleri tarafından belirlenen bir konuda doğaçlama bir tanışma öyküsü oluşturup, konuşulan konular çerçevesinde rol-playing çalışması yaptı.

Üçüncü Oturum

Amaç: Katılımcıların iletişimde empatinin önemini anlamalarını ve sen dili yerine ben dili mesajının farkını ve etkisini anlayabilmelerini sağlamak.

Önceki haftanın genel özetlemesi yapıldıktan sonra katılımcılardan empatinin tanımını yapmaları istendi. Terapist genel kabul görmüş tanımlamalardan bahsettikten sonra ileti, bağlam, kaynak gibi kavramlar açıklandı. Ben dili ve sen dili konuşuldu ve örnekler verildi:

-A: İnsanlara şiddet uygulayan insanlardan nefret ederim. Buluşma zamanına vaktinde gitmeyenlerden hoşlanmam.

Yerine;

-B: İnsanlara nezaketle yaklaşanları severim. Buluşma zamanına özen gösterenleri takdir ederim.

Rol-playing: Ben-sen dili ile alakalı katılımcılardan örnekler verilmesi istendi. İkişerli eşleşerek rahatsız oldukları bir konuda karşı tarafa “ben dili” mesajıyla yanıt vermesi istendi.

Dördüncü Oturum

Amaç: Sözel iletişimi ve özelliklerini katılımcılara tanıtmak.

Önceki oturumun genel bir özetiyle seansa başlandı. “Konuşma nedir?”, “Konuşmada dikkat edilecek noktalar nelerdir?” sorularıyla katılımcıların fikirleri alındı. Konuşmayı oluşturan etmenlerden olan ses, telaffuz, sözcükler, üslup kavramlarının tanımlamaları ve etkilerinin ne olabileceği hakkında konuşuldu. Konuşmanın özellikleri, önemli noktalar hatırlatıldı. Sonrasında sözcükleri kullanarak aynı anlama gelen fakat farklı kelimelerin kullanılmasıyla alakalı egzersiz yapıldı.

-Yalan konuşmandan nefret ediyorum-doğru söylediğinde mutlu oluyorum.

-Kaba davranmanı istemiyorum-nazik davranmanı tercih ederim.

Katılımcıların örnekleri üzerine de konuşuldu.

Beşinci Oturum

Amaç: Katılımcıların sözsüz iletişimin niteliklerini ve önemini anlaması.

Önceki oturumun özetlemesi yapıldı. Katılımcılardan sözsüz iletişimi tanımlamaları istendi. Sözsüz iletişimin öğeleri konuşuldu:

- fiziksel görünüm, postür
- kıyafet seçimi, aksesuarlar
- gözler-göz teması ve mimikler
- dokunma
- mesafe
- vücut hareketleri(el hareketi, oturuş biçimi, yüz ve çeneye dokunmak, kolların duruşu...)

Bu maddeler üzerinden örneklemeler yapıldı:

- Örneğin otobüse konser gibi bir sahnede giyilebilecek bir kıyafet giyen kişinin bindiğini görseniz ne düşünürsünüz? İletişim açısından bu durumu nasıl yorumlarsınız?

- Arkadaşınızla konuşurken size çok yakın mesafeden konuştuğunu ve el kol hareketlerini çokça yaptığını düşünün. Ne düşünüyorsunuz?
- Sizce sözsüz iletişimin önemi nedir? Nasıl olmalıdır?

Katılımcılar tek tek dinlendi ve sonrasında özetleme yapıldı. Beden duruşu, göz teması ile alakalı rol-playing yapıldı. Konuşmacılardan biri göz teması kurmayan, omuzları aşağıda, dağınık giyimli birini canlandırırken, diğeri daha canlı, enerjik, konuşkan, bacak bacak üstüne atıp el ve kol hareketlerini kullanan birini canlandırdı. Bu iki kişi belirlenen bir konu üzerine sohbet ettikten sonra diğeri katılımcıların yorumlaması istendi.

Altıncı Oturum

Amaç: Katılımcıların, sorunu tanımlayabilmelerini ve etkin tutumları benimseyebilmelerine yardımcı olmak.

Önceki genel bir özeti yapıp iletişim konusuyla alakalı katılımcıların soruları cevaplandı. Haftanın konusu tanıtıldıktan sonra “sorun nedir?” sorusunun cevabı konuşuldu. Soruna karşı bakış açısında algının rolü konuşuldu.

Sorun karşısında olması gereken tutumlar:

- Sorunlar bizim kontrolümüzde değildir, kendimizi suçlamak işlevsel bir yaklaşım değildir.
- Sorun kaçınılacak bir durum değildir, sadece bir engeldir, kaçınmak işlevsizdir.
- Sorunlar karşısında hiçbir şey yapmamaktansa, çözmeye çalışmak, istenilen sonuca ulaşılmaya bile olumlu şekilde sonuçlanır.
- Her sorunun bir çözümü vardır, denemek için gerekli kaynaklarımız belirlenmelidir.

Maddeler üzerine tek tek katılımcıların görüşleri dinlendi. Bir sonraki seansa kadar kendi sorun çözme stratejilerinin ne olduğu üzerine düşünceleri ve sonraki seansta grupta paylaşımları istendi.

Yedinci Oturum

Amaç: Sorun çözme basamaklarını katılımcılara tanıtmak.

Önceki haftanın genel özetlemesi yapıldıktan sonra katılımcılar, kendi sorun çözme stratejileri üzerine düşündüklerini paylaşmaları konusunda cesaretlendirildi. Sonrasında tahtaya stratejiler bir örnek üzerinden anlatıldı.

-Diyelim ki bugünkü seansa gelirken otobüsünüz kaçtı ve bir sonraki otobüsü beklerseniz seansa geç kalacaksınız. Ne yaparsınız?

Önce katılımcıların görüşleri alındı. Sonrasında basamaklar tek tek anlatıldı:

1. Önce mevcut sorunu tanımla, sorun nedir? (otobüsü kaçırmak)
2. Bu sorunu çözmek için hangi yollara başvurulabilir? (taksiye binmek, otostop çekmek, bir yakınımızdan yardım istemek, yürümek...)
3. Bu çözüm yollarını ek tek yararları ve zararlarıyla karşılaştır.
4. En uygun çözüm yolunu seç.
5. Bu çözüm yolu için hangi kaynaklara ihtiyaç olduğunu belirle. (para, telefon, fiziksel anlamda enerji...)
6. Bu çözüm yolu için bir zaman belirle ve uygula.
7. Sonucu değerlendir.

Bu maddeler katılımcıların sorunları üzerinden tek tek yapıldı.

Sekizinci Oturum

Amaç: Son test uygulamasını yapmak ve eğitimi genel olarak değerlendirmek.

Katılımcıların eğitimle ilgili görüşleri dinlendi. Sonrasında Google forms üzerinden tek tek veriler toplandı. Bilgisayar kullanamayan katılımcılara ölçekler elden verildi.

3.7.Çalışmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: Toplumsal işlevsellik düzeyi, benlik saygısı düzeyi.

Bağımsız değişken: Psikoeğitim programı

Kontrol değişkenleri: Yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verilerinin değerlendirilmesi, SPSS 22.0 istatistik programıyla yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi için $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir. Çalışmada kullanılan istatistiksel yöntemler:

- Çalışma ve kontrol grubundaki tüm katılımcıların tanıtıcı özellikleri için aritmetik ortalama, standart sapma, yüzdelik dilim kullanıldı.
- Alt boyutların güvenilirlikleri için cronbach alpha değerleri incelendi. Analiz sonucunda TİDÖ alt boyutlarından olan çalışma alt boyutu güvenilirliği yüksek olmadığından dolayı çalışmadan çıkarıldı.
- Öntest ve son testlerin karşılaştırılması için “bağımsız gruplarda t-testi” kullanıldı.
- Grup içi (çalışma-kontrol) ön test ve son test karşılaştırması için “bağımlı gruplarda t-testi” kullanıldı.
- Test (ön test-son test) ve grup (çalışma-kontrol) değişkenlerinin alt boyutlar ve toplam puanlar üzerindeki ortak etkisini araştırmak amacıyla “iki yönlü ANOVA” kullanıldı.
- Kontrol değişkenlerinin bağımlı değişkenler üzerindeki etkisini incelemek amacıyla “One-way ANOVA” ya da “bağımsız gruplarda t testi” kullanıldı.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın tek merkezde yürütülmesi, verilerin toplandığı zaman aralığında hastaların bir kısmının uyuz ve ortam virüsü salgınına yakalanması ve çalışmaya katılamaması bu araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Çalışmanın tekrarı ileride daha büyük bir grupla ve farklı merkezlerde yürütülebilir.

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen sonuçlar çalışmanın hipotezleri açısından sunuldu. Çalışma ve kontrol grubuna katılan 119 kişinin sosyodemografik bilgileri Çizelge 4.1’de verilmiştir.

Çizelge 4.1: Çalışma ve Kontrol Gruplarındaki Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
	S	%	S	%
Cinsiyet				
Kadın	15	36.59	31	39.74
Erkek	26	63.41	47	60.26
Yaş				
18-28	13	31.71	17	21.79
29-39	11	26.83	32	41.03
40-50	6	14.63	16	20.51
51-61	11	26.83	13	16.67
Medeni Durum				
Evlü	2	4.88	30	38.46
Bekar	29	70.73	35	44.87
Dul	1	2.44	2	2.56
Boşanmış	9	21.95	11	14.10
Eğitim Düzeyi				
İlköğretim	18	43.90	43	55.13
Ortaöğretim	6	14.63	11	14.10
Lise	10	24.39	12	15.38
Önlisans	3	7.32	7	8.97
Lisans ve üstü	4	9.76	5	6.41
Gelir Düzeyi				
Asgari ücret altı	20	48.78	16	20.51
Asgari ücret	4	9.76	28	35.90
Asgari ücret üstü	17	41.46	34	43.59
Çalışma Durumu				
Çalışan	9	21.95	33	42.31
Çalışmayan	31	75.61	36	46.15
Emekli olan	1	2.44	9	11.54
Hastalık Tanısı				
Şizofreni	15	36.59	38	48.72
Şizoafektif bozukluk	7	17.07	10	12,82
Organik olmayan psikoz	19	46.34	30	38,46

Çizelge 4.1: (Devamı) Çalışma ve Kontrol Gruplarındaki Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
TRSM'ye Devam Etme Süresi				
1 yıldan az	1	2.4	9	11.15
1-3 yıl	18	43.9	40	51.3
3-5 yıl	7	17.1	16	20.5
5 yıldan fazla	15	36.6	13	16.7
Kısmen de Olsa İyileşme Düşüncesi				
Evet	37	90.2	69	88.5
Hayır	4	9.8	9	11.5

Çalışma ve kontrol grubundaki katılımcıların sosyodemografik verileri incelendiğinde; çalışma grubundaki bireylerin %63'ünün erkek, %31,71'inin 18-28 yaş aralığında, %70,73'ünün bekar, %43,90'nun ilköğretim mezunu olduğu, %48,78'inin evine asgari ücretin altında maaş girdiği, %75,61'inin çalışmadığı, %46,34'ünün organik olmayan psikoz tanılı olduğu, %43.9'unun 1-3 yıl arası TRSM'ye devam ettiği, %90,2'sinin kısmen de olsa iyileştiğini düşündüğü belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki katılımcıların sosyodemografik verileri incelendiğinde ise, bireylerin %60,26'sinin erkek, %41,03'ünün 29-39 yaş aralığında, %44,87'sinin bekar, %55,13'ünün ilköğretim mezunu olduğu, %43,59'unun evine asgari ücretin üstünde maaş girdiği, %46,15'inin çalışmadığı, %48,72'sinin şizofreni tanılı olduğu, %51.3'ünün TRSM'ye 1-3 yıl arası devam ettiği, %88.5'inin kısmen de olsa iyileştiğini düşündüğü belirlenmiştir.

Çalışma ve kontrol gruplarındaki bireylerin ön test TİDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları ile RBSÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırılması Çizelge 4.2'de verildi. TİDÖ alt boyutu olan çalışma alt boyutu, güvenilirlik analizi sonucunda çalışmadan çıkarıldı.

