



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

DOKTORA PROGRAMI

**SALUTOGENEZ MODELİNE DAYALI DANIŞMANLIK
EĞİTİMİNİN ŞİZOFRENİ HASTALARINDA BÜTÜNLÜK
DUYGUSU, İYİLEŞME VE İŞLEVSELLİĞE ETKİSİ**

DOKTORA TEZİ

Büşra KARAYUMAK

Danışman

Prof. Dr. Nermin GÜRHAN

TOKAT – 2024

ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre Prof. Dr. Nermin GÜRHAN danışmanlığında hazırlamış olduğum **“Salutogenez Modeline Dayalı Danışmanlık Eğitiminin Şizofreni Hastalarında Bütünlük Duygusu, İyileşme ve İşlevselliğe Etkisi”** adlı doktora tezinin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

... / ... / ...

Büşra KARAYUMAK

İmza

JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI



İTHAF

Canım kızım Zeynep Serra 'ya ithaf ediyorum...



TEŞEKKÜR

Öncelikle doktora sürecim boyunca bilgisi ve bakış açısıyla bu sürecime anlam katan, özellikle tez çalışmam sırasında beni cesaretlendiren, tezimi başarılı tamamlayabilmem için rehberlik yapan ve akademik sürecimde desteklerini hep hissettiğim sayın danışmanım Prof. Dr. Nermin GÜRHAN'a,

Tez izleme komitesi toplantıları boyunca çalışmamla ilgili sundukları katkıları sebebiyle Sayın Doç. Dr. Figen İNCİ'ye, Dr. Öğr. Üyesi Birgül Vural'a ve çalışmam hakkında uzman görüşü aldığım tüm öğretim üyelerine,

Çalışmaya katılmış olan kabul eden ve eğitimlere büyük bir özveri ve cesaretle katılan kronik ruhsal bozukluk tanısı almış tüm katılımcılara,

Yaşamım boyunca her zaman varlıklarıyla bana güç veren canım annem, babam ve kardeşime, sonsuz desteği, fedakârlığı ve sevgisiyle beni daima güçlü tutan sevgili eşime, doğduğu günden bu yana bana çok güzel anlar ve duygular yaşatan canım yavruma teşekkür eder, şükran ve minnetlerimi sunarım.

Büşra KARAYUMAK

MAYIS 2024

ÖZET

SALUTOGENEZ MODELİNE DAYALI DANIŞMANLIK EĞİTİMİNİN ŞİZOFRENİ HASTALARINDA BÜTÜNLÜK DUYGUSU, İYİLEŞME VE İŞLEVSELLİĞE ETKİSİ

Karayumak, Büşra

Doktora, Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nermin GÜRHAN

Mayıs 2024, 106 sayfa

Bu araştırmada salutogenez modeline dayalı danışmanlık eğitiminin şizofreni hastalarında bütünlük duygusu, iyileşme ve işlevselliğe etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Salutogenez temelli müdahale ile bireylerin özgüven ve farkındalığını artırmak, içsel ve/veya dışsal stres faktörlerini yönetmek için en başarılı baş etme stratejilerini bulmasını sağlayarak bütünlük duygusunu, iyileşmeyi ve işlevselliği artırabileceği düşünülmektedir. Araştırma deneysel araştırma tiplerinden ön test-son test, kontrol gruplu desende gerçekleştirilmiştir. Araştırmada etik kurul onayı, kurum izni ve bireylerden yazılı bilgilendirilmiş gönüllü onam alınmıştır. Araştırmanın örneklemini kronik ruhsal bozukluğa sahip 25 birey (Deney Grubu: 12, Kontrol Grubu: 13) oluşturmaktadır. Deney grubuna 4 hafta, haftada 2 kez salutogenez modeline dayalı danışmanlık eğitimi verilmiştir. Kontrol grubuna ise özel bir müdahalede bulunulmamıştır. Bu süreçte veri toplama aracı olarak uygulama öncesinde, bitiminde ve bir ay sonra her iki gruba eş zamanlı “Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Bütünlük (Tutarlık) Duygusu Ölçeği (BDÖ)”, “İyileşme Aşamaları Ölçeği (İAÖ)” ve “Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ)” uygulanmıştır. Müdahale ve kontrol grubunun, Bütünlük Duygusu Ölçeği ve anlaşılabilirlik, yönetilebilirlik ve anlamlılık boyutları, İyileşme Aşamaları Ölçeği durağanlık, farkındalık, yeniden yapılanma, hazırlık, gelişim alt boyutları, Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği ön test, son test ve bir ay izlem puanları karşılaştırıldığında; Bütünlük Duygusu Ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarının ön test puanları gruplara göre farklılık göstermezken, son test ve bir ay izlem puanları müdahale grubu lehine anlamlı farklılık göstermiştir. Müdahale grubundaki kişilerin uygulama

sonrasında İyileşme Aşamaları Ölçeği alt boyut puanlarından Durağanlık, Farkındalık alt boyut puanlarında azalma, sonrasında İyileşme Aşamaları Ölçeği Gelişim alt boyut puanlarında kontrol grubundakilere kıyasla anlamlı bir artma saptanmıştır. İyileşmenin erken aşamalarından iyileşmenin ileri aşamalarına doğru bir ilerleme gözlenmiştir. Yine Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği toplam puanı ve Sağlık ve Tedavi, Sosyal işlevsellik ve Günlük Yaşam Becerileri alt boyutlarının ön test puanları gruplara göre farklılık göstermezken, son test ve bir ay izlem puanlarında kontrol grubundakilere kıyasla anlamlı bir artma ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda Salutogenez Modeline Dayalı Danışmanlık Eğitimi alan şizofreni hastalarının bütünlük duygusu, iyileşmesi ve işlevselliği artmıştır.

Anahtar Kelimeler: Salutogenez, Şizofreni, Bütünlük Duygusu, Şizofrenide İyileşme, Şizofrenide İşlevsel İyileşme

ABSTRACT

THE EFFECT OF COUNSELING EDUCATION BASED ON THE SALUTOGENESIS MODEL ON SENSE OF COHERENCE, RECOVERY, AND FUNCTIONALITY IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Karayumak, Büşra

PhD, Department of Psychiatric Nursing

Thesis Advisor: Prof. Dr. Nermin GÜRHAN

May 2024, 106 pages

In this research, the effect of counseling education based on the salutogenesis model on the sense of coherence, recovery, and functionality of schizophrenia patients was aimed to be examined. It is thought that a salutogenesis-based intervention can increase individuals' self-confidence and awareness, help them find the best coping strategies to manage internal and/or external stress factors, and thus enhance their sense of coherence, recovery, and functionality. The study was conducted using an experimental research design of pre-test and post-test with a control group. Ethical approval, institutional permission, and written informed voluntary consent were obtained from individuals. The sample of the study consists of 25 individuals with chronic mental disorders (Experimental Group: 12, Control Group: 13). Counseling education based on the salutogenesis model was provided to the experimental group twice a week for 4 weeks. No intervention was applied to the control group. As data collection instruments, "Patient Demographic Information Form," "Sense of Coherence Scale (SOC)," "Stages of Recovery Instrument (STORI-30)," and "Functional Remission of General Schizophrenia" (FROGS)" were applied to both groups simultaneously before the intervention, after the intervention, and one month later. When the scores of the Sense of Coherence Scale and its dimensions, namely comprehensibility, manageability, and meaningfulness, the dimensions of the Stages of Recovery Instrument (moratorium, awareness, preparation, rebuilding, growth), and the pre-test, post-test, and one-month follow-up scores of the Functional Remission of General Schizophrenia were compared

between the intervention and control groups; while the total score and sub-dimensions' pre-test scores of the Sense of Coherence Scale did not differ between the groups, significant differences in favor of the intervention group were observed in the post-test and one-month follow-up scores. A decrease in moratorium and awareness sub-dimension scores of the Stages of Recovery Instrument was observed in the intervention group after the application, followed by a significant increase in the growth sub-dimension scores of the Stages of Recovery Scale compared to the control group. Progress was observed from the early stages of recovery to the advanced stages of recovery. Similarly, while the total score of the Functional Remission of General Schizophrenia and its sub-dimensions related to Health and Treatment, Social Functioning, and Daily Life Skills did not differ between the groups' pre-test scores, a significant increase was observed in the post-test and one-month follow-up scores compared to the control group. In line with these results, it can be concluded that schizophrenia patients who received Counseling Education based on the Salutogenesis Model showed an increase in their sense of coherence, recovery, and functionality.

Keywords: Salutogenesis, Schizophrenia, Sense of Coherence, Recovery in Schizophrenia, Functional Remission in Schizophrenia

İÇİNDEKİLER

	Sayfa.
ETİK SÖZLEŞME.....	i
JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI.....	ii
İTHAF.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	ix
TABLolar LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ	xii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Şizofreninin Tanımı.....	4
2.2. Şizofreninin Epidemiyolojisi	4
2.3. Şizofreninin Etiyolojisi.....	6
2.4. Şizofreninin Tedavisi	6
2.5. Salutogenez Modeli.....	8
2.5.1. Genelleştirilmiş Direnç Kaynakları	9
2.5.2. Bütünlük (Tutarlılık) Duygusu	10
2.6. Şizofreni Ve İyileşme.....	11
2.7. Şizofreni Ve İşlevsel İyileşme	13
2.8. Şizofrenide Salutogenez Temelli Uygulamalar, Bütünlük Duygusu, İyileşme ve İşlevsellik.....	14
3. YÖNTEM.....	18

3.1. Araştırmanın Amacı	18
3.2. Araştırmanın Değişkenleri	18
3.3. Araştırmanın Hipotezleri	18
3.4. Araştırmanın Türü	18
3.5. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	18
3.6. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	19
3.6.1. Araştırmaya alınma ölçütleri;	19
3.6.2. Randomizasyon	19
3.7. Veri Toplama Araçları	20
3.7.1. Hasta Tanıtım Formu	20
3.7.2. Bütünlük (Tutarlılık) Duygusu Ölçeği (BDÖ)	20
3.7.3. İyileşme Aşamaları Ölçeği	21
3.7.4. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ)	21
3.8. Araştırmanın Hazırlık Süreci	22
3.9. Ön Uygulama	23
3.10. Araştırmanın Uygulanması	23
3.11. Verilerin Analizi	34
3.12. Araştırmanın Etik Yönü	34
3.13. Araştırmanın Sınırlılıkları	34
4. BULGULAR	35
5. TARTIŞMA.....	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	61
KAYNAKLAR.....	62
EKLER	75
ÖZGEÇMİŞ.....	104

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo No	sayfa
Tablo 3.1: Salutogenez Modeline Dayalı Danışmanlık Eğitiminin İçeriği	26
Tablo 4.1: Tanımlayıcı Nitel Özelliklerin Dağılımı (n=25)	35
Tablo 4.2: Tanımlayıcı Nicel Özelliklerin Dağılımı (n=25)	36
Tablo 4.3: Bütünlük Duygusu Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Çalışma Grupları ve Ölçüm Zamanına Göre Dağılımı	37
Tablo 4.4: İyileşme Aşamaları Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Çalışma Grupları ve Ölçüm Zamanına Göre Dağılımı	40
Tablo 4.5: Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Çalışma Grupları ve Ölçüm Zamanına Göre Dağılımı	43
Tablo 4.6: Ölçekler ve alt Boyutları Arası Korelasyonlar (Son test puanları)	46
Tablo 4.7: Ölçekler ve Alt Boyutları Arası Regresyon Analizi ..	48

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3.1: Araştırmanın CONSORT Akış Şeması	25
--	----



KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

BDÖ	: Bütünlük (Tutarlık) Duygusu Ölçeği
İAÖ	: İyileşme Aşamaları Ölçeği
ŞİLÖ	: Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
WHO	: World Health Organization
GDE	: Genelleştirilmiş Direnç Eksikliği
GRR	: Genelleştirilmiş Direnç Kaynakları
ark.,	: Arkadaşları
Ort	: Ortalama
Ss	: Standart Sapma
n	: Sayı
η^2	: Etki Değeri (eta kare)
p	: Anlamlılık Değeri
χ^2	: Kikare

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni bozukluğu kronik seyirli, yeti yitimlerinin oluşmasına neden olabilen, yaşam kalitesinde ve işlevsellikte olumsuz etkiler yaratan, remisyon ve alevlenme dönemleri ile süregiden kronik bir ruhsal bozukluktur (Charlson ve ark., 2018, Jauhar ve ark., 2022). Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınlamış olduğu verilere göre 15-44 yaş arasında bulunan bireyler için yeti yitimine neden olan hastalıklar arasında şizofreni bozukluğu sıralamada ilk onda yer edinmiştir (GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2017). Şizofreni dünya çapında 3 milyonu ABD'de olmak üzere yaklaşık olarak 24 milyon bireyi veya 300 bireyden 1'ini (%0,32) etkileyen bir hastalıktır. Verilen oran yetişkin bireylerde 222 bireyde 1'dir (%0,45) (World Health Organization, 2022; Kadakia ve ark., 2022). Ülkemizde yapılan epidemiyolojik çalışmalar yeterli miktarda olmamakla birlikte toplumdaki prevalansının %0,8 olduğu ve kalıcı hasar oluşturan dokuzuncu hastalık olduğu ifade edilmektedir (Yüksel ve Oflaz, 2012; Kocal ve ark.,2017). Öte yandan Binbay ve arkadaşlarının (2011) yapmış oldukları sistematik gözden geçirme çalışmasında hastalığın toplumdaki yaşam boyu yaygınlığının erkeklerde her 1000 kişi için 11,6 iken kadınlarda her 1000 kişide 6,5 olduğu bildirilmektedir. Toplum içindeki genel prevalansının ise her 1000 kişide 8,9 kişi olduğu gösterilmektedir.

Şizofreni ile ilişkili yaşam tarzında değişimler, fiziksel aktivitede eksiklik, tedavi edici ilaçların yan etkileri, hastalarda fiziksel hastalıklara neden olabilmekte veya mevcut fiziksel hastalıkların klinik seyrini olumsuz etkileyebilmekte olup bilişsel, davranışsal, duygusal sahalarda yaşanan problemler nedeniyle çevreye uyumda zorlanma, işlevsellikte azalma, özkıyım ve kendine zarar verme davranışında artma sorunları sebebiyle desteğe ve bakıma ihtiyaç duymaktadırlar (Ward ve ark., 2022).

Şizofreni tanısı almış bireylerin bakım ve hemşireliği içinde, bütünlük duygusu (SOC) önemli bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Aron Antonovsky oluşturduğu salutogenez modeli ile bütünlük duygusu kavramını açıklamıştır (1979, 1987). Sağlık araştırmalarındaki tek taraflı patogeneze odaklanmasına bir tepki olarak salutogenez kavramını oluşturmuştur. Salutogenez modeli bir uyum duygusu olarak anlam bütünlüğünün nasıl oluşturulabileceğine dair genel bir anlayış sunar ve başarılı başa çıkma ve sağlık yoluna odaklanır. Bu model, bazı insanların stresli yaşam olayları,

gerginlikler ve zorluklarla nasıl diğerlerinden daha iyi başa çıktıklarını, sağlıklarını ve refahlarını nasıl daha iyi koruyabileceklerini açıklamaktadır. Modelde belirtilen bütünlük duygusu, bireylerin yaşamı anlamlı, anlaşılır ve kontrol edilebilir olarak görmeleri kavramını açıklamaktadır (Çeçen 2008; Eriksson 2017). Bu kavram sadece şizofreni tanısı almış hastaların sağlığını iyileştiren bir kavram olarak değil, hastalık kaynaklı stresle baş etme yeteneklerine de etki gösterebilen bir önemli psikolojik faktör olarak da kabul görmüştür (Kurowska ve Kaczmrek, 2013). Patogenez bir hastalığın kaynağı ve gelişimi esnasında meydana gelen değişiklikler bütünü iken salutogenez sağlığın oluşumu ve gelişimi olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hastalık ekseninden çıkarak sağlığı bir süreklilik olarak görür ve bireyin bu süreklilikte sağlıklı uca hareket etmesi bütünlük duygusunun güçlü olduğunu gösterir. SOC, bireyin hayatın sürekli içsel ve/veya dışsal stres faktörlerini yönetebilmek adına baş etme stratejisini bulmasını sağlayan kişisel bir yatkınlık yönelimi olarak tanımlanır. SOC, klasik başa çıkma stratejileri gibi sabit bir dizi dominant strateji etrafında inşa edilmek yerine esnek bir yapıya sahiptir. SOC'un, bir 'hayatta kalma altıncı duyusu' olarak işlev gördüğü ve sağlığı teşvik eden yetenekleri ürettiği bilinmektedir (Lindström ve Eriksson, 2005). Bütünlük duygusu, kişinin yaşamının her aşamasında dinamik olarak çevreden gelen etkilere maruz kalan ve onu etkileyen evrensel bir kişilik özelliğidir (Koelen ve ark.,2017). SOC, üç temel bileşeni içerir: (a) anlaşılabilirlik - uyarıcıları düzenli, tutarlı, açık ve yapılandırılmış, tahmin edilebilir ve açıklanabilir şekilde algılama yeteneği. (b) Yönetilebilirlik - içsel ve/veya dışsal kaynakların mevcut, kontrol altında ve çevresel talepleri karşılamak için yeterli olduğunu algılama yeteneği. (c) Anlamlılık - bireyin talepleri önemli, zorlayıcı, bağlayıcı ve yatırıma değer bulma ve katılma derecesidir (Antonovsky, 1987).

Şizofreni spektrum bozukluğu yaşayan bir kişi, hastalığın nüksetmesi, psikopatolojik belirtilerin birikmesi ve daha fazla hastaneye yatış ihtiyacıyla ilişkilenebilecek yüksek düzeyde stres yaşayabilir. Tutarlılık ve başa çıkma duygusunun güçlendirilmesi iyileşme yolculuğunda önemli kavramlardır (Langeland ve ark., 2007). Şizofrenide iyileşme süreci, hastalığın bir devam fazı olarak kabul edilmektedir. Ruhsal hastalık deneyiminin ardından iyileşme bir sonuçtan ziyade insanların içine girdiği uzun vadeli bir süreçtir (Deegan, 1996; Whitwell, 1999). Bu uzun vadeli süreç zaman alıcı ve karmaşık gibi gözüksede, şizofreni teşhisi konmuş bir kişinin bağımsız bir şekilde işlev görmeye, aile ilişkilerini yeniden inşa etmeye, profesyonel rollerini yerine getirmeye ve

toplumda işlev görmeye yavaşça geri dönebilmesi bireyin umut vadeden ve tatmin olduğu bir yaşam sürdürebilmesini sağlar. Ruhsal hastalığı olan bireylerin içinde bulunduğu iyileşme sürecinde hangi aşamada olunduğunun belirlenmesi ve o aşamanın özelliklerine yönelik bakım gereksinimlerinin plan ve uygulamasının yapılması çok önemli olmaktadır (Karakaş ve Gürhan, 2022).

Şizofreni bozukluğunda işlevsellik kavramı, sosyal ilişkileri, günlük yaşam becerilerini, davranış kontrolünü, iletişimi, hastalık ve tedavinin yönetimini, strese ve beklenmedik durumlara uyumu etkileyen çok geniş bir kavramdır. Şizofreni çalışmaları, yalnızca ilaç tedavisi almış olan bireylerin işlevselliklerinde diğerlerine kıyasen daha düşük sonuçlar alındığını göstermiştir. Araştırmalar, yüksek tutarlılık duygusuna sahip şizofreni hastalarının daha az şiddetli psikopatolojik semptomlar yaşadıklarını, iyileşme seviyelerinin ve işlevsellik düzeylerinin daha iyi olduğunu, aynı zamanda tedavide çok daha olumlu sonuçların elde edildiğini ifade etmektedir (Witkowska-Łuc, 2018; Izydorczyk ve ark.,2019).

Şizofreni bozukluğuna sahip bireylerde salutojenik modelini temel alan uygulamalar ve bu modele göre oluşturulan görüşmelerin kullanılabileceği literatürde yer almaktadır (Bengtsson-Tops ve ark. 2005; Kasperek-Zimowska ve ark. 2011). Dünyada ve Türkiye genelinde şizofreni bozukluğuna sahip hastalara yönelik salutogenez modeline dayalı danışmanlık eğitiminin bütünlük duygusu, iyileşme ve işlevselliğe etkisinin incelendiği araştırmalara rastlanmaması nedeniyle bu çalışmanın özellikle psikiyatri hemşireliği ve hemşirelik sahasında literatüre katkıda bulunulacağı düşünülmektedir.

Açıklanan bilgiler ışığında bu çalışma, salutogenez modeline dayalı danışmanlık eğitiminin şizofreni hastalarında bütünlük duygusu, iyileşme ve işlevselliğe etkisini ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreninin Tanımı

Şizofreni, ruhsal bozukluklar içerisinde en önemli bozukluklardan biri olarak kabul edilmekle birlikte çoğunlukla erken yaşlarda başlayan, kişinin süregelen algılama ve yorumlama biçimlerine yabancılaşarak ilişkilerinden uzaklaştığı, kendi içine iç dünyasına kapanış yaşadığı, duyuş, düşünce ve davranışlarda önemli bozulmaların görüldüğü alevlenme ve remisyon dönemlerinin olduğu kronik mental ağır bir ruhsal bozukluktur (Crawford ve Go, 2022; Sadock ve ark., 2016; Townsend, 2016; Pasadas ve Manso, 2015). Aynı zamanda sosyal olarak kendini geride tutma ve ifade yeteneklerinde azalma ile karakterize, uzun vadeli şekilde bireyin aileye karşı psikososyal boyutta bağımlılığına sebep olan, sanrı ve halüsinasyonlar içeren, gelişimsel anlamda beyin hastalığı olarak da belirtilmektedir (Pasadas ve Manso, 2015).