Çizelge 4.2: Çalışma ve Kontrol Gruplarındaki Katılımcıların Ön Test RBSÖ Toplam Puan Ortalaması İle TİDÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=119)

ÖNTEST			
	Çalışma Grubu (n=41) (X±S.S)	Kontrol Grubu (n=78) (X±S.S)	*Test ve Önemlilik
Öz bakım	2±0.32	2.07±0.45	$t = -.919$ $p = .36$
Kişilerarası ilişkiler	1.53±0.4	1.65±0.49	$t = -1.387$ $p = .168$
Bağımsız yaşam	2.36±0.5	2.54±0.54	$t = -1.704$ $p = .091$
TİDÖ Toplam Puan	5.89±1.05	6.26±1.25	$t = -1.599$ $p = .113$
RBSÖ Toplam Puan	2.67±0.77	2.94±0.87	$t = -1.655$ $p = .101$

*Bağımsız Gruplarda t Testi

Çalışma ve kontrol grubundaki bireylerin gruplar arası TİDÖ ve RBSÖ ön test puan ortalamaları incelendi. Çalışma grubundaki katılımcıların öz bakım alt boyutu puan ortalamasının 2 ± 0.32 , kişilerarası ilişkiler alt boyutu puan ortalamasının 1.53 ± 0.4 , bağımsız yaşam alt boyutu puan ortalamasının 2.36 ± 0.5 , TİDÖ toplam puan ortalamasının 5.89 ± 1.05 , RBSÖ toplam puan ortalamasının 2.67 ± 0.77 olduğu, kontrol grubundaki katılımcıların ise öz bakım alt boyutu puan ortalamasının 2.07 ± 0.45 , kişilerarası ilişkiler alt boyutu puan ortalamasının 1.65 ± 0.49 , bağımsız yaşam alt boyutu puan ortalamasının 2.54 ± 0.54 , TİDÖ toplam puan ortalamasının 6.26 ± 1.25 , RBSÖ toplam puan ortalamasının 2.94 ± 0.87 olduğu belirlenmiştir. Gruplar arası, söz konusu ön test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi ($p>0.05$, Çizelge 4.2). Çalışma ve kontrol gruplarının ön test TİDÖ ve RBSÖ düzeylerinin benzer olduğu belirlendi.

Çalışma ve kontrol gruplarındaki bireylerin son test TİDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları ile RBSÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırılması Çizelge 4.3'te verildi.

Çizelge 4.3: Çalışma ve Kontrol Gruplarındaki Katılımcıların Son Test RBSÖ Toplam Puan Ortalaması İle TİDÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=119)

SONTEST			
	Çalışma Grubu (n=41) (X±S.S)	Kontrol Grubu (n=78) (X±S.S)	*Test ve Önemlilik
Öz bakım	2.29±0.245	2.07±0.402	$t = 3.750$ p = .000
Kişilerarası ilişkiler	2.08±0.269	1.65±0.476	$t = 5.349$ p = .000
Bağımsız yaşam	2.38±0.6	2.53±0.553	$t = -2.145$ $p = .120$
TİDÖ Toplam Puan	6.67±0.939	6.25±1.188	$t = 2.079$ p = .040
RBSÖ Toplam Puan	3.30±0.414	2.95±0.818	$t = 3.131$ p = .002

*Bağımsız Gruplarda t Testi

Çalışma ve kontrol grubundaki bireylerin gruplar arası TİDÖ ve RBSÖ son test puan ortalamaları incelendi. Çalışma grubundaki katılımcıların öz bakım alt boyutu puan ortalamasının 2.29±0.245, kişilerarası ilişkiler alt boyutu puan ortalamasının 2.08±0.269, bağımsız yaşam alt boyutu puan ortalamasının 2.38±0.6, TİDÖ toplam puan ortalamasının 6.67±0.939, RBSÖ toplam puan ortalamasının 3.30±0.414 olduğu, kontrol grubundaki katılımcıların ise öz bakım alt boyutu puan ortalamasının 2.07±0.402, kişilerarası ilişkiler alt boyutu puan ortalamasının 1.65±0.476, bağımsız yaşam alt boyutu puan ortalamasının 2.53±0.553, TİDÖ toplam puan ortalamasının 6.25±1.188, RBSÖ toplam puan ortalamasının 2.95±0.818 olduğu belirlenmiştir. Gruplar arası, söz konusu son test puan ortalamaları arasındaki farkın bağımsız yaşam alt boyutu hariç, istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p < 0.05$, Çizelge 4.3). Çalışma grubundaki bireylerin TİDÖ ve RBSÖ son test puan ortalamalarının kontrol grubundaki bireylere göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Bireylerin SAPS alt boyutlarının puan ortalamalarının ve toplam puan ortalamasının ön test ve son testte gruplar arasında anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($p > 0.05$).

Çalışma ve kontrol gruplarındaki bireylerin ön test KPDÖ ile SANS alt boyut ve toplam puan ortalaması karşılaştırılması Çizelge 4.4'te verildi.

Çizelge 4.4: Çalışma ve Kontrol Gruplarındaki Katılımcıların Ön Test KPDÖ İle SANS Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=119)

ÖNTEST			
	Çalışma Grubu (n=41) (X±S.S)	Kontrol Grubu (n=78) (X±S.S)	*Test ve Önemlilik
Küntleşme	0.91±0.637	0.88±0.575	$t = .291$ $p = .771$
Alogia	0.72±0.705	0.71±0.715	$t = .044$ $p = .965$
Apati	1.17±0.822	1.17±0.816	$t = .026$ $p = .980$
Anhedoni	1.63±0.814	1.70±0.895	$t = .613$ $p = .674$
Dikkat	1.37±1.129	1.50±0.929	$t = .068$ $p = .489$
SANS Toplam Puan	5.78±3.20	5.95±2.99	$t = -.272$ $p = .786$
KPDÖ Toplam Puan	0.52±0.403	0.42±0.340	$t = 1.332$ $p = .093$

*Bağımsız Gruplarda t Testi

Çalışma ve kontrol grubundaki bireylerin gruplar arası SANS ve KPDÖ ön test puan ortalamaları incelendi. Çalışma grubundaki katılımcıların küntleşme alt boyutu puan ortalamasının 0.91±0.637, alogia alt boyutu puan ortalamasının 0.72±0.705, apati alt boyutu puan ortalamasının 1.17±0.822, anhedoni alt boyutu puan ortalamasının 1.63±0.814, dikkat alt boyutu puan ortalamasının 1.37±1.129, SANS toplam puan ortalamasının 5.78±3.20, KPDÖ toplam puan ortalamasının 0.52±0.403 olduğu, kontrol grubundaki katılımcıların ise küntleşme alt boyutu puan ortalamasının 0.88±0.575, alogia alt boyutu puan ortalamasının 0.71±0.715, apati alt boyutu puan ortalamasının 1.17±0.816, anhedoni alt boyutu puan ortalamasının 1.70±0.895, dikkat alt boyutu puan ortalamasının 1.50±0.929, SANS toplam puan ortalamasının 5.95±2.99, KPDÖ toplam puan ortalamasının 0.42±0.340 olduğu belirlendi. Çalışma ve kontrol grubundaki bireylerin ön test SANS ve KPDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi ($p>0.005$, Çizelge 4.4). Çalışma ve kontrol gruplarının ön test SANS ve KPDÖ düzeylerinin benzer olduğu belirlendi.

Çalışma ve kontrol gruplarındaki bireylerin son test KPDÖ ile SANS alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırılması Çizelge 4.5'te verildi.

Çizelge 4.5: Çalışma ve Kontrol Gruplarındaki Katılımcıların Son Test SANS Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=119)

SONTEST			
	Çalışma Grubu (n=41) (X±S.S)	Kontrol Grubu (n=78) (X±S.S)	*Test ve Önemlilik
Küntleşme	0.51±0.297	0.86±0.570	$t = -4.427$ p = .000
Alogia	0.36±0.443	0.71±0.717	$t = -3.256$ p = .001
Apati	0.68±0.528	1.16±0.815	$t = -3.933$ p = .000
Anhedoni	0.65±0.522	1.69±0.894	$t = -8.015$ p = .000
Dikkat	1.15±0.930	1.50±0.929	$t = -1.972$ p = .051
SANS Toplam Puan	3.34±1.98	5.92±2.98	$t = -5.624$ p = .000
KPDÖ Toplam Puan	0.30±0.260	0.43±0.336	$t = -2.069$ p = .041

*Bağımsız Gruplarda t Testi

Çalışma ve kontrol grubundaki bireylerin gruplar arası SANS ve KPDÖ son test puan ortalamaları incelendi. Çalışma grubundaki katılımcıların küntleşme alt boyutu puan ortalamasının 0.51±0.297, alogia alt boyutu puan ortalamasının 0.36±0.443, apati alt boyutu puan ortalamasının 0.68±0.528, anhedoni alt boyutu puan ortalamasının 0.65±0.522, dikkat alt boyutu puan ortalamasının 1.15±0.930, SANS toplam puan ortalamasının 3.34±1.98, KPDÖ toplam puan ortalamasının 0.30±0.260 olduğu, kontrol grubundaki katılımcıların ise küntleşme alt boyutu puan ortalamasının 0.86±0.570, alogia alt boyutu puan ortalamasının 0.71±0.717, apati alt boyutu puan ortalamasının 1.16±0.815, anhedoni alt boyutu puan ortalamasının 1.69±0.894, dikkat alt boyutu puan ortalamasının 1.50±0.929, SANS toplam puan ortalamasının 5.92±2.98, KPDÖ toplam puan ortalamasının 0.43±0.336 olduğu belirlendi. Çalışma ve kontrol grubundaki bireylerin son test SANS ve KPDÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p < 0.005$, Çizelge 4.5). Çalışma grubundaki bireylerin dikkat alt boyutu hariç, SANS ölçeğinin alt boyutları ve toplam puan ortalaması ile KPDÖ puan ortalamasının kontrol grubundaki bireylere göre daha düşük olduğu belirlendi. Çalışma ve kontrol gruplarının dikkat alt boyutu puan ortalaması düzeylerinin benzer olduğu belirlendi.

Çizelge 4.6: TİDÖ, RBSÖ, KPDÖ ve SANS Ölçeklerinin Ön Test ve Son Test Karşılaştırması (n=119)

Gruplar		Ön Test	Son Test	*Test ve Önemlilik
		(X±S.S)	(X±S.S)	
Çalışma Grubu (n=41)	Öz bakım	2.0 ±0.320	2.29±0.245	t= -7.580 p=.000
	Kişilerarası ilişkiler	1.53±0.405	2.08±0.269	t= -13.255 p=.000
	Bağımsız yaşam	2.36±0.503	2.38±0.6	t= 1.717 p=.314
	TİDÖ Toplam Puan	5.89±1.050	6.67±0.939	t= -10.635 p=.000
	RBSÖ Toplam Puan	2.67±0.771	3.30±0.414	t= -7.753 p=.000
	KPDÖ Toplam Puan	0.52±0.403	0.30±0.260	t= 7.697 p=.000
	SANS Toplam Puan	5.78±3.20	3.34±1.98	t= 9.868 p=.000
Kontrol Grubu (n=78)	Öz bakım	2.07±0.456	2.07±0.402	t= .000 p= 1.000
	Kişilerarası ilişkiler	1.65±0.491	1.65±0.476	t= .000 p=1.000
	Bağımsız yaşam	2.54±0.549	2.53±0.553	t= 1.000 p=.320
	TİDÖ Toplam Puan	6.26±1.250	6.25±1.188	t= .194 p=.846
	RBSÖ Toplam Puan	2.94±0.872	2.95±0.818	t= -0.445 p=.658
	KPDÖ Toplam Puan	0.42±0.340	0.43±0.336	t= -0.445 p=.658
	SANS Toplam Puan	5.95±2.99	5.92±2.98	t= 1.717 p=.090

*Bağımlı Gruplarda t Testi

Çalışma ve kontrol grubundaki bireylerin grup içi ön test ve son test puan ortalamaları incelendiğinde, çalışma grubundaki bireylerin ön test öz bakım alt boyutu puan ortalamasının 2.0 ±0.320, kişilerarası ilişkiler alt boyutu puan ortalamasının 1.53±0.405, bağımsız yaşam alt boyutu puan ortalamasının 2.36±0.503, TİDÖ toplam puan ortalamasının 5.89±1.050, RBSÖ toplam puan ortalamasının 2.67±0.771, KPDÖ puan ortalamasının 0.52±0.403 ve SANS puan ortalamasının 5.78±3.20 olduğu, yine çalışma grubunun son test öz bakım alt boyutu puan ortalamasının 2.29±0.245, kişilerarası ilişkiler alt boyutu puan ortalamasının 2.08±0.269, bağımsız yaşam alt boyutu puan ortalamasının 2.38±0.6, TİDÖ toplam puan ortalamasının 6.67±0.939, RBSÖ toplam puan ortalamasının 3.30±0.414,

KPDÖ puan ortalamasının 0.30 ± 0.260 ve SANS puan ortalamasının 3.34 ± 1.98 olduğu belirlendi. Çalışma grubundaki bireylerin, bağımsız yaşam alt boyutu hariç tüm TİDÖ alt boyutları, TİDÖ toplam puan ortalaması, RBSÖ ortalaması ön test ve son test açısından değerlendirildiğinde söz konusu ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p < 0.05$). Çalışma grubundaki bireylerin bağımsız yaşam alt boyutu hariç tüm TİDÖ alt boyutları, TİDÖ toplamı, RBSÖ, KPDÖ ve SANS puan ortalamalarının son testinde, ön teste oranla yükselme olduğu belirlendi.