2.2. Şizofreninin Epidemiyolojisi

Şizofreni toplumdan topluma, bölgeden bölgeye farklılıklar gösterse de tüm dünyada görülen literatüre göre önemli oranlarda bireysel ve ekonomik problemlere sebebiyet veren çok önemli bir sağlık problemi olarak ifade edilmektedir (Barbato, 1997). Her toplumda en sık rastladığımız ruhsal bozukluklardan birisi olmasına karşın, hakiki yaygınlığı ve sıklığı üzerine olan veriler değişkenlik göstermektedir (Kocal ve ark., 2017). 2022 yılı Dünya Sağlık Örgütü (WHO)' nun resmi verileri ışığında şizofreni bozukluğu, dünya üzerinde neredeyse 24 milyon bireyi etkilemektedir. Uzun süreli ve kalıcı şekilde hasara sebebiyet veren ilk on hastalığın arasında yerini almakta olan bozukluğun, 15 ile 35 yaş aralığındaki prevalansı %0,7' dir (Cortesi ve ark., 2013). Türkiye için yapılan epidemiyolojik çalışmalar sınırlı olsa da toplumdaki prevalansının %0,8 olduğu ve kalıcı hasar oluşturan hastalıklar arasında dokuzuncu sırada olduğu bildirilmektedir (Yüksel ve Oflaz, 2012; Kocal ve ark., 2017). Binbay ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları sistematik araştırmada Türkiye'de toplumdaki yaşam boyu yaygınlığının erkeklerde her 1000 kişi için 11,6 iken kadınlarda her 1000 kişide 6,5 olduğu ifade edilmektedir. Toplumun geneli bazındaki prevalansının ise her 1000 kişide 8,9 kişi olduğu bildirilmektedir. Cinsiyete göre yaygınlık düzeylerine bakıldığında iki cinsiyette de yaygınlığın aynı düzeylerde olduğu gözükmemektedir. Çalışmalar, erkeklerin bu bozukluktan kadınlara kıyasla daha fazla etkilendiğini göstermektedir (Falkenburg ve

Tracy, 2014).

Bozukluk cinsiyetlere göre farklı yaş ve farklı süreçlere sahiptir. Erkeklerde genel itibariyle 15- 25 yaş aralığında ortaya çıkmakta olan bozukluk, kadınlarda 25-35 yaşları arasında göze çarparken, kadın hastaların yaklaşık olarak üçte biri ve erkek hastaların ise yarısından fazlası ilk sefer olarak 25 yaşlardan önce bir psikiyatri kliniğine yatış yapmaktadır (Kaplan ve Sadock,1998). Bununla birlikte kadınlarda ikincil en sık başlangıç görülen yaş aralığı 55-64 arasındadır. Erken başlangıçlı olarak nitelendirilen 10 yaşından erken veya geç başlangıçlı olarak nitelendirilen 45 yaşından sonra başlangıca sahip olması nadir görülmektedir (Soygür ve ark., 2007;Ertan, 2008; Kocal ve ark., 2017). Erkek bireylerde erken başlangıç sebebiyle negatif belirtiler ağırlıklı gözükmeyle birlikte ağır bir süreçte sahipken, kadınlarda negatif belirtiler yönüyle kısmen de olsa sonlanım daha iyidir (Karamustafalıoğlu ve ark., 1998).

Sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerde yapılan birçok çalışmaya göre şizofreni görülme sıklığının fazla olduğu gösterilmektedir. Bu durumun bir sebebinin sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerde oluşabilecek enfeksiyonlar, bakım yetersizliği gibi durumlar sebebiyle şizofreniye yatkın olunabildiği ve diğer bir sebebinin ise şizofreniye genetik yatkınlık taşıyan aile üyelerinde nesil boyu daha alt sınıflara doğru bir kaymanın gerçekleşebileceği yönünde görüşlerle ifade edilmiştir (Polat, 2010).

Aile ile ilgili çalışmalara bakıldığında ebeveynlerin hasta olmayan bireylerde hayat boyu şizofreni bozukluğuna yakalanma oranı % 1 iken, ebeveynlerinin her ikisinde de şizofreni bozukluğu olan bireylerde oranın % 35'e çıkmış olduğu bildirilmiştir. Haricinde bu oran ebeveynlerinden birisinde şizofreni bozukluğu olan bireylerde % 13'tür (Songur, 2015).

Hastalık sürecinde mevcut bozukluğa paralel olarak metabolik bozuklukların ise genele kıyasen 1,5 ile 2 kat fazla ortaya çıktığı ifade edilmektedir. Genellikle bu duruma antipsikotik kullanımı sebep gösterilse de bozukluk sonucu oluşan fiziksel hareketlilikteki azalmalar, beslenme biçimlerinin kötüye gitmesi yanı sıra alkol ve madde kullanımlarındaki artışlarında sebepler arasında yer alabileceği aktarılmaktadır (Mitchell ve ark., 2011; Wang ve ark., 2014).

2.3. Şizofreninin Etiyolojisi

Şizofreninin asıl ortaya çıkışına hangi etmenlerin neden olduğu ile alakalı çok sayıda araştırma gerçekleştirilmektedir fakat asıl faktörler henüz bulunamamıştır. Temelde bozukluğun sebebinin kesin olarak bilinmeyen bir beyin sorunundan oluştuğu görüşü benimsenmiş olsa da başlangıç ve ilerleyişinde hem çevresel hem ruhsal etmenlerin etkili olduğu görüşü de kabul edilmiştir. Bu doğrultuda; kalıtım, nöroanatomi ve nörobiyolojik sorunlar, travmalar, biyokimyasal farklılıklar, viral enfeksiyonlar, istismar, kayıp gibi stres faktörleri vb. etmenler literatüre girmiş sebepler arasında yer edinmektedir (Köroğlu ve Güleç, 2007; Çelikbaş ve Ergün, 2018).

2.4. Şizofreninin Tedavisi

Şizofreni tanısı alan bireylerde süreci başlatan belirtilerin herkeste farklı olarak ortaya çıkması ve ilerleme kaydetmesi beraberinde farklı tedavi yollarını doğurmuştur. Dolayısıyla bozukluğa yönelik olarak net bir tedavi yöntemi olamamakla birlikte temelde asıl hedeflenen amaç hastalığı tamamıyla yok etmek olmamaktadır. Tüm tedavi yöntemlerine bakıldığında edinilen iki amaç vardır. Bunlardan bir tanesi bozukluğa yönelik belirtileri ortadan kaldırabilmek ve semptomların kontrol altına alınması diğeri hastaların işlevselliklerini artırabilmektir. Bozukluğa sahip bireyler genel olarak iç görü becerilerinin zayıflaması sebebiyle hastalığı kabul etmemekte tedaviye yanaşmamaktadırlar. Bu süreçte tedaviye uyum sürecini destekleyen faktörlerden en önemlisi bireyle güven ilişkisinin kurulabilmesidir. Tedavi süresi boyunca amaç sadece var olan belirtilerin bastırmak değil aynı zamanda da bireyde oluşabilecek yıkıcı etkenlerin azaltılıp, işlevselliğinin artırılması olmalıdır (Kocal ve ark., 2017).

İlaç tedavisi şizofreni bozukluğunda oldukça önem arz eden bir konuma sahiptir. Bozukluğa ilişkin semptomların kontrol altına alınabilmesi, yaşam kalitesi ve işlevsel işleyişin en üst düzeye çıkarılması, hastalığın olumsuz etkilerinin azaltılması ve iyileşmeyi desteklemesi adına ilaç tedavisine ihtiyaç duyulduğu gün yüzüne çıkmaktadır (Summakoğlu ve Ertuğrul 2018). Özellikle pozitif belirtilerin ilaç tedavisiyle baskılanabildiği sonucu neticesinde, bireyler uzun süreli izolasyonlardan kurtulmuşlardır (Çetin, 2015). Bu tedavide kullanılan ilaçlar antipsikotikler (nöroleptikler) olarak adlandırılırlar. Klorpromazin olarak adlandırılan ilk antipsikotik ilaç 1950’li yıllarda keşfedilmiştir. Dopamin aktivasyonunu dopamin reseptörlerinin bloke edilmesiyle

azalttıklarından dolayı özellikle pozitif olan belirtilere etkide bulunan antipsikotikler birinci (tipik) kuşak antipsikotikler olarak adlandırılmaktadırlar. İkinci (atipik) kuşak antipsikotikler ise negatif belirtiler üzerinde etkilidirler (Kocal ve ark., 2017). Şizofrenide elektrokonvülsif tedavi, intihar gibi hayati durumlarda, ilaçla tedaviye karşılıksız kalan hastalarda, ilaç etkisinin oluşmasına kadar geçen sürede bir ara tedavi yöntemi olarak ya da ilaca direnç gösteren bireylerde negatif belirtilerin azaltılması amacıyla kullanılmakta ve süreci hızlandırması amaçlanmaktadır (Yıldız, 2018).

Şizofrenide ilaçla tedavi zorunlu olsa da yalnızca ilaç tedavisi ile hastalarda iyileşmenin sağlanmaya çalışılması ile hasta bireylerde uyum sorunları yüksek oranda olmakta veya döner kapı sendromu dediğimiz nüks gözlenmektedir (Summakoğlu ve Ertuğrul 2018). İlaç tedavileri yoluyla semptomların ortaya çıkardığı etki, yeti kayıpları ve nüks azaltılmaya çalışılırken; psikososyal olarak bakım ile rehabilitasyon sağlanıp sosyal iyileşme elde edilmeye çalışılmaktadır (Summakoğlu ve Ertuğrul 2018). Çalışmalar yalnızca ilaç tedavisi gören bireylerin bir yıl içerisinde yeniden yatış ve nüks olasılıklarının %40 oranında olduğunu gösterirken hem ilaç hem psikoterapi uygulanan bireylerin yeniden yatış ve nüks oranlarının %20' lere düştüğü bildirmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2020). Bu sebep doğrultusunda bütüncül bir yaklaşım benimsenmesi gerektiği üzerine psikoterapiler ve psikososyal yaklaşımlara ilgi zamanla artmıştır.

Psikoterapi yöntemlerinin şizofreni tedavisinde odaklandığı alanlar genellikle semptomların, özellikle sanrıların, halüsinasyonların, bilişsel ve işlevsel bozuklukların azaltılmasıdır. Ancak bu durum, hastalarda bireysel mutluluğun ve umudun artırılmasında önemli bir faktör olan bireysel mutluluk duygusunun görmezden gelinmesine sebep olabilir ve tam iyileşme için gereken bazı gereksinimleri karşılayamaz. Şizofreni tanısı alan bir kişi için iyileşme, kendi başına yaşamını sürdürebilme, gelecek hakkında umutlu olabilme, sorunlara çözüm bulabilme ve kişisel saygıyı sürdürebilme gibi faktörlerin gerçekleştirilmesini içerir. Bazı araştırmalar, şizofreni tanısı alan bireylerde düşük mutluluk düzeyinin tedaviye uyumsuzluğu ve özkıyım riski ile ilişki içerisinde olabilme ihtimali gösterilmektedir. Aynı zamanda, bireydeki mutluluk düzeyinin yüksekliği ile nüks oranlarının azlığı arasında bir ilişki olduğu belirtilmektedir. (Şahin ve Şahin Altun, 2022).

Şizofreni bozukluğu tanısı konmuş bireylerin psikoterapisi hastanın bireysel durumuna göre şekillendirilmelidir. Bu süreçte destekleyici, rehberlik edici, açıklayıcı ve hastanın nükslerle başa çıkmasına yardımcı, stresle baş etmesine destek olacak iç görü kazandırıcı yaklaşımlar önemlidir. Ayrıca, bireylerin yeteneklerini kullanması ve geliştirmesi teşvik edilmelidir. Akut dönemlerde psikoterapinin belirgin etkisi gösterilmemiş olsa da, tedavi sürecinde destekleyici psikoterapi ve eğitici yaklaşımlar önerilmektedir. Bu yaklaşımlardan biri olan salutogenez modeli, sosyolog Aaron Antonovsky tarafınca ortaya atılmış ve geliştirilmiştir. Ruhsal anlamda bozukluğa sahip kişilerin yaşadığı krizlerle baş etmede kaynakların güçlendirilmesine odaklanan bu model, iyileşme sürecini hedef almıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2020; Witkowska-Luc 2018).

2.5. Salutogenez Modeli

Salutogenezis terimi Yunan dilinde “salus (= sağlık)” ve “genesis (= kaynak)” kelimelerinden türemiştir ve bir başka tabirle sağlığın nereden geldiğini gösteren kökleri yani kaynağı anlamına gelmektedir. Bu ortaya atılan Salutogenez modeli ilk olarak Tıbbi sosyolog Antonovsky tarafından 1979’da ortaya konmuş olup 1987 yılında revize edilmiştir. Antonovsky, Nazilerin toplama kamplarında hayatta kalan belirli sayıdaki kadınlar üzerinde yaptığı bir araştırmanın bulgularında bazı kadınların, stresli durumlar yaşamalarına rağmen iyi fiziksel ve zihinsel sağlığını koruduğunu buldu. Bu kadınların iyi sağlıklarını sürdürmelerine yardımcı olan faktörlerle ilgilenerek salutogenez modelini geliştirmiştir (Antonovsky ve ark., 1971; Antonovsky, 1987; Suárez Álvarez ve ark., 2022). Antonovsky, ruh sağlığıyla ilgilenen bilim adamları veya terapistler olarak rolümüzün, insanın yaşam döngüsünde ortaya çıkan zorluklar ve yanıtların seçimini şekillendiren faktörler hakkında daha fazla anlayış kazanmak olduğunu iddia eder. Antonovsky, “Sağlığı oluşturan nedir?” anahtar sorusunu ortaya koymuştur ve daha iyi zihinsel sağlığa doğru süreklilikteki hareketi bir değişim olarak tanımlamaktadır. Patogenez hastalık için bir tasarım olmasına karşın, salutogenez sağlık profesyonellerinin uygulamalarının sağlıkla ilgili olmasına yardımcı olarak daha iyi sağlığa daha hızlı ilerleme sağlayan yeni bir tasarım sunmaktadır (Becker ve Rhynders, 2013; Eriksson ve Mittelmark, 2017). Salutogenez teorisi, başarılı başa çıkma ve sağlık için yol açan yolları odaklayarak, başa çıkma duygusunun nasıl oluşturulabileceğine dair genel bir anlayış

sunar. Bu nedenle, karşıt geleneksel patojenik yönelime göre sağlık konusunda daha geniş bir perspektifi temsil eder. Tanı yerine kişinin hikayesine odaklanır. Kişi, çevreyle (hem dış hem de iç koşullarla) her an etkileşim içinde olmuş olan açık bir sistem şeklinde anlaşılır. Sağlığı ikili bir değişken olarak değil, bir süreklilik şeklinde görür ve bireyin buradaki sürekliliğin sağlıklı ucuna doğru neyin hareket etmesini sağladığını ve dolayısıyla uyum duygusunu artırarak başa çıkma teşvik ettiğini açıklamaya çalışır. Bu açıklamayı yaparken bütünlük (tutarlık) duygusu ve genelleştirilmiş direnç kaynakları kavramlarına vurgu yapmıştır (Antonovsky, 1987; Uysal Toraman ve Eren, 2021).

2.5.1. Genelleştirilmiş Direnç Kaynakları

Antonovsky (1996), modelde yer alan stresör kavramını olaylara verilen gereken uyum tepkisinin otomatik şekilde devreye girememiş olduğu durumlar şeklinde tanımlamakla birlikte insan yaşamında mutlak bir yeri olduğunu ifade etmektedir. Stresörleri bireyler farklı şekillerde değerlendirebilir. Bir bireye göre stresör beklenen ve uygun bir durum olabilirken, bir diğerine göre tehdit algısı olabilir. Dolayısıyla stresörlerin hastalığa sebep olan yahut patolojik bir durum olarak ifade edilmemesi gerekmektedir. GRR'ler insanların yaşamı anlamlı, yönetilebilir ve anlaşılır şeklinde algılanmasını kolaylaştıracak maddi, biyolojik, psikolojik ve sosyal araçlarla ilgili unsurlar olarak değerlendirilebilir. Dolayısıyla GRR'ler, içinde yaşadıkları bireylerin ve toplulukların sağlığının iyileştirilmesine veya korunmasına yardımcı olabilecek bir tür sağlık varlığı olarak hareket edecektir (Suárez Álvarez ve ar., 2022). Antonovsky, genelleştirilmiş direnç kaynakları tanımını yaparken kişinin ortaya çıkan bir stresörle mücadele etmesini engelleyen durumlar olarak belirtmiş olduğu genelleştirilmiş direnç eksikliğine (GDE) yönelik cevap aramaktadır. Belirtilen direnç eksiklikleri, içsel ve dışsal kökenlere sahip olabilir. İçsel kökenli genelleştirilmiş direnç eksikliklerine örnek verilirse, psikolojik olarak sıkıntılar ile bireyin iç dünyasındaki çatışmalar gösterilebilir. Dışsal kökenli genelleştirilmiş direnç eksikliklerine ise kazalar, çevresel koşullar (gürültü ve hava kirliliği gibi), kötü ekonomik ve sosyal koşullar örnek olarak verilebilir. Hangi genelleştirilmiş direnç kaynağının kullanılabileceği ve kullanılacak kaynağın ne ölçüde etkisinin olacağı, ortaya çıkan gerilim veya stresörlerle nasıl başa çıkılacağına bağlıdır. İlk olarak, para, bilgi, özgüven, sosyal destek ve kültürel bağlılık gibi direnç kaynakları, belirli alanlardaki gerilimleri azaltmak için genellikle kullanılır. Dışarıdan gelen bir

uyarının bireysel değeriendirilmesi ve gerilimle başa çıkma yeteneği, bütünlük duygusunu etkileyen önemli faktörler arasındadır (Bag, 2017).

2.5.2. Bütünlük (Tutarlılık) Duygusu

Salutogenik bakış açısında kişinin uyum yeteneğini anlama ve katkı sağlama önemi temeldir (Antonovsky, 1987). Aktif uyum yoluyla, bir kişi bütünlük duygusu ile, refahını ve sağlığını artırma fırsatına sahiptir (Antonovsky, 1987; Hovland et al., 2021). Stresli olarak deneyimlenen bir olayla baş etmek için, olayı bir ölçüde anlamak gereklidir (Eriksson & Mittelmark, 2017). Çoğu birey bütünlük duygusunu yaşamının ilk on yılında geliştirirse de, bir kişinin SOC'u yaşam boyunca gelişir ve özellikle tutarlılık, yük dengesi, karar verme sürecine katılma ve duygusal yakınlık gibi yaşam deneyimleri tarafından etkilenir (Eriksson & Mittelmark, 2017). Bütünlük duygusu, insanın bilgi işlem sisteminde merkezde yer edinen bir yapıdır ve çatışmaları çözme ve yaşamın kaçınılmaz stresine dayanma amacını taşır.

Antonovsky'ye (1996) göre, yüksek bir SOC'a sahip bir kişinin çevreden gelen uyarıları kavramsal ve anlaşılabilir olarak algılaması, düşük bir SOC'a sahip bir kişiden daha olasıdır. SOC, günlük yaşamda uygun zorluklarla karşılaşarak güçlendirilir. SOC sayesinde bireyin dünya ve çevreyi anlamlı, yönetilebilir ve anlaşılabilir şeklinde görmesi için evrensel olarak uyum sağlar. SOC kavramı içerisinde üç bileşen barındıran bir yaşam yönelimi olarak kavramsallaştırılır (Antonovsky, 1987; Hovland et al., 2021).

1. Anlaşılabilirlik(Bilişsel Bileşen)

Bir bireyin uyarıları mantıksal olarak anlaşılabilir olarak algılama derecesini ifade eder; yaşam olaylarının bir nedenden ötürü gerçekleştiğini düşünmesini sağlar (Antonovsky, 1987; Hanssen ve Utvær, 2022). Anlaşılabilirlik bileşeni yüksek seviyede olan bir birey, gelecekte yaşaması muhtemel durumları tahmin edebilir; beklenmedik bir durum ortaya çıktığında bunları anlayabilir (Eriksson ve Contu, 2022).

2. Yönetilebilirlik (Davranışsal Bileşen)

Bireylerin kaynakların ellerinde olduğuna ve günlük yaşamın taleplerini

karşılama için kullanılabileceğine inanmalarını ifade eder (Antonovsky, 1987; Hanssen ve Utvær, 2022). Yönetilebilirliği yüksek olan kişi, hayat karşısında haksızlığa uğradığını düşünmeyecektir ve hayatta bazı olaylar olduğunda bunları baş edilebilir olarak algılayarak yas gerektiren bir durum oluşmadığının farkına varacaktır. Başa çıkma ayrıca, stres yaratan problemleri çözmeye motive olmayı, problemi çözmek için enerji harcamaya istekli olmayı ve durumu yönetebilme becerisinde anlam bulmayı gerektirir. Bu, anlam bütünlüğünün üçüncü boyutuna, anlamlılığa yol açar (Eriksson ve Contu, 2022).

3. Anlamlılık (Motivasyonel Bileşen)

Bireyin hayatının duygusal olarak anlamlı olduğu, yaşamaya değer olduğu ve memnuniyet kaynağı olduğunu hissetmesini ifade eder (Antonovsky, 1987; Hanssen ve Utvær, 2022). Anlamlılık duygusu yüksek kişiler kötü deneyimler yaşadıklarında bu deneyimler karşısında ne cevap vereceğini bilip onlardan anlam çıkarabilir ve sonuçta durumla baş etme kararlılığı gösterebilirler (Eriksson ve Contu, 2022).

2.6. Şizofreni ve İyileşme

Şizofrenide iyileşme, farklı şekillerde tanımlanabilen çok boyutla ele alınan ve görünürde karmaşık gözüken bir kavramdır (Singla ve ark., 2020). Antonovsky, sağlık ve hastalık problemine yönelik önerilen sağlık-genetik yaklaşımda iyileşme sürecine odaklanmıştır. Dikkati, bireyin sağlığına katkıda bulunan faktörleri aramaya odaklanmıştır (Witkowska-Łuc, 2018). Klinik iyileşme, şizofreni belirtilerinin işlevsellik üzerinde belirgin bir etkisi olmadığı bir remisyon durumunu ve remisyonun minimum altı ay devam etmesini ifade etmektedir (Andreasen ve ark., 2005; Van Os ve ark., 2006; İpçi ve ark., 2020). Fonksiyonel iyileşme ise, belirtileri stabil hale gelmiş bir kişinin en aşağı iki sene olacak şekilde uzun bir süre (tekrarlamayan şekilde bağımsız bir yaşam, sosyal ilişkilere katılım ve mesleki/akademik işlevlerini sürdürme yeteneği olarak tanımlanır (Novick ve ark., 2009; İpçi ve ark., 2020).