Kontrol grubundaki katılımcıların ise ön test öz bakım alt boyutu puan ortalamasının 2.07 ± 0.45 , kişilerarası ilişkiler alt boyutu puan ortalamasının 1.65 ± 0.49 , bağımsız yaşam alt boyutu puan ortalamasının 2.54 ± 0.54 , TİDÖ toplam puan ortalamasının 6.26 ± 1.25 , RBSÖ toplam puan ortalamasının 2.94 ± 0.87 , KPDÖ puan ortalamasının 0.42 ± 0.340 , SANS puan ortalamasının 5.95 ± 2.99 olduğu, yine kontrol grubunun son test öz bakım alt boyutu puan ortalamasının 2.07 ± 0.402 , kişilerarası ilişkiler alt boyutu puan ortalamasının 1.65 ± 0.476 , bağımsız yaşam alt boyutu puan ortalamasının 2.53 ± 0.553 , TİDÖ toplam puan ortalamasının 6.25 ± 1.188 , RBSÖ toplam puan ortalamasının 2.95 ± 0.818 , KPDÖ puan ortalamasının 0.43 ± 0.336 , SANS puan ortalamasının 5.92 ± 2.98 olduğu belirlendi. Kontrol grubunun ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı ($p > 0.05$).

Çizelge 4.7: Ölçeklerin Toplam Puanlarının Karışık Desenli ANOVA Sonuçları

		Çalışma	Kontrol	ANOVA*		Etki
		Grubu	Grubu	F	P	Büyüklüğü
		($X \pm S.S$)	($X \pm S.S$)			n^{2**}
TİDÖ	Ön test	5.89 ± 1.05	6.26 ± 1.25	6.191	.014	.026
	Son test	6.67 ± 0.939	6.25 ± 1.188			
RBSÖ	Ön test	2.67 ± 0.77	2.94 ± 0.87	8.631	.004	.036
	Son test	3.30 ± 0.414	2.95 ± 0.818			
	Son test	3.34 ± 1.98	5.92 ± 2.98			

*Karışık Desenli ANOVA, ** Partial et squared

Grup (çalışma-kontrol) ve test (ön test-son test) değişkenlerinin ortalama puanlar üzerindeki ortak etkisini incelemek amacıyla karışık desenli ANOVA yapıldı. Grup ve test değişkenlerinin TİDÖ ortalama puanı üzerindeki ortak etkisine bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F = 6.191$, $p = 0.014$, $n^2 = 0.026$).

Grup ve test değişkenlerinin RBSÖ ortalama puanı üzerindeki ortak etkisine bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F= 8.631$, $p=0.004$, $n^2=0.036$).



5. TARTIŞMA

Bu çalışmada Sultanbeyli TRSM’de ayaktan tedavisine devam eden şizofreni, şizoafektif bozukluk ve organik olmayan psikoz tanılı hastalara uygulanan problem çözme ve etkili iletişim teknikleri psikoeğitim programının toplumsal işlevsellik ve benlik saygısı düzeylerine etkisi literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Çalışmaya katılanların %38.7’si kadın, %61.3’ü erkektir. Bu bulgular yabancı ve yerli alan yazınla uyumludur. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda cinsiyetler arası fark bulunmamış olsa da (Saha ve ark., 2005), hastalığın sıklığı bakımından yapılan yeni araştırmalar erkeklerin psikotik bozukluk geliştirme riskinin kadınlara oranla 1.4 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Aleman ve ark. 2003, McGrath ve ark. 2004, Perala ve ark, 2007). Van der Ven ve arkadaşlarının (2016) metanaliz çalışmasında da benzer olarak erkeklerin psikotik bozukluk geliştirme riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak tüm dünyada çoğunlukla olduğu gibi Türkiye’de de kadınların sağlık hizmetlerinden daha az faydalanabiliyor olmasının, bu durumu etkileyebilecek bir faktör olduğu düşünülmektedir(Yüksel ve ark., 2013). Kadınların erkeklere oranla eğitim fırsatlarından daha az yararlanıyor olması; sosyal statü, çalışma hayatı, sosyal güvence, üretimde aktif rol oynama, gelir seviyesi gibi alanlarda dezavantajlı konuma sokmaktadır (Yılmaz Sezer 2021). Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) verilerine göre; 2011 yılında kadınların ortalama eğitim süresi 6,4 yıl, erkeklerin 8,3 yıl iken, 2022 yılında ise ortalama eğitim süresi kadınlarda 8,5 yıl, erkeklerde ise 10 yıl olarak bildirilmiştir. Buna karşın kadınların istihdam oranları erkeklerin yarısından bile az olduğu görülmektedir. TÜİK 2022 verilerine göre 15 yaş üstü erkeklerin istihdam oranı %65 iken bu oranın kadınlarda %30,4 olduğu, özetle kadınların ortalama eğitim süresi erkeklerden daha az olmasıyla birlikte istihdam oranlarının ise erkeklerin oranının çok altında kaldığı görülmektedir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğiyle ilişkilendirilebilecek bu durum, kadınların sağlık hizmetlerinden faydalanma oranlarını düşürmektedir. Avrupa Bölgesi Kadın Sağlığı Stratejik Eylem Planı’nda sağlık ve toplumsal cinsiyet arasındaki ilişkide, kadının toplumda ikincil statüde görülmesinin önemli bir faktör

olduğu vurgulanmaktadır (Akın ve ark., 2006). Kadınların bilgilere sınırlı erişimi, dünya genelinde pek çok toplumda yalnız başına yardım arayışına girememesi, özellikle kentlerden kırsala ve batıdan doğuya doğru gidildikçe geleneksel yaşamın etkisiyle kadınların sağlık hizmetlerinden faydalanma oranları düşmektedir (Sezgin, 2015).

Katılımcılar eğitim durumları açısından değerlendirildiğinde çalışma grubunun %43.90'ı ilköğretim, %14.63'ü ortaöğretim, %24.39'u lise, %7.32'si önlisans ve %9.76'sı lisans ve üstü mezunuyken, kontrol grubunun %55.13'ü ilköğretim, %14.10'u ortaöğretim, %15.38'i lise, %8.97'si önlisans ve %6.41'i lisans ve üstü mezundur. Bu veriler Türkiye'deki eğitim seviyesi verileri ile uyumludur (TÜİK 2022). Çalışmaya okuryazar olmayanların alınmaması, çalışma grubundaki katılımcıların eğitim seviyesinin, kontrol grubundakilere göre daha yüksek olması çalışmanın genellenebilirliğini etkileyebileceği düşünülmektedir. Daha geniş kapsamlı olarak her eğitim seviyesinden hastalarla çalışmanın tekrarlanması önerilmektedir.

Her iki gruptaki katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında; çalışma grubundaki hastaların %70.73'ünün, kontrol grubundakilerin ise %44.87'sinin bekar olduğu belirlendi. Alan yazın incelendiğinde psikotik bozukluğa sahip bireylerden bekar olanların evli olanlara oranla daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Yıldız ve ark., 2010). Akıl hastalıklarının evlilere oranla bekarlarda daha fazla olmasının sebepleri arasında evliliğin kısmen de olsa düzenli ve kararlı bir hayat sunuyor olması olabilir (Güdücü, 2011). Bu çalışmada bekar hasta sayısının fazla olması literatürle uyumludur. Psikotik bozukluğu olan hastalardan bekar olanların sayısının fazlalığı, psikotik bozukluğun; hastanın sosyal ilişkileri ve sorumluluklarını sürdürme konusunda güçlük yaşaması ile karakterize, yeti yitimine sebep olan yıkıcı bir hastalık olmasıyla açıklanabilir (Söğütü, 2014). Bekar hasta sayısının fazla olmasının bir diğer sebebi Türk Medeni Kanunu'nda akıl hastalarının evliliğiyle alakalı düzenlemelerin olmasıdır. Bu kişilerin evlilikleri tam olarak kısıtlanmamışsa da, kişinin ayırt etme gücünün olmaması yani hukuki ehliyetinin ortadan kalkması durumu, evlenmeleri veya daha önceden evlenmişse evliliklerinin devam etmesinin önünde engel teşkil etmektedir (Güdücü, 2011).

Bu çalışmadaki hastalar istihdam açısından değerlendirildiğinde büyük bir kısmı çalışmayan gruptu. Bireylerin çalışma hayatına girmesi genellikle ergenlik

dönemi sonrasında olmaktadır. Psikotik bozukluğun ortalama başlangıcı da bu döneme denk gelmektedir. Bu nedenle bu hastaların işsizlik ve üretim sürecinin dışında kalmaları oldukça yüksektir. İstihdamı destekleyen politikaları olan, refah seviyesi yüksek olan ülkelerde bile işsizlik oranları bu hasta grubu için yüksektir (Saka ve ark., 2018). Bu çalışmada ise; çalışma grubundaki hastaların %75.61'i, kontrol grubundaki hastaların ise %46.15'i çalışmamaktadır. Çalışmayan hastaların sayısının yüksek olması literatürle uyumludur. Işık ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada şizofrenili kişilerin çalışmama sebepleri arasında kişinin hastalığının etkisi, damgalanma, maaşın kesilmesi ve hastalıklarından kaynaklı işten çıkarılma olduğunu belirtmişlerdir. Hastaların kendileri ise uzun çalışma saatlerinden ziyade kısa çalışma saatleri olan işlerde daha rahat çalışabileceklerini ifade etmişlerdir. TRSM'de görev yapan vaka yöneticilerinin bu durumu göz önünde bulundurarak hastalara istihdam sağlamaya çalışmaları ve bununla ilgili olarak gerekli kurumlarla koordineli bir şekilde çalışmaları hastalar açısından önem teşkil etmektedir.

Katılımcıların TRSM'ye devam etme sürelerine bakıldığında çalışma grubundaki hastaların %2.4'ünün 1 yıldan az, %43.9'unun 1-3 yıl, %17.1'inin 3-5 yıl, %36.6'sının 5 yıldan fazla süredir TRSM'ye devam ettiği, kontrol grubundaki hastaların %11.15'inin 1 yıldan az, %51.3'ünün 1-3 yıl, %20.5'inin 3-5 yıl, %16.7'sinin 5 yıldan fazla süredir TRSM'ye devam ettiği belirlenmiştir. Toplum temelli anlayışla hizmet veren TRSM'ler ruh sağlığını korumayı, ruhsal hastalıkların oluşumunu önlemeyi, rehabilitasyon hizmetlerinin sürekliliğini sağlamayı amaçlayan merkezler olup, hastaların hastaneye yatışlarının önlenmesi ile toplumdan kopmalarının önüne geçmeyi, işlevselliklerinin geri kazandırılmasını, hastaların temel ihtiyaçlarını karşılamalarının desteklenmesini ve sorun çözme becerilerini geliştirerek hayatını idame edebilmelerinin sağlanmasını hedeflemektedir (Çiçekoğlu ve Duran, 2018). Üstün ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada TRSM'ye düzenli gelen ve gelmeyen hastaları karşılaştırmışlardır. TRSM'ye düzenli gelen ve psiko eğitim, bireysel danışmanlık, sabahları ısınma egzersizleri, günaydın toplantıları gibi rehabilitasyon uygulamalarından faydalanan hastaların %50'sinin ve düzenli gelmeyen hastaların ise %25'inin tedaviye uyumlu olduklarını, düzenli gelen hastaların ilaç uyumlarının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Şahin ve Elboğa (2019), TRSM hizmetlerinden faydalanan hastaların iç görülerinin ve yaşam kalitelerinin belirgin arttığını ve hastalık belirtilerinin ise azaldığını belirtmişlerdir.