İyileşmenin başka bir tanımı ise, bireyin kişisel iyileşme sürecine odaklanır ve bu süreci kişisel/öznel iyileşme olarak adlandırır. Bu tanım klinik tanımlardan farklı olarak, hastalığı deneyimleyen bireylerden gelir (Henderson 2011). Her birey için iyileşmenin

farklı olduğunu ve sadece bir sonuç veya hedef değil, süreklilik halinde olan bir değişme süreci olarak görülmesi gerektiğini vurgular (SAMHSA, 2012). Özel iyileşme kişisel gelişim alanlarına odaklanır ve bunlar arasında güçlenme, umutlanma, geleceğe güvenme, kendini yeniden tanımlama, damgalamayı aşma, destekleyici ilişkiler kurma, sorumluluk alma, hayatı anlamlandırma ve yaşam sürerken tatmin olma yer alır (Leamy ve ark., 2011; Cavelti ve ark., 2012). Hastalıkla mücadele dönemi genel anlamda zaman alıcı ve karmaşık olabilir, buna rağmen bireyin yaşamını daha umutlu ve tatmin edici bir şekilde sürdürebilmesi de mümkündür. Bu süreçte zaman zaman gerileme olabilir, ancak bu durum iyileşmedeki sürecin bir doğal parçası olmasıyla birlikte tüm bireylerin ve ailelerin bu tür durumlarla daha esnek bir şekilde başa çıkabilmesi oldukça önemlidir (Witkowska-Łuc, 2018).

Öte yandan psikolojik iyileşme bireyde umutlu, anlamlı, tatmin edici bir hayatın mümkün olduğu ve bireyin öz kararlılığı üstüne kurulmuş pozitif bir kimlik oluşturulması olarak ifade edilmektedir. Psikolojik iyileşme modeli ise hastaların hastalığın psikolojik olarak doğurduğu sonuçlarından iyiye doğru gitmesini ifade etmektedir. Model hastalığın belirtilerinin iyiye gitme sürecinde var olup olmadığına bakmamakta ve nedensellik ilişkisi içeren ruhsal bir hastalık teorisine dayalı olmamaktadır. Önemli olan bireyin iyileşmeye istekli olması ve kendileri için uygun yolu seçmeleri istenir. Modele göre bu durum bir süreç olmakta ve sürecin sonunda ise gelişim mevcut olmaktadır (Andresen ve ark., 2013; Andresen ve ark., 2011). Burada altı çizilen unsur, psikolojik iyileşme birey odaklıdır, bireyler süreç içinde sadece pasif bakım almaktan ziyade aktif rol oynarlar (Andresen ve ark., 2013). Andresen ve ark. (2003), inceledikleri nitel araştırmalar sonucunda iyileşme modelini beş aşamalı bir şekilde kavramsallaştırmışlardır. Bu aşamalar şöyle açıklanmıştır:

1. Durağanlık: Kaybın ve umutsuzluğun derin bir şekilde olduğu ve bireyin bu durumdan kendini korumaya almak için geri çekilmesiyle karakterize olan bir dönemdir.

2. Farkındalık: Bireyin yaşamda var olan şeylerin tamamen ortadan kalkmış olmadığını, hala yaşamı tatmin edici şekilde sürdürülebilecek olmanın farkında oluşunu içerir.

3. Hazırlık: Bireyin iyileşme yolculuğu üzerine çalışmaya karar vermiş olduğu dönemdir. İyileşme yolculuğunda birey kendi dünyasındaki hem zayıf hem güçlü taraflarını keşfeder ve iyileşmeye yönelik becerilerini geliştirmek adına çalışmaya bu evrede başlar.

4. Yeniden yapılanma: Bireyin anlamlı hedefler belirlemesi, daha olumlu bir kimlik oluşturabilmek için çalışması ve hayatının iplerini eline almasını içeren aşamadır.

5. Gelişim: Bireyin hastalıkla ilgili öz yönetime bilincinde olduğu dönemdir. Olumlu benlik duygusu ve esneklik içeren bu dönem aynı zamanda bireyin anlamlı, tam olarak bir hayat idame ettirmesini de içerir.

Psikolojik iyileşme sürecinde bu aşamalara ek olarak dört adet sürece yönelik kavramın da iyileşme aşamasında yer aldığı ifade edilmektedir. Bu kavramlar; umut bulmak, iyileşme yolculuğuna aktif katılmak, yeniden kimlik tanımlamak, yaşamdan anlam bulmaktır (Andresen ve ark., 2003).

Ruhsal hastalıklar çerçevesinde iyileşme, hastalıktan bütünüyle kurtulmaktan daha ziyade geniş anlam kapasitesine sahip bir kavramdır. Genellikle iyileşme denilince akla gelen nihayete varılacak bir son durum olarak tanımlanır lakin bu yanıltıcı olmaktadır. Çünkü iyileşme denildiğinde ifade edilen, nihai bir sonuç veya ürün değildir. İyileşme, bireylerin içine girdikleri bazen az bazen daha fazla ilerleme kaydettikleri bir süreç olmaktadır (Onken ve ark., 2007). Norveçli araştırmacılar, tüm türlerdeki ruhsal bozukluklarla mücadelede sağlık-genetiğine dayalı terapinin iyileşme sürecindeki önemini vurgulamaktadır. Ayrıca mental sağlık krizleriyle başa çıkma konusundaki kaynakların güçlendirilmesine odaklanmışlardır (Langeland ve ark., 2006). Literatür sağlık oluşturuvcu terapi prensiplerinin ve müdahale programlarının geliştirilmesinin, iyileşme çerçevesinde sağlığın gelişimi için büyük önem taşıdığını vurgulamaktadır (Witkowska-Łuc, 2018).

2.7. Şizofreni ve İşlevsel İyileşme

Şizofreni bozukluğunda işlevsel iyileşme; bireyin sağlığı ve tedavisi ile alakalı farkındalık kazanmasının yanında kişinin günlük hayatında yaşam becerilerini yalnız

olarak yapabilmesi, finansal ve idari yönetimi sağlaması, ev işi ile alakalı etkinliklerini kendi yapabilmesi, sosyal uyum içinde olup kişilerarası ilişkilerinde başarılı olması, kendi kendine yetebilmesi, mesleki konularda işlevsellik konularını içeren alanlarda ideal işlevselliğe sahip olmasını kapsar (Emiroğlu, 2009; Coşkun ve ark., 2018).

İşlevsellik, şizofreni de iyileşme sürecinin değerlendirilmesinde önemli bir belirteçtir ve bireylerin işlevsel becerileriyle nedensel olarak ilişkilidir. Oldukça damgalayıcı bir bozukluk olan şizofreni tanısına sahip kişiler çoğunlukla kendilerini ötekileştirilmiş ve değersiz hissederler (Dickerson ve ark., 2002; Helldin ve ark., 2007;). Sosyal hayatlarında çevreyle iletişim kurma ve uyum konularında zorlu sorunlar yaşarlar. İşlevsel becerilerin artırılması ve yeni becerilerin geliştirilmesi veya kazanılmasıyla bireylerin iş ve sosyal hayata tekrardan uyum sağlamasına ortam hazırlamak ve sosyal anlamda yüklerini almak önemli olmaktadır (Polat ve Kutlu, 2021).

Şizofrenide tedavinin önemli bir amacı, hastalarda işlevsellik arttırmanın yanı sıra, kendilerine yetebilme seviyesine getirilmelerinin sağlanmasıdır (Hanssen ve ark., 2020). Önceki çalışmalarda psikososyal müdahalelerin ve tıbbi tedavinin şizofreni bozukluğu ve diğer psikotik rahatsızlıklara sahip hastaların hastalıklarını kontrol altına almalarına, semptomlarını iyileştirmelerine ve işlevselliklerini arttırmalarına yardımcı olduğu ortaya koyulmuştur (Polat ve Kutlu, 2021). Tüm bunlar neticesinde sağlık ekibinin önemli bir sacayağına sahip olan psikiyatri hemşireleri, şizofreni bozukluğuna sahip bireylerin işlevsel olarak iyileşmelerini arttırmak için doğru müdahalelerde bulunmalılardır (Kylmä ve ark., 2006).

2.8. Şizofrenide Salutogenez Temelli Uygulamalar, Bütünlük Duygusu, İyileşme ve İşlevsellik

Şizofreni spektrum bozukluğu, düşünce, algı ve duyguların geniş çapta bozulmasıyla karakterizedir. Bu nedenle, kişi gerçekliğin deneyim ve yorumunda yaşadığı değişimlerin stresi nedeniyle ciddi zorluklar yaşar (Davidson, 2020). Ayrıca nöksler, psikopatolojik semptomların yüzüstüne çıkması nedenleri gibi durumlardan dolayı daha fazla sayıda yatış ihtiyacı yaşamaları da bireylerin stres düzeylerini arttırmaktadır (Witkowska-Luc 2018). Hayatı her yönden etkilenen hastaların hayat kalitesini artırmak için topluma katılımlarını sağlamak ve yeti yitimlerini azaltmak temel

amaçlar arasında olmaktadır. Bu hastalık genel itibariyle yetişkinlik döneminin erken safhalarında başlıyor olup kişilerin en verimli yıllarını etkilemektedir (Shrivastava ve Sousa, 2020). Çalışmalar, hastalıkların erken evrelerinde tespit ve tedavinin semptomları açıkça azalttığını ve işlevselliği artırdığını göstermektedir (Melle ve ark., 2008). Torgalsbøen ve ark. (2018), iyileşmenin hastalığın başlangıcından sonraki ilk yıllarda en büyük olduğunu ve uyum sağlama ve mevcut kaynakları kullanma yeteneğinin, hastalığın yoğunluğu ve süresinden etkilendiğini bulmuşlardır. Ayrıca, iyileşme sürecinde belirli bir ilerleme seviyesine ulaşan kişilerin, hastalığın olumsuz etkilerinden öğrenme ve hastalığa uyum sağlayabilme yeteneklerinin daha aktif olduğu görüşü ortaya koyulmaktadır, çünkü bu durumdaki kişiler deneyimlerini daha farklı bir şekilde değerlendirirler. Bu nedenle, kişinin hastalığın olumsuz etkilerine nasıl tepki verdiğini belirlemek, kişinin algısını anlamak ve buna göre tedaviyi şekillendirmek önemlidir (Torgalsbøen ve ark., 2018).

Tedavi ve iyileşme sürecinde, psikoterapötik yaklaşımlar ve psikoterapinin yeri önemlidir. (Summakoglu ve Ertugrul 2018). Eş zamanlı olarak sağaltımda destekleyici psikoterapi ve eğitim üzerine yaklaşımlar öneriye sunulmuştur (Öztürk ve Uluşahin 2015). Salutogenez yaklaşımı bu yaklaşımlardan birisidir ve Aaron Antonovsky (1923-1994) tarafınca geliştirilmiştir. Antonovsky (1979), sağlık ve hastalık sorununa yönelik önerdiği sağaltımsal yaklaşımda iyileşme sürecine odaklanmıştır. Antonovsky'nin anlatımına göre, daha yüksek anlam duygusu, hastalıkların başlangıcını engeller ve ortaya çıkarsa sağlığın hızlı iyileşmesine yardımcı olur. Anlamlılık duygusu, daha iyi sağlık için uygun bir değişken olarak birçok deneysel çalışmada doğrulanmıştır (Kinman, 2008; Davidson ve ark., 2012; Zugravu ,2012).