Çalışmamızda, çalışma grubundaki katılımcıların TRSM'den daha uzun süredir hizmet alıyor olması, bu gruptaki hastaların uyumlu olmalarının daha muhtemel olduğu literatür doğrultusunda düşünülmektedir.

Psikoeğitim çalışmasının değerlendirilmesi amacıyla uygulanan ölçekler gruplar arası incelendiğinde; psikoeğitim programı sonrası çalışma grubu ve kontrol grubu arasında TİDÖ toplam puan ortalaması açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Çalışma grubundaki katılımcıların toplumsal işlevsellik düzeylerinin psikoeğitim sonrasında arttığı belirlendi. Öz bakım ve kişilerarası ilişkiler alt boyutlarının puan ortalamaları gruplar arası incelendiğinde; psikoeğitime katılan hastaların özbakım ve kişilerarası ilişki düzeylerinin arttığı belirlendi. Çalışmamızda uygulanan psikoeğitimin içeriğinde genel olarak doğru iletişimde olması gereken noktalar, iletişimin öğeleri, özellikleri, empatinin tanımı ve önemi, sözlü ve sözsüz iletişim, problem çözme basamakları gibi konulara yer verilmesinin sebebi psikotik bozukluğa sahip kişilerin, hastalığın bir getirisi olarak kendisini ifade etme, problemlerini çözmek için durumu organize etme ve karşı tarafı anlama gibi alanlarda yaşadığı zorluklardır. Literatüre bakıldığında bu hasta grubuna uygulanan pek çok rehabilitasyon programı olsa da iletişim ve problem çözme konuları ile ilgili bu kadar detaylı bir psikoeğitimin daha önce uygulanmadığı görülmektedir. TRSM hastalarına uygulanan RUTBE eğitiminin içeriğinde pek çok konu olmakla birlikte iletişim ve problem çözmekle alakalı kısım iki seans süresini alırken, çalışmamızda bu konularla alakalı verilen psikoeğitim programı toplamda sekiz seans sürdü. Yılmaz Karaman'ın (2018) TRSM hastalarına uyguladığı, çalışmamızla ortak konular olan iletişim ve sorun çözme becerilerini de içeren RUTBE eğitiminin hastaların sosyal işlevselliklerini arttırdığı görülmüştür. Erol ve ark. (2009) sosyal işlevselliği, kişinin çalışabilmesi, kişilerarası ilişkileri sürdürebilmesi ve kendine bakabilmesi olarak tanımlamıştır. Çalışmamızda da benzer şekilde psikoeğitime katılan hastaların kişilerarası ilişki ve özbakım puanlarında anlamlı artış olduğu belirlendi. Bu sonuçlar çalışmamızdaki **H1**: “Problem çözme ve etkili iletişim becerileri psikoeğitim programına katılan psikoz hastalarının (çalışma grubu) toplumsal işlevsellik testi puanları artar” ve **H2**: “Problem çözme ve etkili iletişim becerileri psikoeğitim programına katılan psikoz hastalarının (çalışma grubu) toplumsal işlevsellik testi puanları, kontrol grubundaki psikoz hastalarından daha yüksektir” hipotezlerini desteklemektedir.

Çalışmamızda bağımsız yaşam alt boyutunda gruplar arası anlamlı farklılık olmadığı belirlendi. Bireylerin yalnız başına bir yerden bir yere gidebilmeleri, etkinlik organize edebilmeleri, ihtiyaçlarını tek başına karşılayabilmeleri gibi becerilerin kazandırılmasına yönelik psikososyal müdahalelere ağırlık verilmesi gerekmektedir. Özdemir ve ark. (2017) yaptıkları kontrollü çalışmada TRSM'den takipli ve ruhsal eğitim, sosyal beceri eğitimi, ergoterapi uygulamaları ve aile eğitimlerinden en az üçüne katılan şizofreni hastalarıyla poliklinikten tedavilerine devam eden şizofreni hastalarını karşılaştırmışlardır. Araştırma süresince hastalara problem çözme becerileri, iletişim kurabilme konularını da içeren, hastalıklarının doğası ile alakalı psikoeğitim programı uygulanmıştır. Hastaların bağımsız yaşam alt boyutu puanlarında gruplar arası fark bulunamamıştır. Çalışmada bağımsız yaşamla ilgili olarak, hastaların aile desteğinin ve çalışma hayatının önemi ifade edilmekte ve TRSM'lerdeki rehabilitasyon uygulamalarında hastaların bağımsız yaşam becerilerinin gelişmesi için bu konulara ağırlık verilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Aile desteği bu hasta grubunda önemlidir. İhtiyaçlarını karşılamada ailelerinden yardım alıyor olmaları, bağımsız yaşam puan ortalamalarını etkileyebileceği düşünülmektedir. İncedere ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada, herhangi bir işte çalışmayan şizofreni hastalarını incelemiş, çalışma güdüsü olan hastaların %45'inde maddi gereksinimlerin ve % 35'inde bağımsız yaşam düşüncesinin ön plana çıktığı belirtilmiş, hastaların çalışma yaşamına girmesini, bağımsız yaşam ve iyileşme isteği ile ilişkilendirmişlerdir. Çalışma hayatıyla birlikte hastalar, hastalıklarıyla daha kolay baş edebilmekte ve kendilerini toplumun bir parçası olarak görebilmektedirler (Khalaf ve ark., 2015). Psikotik bozuklukta güdülenmenin az olması göz önünde bulundurulduğunda hastalarda iş yaşamını desteklemek için rehabilitasyon çalışmalarının yapılması ve bunun sonucu olarak bağımsız yaşam becerilerinin geliştirilmesi önerilmektedir (İncedere ve ark., 2020).

Benlik saygısı düzeylerine bakıldığında çalışma grubundaki hastaların psikoeğitim sonrası benlik saygısı düzeylerinde anlamlı artış olduğu belirlendi. Bu sonuç çalışmamızdaki **H3**: "Problem çözme ve etkili iletişim becerileri psikoeğitim programına katılan psikoz hastalarının (çalışma grubu) benlik saygısı düzeyi artar." ve **H4**: "Problem çözme ve etkili iletişim becerileri psikoeğitim programına katılan psikoz hastalarının (çalışma grubu) benlik saygısı testi puanları, kontrol grubundaki psikoz hastalarından daha yüksektir" hipotezlerini desteklemektedir. Psikotik

bozuklukta benlik saygısının düşük olduğuyla alakalı çalışmalar mevcuttur (Hall ve ark., 2003). Bu tanı grubundaki hastalarda var olan içselleştirilmiş damgalanma, hastalıklarının seyrini ve benlik saygısı düzeylerini olumsuz etkilemektedir. Kök ve Demir'in (2018) çalışmasında TRSM'deki şizofreni ve bipolar hastalarını benlik saygısı ve damgalanma düzeyleri açısından karşılaştırmış, içselleştirilmiş damgalanma puan ortalamalarının şizofreni hastalarında daha yüksek ve buna bağlı olarak benlik saygılarının daha düşük olduğu belirtilmiştir. Sağlıklı iletişim ve benlik saygısı arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Bugay ve Korkut Owen (2016) çalışmasında iletişim becerisini benlik saygısı değişkeni açısından incelemiş ve benlik saygısının iletişim becerilerinin bir yordayıcısı olduğunu belirtmişlerdir. Akduman ve Karahan (2022), sivil havacılık öğrencilerinin iletişim becerileri ve benlik saygısı düzeylerini incelemiş ve iki değişken arasında pozitif yönlü ilişki olduğunu göstermişlerdir. İnsanlar doğdukları andan itibaren iletişim kurmaya başlarlar ve duyguları, düşünceleri ifade etmek ve rahatlamak amacıyla kurulan iletişim hayatımızın ayrılmaz bir parçasıdır. Kişinin iyi iletişim kurabilmesi benlik saygısını arttırmakta ve benlik saygısı yüksek olan kişilerin ise iletişimde daha az zorlandıkları bilinmektedir. Söz konusu iki değişken arasında çift yönlü ilişki vardır (Kellecioğlu ve Temizkan Yavan, 2019). Alan yazın incelendiğinde psikotik bozukluk tanılı hastaların benlik saygısını arttıracak çalışmalar kısıtlı olduğundan araştırmamız yeni tedavi yöntemleri geliştirmek açısından önem teşkil etmektedir. Bu sebeple psikotik bozukluk tanılı hastalarda, hastalığın da bir getirisi olan iletişim kurma ve kendini ifade etme alanlarında yaşadıkları zorluklar ve düşük benlik saygısı için müdahalelerin yapılması ve bu müdahalelerin tedavi programlarına eklenmesi önerilmektedir.

Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların KPDÖ, SANS ve SAPS ön test ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Hastaların çalışma ve kontrol gruplarına psikiyatrik anlamda homojen olarak dağılması, psikoeğitimden faydalanma kapasitelerinin benzerliği açısından önemlidir. Psikoeğitim sonrası son test puanları karşılaştırıldığında, çalışma grubunun KPDÖ ve SANS puan ortalamasının, kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı ölçüde azaldığı görülmektedir ($p<0.05$). Hastaların negatif bulguları eğitim sonrası önemli ölçüde azalırken, pozitif bulgular arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Söğütlü ve arkadaşlarının (2017), yaptıkları kontrollü çalışmada TRSM hastalarına

uyguladıkları RUTBE programı sonrasında hastaların genel psikopatoloji puan ortalamalarında ve negatif bulgularında azalma olduğu, pozitif bulgularında ise anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Karaman'ın (2018) TRSM hastalarına uyguladığı psikososyal beceri eğitiminin hastalardaki psikiyatrik belirtileri ve negatif bulguları azalttığı görülmüştür. Yıldız ve ark. (2003) yaptıkları çalışmada şizofreni hastalarına uyguladıkları sosyal beceri eğitimi sonrasında hastaların genel psikopatoloji puan ortalamalarında azalma olduğu belirlenmiştir. Alan yazın incelendiğinde bu hasta grubuna uygulanan psikososyal müdahalelerin genel anlamda negatif bulguları azalttığı görülmektedir. Goldman ve ark. (1988) psikoeğitimin negatif bulguları azaltmadaki başlıca etkileri arasında; hastalardaki korkunun azalması, özgüvenlerinin artması, savunmacı tutumlarının değişmesi ve tedaviye daha uyumlu hale gelmeleri olarak açıklamaktadır (Söğütü, 2014).

Psikotik bozukluğun öncelikli tedavisi ilaçlar olmasına karşın çoğu zaman tek başına yeterli olmamaktadır (Uzun, 2014). Tanı alan hastaların her birinde farklı belirtilerin ortaya çıkması, bu hastalığın tedavisini zorlaştırmaktadır (Çataloluk, 2023). Özellikle içgörüsü olmayan hastalarda ilaç kullanımının düzensiz olması tedavinin aksamasına ve belirtilerin şiddetlenmesine sebep olabilmektedir (Üstünsoy Çobanoğlu ve ark., 2003). İlaç tedavisine yanıt veren hastalarda bile sosyal ilişkilerde ve öz bakımda bozulmalar, yaşam kalitesinin azalması söz konusu olabilmektedir (Schooler, 2006). Bu nedenle hastaların içgörü kazanması önemli olmakla birlikte bunun kazandırılması için psikososyal müdahalelere ihtiyaç duyulmaktadır. Psikotik bozuklukta iyileşmenin temel bileşenleri olarak kişinin bağımsız yaşayabilme becerisi, sosyal işlevsellik, istihdam, eğitim gibi alanlardaki gelişmelerin varlığı kabul edilmektedir (Whitley ve ark., 2012). Kişinin özellikle zorlandığı alanlar olan iletişim kurma, problem çözme gibi benzeri konularda yapılan psikoeğitimler, hastanın işlevselliğinin artması konusunda önem teşkil etmektedir. Psikososyal müdahalelerin psikoz hastaları için önemini gösteren pek çok çalışma vardır. Valencia ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada psikososyal müdahalelerin hastaların işlevselliklerini arttırdığını, hastalığın relapslarının azalmasında etkili olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca ağır psikiyatrik tanılı hastalarda psikoeğitimlerin kişilerarası ilişkileri geliştirdiğini, işlevselliği arttırdığını, hastalıklarıyla daha iyi baş edebilmelerini sağladığını gösteren çalışmalar vardır (Maldonado ve ark. 2007, Bauml ve ark. 2006). Psikososyal müdahaleler; psikoeğitim, bireysel veya grup

terapileri, olgu yönetimi, mesleki ve sosyal anlamda uyumlandırma çalışmaları, BDT (bilişsel davranışçı terapi) uygulamaları gibi müdahaleleri kapsamaktadır. Bu müdahaleler TRSM'lerde psikotik bozukluk ve bipolar duygudurum bozukluğu gibi kronik psikiyatrik hastalıklara sahip kişilere yapılmaktadır. Hastalar ayaktan tedavilerine devam ederken, öte yandan psikososyal müdahalelerle iyilik hallerinin devamı sağlanmaktadır (Bekiroğlu ve Özden, 2021). Psikososyal müdahaleler 1970'lerden beri ilaç tedavisine ek olarak kullanılmaktadır. Bu müdahalelerin en yaygını olan psikoeğitimler, bilgiyi terapötik içeriklerle birleştiren bir yöntemdir (Pitschel Walz, 2001).