Antonovsky tarafınca geliştirilen salutogenez modeli çalışma prensibi yönüyle, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği mesleki amacı ile örtüşmektedir ve bu yüzden dünyada birçok ülkede psikiyatri hemşireliği uygulama sahalarında kullanılmıştır (Ward ve ark. 2014). Salutogenez modeli ile sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesi amaçlanırken kişinin yaşadığı stres durumunda içsel ve dışsal kaynakların kullanılarak stres yaratan olaya çözüm bulunması gerektiği vurgulanır. Psikiyatri hemşireleri böyle bir stres etkenine maruz kalan kişiyi desteklerken içsel kaynakları kullanma ve değerlendirme noktasında karar verme ve kişiyi uygulanması planlanan girişimle ilgili

karar almaya ortak etme açısından çok önemli bir konumda yer almaktadırlar (Bag, 2017). Model sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile alakalı olarak açıklandığı zamandan beri çok sayıda araştırmada kullanılmıştır. Norveçli hemşire araştırmacılar, salutogenez modeline dayalı terapinin, tüm türlerdeki ruhsal bozuklukları olan insanların iyileşme sürecindeki önemini vurgulamaktadır. Bu modelle bütünlük duygusuna yönelip, ruhsal hastalığa sahip bireylerde stresle baş etme davranışlarının güçlü kılınması ile ilgili bir müdahale araştırması yapmışlardır. Sonuçlar bu modelin ruhsal hastalığa sahip olan bireylerde baş etme mekanizmalarının etkin kılınmasında rehber şeklinde kullanılabileceğini göstermiştir (Langeland ve ark., 2006). Şizofreni hastalarının aileleriyle gerçekleştirilen Tayland’da yapılan bir çalışmada, SOC yüksek olan aile içi bireylerde ailenin işlevselliğinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Araştırmalar bir şizofreni hastasını topluma yeniden kazandırırken bu süreçte aile içerisinde bakım veren kişinin aile işlevselliğinin etkilendiğini ortaya koymuştur. Bütünlük duygusunu yükseltecek bir takım terapötik girişimlerin sonuç olarak yararlı olabileceği ifade edilmiştir (Hsiao ve Tsai 2015). Bengtsson-Tops ve Hansson (2001), şizoaffektif bozukluk yahut şizofreni tanısı almış kişilerle yapmış olduğu bir çalışmada genel sağlık durumu, yaşam kalitesi, refah ve işlevselliğin bütünlük duygusu ile pozitif yönde ilişki içerisinde olduklarını ortaya çıkarmışlardır (Bengtsson-Tops ve Hansson 2001). Bengtsson-Tops ve ark. 2005’ de yaptıkları bir diğer çalışmada şizofreni veya şizoaffektif tanılı bireylerde bütünlük duygusu yüksek olduğunda psikopatolojik belirtilerinin daha az görüldüğü bulunmuştur (Bengtsson-Tops ve ark. 2005). Türkiye’de yapılmış olan bir çalışma salutojenik yaklaşıma dayalı görüşmenin şizofreni hastalarında tutarlılık ve dayanıklılık duygusuna etkisini incelemiştir. Ön test-son test randomize kontrollü olarak yapılan deneysel araştırmadaki sonuç verilerine göre salutojenik yaklaşıma dayalı görüşmenin tutarlılık ve dayanıklılık duygusunu arttırmaya yönelik etkili bir müdahale olduğu kanıtlanmıştır (Aci ve Kutlu, 2022). Bizim çalışmamızda ise şizofreni hastalarında salutogenez modeline dayalı danışmanlık eğitiminin şizofreni hastalarında bütünlük duygusu, iyileşme ve işlevselliğe etkisine bakılmıştır. Kişisel İyileşmeye hazır olan hastalara “ *Anlaşılabilirlik-Yönetilebilirlik-Anlamlılık* ” üçlüsüne göre bakım gereksinimlerine uygun, yapılandırılmış bir salutogenetik eğitim verilebileceği varsayılmıştır. Geliştirilen yaklaşım teorik olarak karmaşık gözükse de profesyoneller için bir kılavuz kullanarak uygulanması oldukça basittir. Salutogenez modeline dayalı

danışmanlık eğitiminin yöntemi; hedeflere daha iyi ulaşmak ve sosyal veya kişisel sorunları çözmek için kişisel kaynakları güçlendirmeye bu sayede iyileşme ve işlevselliği vurgulamaya odaklanmıştır.



3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Gerçekleştirilen bu çalışma, salutogenez model temelli danışmanlık eğitimi uygulamasının şizofreni tanılı bireylerde bütünlük duygusu, iyileşme ve işlevselliğe etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmadaki bağımsız değişken, salutogenez model temelli danışmanlık eğitimi; bağımlı değişkenler ise, şizofreni tanılı bireylerin bütünlük (tutarlılık) duygusu, işlevsel iyileşme ve iyileşme aşamaları düzeyidir.

3.3. Araştırmanın Hipotezleri

H1₁: “Salutogenez model temelli danışmanlık eğitimi alan şizofreni tanılı bireylerin eğitim almayanlara göre bütünlük duygusu daha yüksek olacaktır.”

H1₂: “Salutogenez model temelli danışmanlık eğitimi alan şizofreni tanılı bireylerin eğitim almayanlara göre işlevsel iyileşme düzeyleri daha yüksek olacaktır.”

H1₃: “Salutogenez model temelli danışmanlık eğitimi alan şizofreni tanılı bireylerin eğitim almayanlara göre iyileşme aşamaları düzeyleri daha yüksek olacaktır.”

3.4. Araştırmanın Türü

Araştırma deneysel araştırma tiplerinden ön test-son test, kontrol gruplu tasarımda gerçekleştirilmiştir.

3.5. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma Ağustos 2023-Aralık 2023 tarih aralığında gerçekleştirildi. Çalışma verileri 15 Ağustos 2023-15 Aralık 2023 tarihleri arasında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde bir Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nde (TRSM) yapılmıştır. Araştırmanın gerçekleştirildiği kurum, duygudurum bozuklukları, şizofreni ve benzeri ruhsal bozuklukları olan kişilere ücretsiz psikososyal destek, takip-bakım-tedavi ve sosyal rehabilitasyon sağlayan bir merkezdir. Merkezin amacı, hastaların hastaneye yatmasını gerektirmeden sosyal ortamda tedavi etmek, eğitmek, rehabilite etmek ve bakımını sağlamak, hastaların toplumda aktif rol oynamasını desteklemek, üretimde yer alan bireyler olabilmesine destek vermektir. Bu

kapsamda merkezde bir lisans ve bir yüksek lisans mezunu olmak üzere iki adet hemşire, bir adet psikiyatri uzman hekimi, bir adet psikolog, bir adet sosyal hizmet uzmanı, bir adet ergoterapist, görev yapmaktadır. Merkezde bireysel danışmanlık hizmetleri, bireysel ve grup terapisi, paylaşım ve destek grupları, kurslar, toplumda farkındalık yaratmaya yönelik eğitimler, tedavinin sürekliliği için düzenli sağlık kontrolleri, rezervasyonsuz ayakta tedavi hizmetleri ve hasta haklarına ilişkin bilgilendirme, düzenli doktor kontrolü, sosyal kurum ve kuruluşlarla iletişim, ev ziyaretleri hizmetleri sunulmaktadır. Ayakta psikiyatri hizmetleri (erişkin psikiyatrisi) için bir oda, hastaların özgürce vakit geçirebileceği bir oda, grup terapisi gibi rehabilitasyonların alınabileceği iki oda ve personel tarafından işletilen dört personel odası bulunmaktadır. Araştırmanın yapıldığı tarihte TRSM'ye şizofreni ve buna bağlı psikotik bozukluğu olan 627 hasta kayıtlıydı.

3.6. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu çalışmanın evrenini, müdahalenin gerçekleştirildiği tarihlerde TRSM'ye kayıt olmuş ve düzenli olarak devamlılık sağlayan şizofreni bozukluğuna sahip ve benzer tanıli bireyler oluşturmuştur (n=65). Araştırma örneklemini, araştırmaya alınma ölçütlerine uyan şizofreni tanıli bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem sayısı hesaplamasında G*Power Version 3.1.9.7 kullanılmıştır. Örneklem genişliği hesaplamasında Acı ve Kutlu'nun yapmış olduğu çalışma referans olarak alınmıştır (Acı ve Kutlu, 2021). Yapılan analize göre %5 hata payı, %95 güç (evreni temsil etme) ve 0.776 etki büyüklüğü ile her iki grupta 12 toplam 24 olarak hesaplanmıştır. Olması muhtemel kayıp (drop-out)lar göz önünde bulundurularak örneklemin büyüklüğü her bir grup için ayrı ayrı 16 olmakla birlikte toplamda 32 katılımcı şeklinde belirlenmiştir.

3.6.1. Araştırmaya alınma ölçütleri;

18-65 yaş arasında olma, şizofreni veya şizoaffektif bozukluk tanısı almış olma, madde kullanımı gibi ikincil tanının olmaması, alevlenme dönemindeki akut tedavisi tamamlanmış ve idame ilaç tedavisi döneminde olma olarak belirlenmiştir. Bu ölçütlere uyum sağlayan bireylere çalışma ile ilgili bilgilendirme yapılarak gönüllü onam formu aracılığıyla sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

3.6.2. Randomizasyon

Müdahale ve kontrol grupları arasında ayırım yapabilmek için 1'den 32 numaralı sayıya kadar bir liste hazırlandı. Müdahale ve kontrol grubu ayırımında basit rastgele

örnekleme yöntemi kullanıldı. Bunun için www.random.org sayı üret ile örnekleme alınacak numaralar belirlenmiştir. Son olarak müdahale ve kontrol grubunu oluşturmuş olan sayılar aşağıdaki şekilde gösterilmiştir:

Girişim grubu: 5, 29, 11, 28, 6, 13, 19, 23, 1, 9, 10, 25, 27, 31, 20, 7

Kontrol grubu: 22, 21, 4, 24, 30, 16, 12, 8, 32, 3, 15, 18, 26, 17, 14, 2

Araştırmanın yapıldığı süreçte müdahale grubundan 3 birey ilk oturumundan sonra grup oturumuna katılmamış olup, diğer 1'i son testi doldurmadan çalışmadan ayrılmıştır, kontrol grubundan ise 3'ü ön testte uygulanacak olan formları doldurmayarak araştırmadan ayrılmıştır (drop out). Çalışma, girişim grubu 12, kontrol grubu 13 kişi ile tamamlanmıştır.

3.7. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verileri, hasta tanıtım formu, bütünlük (tutarlılık) duygusu ölçeği, şizofreni hastalarında işlevsel iyileşme ölçeği ve iyileşme aşamaları ölçeği ile toplanmıştır.

3.7.1. Hasta Tanıtım Formu

Hastanın yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çocuğu olup olmadığı, mesleği, çalışma durumu, kiminle yaşadığı, yatış sayısı, kaç yıldır şizofreni hastası olduğuna ilişkin bilgileri içeren formdur (Ek-1).

3.7.2. Bütünlük (Tutarlılık) Duygusu Ölçeği (BDÖ)

Antonovsky (1987) tarafından geliştirilen bütünlük duygusu ölçeği, 1 ve 7 arasında değişen toplam 13 maddeden oluşan bir öz değerlendirme ölçeğidir. Ölçek, alt ölçek puanların kullanmasına ve toplam puan alınmasına izin vermektedir. Yüksek ölçek puanı, bireyin bütünlük duygusunun yüksek olduğunu göstermektedir. Orijinal ölçeğin güvenirlik çalışmalarında ölçeğin iç tutarlık katsayılarının “anamlılık” için .62, “yönetilebilirlik” için .54, “anlaşılabilirlik” için .57 ve ölçeğin tamamı için .69 olarak hesaplanmıştır. Scherler ve Lajunen (1997) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Scherler ve Lajunen'in (1997) örneklemini 152 Türk üniversite öğrencisinin oluşturduğu kültürlerarası çalışmada, ölçeğin “doğrulayıcı faktör analizinde” üç faktörlü bir yapıda (anamlılık, yönetilebilirlik, anlaşılabilirlik) olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada her bir alt ölçek için iç tutarlılık katsayılarının “anamlılık” için .67, “yönetilebilirlik” için .57 ve

23 “anlaşılabilirlik” için .60 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin tamamı için iç tutarlılık katsayısı .80 olarak belirlenmiştir. Mevcut çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı ise .72 olarak belirlenmiştir (Ek-2).

3.7.3. İyileşme Aşamaları Ölçeği

İyileşme Aşamaları Ölçeği ilk olarak 50 madde şeklinde Andresen ve arkadaşları (Andresen ve ark., 2013) tarafından iyileşme sürecini belirli aşamalarda değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 2013 yılında aynı araştırmacılar tarafından yenilenmiş olup son hali verilmiştir. 30 maddeden oluşan ölçek 6’lı likert tipte olup, soruları 0 ile 5 arasında derecelendirilmiştir. “0=Şimdi hiç doğru değil” i ifade ederken “5=Şimdi tamamen doğru” yu ifade etmektedir. Ölçekte beş aşamayı içeren beş alt boyut belirtilmiştir. Bunlar 1. Aşama Durağanlık; derin bir kayıp ve umutsuzluğun olduğu, bireyin kendini korumak için geri çekildiği evredir. 2. Aşama Farkındalık; her şeyin kaybolmadığının ve tatmin edici bir yaşamın mümkün olduğunun farkına varmayı içerir. 3. Aşama Hazırlık; bireyin iyileşme üzerinde çalıştığı, güçlü ve zayıf yanlarını değerlendirdiği ve iyileşme becerilerini geliştirmek için çalışmaya başladığı evredir. 4. Aşama Yeniden Yapılanma; bireyin olumlu bir kimlik için aktif olarak çalıştığı, kendine anlamlı hedefler belirlediği ve hayatının kontrolünü eline almasını içerir. 5. Aşama Gelişim; bireyin hastalığın öz yönetimine sahip olmasını, esneklik ve olumlu bir benlik duygusunun yanı sıra tam ve anlamlı bir hayat sürmesini içerir. Ölçekte toplam puan yoktur. Ölçekte alt boyutlardan alınan puanların yüksekliği bireylerin hangi aşamada olduğunu gösterir. Örneğin ikinci aşama alt boyutu puanı yüksekse bireyin farkındalık aşamasında olduğu şeklinde yorumlanır. Alt boyutlardan alınan puan eşit ise birey üst aşama içerisinde değerlendirilir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Karakaş ve Gürhan tarafından 2022 yılında 300 ruhsal hastalığı olan bireyle gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach Alpha değerleri 0,724- 0,922 arasında olduğu saptanmıştır. Mevcut çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı ise 0.865 olarak belirlenmiştir (Ek-3).

3.7.4. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ)

Llorca ve arkadaşları tarafından (Llorca ve ark., 2009) 2009 yılında şizofrenide işlevsel iyileşme ölçeği, “Şizofreni ’de İşlevsel İyileşme Gözlem Grubu’nun” uzmanları tarafından tasarlanmış ve ölçeğin hastalığın belirtilerinden bağımsız olarak işlevsellikteki düzeltilmeleri inceleyen 19 maddeden oluşan 5’li likert tipi bir ölçektir (Ek-4). Değerlendirme, hasta yakınlarının hastaları için son bir aydaki işlevsellik düzeylerini

belirlemek amaçlıdır. Her madde için 5 değerlendirme düzeyi bulunmaktadır. 1. düzey (yok) en düşük düzeydeki iyileşmeyi belirtirken, 5. Düzey (mükemmel derecede var) “ideal” işlev düzeyine karşılık gelmektedir. 2. (Düzey kısmen var), 3. Düzey (yeterince var) ve 4. Düzey (neredeyse tamamen var)’den oluşmaktadır. İki düzey arasında kalındığında düşük olan düzey seçilmektedir. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 95, minimum puan ise 19’dur. Sosyal işlevsellik, sağlık ve tedavi, günlük yaşam becerileri ve mesleki işlevsellik alt ölçeklerinden oluşan ölçek dört ayrı alanda işlevsel iyileşmeyi ölçmektedir. Sosyal işlevsellik alt ölçeğinden minimum 7 puan maksimum 35 puan, sağlık ve tedavi alt ölçeğinden minimum 4 puan maksimum 20 puan, günlük yaşam becerileri alt ölçeğinden minimum 6 puan maksimum 30 puan, mesleki işlevsellik alt ölçeğinden minimum 2 puan maksimum 10 puan alınmaktadır. Her maddenin değerlendirmesi ile ilgili görüşmeciye yardımcı olacak soru maddeleri yer almaktadır. Ölçeğin güvenirlik katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Emiroğlu ve arkadaşları tarafından 2009 yılında 102 şizofreni hastasıyla gerçekleştirilmiştir. Her sorunun varyansına dayalı olarak hesaplanan Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.89’dur. Ölçeğin güvenirliliğinin maksimum %89 ile minimum %86 arasında olduğu görülmüştür (Emiroğlu ve ark., 2009). Mevcut çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı ise 0.619 olarak belirlenmiştir (Ek-4).

3.8. Araştırmanın Hazırlık Süreci

Salutogenez model temelli eğitimin amacı, bireylerin var olan potansiyelleri hakkında farkındalıklarını artırmak, stresle baş edebilmek için iç ve dış kaynakları kullanma becerilerini ve bütünlük duygularını arttırarak iyileşme ile işlevselliği arttırmaktır. Bu doğrultuda yapılmış çalışmalar ve eğitim içerikleri incelenmiş olup eğitim planı bu doğrultuda oluşturulmuştur (Tablo 3.1). Çalışmanın eğitim içeriğinde beş temel bileşen bulunmaktadır. Bunlar: 1. Kişinin hikayesi, 2. Sağlığın sürekliliği, 3. Sağlığı geliştirici faktörler, 4. Aktif adaptasyon, 5. Gerilim ve zorlanmanın sağlığı geliştirici gücünü anlamaktır (Langeland ve ark. 2007). Bu sayede amaçlanan geleneksel terapilerdeki teşhis, ilaç konularından ziyade bireyin kendini keşfi ve hastalık ve tanıdan ibaret olmadığının algılanması olmuştur. Oluşturulan eğitim içeriği ile ilgili olarak ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanından iki Prof., iki Doç., dört Dr. Öğr. Üyesi ve psikiyatri alanından bir Dr. Öğr. Üyesi ile görüşülerek uzman görüşleri alınmıştır. Uzmanların bazı önerileri eklenerek içeriğin son hali verilmiş olup tekrar her bir uzmanın

eğitim içeriğinin uygunluğuna yönelik onayı alınmıştır. Ayrıca ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin uygulamaları için şizofreni tanılı bireylere yönelik salutogenez model temelli danışmanlık eğitimi uygulama içeriği Ek-8’de verilmiştir.

3.9. Ön Uygulama

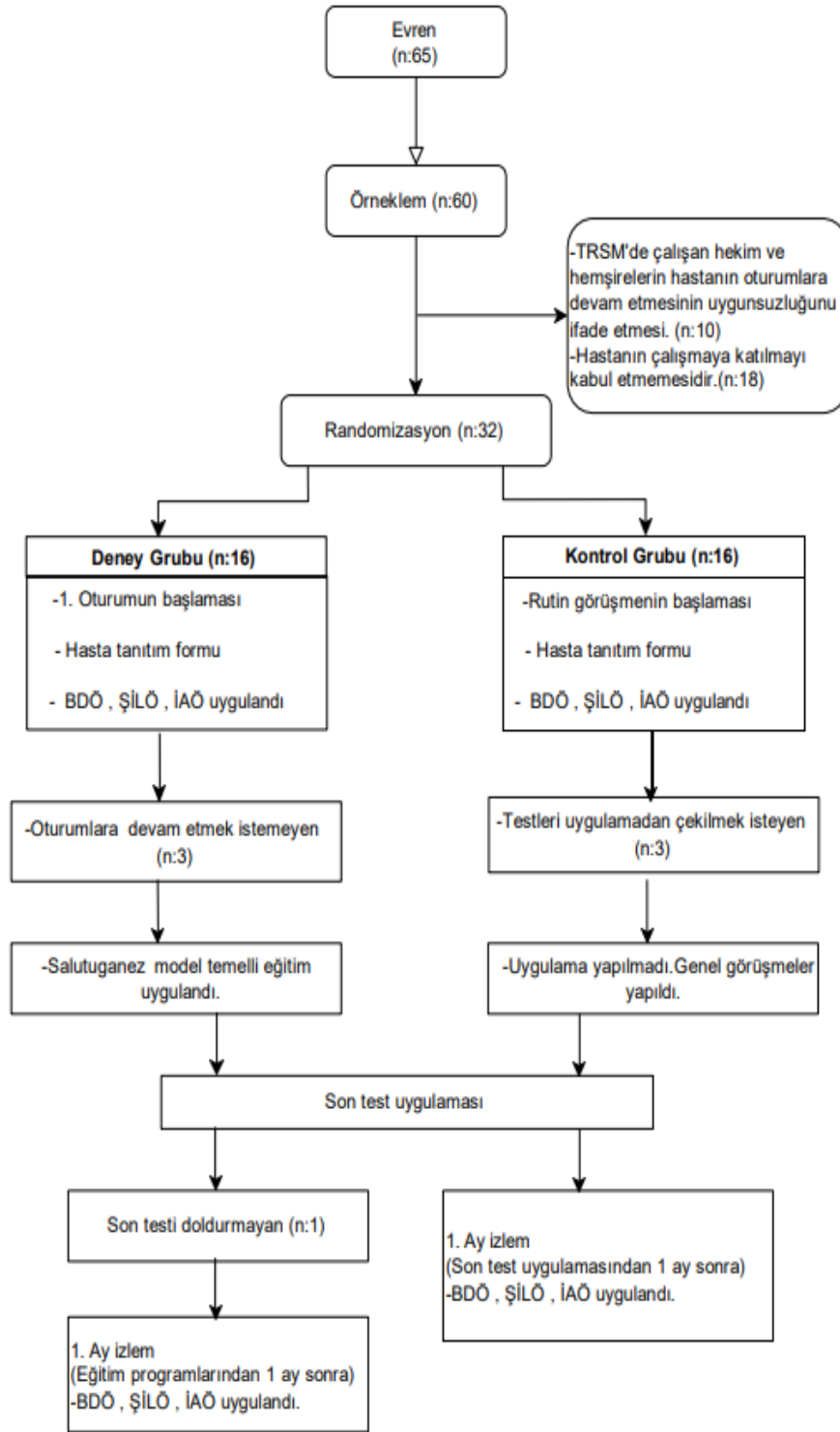
Hastaları Tanıtıcı Bilgi Formu ve ölçeklerin işlevselliğini test etmek ve salutogenez temelli danışmanlık eğitimi programında uygun olmayan noktaları belirlemek amacıyla Ağustos-2023/Eylül-2023 tarihlerinde 5 hastaya model temelli eğitime yönelik görüşmeler uygulanarak ön uygulama gerçekleştirilmiştir. Ön uygulama bitiminde “Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu”nda değişiklik yapılmamıştır. Ön uygulamada “Salutogenez Modeline Dayalı Danışmanlık Eğitimi” taslağının son hali hazırlanmıştır. Araştırma kapsamına ön uygulamada yer alan bireyler dâhil edilmemiştir.