Problem çözme becerilerini geliştirecek olan psikoeğitimler, hastaların sorunlara yeni yaklaşım açısı geliştirebilmelerini sağlaması ve kendilerini daha iyi ifade edip karşısındaki insanları daha iyi anlayabilme becerisini kazandırması stresle daha iyi baş edebilmelerine katkı sağlayacaktır. Stres-duyarlılık modeline göre kişinin stresi algılama düzeyi ile psikotik belirtilerin ortaya çıkması arasında ilişki bulunmaktadır. Selten ve ark. (2013), sosyal dışlanma durumunda psikotik bulguların arttığını belirtmiştir. Şizofrenide stresli olayların varlığı psikotik bulguların artmasına ve alevlenmelere sebep olmaktadır (Nuechterlein ve ark., 1994). Strese uzun süre maruz kalmanın, psikotik belirtileri eşik altı ya klinik yakınmalara yol açan bir durum olarak ortaya çıkarabileceği gösterilmiştir. Strese yatkınlık arttıkça kişinin psikoz eşiği de düşmektedir (Selten ve ark., 2013, Gevonden ve ark. 2014). Bu sebeple psikotik bozukluk tanılı hastaların ilaç tedavilerine ek psikososyal müdahalelerin de olması önemlidir (Deveci ve ark., 2008). Uzun vadede psikososyal müdahaleler, hastaların iyilik hallerinin devamına katkıda bulunmaktadır (Tauber ve ark., 2000).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sultanbeyli Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde psikotik bozukluk tanısıyla ayaktan tedavilerine devam eden hastalara uygulanan "problem çözme ve etkili iletişim becerileri psikoeğitim programı"nın, hastaların toplumsal işlevsellik ve benlik saygısı düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yaptığımız çalışmanın sonuçları aşağıdaki gibidir:

- Psikoeğitim programı öncesinde çalışma ve kontrol grubundaki bireylerin toplumsal işlevsellik, benlik saygısı düzeyleri ve psikiyatrik belirtilerinin arasında anlamlı fark olmadığı,
- Psikoeğitim sonrası çalışma grubundaki bireylerin toplumsal işlevsellik ve benlik saygısı düzeylerinin kontrol grubundaki bireylere göre arttığı, negatif psikiyatrik belirtilerinin azaldığı,
- Psikoeğitim sonrası grup içi karşılaştırmada; çalışma grubundaki katılımcıların toplumsal işlevsellik ve benlik saygısı düzeylerinin ön teste oranla son testte yükselme olduğu ve psikiyatrik belirtilerinde ön teste oranla son testte düşme olduğu,
- Psikoeğitim sonrası grup içi karşılaştırmada; kontrol grubundaki katılımcıların toplumsal işlevsellik, benlik saygısı düzeyi ve psikiyatrik belirtilerinde ön test ve son test arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlendi.

Bu sonuçlara göre TRSM'lerde psikotik bozukluk tanısıyla hasta takip eden personellerin bu psikoeğitim programını hastaların tedavi planlarına eklemesi, TRSM hastalarının toplum içindeki uyumlarını arttırmak ve hayatlarını tek başına idame edebilmelerini sağlamak adına farklı destekleyici rehabilitasyon çalışmalarının artırılması önerilmektedir.

Araştırmanın tek merkezden yürütülmüş olması ve çalışma grubundaki katılımcıların kontrol grubundakilere göre sayıca az olması çalışmanın kısıtlılıklarındandır. Çalışmanın genellenebilmesi adına daha büyük örnekleme ve farklı bölgelerdeki TRSM'lerde benzer çalışmaların tekrarlanması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Abrams, D.J., Rojas, D.C. ve Arciniegas, D.B. (2008). Is schizoaffective disorder a distinct categorical diagnosis? A critical review of the literature. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 4(6), 1089-1109.
- Akçay, G. O., & Gültekin, B. K., (2018). Psikoz tanılı hastalarda kritik dönem: “Tedavisiz geçen psikoz süresi” ve sosyal belirleyicileri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 21, 177-183.
- Akduman, G., & Karahan, G. (2022). Öznel iyi oluş ve benlik saygısının iletişim becerileri üstündeki etkisinin incelenmesi: sivil havacılık kabin hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinde bir alan araştırması. *Journal of Sustainable Education Studies*, 3(1), 10-23.
- Akın, A., Esin, Ç. & Çelik, K. (2006). *Kadının sağlık hakkı ve Dünya Sağlık Örgütü’nün Avrupa’da kadın sağlığının iyileştirilmesine yönelik stratejik eylem planı*.
- Alataş, G., Karaoğlan, A., Arslan, M., & Yanık, M. (2009). Toplum temelli ruh sağlığı modeli ve Türkiye’de toplum ruh sağlığı merkezleri projesi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46(1), 25-29.
- Aleman, A., Kahn, RS. & Selten, JP. (2003). Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 60.
- Almerie, M. Q., Al Marhi, M. O., Jawoosh, M., Alsabbagh, M., Matar, H. E., Maayan, N. & Bergman, H. (2015). Social skills programmes for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, 1-93.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). Ruhsal bozuklukların tanınması ve sayımsal elkitabı, 5. Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı’ndan, çev. Köroğlu, E., *Hekimler Yayın Birliği*, Ankara.
- Aşık, E. & Ünsal Barlas, G. (2016). Psikiyatri hemşireleri için bir alan: Şizofrenide duygu tanıma ve sosyal işlevsellik. *Jaren*, 2(2): 92-6.
- Ayano, G. (2016). Schizophrenia: A concise overview of etiology, epidemiology diagnosis and management: Review of literatures. *J Schizophr Res*, 3(2):2
- Bauml, J., Froböse, T., Kramer, S., Rentrop, M., Pitschel-Walz, G.(2006). Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1):1-9. doi: 10.1093/schbul/sbl017
- Bekiroğlu, S., & Özden, S. A. (2021). Türkiye’de ağır ruhsal hastalığa sahip bireylere ve ailelerine yönelik psikososyal müdahaleler: sistematik bir inceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(1), 52-76.

- Bhugra, D. (1992). Psychiatry in ancient Indian texts: A review. *History of Psychiatry*, 3(10), 167-186.
- Bilir, M. K. (2018). Deinstitutionalization in mental health policy: From institutional based to community-based mental healthcare services. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(3), 563-576.
- Binbay, T., Arik Binbay, D., Ulas, H. ve ark. (2012). Lifetime prevalence and correlates of schizophrenia and disorders with psychotic symptoms in the general population of Izmir, Turkey. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23:149-60.
- Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y. (2014). Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji: Yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25: 264-81.
- Birsöz, S. (2013). Benim şizofrenilerim. 1. Baskı. *Hekimler Yayın Birliği*. Ankara, S:62-63.
- Bugay, A., & Korkut-Owen, F. (2016). İletişim becerilerinin yordayıcıları: Bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımı, benlik saygısı, dışa dönüklük ve cinsiyet. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 12(2), 542-554.
- Burns, T. & Patrick, D. (2007). Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatr Scand*, 116:403-418.
- Castillejos, M. D. C., Martín-Pérez, C., & Moreno-Küstner, B. (2018). A systematic review and meta-analysis of the incidence of psychotic disorders: the distribution of rates and the influence of gender, urbanicity, immigration and socio-economic level. *Psychological medicine*, 48(13), 2101-2115.
- Cesur, E, Fıstıkçı N, Dönmezler, G. ve ark (2015). A clinical case of treatment-resistant schizophrenia: 60 hospitalizations and 342 ECT sessions in 36 years; lack of social support or undertreatment? *Yeni Symposium*, 53(2): 47-49.
- Chang, W.C., Wong, C.S.M., Chen, E.Y.H., ve ark. (2017). Lifetime prevalence and Correlates of schizophrenia spectrum, affective and other non-affective psychotic disorders in the Chienese adult population. *Schizophr Bull*, 43, 1280-1290.
- Chiba, R., Miyamoto, Y., Kawakami, N. & Harada, N. (2014). Effectiveness of a program to facilitate recovery for people with long-term mental illness in Japan. *Nurs Health Sci*, 16:277–83.
- Close, H. & Garety, P. (1998). Cognitive assessment of voices: Further developments in understanding the emotional impact of voices. *Br J Clin Psychol*, May;37 (Pt 2):173-188.
- Çam, O. & Çuhadar, D. (2011). Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde Damgalama Süreci ve İçselleştirilmiş Damgalama. *J Psy Nurs*,3:136-40.
- Çam, O. & Yalçın N. (2018). Ruhsal Hastalık ve İyileşme. *J Psychiatric Nurs*, 9:55–60.
- Çataloluk, A., & Buran, A. (2023). Şizofreni bozukluğunun tarihi, epidemiyolojisi, etiyolojisi ve tedavisi. *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi*, 6(7), 916-933.

- Çelikbaş, Z. & Ergün, S. (2018). Şizofrenide nörobilişsel bozukluklar ve işlevsellikle ilişkisi. *Journal of Contemporary Medicine*, 8(1):1-5
- Çiçekoğlu, P., Duran & S. (2018) Dünyada ve Türkiye’de toplum temelli koruyucu ruh sağlığı hizmetleri. Ünsal Barlas, G. (Ed). *Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği. Türkiye Klinikleri*, Ankara, s. 8-14.
- Davidson, G.C., Neale, J.M. (2004). *Anormal Psikoloji* (7.Baskı), Ankara: TPD Yayınları.
- Deveci, A., Esen Danacı, A. & Yurtsever, F. (2008). Şizofrenide psikososyal beceri eğitiminin belirti örüntüsü, içgörü, yaşam kalitesi ve intihar olasılığı üzerine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(3): 266-273.
- Eaton, W.W., Chen, C., Bromet, E.J. (2011). *Epidemiology of schizophrenia. Textbook in Psychiatric Epidemiology. Third Edition.*
- Elboğa, G., Şahin, Ş.K., & Altındağ, A. (2019). Bir toplum ruh sağlığı merkezindeki beceri eğitimlerinin günlük yaşam aktiviteleri ve bilişsel fonksiyonlara katkısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11, 1-8.
- Erkoç, Ş., Arkonaç, O., Ataklı, C. & Erdoğan, Ö. (1991). Negatif semptomları değerlendirme ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. *Düşünen Adam*, 4 (2), 14-15.
- Erkoç, Ş., Arkonaç, O., Ataklı, C. & Erdoğan, Ö. (1991). Pozitif semptomları değerlendirme ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. *Düşünen Adam*, 4 (2), 20-24.
- Erol, A. (2007). *Şizofrenide klinik özellikler ve tanı ölçütleri, kullanılan ölçekler*. In: Soygür, H., Alptekin, K., Atbaşoğlu, E.C. & Herken, H. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. 1. Baskı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, p.165
- Erol, A., Keleş Ünal, E., Tunç Aydın, E. & Mete, L. (2009). Şizofrenide sosyal işlevselliği yordayan etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(4):313-21.
- Evans, J.D. ve ark. (1999). Schizoaffective disorder: a form of schizophrenia or affective disorder? *J Clin Psychiatry*, 60, 874-82.
- Farrell, M. (2018). *Psychosis under discussion how we talk about madness. New York: Routledge Publisher.*
- Fennig, F.L. ve Carlson, G.A. (2005). *Schizoaffective disorder*. (Eight ed. Vol. 1). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Fineberg, A.M., Ellman, L.M., Schaefer, C.A. ve ark. (2016). Fetal exposure to maternal stress and risk for schizophrenia spectrum disorders among offspring: Differential influences of fetal sex. *Psychiatry Res*, 236: 91-7.
- Gevonden, M., Booij, J., Van den Brink, W. ve ark. (2014). Increased release of dopamine in the striata of young adults with hearing impairment and its relevance for the social defeat hypothesis of schizophrenia. *JAMA Psychiatry* 71:1364-72.
- Güçlü, N. (2019). *Özyıkım riski nedeniyle psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gören hastalarda özyıkımla ilişkili akut duygudurum bozulmasının sonraki özyıkım davranışını öngörücülüğü*.(Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.)

- Güdücü, B. (2011). Evlilik, akıl hastalığı ve hukuki süreç. *Anadolu Bil Meslek Yüksekokulu Dergisi*, (22), 104-110.
- Güleç, C. (2014). *Psikiyatrinin ABC'si*, 2. Baskı, İstanbul, Say Yayınları, 50-75.
- Gürhan, N. (2016). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*. 1. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri.
- Hall, P. L., & Tarrier, N. (2003). The cognitive-behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: a pilot study. *Behaviour research and therapy*, 41(3), 317-332.
- Hanssen, E., Balvert, S., Oorschot, M., Borkelmans, K. (2020). An ecological momentary intervention incorporating personalised feedback to improve symptoms and social functioning in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Res*, 284: 112695.
- Iati, C. A., & Waford, R. N. (2016). *The psychosis response guide: How to help young people in psychiatric crises*. New York: Springer Publishing Company.
- Işık, I., Savaş, G., & Kılıç, N. (2019). Şizofreni hastalığına sahip bireylerin çalışma hayatı konusunda yaşadıkları güçlükler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (3), 399-408.
- İncedere, A., Yıldız, M., Kaytaz, B. N., Abut, F. B., Sarandöl, A., Kurt, A. & Erşan, E. E. (2020). Çalışmayan şizofreni hastalarında çalışma güdülenmesi ve ilişkili demografik etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21(1), 23-29.
- İpçi, K., İncedere, A., Kiras, F. & Yıldız M. (2018). Şizofreni hastalarında öznel iyileşme ile bilişsel içgörü arasındaki ilişkinin araştırılması. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4:1-4.
- Jablensky, A. (2010). The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. *Dialogues in clinical neuroscience*, 12(3), 271-287.
- Karakuş, G., Kocal, Y., Sert, D. (2017). Şizofreni: Etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(2): 251-67.
- Karasu, U. & Yelken, B. (2013). Yönergeden uygulamaya: Toplum ruh sağlığı merkezleri (TRSM). *Psikiyatride Güncel*, 3(2), 95-97.
- Kellecioğlu, B., & Temizkan Yavan, Ö. (2019). *İşletmelerde iletişim becerileri ve iş doyumunu*. Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım.
- Khalaf Beigi, M., Mohammadi Shahbolaghi, F., Rassafiani, M., Haghgoo, H. & Taherkhani, H. (2015). The meaning of work in people with severe mental illness (SMI) in Iran. *Med J Islam Repub*, 29:179.
- Kırlı, U. & Binbay, T. (2018). Psikoz ve şizofreni epidemiyolojisi. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar, Temel Kitap, 2. Baskı, A.E. Danacı, O, Böke, MC Saka, A Erol, SU Kaymak (Ed), Ankara. *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları*, 29-51.

- Kök, H., & Demir, S. (2018). Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek. *Cukurova Medical Journal*, 43(1), 99-106.
- Köroğlu, A., Hocaoglu, Ç.Ç. (2017). Şizofreninin aile üzerine olan etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3): 170-5.
- Köroğlu, E. (2020). *Klinik Psikiyatri*. 3. Baskı. Ankara, Esenkal Yayıncılık.
- Lake, C.R. ve Hurwitz, N. (2006). Schizoaffective disorders are psychotic mood disorders; there are no schizoaffective disorders. *Psychiatry Res*, 143, 255-87.
- Lavretsky, H. (2008). History of schizophrenia as a psychiatric disorder. In: Mueser, K.T., Jeste, D.V., editors. *Clinical Handbook of Schizophrenia*. New York, New York: Guilford Press, p. 3–12.
- Lieberman, R.P. (2008). Recovery from disability, manual of psychiatric rehabilitation. Washington, DC: *American Psychiatric Publishing Inc*.
- Lieberman, J. A. & First, M. B. (2018). Psychotic disorders. *New England Journal of Medicine*, 379(3), 270-280.
- Mahmood, Z., Van Patten, R., Keller, A.V., Lykins, H.C., Perivoliotis, D., Granholm & E., Twamley, E.W. (2021). Reducing negative symptoms in schizophrenia: Feasibility and acceptability of a combined cognitive-behavioral social skills training and compensatory cognitive training intervention. *Psychiatry Res*, 295: 3-8.
- Malaspina, D., Corcoran, C., Kleinhaus, K.R. ve ark. (2008). Acute maternal stress in pregnancy and schizophrenia in offspring: a cohort prospective study. *BMC Psychiatry*, 8: 71
- Maldonado, G.J. & Urizar, A.C. (2007). Effectiveness of psycho-educational intervention for reducing burden in Latin American families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 16(5):739-47.
- Mann, M., Hosman, CMH., Schaalma, P.S., Vires, K.N. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Educ Res*, 19:357-72.
- Marneros, A. (2003). The schizoaffective phenomenon: The state of the art. *Acta Psychiatr Scand*, 108 (418), 29-33.
- McCutcheon, R.A., Reis Marques, T. & Howes, O.D. (2020). Schizophrenia- an overview. *JAMA Psychiatry*, 77(2): 201-10.
- McGrath, J., Saha, S. Chant, D. ve ark. (2008). Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence and mortality. *Epidemiol Rev*, 30: 67-76.
- McGrath, J., Saha, S., Welham, J., El Saadi, O., MacCauley, C., & Chant, D. (2004). A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC medicine*, 2, 1-22.
- Morgan, A.J., Reavley, N.J., Ross, A., San Too, L. & Jorm, A.F. (2018). Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and metaanalysis. *J Psychiatr Res*, 103: 120-133.

- Mueser, K.T., Deavers, F., Penn, D.L. & Cassisi, J. (2013). Psychosocial Treatments for Schizophrenia. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 9:25.1–25.33
- Murray, R.M. & Lewis. S.W. (1987). Is schizophrenia a neurodevelopmental disorder? *Br Med J (Clin Res Ed)*. Sep 19; 295(6600): 681–682.
- Nemoto, T., Uchino, T., Aikawa, S., Matsuo, S. & Mamiya, N. (2020). Impact of changes in social anxiety on social functioning and quality of life in outpatients with schizophrenia: A naturalistic longitudinal study. *J Psychiatr Res*, 131: 15-21.
- Nuechterlein, KH., Dawson, ME., Ventura, J., Gitlin, M., Subotnik, KL., Snyder, KS., Mintz, J. & Bartzokis, G. (1994). The vulnerability-stress model of schizophrenic relapse: a longitudinal study. *Acta Psychiatry Scand* 89:58-60.
- Owen, M.J., O'Donovan, M.C., Thapar, A. & Craddock, N. (2011). Neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia. *Br J Psychiatry*. Mar; 198(3):173-5.
- Özdemir, İ., Şafak, Y., Örsel, S., Karaoğlan Kahiloğulları, A., & Karadağ, H. (2017). Bir toplum ruh sağlığı merkezinde Şizofreni hastalarına uygulanan ruhsal-toplumsal uyumlandırma etkinliğinin araştırılması: Kontrollü alışma. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(5).
- Özer, D. (2023). *Psikozun erken doneminde hastalara uygulanan kabul ve kararlılık terapisinin psikotik semptomlara ve işlevsellik duzeylerine etkisi*. [Doktora Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü].
- Öztürk, O. & Uluşahin, A. (2018). Ruh sağlığı ve bozuklukları (15. Baskı). *Bayt Yayınları*, s:207, Ankara
- Perala, J., Suvisaari, J., Saarni, S.I. ve ark. (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry*, 64.
- Pitschel Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W. & Engel, R.R. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Bull*, 27:73-92.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Synopsis of psychiatry* (pp. 33-86). Wolters Kluwer.
- Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (2007). *Şizofreni*. A. Bozkurt, (ev. Ed.), Kaplan&Sadock's Klinik Psikiyatri El Kitabı (4th Ed). Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 117-131.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A. (2009). *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Edt: Benjamin J. Sadock) 9. Edition, Güneş Kitabevi, Ankara.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A. & Ruiz P. (2015). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: *Behavioral sciences/clinical psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS medicine*, 2(5), 141.

- Saka, MC., Esen Danacı, A., Böke, Ö., Erol, A. & Ulusoy Kaymak, S. (2018). Şizofreni epidemiyolojisi, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. Kırılı, U. & Binbay, T.(editörler); *Türkiye Psikiyatri Derneği Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi No.22*, 29-34.
- Saka, MC., Esen Danacı, A., Böke, Ö., Erol, A. & Ulusoy Kaymak, S. (2018). Şizofreni Kavramı: Dün, Bugün, Yarın. Soygür, H. & Erkoç, Ş. T.(editörler); *Türkiye Psikiyatri Derneği Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi No.22*, 1.
- Selten, J.P., van der Graaf, Y., van Duursen, R. ve ark. (1999). Psychotic illness after prenatal exposure to the 1953 Dutch Flood Disaster. *Schizophr Res*, 35: 243-5.
- Selten, J.P., Van der Ven, E., Rutten, B.P. ve ark. (2013). The social defeat hypothesis of schizophrenia: an update. *Schizophr Bull* 39:1180-6.
- Sezgin, D. (2015). Toplumsal cinsiyet perspektifinde sağlık ve tıbbileştirme. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 18(1), 153-186.
- Schmitt, A., Malchow, B., Hasan, A. & ark. (2014). The impact of environmental factors in severe psychiatric disorders. *Front Neurosci*, 8: 19.
- Schooler, NR. (2006). Relapse prevention and recovery in the treatment of schizophrenia. *J Clin Psychiatry*, 67, 5: 19-23.
- Scully, P.J., Owens, J.M., Kinsella, A. ve ark. (2004). Schizophrenia, schizoaffective and bipolar disorder within an epidemiologically complete, homogeneous population in rural ireland: Small area variation in rate. *Schizophr Res*, 67(2), 143-155.
- Soygür, H., Alptekin, K., Atbaşoğlu, E. C. & Herken, H. (2007). Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. 1. Baskı. *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları*, 500.
- Söğütlü, L. (2014). Toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına psikososyal beceri eğitimi uygulanması ve sonuçları. Tıpta Uzmanlık Tezi. *TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Bakırköy Bölgesi İstanbul İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği*.
- Söğütlü L, Özen Ş, Varlık C, Güler A. (2017). Toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına ruhsal toplumsal beceri eğitimi uygulanması ve sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 18(2):121-128.
- Summakoğlu, D. & Ertuğrul, B. (2018). Şizofreni ve tedavisi. *Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences*, 2(1), 43-61.
- Sungur, M.Z. & Yalnız, Ö. (1999). Şizofreni tedavisinde bilişsel-davranışçı yaklaşımlar. *Klinik Psikiyatri*, 2:160-166.
- Şahin, Ş., & Elboğa, G. (2019). Toplum ruh sağlığı merkezinden yararlanan hastaların yaşam kalitesi, tıbbi tedaviye uyumu, iç görü ve işlevsellikleri. *Çukurova Medical Journal*, 44(2), 431-438.
- Tanrıverdi, Ö. (2023). *Şizofreni hastalarına progresif gevşeme egzersizinin psikolojik belirtiler ve mental iyi oluş üzerine etkisi*. [Doktora Tezi, Hasan

Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı].

- Tauber, R., Wallace, C.J., Lecomte, T. (2000). Enlisting indigenous community supporters in skills training programs for persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv*, 51: 1428-1432.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014). Toplum ruh sağlığı merkezleri hakkında yönerge. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/ekleni/21881,trsm-yonergepdf.pdf?0>.
- Tiryaki, A. (2008). Şizofrenide ruhsal toplumsal risk etmenleri üzerine eleştirel bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri*, 11(5): 3-8.
- Torgalsbøen, A.K., Mohn, C., Czajkowski, N. & Rund, B.R. (2015). Relationship between neurocognition and functional recovery in first-episode schizophrenia: Results from the second year of the Oslo multi-follow-up study. *Psychiatry Research*, 227, 185-191.
- Trower, P. & Chadwick, P. (1995). Pathways to Defense of the Self: A Theory of Two Types of Paranoia. *Clin Psychol Sci Pract*, 3(2):263-278.
- Tukuş, L. (2010). *The Self Esteem Rating Scale-Short Form (Benlik Saygısı Değerlendirme Ölçeği-Kısa Formu) Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması*.
- Uyan, T. T., Köroğlu, A., & Hocaoglu, C. Şizofreni: Etiyoloji, tanı ve tedavi yaklaşımlarında güncel durum. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 10(1), 19-35.
- Uzun, Ö. (2014). Dirençli şizofrenide tedavi yaklaşımları. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*, 7(1), 24-29.
- Üstün, G., Küçük, L., & Buzlu, S. (2018). Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde uygulanan rehabilitasyon programlarına katılan ve katılmayan şizofreni hastalarının bazı sosyodemografik ve hastalıkla ilişkili özellikleri ile tedaviye uyumları ve öz-yeterlilikleri açısından tanımlanması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(2), 69-79.
- Üstünsoy Çobanoğlu, Z. S., Aker, T. & Çobanoğlu, N. (2003). Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. *Düşünen Adam Dergisi*, 16(4): 211-218.
- Valencia, M., Rascon, M.L., Juarez, F., Escamilla, R., Saracco, R. & Liberman, R.P. (2010). Application in Mexico of psychosocial rehabilitation with schizophrenia patients. *Psychiatry Interpersonal and Biological Processes*, 73(3), 248-263.
- Van der Ven, E., Veling, W., Tortelli, A., Tarricone, I., Berardi, D., Bourque, F., & Selten, J. P. (2016). Evidence of an excessive gender gap in the risk of psychotic disorder among North African immigrants in Europe: a systematic review and meta-analysis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51, 1603-1613.
- van Os, J.(2009). *Schizophrenia*. *Lancet*, 374, 635-45.

- van Os, J ve Selten, J.P. (1998). Prenatal exposure to maternal stress and subsequent schizophrenia. The May 1940 invasion of the Netherlands. *Br J Psychiatry*, 172: 324-6.
- Warner, R. (2012). Psychiatric Rehabilitation Methods. In: McQuiston, H.L., Sowers, W.E., Ranz, J.M., Feldman, J.M. *Handbook of Community Psychiatry*, Springer Science+Business Media, LLC.
- Whitley, R., Strickler, D., Drake, RE. (2012). Recovery centers for people with severe mental illness: A survey of programs. *Community Ment Health J*, 48: 547-556.
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva, Switzerland, World Health Organization.
- Vos, T., Flaxman, A.D., Naghavi, M., Lozano, R., Michaud, C., Ezzati, M. (2010). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, Volume 380, Issue 9859, 2163-96.
- Yanık, M. (2007). Türkiye ruh sağlığı sistemi üzerine değerlendirmeler ve öneriler. *RCHP, Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi*, 1 (Özel Sayı), 1-80.
- Yanos, P.T., Roe, D., Markus, K. & Lysaker, P.H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Serv*, 59:1437-42
- Yıldız, M. (2009). Ciddi ruhsal hastalıklarda ruhsal toplumsal tedaviler. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics*, 2:52-6.
- Yıldız, M. (2011). *Şizofreni hastaları için ruhsal toplumsal beceri eğitimi*. TSPD Yayınları.
- Yıldız, M. (2019). *Ruhsal toplumsal beceri eğitimi eğitici elkitabı*. Kocaeli: Umuttepe Yayınları.
- Yıldız, M., Kiras, F., İncedere, A., Esen, D., Gürcan, M. B., Abut, B., İpçi, K. & Tural, Ü. (2018). Şizofreni hastaları için toplumsal işlevselliği değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19, 29-38.
- Yıldız, M., Tural, U., Kurdoğlu, S., Emin Önder, M. (2003). An experience of a clubhouse run by families and volunteers for schizophrenia rehabilitation. *Türk Psikiyatri Dergisi*.14(4):281-7.
- Yıldız, M., Yazıcı, A. & Böke, Ö. (2010). Demographic and clinical characteristics in schizophrenia: a multi center cross-sectional case record study. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21:213-24.
- Yılmaz Karaman, İ. G. (2018). *Toplum ruh sağlığı merkezinde günlük etkinliklere katılan şizofreni hastalarında ilave psikososyal beceri eğitimi almanın öznel ve nesnel sosyal işlevsellik üzerine etkisinin araştırılması: Kontrollü klinik izlem çalışması*.(Uzmanlık Tezi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı).

Yılmaz Sezer, N. (2021). Eğitim eşitsizliği ve kadın sağlığına yansımaları. Şentürk Erenel A, editör. Kadın Sağlığını Etkileyen Sosyal Faktörler. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, s:8-17.

Yüksel, Ş., Gülseren, L., & Başterzi, A. D. (2013). *Kadınların yaşamı ve kadın ruh sağlığı*.



EKLER

Ek-1: Sosyodemografik Bilgi Formu

1.Ad Soyad:

2.Cinsiyet

Kadın Erkek

3.Yaş:

4.Medeni durumunuz:

Evli Bekar Dul Boşanmış

5.Öğrenim durumunuz:

Okuryazar değil İlköğretim Ortaöğretim Lise Önlisans

Lisans ve üstü

6.Çalışma durumunuz:

Öğrenciyim Çalışıyorum Çalışmıyorum Emekliyim

7. Gelir düzeyi:

Asgari ücret altı Asgari ücret Asgari ücret üstü

Düzenli Kısmen düzenli Düzensiz

8.TRSM'ye ne süredir devam ediyorsunuz?

Bir yıldan az 1-3 yıl

3-5 yıl

5 yıl ve üstü

9.Kısmende olsa iyileştiğinizi düşünüyor musunuz?

Evet Hayır

10. Başka hastalığınız var mı(tansiyon, şeker vb.)

Evet Hayır

Varsa ne olduğunu belirtiniz.....

Ek-2: Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği

Aşağıda yer alan sorulara sizin için uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Kendinize göre cevaplandırınız.

1. El-yüz yıkama sıklığınız nedir?
() Haftada 1 ya da daha az () Haftada 3 – 5 kez () Her gün
2. Diş fırçalama sıklığınız nedir?
() Haftada 1 ya da daha az () 2-3 günde bir () Günde en az 1 kez
3. Banyo yapma sıklığınız nedir?
() Ayda 1-2 kez ya da daha az () Haftada 1-2 kez () Haftada 3 ya da daha fazla
4. Tırnak kesme sıklığınız nedir?
() Ayda 1-2 kez ya da daha az () İki haftada bir () Haftada 1 kez
5. İç çamaşırını değiştirme sıklığınız nedir?
() Haftada 1 ya da daha az () 2-3 günde bir () Hemen her gün
6. Çorap değiştirme sıklığınız nedir?
() Haftada 1 ya da daha az () 2-3 günde bir () Hemen her gün
7. (Kadınlar için) Cilt bakımı ve makyaj yapma, kaş ve bıyık alma sıklığınız nedir?
() Sadece özel günlerde () 2- 3 ayda bir () Haftada bir
(Erkekler için) Sakal tıraşı olma sıklığınız nedir?
() Haftada 1 ya da daha az () Haftada 2-3 kez () Her gün
8. Birlikte yaşadığınız kişilerle piknik, gezi, sergi vb. etkinliklere katılma sıklığınız nedir?
() Hiç () 2-3 ayda bir () Ayda 1 – 2 kez
9. Birlikte yaşadığınız kişilerle duygu ya da sorunlarınızı paylaşır mısınız?
() Hiç paylaşmam () Sorulduğunda paylaşırım () Genellikle paylaşırım
10. Kafe/çay bahçesi gibi yerlere gitme sıklığınız nedir?
() Hiç () 2-3 ayda bir () Ayda birden fazla
11. Akrabalar dışında kaç yakın arkadaşınız var?
() Hiç yok () 1– 3 kişi () 4 ve üzeri
12. Arkadaşlarla birlikte piknik, konser, maç, sinema, vb. etkinlik yapma sıklığınız nedir?
() Hiç yapmam () 2- 3 ayda bir () Ayda en az 1 kez
13. Spor amaçlı etkinlik (halı saha maçı, tempolu yürüyüş) yapma sıklığınız nedir?
() 2-3 ayda bir ya da daha az () Ayda 1- 2 kez () Haftada en az 1 kez

14. Gazete, dergi okuma (internet ve TV haberleri dahil) sıklığınız nedir?
() Ayda 1- 2 kez ya da daha az () Haftada 1-2 kez () Hemen her gün
15. Tek başına (yardım almaksızın) evden dışarı çıkma sıklığınız nedir?
() Ayda 1- 2 kez ya da daha az () Haftada 1-2 kez () Hemen her gün
16. Toplu taşıma araçlarını ya da özel aracınızı (yardımsız) kullanma sıklığınız nedir?
() Ayda 1- 2 kez ya da daha az () Haftada 1-2 kez () Hemen her gün
17. İhtiyaca göre alışveriş (pazar, market, mağaza vb. yerlerde) yapma durumunuz nedir?
() Yapamam () Yardımla yaparım () Kendim yaparım
18. Gelirinize göre harcama ve ödeme (para yönetimi) yapma durumunuz nedir?
() Yapamam () Yardımla yaparım () Kendim yaparım
19. Çalışma durumunuz nedir?
() Çalışmıyorum () Destekli çalışıyorum () Düzenli bir işte çalışıyorum (Öğrenci ise derslere katılma)
() Katılmıyorum () Arada katılıyorum () Düzenli katılıyorum (Ev hanımı ise ev işleriyle ilgili sorumlulukları)
() Yerine getiremiyorum () Yardıma ihtiyaç duyuyorum () Kendim yerine getiriyorum

Ek-3: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Aşağıda yer alan sorulara sizin için uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Kendinize göre cevaplandırınız.

1. Hiçbir zaman
 2. Çok nadir
 3. Bazen
 4. Çoğu zaman
 5. Her zaman
- 1) Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
 - 2) Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
 - 3) Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
 - 4) Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.
 - 5) Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.
 - 6) Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
 - 7) Genel olarak kendimden memnunum.

- 8) Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
- 9) Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.
- 10) Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.

Ek-4: Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği

0: Yok 1: Çok hafif 2: Hafif 3: Orta 4: Orta-şiddetli 5: Şiddetli 6: Aşırı derecede şiddetli

1.SOMATİK UĞRAŞLAR: Beden sağlığıyla uğraşma, fiziki hastalıktan korkma, hipokondriyazis

2.ANKSIYETE: Hal veya gelecek için aşırı endişe, korku

3.DUYGUSAL İÇE KAPANMA: Spontan interaksiyon kaybı, izolasyon, kişiler arası ilişkilerde yetersizlik

4.DÜŞÜNCE ÇÖZÜLMESİ: konfü, kopuk, bağlantısız, dezorganize düşünce süreçleri

5.SUÇLULUK DUYGULARI: Kendini suçlama, utanma, geçmişteki davranışlardan pişmanlık duyma

6.GERGİNLİK: Sinirlilik, aşırı hareketlilik, gerginliğin fizik veya motor belirtileri

7.MANİYERİZM VE POSTÜR: Tuhaf, acayip, doğal olmayan motor davranış (tikler dışında)

8.GRANDİYOZİTE: Kendisi hakkında abartmalı düşünceler, gurur, olağan dışı güç ve yeteneğe sahip olduğu inancı

9.DEPRESİF DUYGUDURUM: Elem, keder, umutsuzluk, kötümserlik

10.DÜŞMANCA DAVRANIŞ: Başkaların karşı düşmanlık, kavgacılık, nefret

11.KUŞKUCULUK: Güvensizlik, başkalarının kasıtlık olarak kötülük yapacağına inanma

12.HALLÜSİNATUAR DAVRANIŞ: Normal dışı, uyaran olmaksızın algılama

13.MOTOR YAVAŞLAMA: Yavaşlamış, zayıflamış hareket veya konuşma, beden kuvvetinde azalma

14.İŞBİRLİĞİ KURMAMA: Direnç, temkinlilik, otoriteyi reddetme

15.OLAĞAN DIŞI DÜŞÜNCELER: Olağan dışı, garip, tuhaf, acayip düşünce kavramı

16.DUYGUSAL KÜNTLÜK: Azalmış duygusal ton, duyguların normal şiddetinde azalma

17.TAŞKINLIK: Artmış emosyonel ton, ajitasyon, tepkisellikte artma

18.DEZORYANTASYON: Konfüzyon veya kişi, yer, zamana ait çağrışımların kaybı

Ek-5: Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği

0: Belirti yok 1: Belirtiler şüpheli 2: Hafif belirti 3: Orta derecede belirti

4: belirgin belirti 5: Belirtiler şiddetli

Duygu Kullanımsal Düzleşme veya Küntleşme

1. Değişmeyen yüz ifadesi

Hastanın yüzü cansız görünür ve konuşmasının duygusal içeriğine bağlı olarak beklenenden daha az değişir.

2. Kendiliğinden hareketlerde azalma

Hastanın kendiliğinden hareketleri çok azalmıştır veya hiç yoktur. Konumunu değiştirmez, ekstremitelerini oynatmaz.

3. Anlamlı jestlerin yokluğu veya azalması

Hasta fikirlerini ifade etmede bir yardımcı olarak vücut konumunu değiştirmez ve el jestlerini kullanmaz

4. Zayıf göz ilişkisi

Hasta göz ilişkisinden kaçınır ve konuşması esnasında bile boşluğa dalgın dalgın bakar

5. Duygulanımsal yanıtızsızlık

Hasta uyarıldığında gülmez veya gülümsemez

6. Uygunsuz duygulanım

Hastanın duygulanımı basit bir biçimde düz veya küntleşmiş olmaktan daha çok uygunsuz veya uyumsuzdur

7. Sesteki esnekliğin eksikliği

Hasta normal sesle ilgili vurgu kalıplarını kullanmada başarısızdır ve genellikle monoton bir biçimde konuşur

8. Duygulanımsal düzleşmenin bütünsel derecelendirilmesi

Bu derecelendirilme, özellikle yanıtızsızlık, göz ilişkisi, yüz ifadesi ve sesteki esneklik başta olmak üzere belirtilerin ayrıntılı şiddeti üzerine yoğunlaşmalıdır.

ALOJİ (DÜŞÜNCE/FİKİR YOKSULLUĞU)

9. Konuşma yoksulluğu

Hastanın sorulara yanıtları miktar olarak kısıtlıdır, kısa somut ve özensiz olma eğilimi gösterir

10. Konuşma içeriğinin yoksulluğu

Hastanın yanıtların miktar olarak yeterlidir fakat muğlak, aşırı somut veya aşırı genelleme eğilimindedir ve çok az bilgi aktarır

11. Blokaj

Hasta kendiliğinden veya konuştuğu konu hatırlatıldığında, düşünce dizisinin kesintiye uğradığını ifade eder

12. Yanıt süresinde uzama

Konu hatırlatıldığında hastanın sorunun farkında olduğu görülür

13. Alojinin bütünsel değeriendirilmesi

Alojinin çekirdek özellikleri, konuşma ve düşünce içeriğinin yoksulluğudur

AVOLÜASYON- APATİ /İRADESİZLİK/ İLGİSİZLİK (İNİSİYATİF VEYA HEDEFİN OLMAMASI)

14. Öz bakımı ve temizlik

Hastanın elbiseleri dökük saçık ya da kirli olabilir, saçları yağlanmış, kendisi temizlenmemeye bağı kokuyor olabilir

15. İş veya okulda sebatsızlık

Hastanın iş arama ve sürdürmede, okul ödevlerini tamamlamada, evi temizlemede güçlükleri vardır. Eğer hasta hastanede yatıyorsa, örneğin toplu oyun oynama gibi koğuş etkinliklerini sürdüremez

16. Fiziksel anergia(hareketsizlik)

Hasta fiziksel olarak hareketsiz olma eğilimindedir. Saatlerce oturabilir ve hiçbir kendiliğinden hareket göstermez.

17. İradesizlik/ilgisizliğin bütünsel derecelendirilmesi

Eğer özellikle belirgin ise asıl ağırlık bir veya iki önemli belirtiyeye verilmelidir

ANHEDONİ-ASOSYALLİK/ZEVK ALAMAMA-TOPLUMSAL İLİŞKİ KURAMAMA

18. Oyalanıcı ilgi ve etkinlikler

Hastanın ilgileri çok az veya hiç yoktur. Bu ilgilerin hem niteliği hem de niceliği dikkate alınmalıdır.

19. Cinsel ilgi ve etkinlik

Hasta cinsel ilgi ve etkinlikte bir azalma gösterebilir veya etkin olduğunda da zevk almada bir azalma vardır

20. Yakınlık ve dostluk kurma yeteneği

Hasta, özellikle karşı cins ve ailesi ile başta olmak üzere yakın ve dostça ilişkiler kurmada bir yetersizlik sergiler

21. Arkadaş ve akranlar ile ilişkiler

Zamanını yalnız geçirmeyi tercih eder

22. Anhedoni- asosyalitenin bütünsel derecelendirilmesi

Bu derecelendirilme hastanın yaşı, aile durumu ve benzeri durumları da hesaba katarak ayrıntılı şiddeti yansıtmalıdır

DİKKAT

23. Sosyal dikkatsizlik

Hasta ilgisiz görünür. Uyuşturucu madde etkisindeymişçesine bir görünüm içindedir

24.Zihinsel durum testleri esnasında dikkatsizlik

7 rakamıyla yapılan seri testleri (en az 5 çıkarma işlemli olmalı) ve dünya kelimesini geriye doğru harf harf okuma testi

25.Dikkatin bütünsel derecelendirilmesi

Bu derecelendirilme, klinik olarak ve testler açısından hastanın ayrıntılı yoğunlaşmasını değerlendirmelidir

Ek-6: Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği

0: Belirti yok 1: Belirtiler şüpheli 2: Hafif belirti 3: Orta derecede belirti

4:belirgin belirti 5: Belirtiler şiddetli

VARSANILAR

1.İşitme varsanıları

Hasta, başkalarının duymadığı sesler, görüntüler veya başka sesler duyduğunu bildirir.

2.Yorumlayıcı sesler

Hasta, davranış ve düşüncelerini yorumlayan sesler duyduğunu bildirir.

3.Kendi aralarında konuşan sesler

Hasta 2 veya daha fazla kişinin aralarında konuştuklarını duyduğunu bildirir.

4.Somatik veya Dokunma varsanıları

Hasta, vücudunda acayip fizik duyumsamalar olduğunu bildirir.

5.Koku varsanıları

Hasta, başkalarının fark etmediği olağan dışı kokular duyduğunu bildirir.

6. Görme varsanıları

Hasta, gerçekte var olmayan şekil veya insanları görür.

7.Varsanıların bütünsel derecelendirilmesi

Bu derecelendirme varsanının süresi, şiddeti ve hastanın yaşamına olan etkisi göz önüne alınarak yapılmalıdır.

HEZEYANLAR

8.Kötülük görme hezeyanları

Hasta, kendine yönelik komplo hazırlandığına veya bir yolunun bulunup kendine kötülük yapılacağına inanır.

9.Kıskançlık hezeyanları

Hasta eşinin bir başkasıyla ilişkisi olduğunu düşünür.

10.Suçluluk ve günahkarlık hezeyanları

Hasta bazı kötü günahlar veya affedilemez suçlar işlediğine inanır

11.Büyüklik hezeyanları

Hasta özel güç veya yeteneklerinin varlığına inanır

12.Dinsel hezeyanlar

Hasta, dinsel nitelikli yanlış inançları ile aşırı uğraşır

13.Somatik hezeyanlar

Hasta her nasılsa vücudunun hasta, anormal veya değişmiş olduğuna inanır

14.Alınma düşünceleri ve hezeyanları

Hasta önemsiz işaret veya olayları üzerine alınır veya özel anlamlar çıkarır.

15.Kontrol edilme hezeyanları

Hasta, duygularının ve karakterinin bazı dış güçlerce kontrol edildiğini hisseder

16.Düşünce okunması hezeyanları

Hasta insanların düşüncelerini okuyabildiği veya düşüncelerini bildiğini hisseder

17.Düşünce yayınlanması

Hasta, düşüncelerini yaylandığını hisseder Böylece kendisi veya diğerleri bunları duyabilir.

18.Düşünce sokulması

Hasta, düşüncelerinin kendisine ait olmadığını, dışarıdan aklına sokulduğuna inanır

19.Düşünce çekilmesi

Hasta, düşüncelerinin kafasından alındığına inanır

20.Hezeyanların bütünsel derecelendirilmesi

Bu derecelendirilme hezeyanların süresi, ısrarlılığı ve hastanın yaşamına olan etkisi göz önüne alınarak yapılmalıdır

GARİP (BİZAR) DAVRANIŞ

21.Giyim ve görünüş

Hasta olağan dışı tarzda giyinir veya diğer garip şeylerle görünüşünü değiştirir

22.Sosyal ve cinsel davranış

Hasta, olan sosyal normlara göre, uygunsuz şeyler yapabilir Örneğin ortalıkta mastürbasyon yapma

23.Saldırgan ve taşkın davranış

Hasta, sıklıkla Önceden tahmin edilemeyen saldırgan ve taşkın davranışlar gösterebilir

24.Tekrarlayıcı veya basmakalıp (stereotipik) davranış

Hasta hareketler veya merasimler geliştirebilir

25.Garip davranışın bütünsel derecelendirilmesi

Bu derecelendirme, davranış tipi ve sosyal normlardan sapma miktarını yansıtmalıdır

POZİTİF FORMAL DÜŞÜNCE BOZUKLUĞU

26. Düşüncenin raydan çıkması

Fikirlerin bir diziden diğerine dolaylı bağlantılı veya bağlantısız olarak kayıp gittiği konuşma şekli

27. Teğetleme

Dolaylı veya konu dışı tarzda sorulara yanıt verme

28. Dikişsizlik (kelime salatası, şizofazi)

Zaman zaman esas olarak anlaşılmayan konuşma şekli

29. Mantık dışılık

Mantıklı olarak izlenemeyen sonuçlar çıkarılan konuşma şekli

30. Çevresel konuşma

Hedef düşünceye ulaşması çok dolambaçlı olan ve geciken konuşma şekli

31. Basınçlı konuşmalar

Hastanın konuşması hızlı ve durdurulması güçtür. Konuşma miktarı normalden çok fazladır.

32. Çelinebilir konuşma

Hasta konuşma akımını kesintiye uğratan yakın uyarınlarca çelinebilir

33. Klang çağrışım

Kelime seçimine anlamsal ilişkilerden çok seslerin yön verdiği konuşma şekli

34. Pozitif formal düşünce bozukluğunun bütünsel derecelendirilmesi

bu bütünsel derecelendirilme anormalliği ve kişinin ilişki kurma yeteneği etkileme derecesini yansıtmalıdır.

ÖZGEÇMİŞ

Banu ORTAKÇI

EĞİTİM:

- Psikoloji Eylül 2015- Mayıs 2019, Akdeniz Üniversitesi, Antalya
- Klinik Psikoloji Eylül 2022- Temmuz 2024, Gedik Üniversitesi, İstanbul

İŞ DENEYİMİ:

Psikolog

Ocak 2020- devam ediyor

Sultanbeyli Devlet Hastanesi

Sultanbeyli Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde şizofreni, şizoafektif bozukluk, organik olmayan psikoz, delüzyonel bozukluklar ve bipolar hastalarla çalışmaktayım. Hastalar ile bireysel görüşmeler, danışmanlık hizmeti, grup terapisi kapsamında ruhsal toplumsal beceri eğitimi, hasta yakınlarına psiko eğitim, farklı kurumlara trsm hastalarında stigmatizasyon eğitimleri gibi çalışmalar yürütmekteyim.

BELGELER:

- | | |
|--|-------------------|
| -MMPI Uygulayıcı Sertifikası | Temmuz 2020 |
| -Kısa Süreli Çözüm Odaklı
Danışmanlık Eğitimi | Şubat 2021 |
| -Cinsel Terapiler Sempozyumu | Şubat 2021 |
| -Türkiye 5. Psikoterapi Zirvesi | Mart 2022 |
| -Duygu Odaklı Terapi | Mart 2023 |
| -Psikodinamik Psikoterapi Eğitimi
(Otto Kernberg) | Ocak-Haziran 2023 |
| -BDT Temel modül –Hakan Türkçapar | Şubat-Mayıs 2024 |