3.10. Araştırmanın Uygulanması

Girişim ve kontrol gruplarına danışmanlık eğitimi öncesi ön testler (hasta tanıtım formu, BDÖ, ŞİLÖ, İAÖ) uygulandı. Salutogenez model temelli danışmanlık eğitimi kapsamında girişimler, Salutogenez Model’in temel iki bileşeni olan Genelleştirilmiş Direnç Kaynakları ve Bütünlük Duygusu’na temellendirilmiştir. Bu kapsamda dört haftalık, 8 oturumluk bir program olarak tasarlanmıştır (Tablo 1). Girişim grubuna TRSM’de uygulanan rutin rehabilitasyon faaliyetlerine ek olarak 8 oturumdan oluşan salutogenez model temelli danışmanlık eğitimi 4 hafta boyunca haftada iki kere olmak üzere uygulanmıştır. Her bir grup oturumu 45-90 dk. arası sürmüştür. Salı ve perşembe günleri grup lideri (doktora öğrencisi) gruba liderlik etmiştir. Grup oturumlarına katılmayı kabul eden bireylerle grup kuralları oluşturulmuş ve bireyler grup kurallarını sözlü ve yazılı olarak onaylamıştır. Bu kurallar arasında; zorunda olduğu bir durum olmadıkça grup oturumlarına zamanında gelmek ve devamlılık sağlamak, cep telefonlarını sessizde tutmak, grup içinde yapılan tartışma ve etkinliklere katılmak, gruptaki diğer üyeler konuşurken sözlerini kesmemek, grup içi tartışmalarında söz isteyerek konuşmak, grup içindeki diğer bireylerin özel yaşamı ile ilgili bir durumu başka birine anlatmamak ve yaşantıları ile ilgili birbirlerinin yargılamamak yahut eleştirmemek yer almaktadır. Grubun başlangıç tarihini ve saatini hatırlatmak için hastalarla her grup toplantısından önce telefonla iletişime geçildi. Hastaların programa devam edebilmesi için teşvik olarak her grup seansından önce grup yöneticisi tarafından yiyecek ve içecek

ikram edildi. Oturum başlamadan önce hastalara kalem, not defteri gibi uygulama sürecine yönelik materyaller dağıtıldı. Grup oturumlarından 10 dakika önce rahatlatıcı müzikler açılarak grup ortamı hazırlandı. Bu hazırlık sürecinde sandalyeler daire şeklinde dizildi. Grup kuralları yazılarak duvara asıldı ve toplantı konuları her hafta tahtaya yazıldı. Hazırlık sırasında odaya gelen şizofreni müdahale grubundaki kişilerle günlük hayata dair kısa bir sohbet gerçekleştirildi. Bu sohbet içeriklerinde hastanın olumlu yönlerini ve gelişimini vurgulamaya odaklanıldı. Toplantılarda hastanın rahat bir şekilde söz alması için bir top kullanıldı. Böylece hastaların, topu tutan kişinin konuşma için sorumlu olduğu ve onun dinlenmesi gerektiği anlayışı sağlandı. Bu basit uygulama ile grupta konuşmaktan korkan kişilerin aktif olarak katılmasına da olanak sağlandı.

Etkinlik sırasında grup katılımcıları grup lideri tarafından gözlemlendi ve ilgisini kaybeden bir katılımcı olduğunda kısa bir ara verip sonra oturuma devam etmesine izin verildi. Her bir oturum başlarken bir önceki oturumun özetiyle başlandı. Tüm oturumlar tamamlandıktan sonra ve 1 ay sonra müdahale grubuna tekrar BDÖ, ŞİLÖ ve İAÖ uygulandı. Kontrol grubu TRSM'ye gelerek günlük rehabilitasyon faaliyetlerine katılmaya devam etmişlerdir. Kontrol grubuyla ilk görüşmede tanışılarak hasta tanıtım formu, BDÖ, İAÖ, ŞİLÖ uygulanmıştır. İkinci görüşmede hastayla genel bir görüşme yapılmış olup genel sağlık durumu ve TRSM faaliyetlerine katılıp katılmadığı konuşuldu. Müdahale grubu oturumlarının bitimi sonrası gerçekleştirilen üçüncü görüşmede ve 1 ay sonra izlemde gerçekleştirilen son görüşmede BDÖ, İAÖ, ŞİLÖ ölçekleri tekrar uygulandı.



Şekil 3.1: Araştırmanın CONSORT Akış Şeması

Tablo 3.1. Salutogenez Modeline Dayalı Danışmanlık Eğitiminin İçeriği

Oturumlar/ Eğitim Alanı	Eğitim Amacı	Hedef	Eğitim Yöntemi-İçerik
1. OTURUM	TANITIM VE HEDEF BELİRLEME ✓ Tanışma ✓ Program amaçlarını ve sürecini tanıtmak, grup bilinci oluşturmak ✓ Üyelerin programdan beklentilerini öğrenmek.	✓ Grup üyelerinin birbirleri arasında ve araştırmacı ile tanışması ✓ Eğitim/danışmanlık programının tanıtılması, işleyişinin açıklanması ✓ Üyelerin süreçten beklentilerinin ifade edilmesi ✓ Üyelerin grup sürecindeki sorumluluklarının belirlenmesi.	<i>Anlatım,soru-cevap, tartışma</i> ✓ Araştırmadaki amaç, program içeriği ve süresinin tanıtılması ✓ Ölçeklerin uygulanması

2.OTURUM BİLİŞSEL	ARTAN ANLAŞILIRLIK Grup üyelerinin iyi iletişim becerilerinin önemini kavrayarak, günlük yaşam becerilerini geliştirmelerine yardımcı olmak.	✓ Üyeler ile etkili iletişim kurulması, ✓ Kişilerarası ilişkilerin geliştirilmesi, ✓ Üyelerin duygusal ifadelerini tanıma ve bu duyguları yansıtımalarının sağlanması.	<i>Duyguları ve fikirleri paylaşma - beyin fırtınası</i> ✓ Grup üyesiyle karşılaştıkları iletişim güçlükleri hakkında konuşulur. Güçlüklerle nasıl baş ettikleri sorulur. ✓ Aile bireyleriyle olan ilişkilerinde oluşan zor durumlarda nasıl baş ettikleri öğrenilir. ✓ Sözlü ve bedensel iletişim öğeleri konuşulur. Etkili iletişim öğeleri yazılıp asılır. ✓ Etkinlik: İki üyeye yeni tanışmış rolü oynatılıp iletişim kurdurulur, sonrasında kalan üyeler bu iletişimi öğeleriyle değerlendirir.
---------------------------------	--	---	---

3.OTURUM BİLİŞSEL	ARTAN ANLAŞILIRLIK Bilişsel farkındalığı tanıtmak ve hastaların düşünce süreçlerini anlamalarına yardımcı olmak.	✓ Bilişsel farkındalık kavramının tanıtılması, ✓ Düşünce süreçlerini gözlemleme yeteneğinin geliştirilmesi, ✓ Anlık farkındalığın artırması.	<i>Grup öğrenimi-grup tartışması</i> ✓ Anlık farkındalık sayesinde düşüncelerin ve hislerin daha iyi yönetilebileceğini öğretmek. (Meditasyon ve nefes egzersizi yapmak ana odaklanmak) ✓ Üyelerin hastalıkla ilgili yaşadıkları sorunların neler olduğu konuşulur belirtiler paylaşılır. ✓ Üyelerin hastalık hakkındaki düşüncelerini anlatmaları desteklenir, şizofreni ile ilgili düşünce bozukluğuna yönelik bilgiler verilir, öğrenmeleri desteklenir. ✓ Üyelerle hekim hasta canlandırması yapılır. Grup lideri hasta rolüyle üyeye hastalıkla ilgili soru sorar (niye yatıyorum, hastalığım ne...)ve üyenin cevaplama istenir.
---------------------------------	--	---	--

4.OTURUM DAVRANIŞSAL	ARTAN YÖNETİLEBİLİRLİK Problemlerini çözebilmek, başa çıkma becerilerini artırmak.	✓ Günlük sorunlarla başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi ✓ Olumsuz düşünce kalıplarının değiştirilmesi ✓ Problem çözme süreçlerinin öğretilmesi.	<i>Deneyimler hakkında konuşma-grup tartışması</i> ✓ Üyelerin günlük hayatta sıklıkla karşılaştıkları sorunlardan örnek vermeleri istenir. ✓ Problem çözme basamağında öncelikle problemi tanımlamak, alternatif çözümler üretmek, çözümleri uygulamak ve ortaya çıkan sonuçları değerlendirmek, sorun çözme basamaklarını konuşmak. ✓ Üyelerin gündelik yaşantılarında karşılaştıkları sıkıntılarla baş edebilme becerilerini öğrenmek. (Etkinlik: bir hikaye verilerek oradaki soruna yönelik sorun çözme basamakları tartışılır.örn: eğitime gelecek otobüs kaçırıldı? Ne yapılabilir?) ✓ Olumsuz düşünce kalıplarını tanımlamak ve bu kalıpları daha pozitif ve yapıcı düşüncelere dönüştürmek.
------------------------------------	--	--	--

5.OTURU M DAVRAN	ARTAN YÖNETİLEBİLİRLİK		<i>Deneyimler hakkında konuşma-grup tartışması</i>
	Üyelerin işlevsel günlük aktivitelerde bulunmalarını teşvik etmek.	✓ Bireylerde bağımsızlık ve kendine güvenin artırılması ✓ Toplumsal katılımın artırılması ✓ Sosyal izolasyonun azaltılarak günlük sorumlulukların üstesinden gelmelerine yardımcı olunması.	✓ Üyelere bir günlerini nasıl geçirdikleri sorulup öğrenilir. ✓ Hastaların günlük yaşamlarını yönlendirmeleri ve bağımsızlık kazanmaları teşvik edilir. (Günlük yaşamda neler yapıyorsunuz? Günlük sorunlarınızın üstesinden nasıl geliyorsunuz? (Etkinlik: bir üye hemşire rolü alacak. Grup lideri tedavisi süren hasta rolüyle bir sorun danışacak. Ne yapabilirim tartışılacak. örn: çok uyumak. ✓ Hastaların toplumsal etkinliklere, iş veya eğitim gibi yaşam alanlarına katılmaları teşvik edilir.(İş fırsatları için neler yapılacağı konuşulur).

6.OTURUM DUYGUSAL	ARTAN ANLAMLILIK Üyelerin duygularını tanımlarına yardımcı olmak, duygusal ifade becerilerini geliştirmek.	✓ İfade etmek istedikleri duyguları farklı yollarla ifade etmelerine yardımcı olma, ✓ Duygusal deneyimlerini ifade etme becerilerinin güçlendirilmesi.	<i>Grup öğrenimi-grup tartışması</i> ✓ Üyelerin o anki duyguları nedir, bedensel duyuları nedir tanımlamaları istenir. ✓ Duyguyu, duygusal ifadeleri ve fiziksel duyuları tanımaya çalışılır, canlı olarak duyguları (öfkeli ol, şaşır gibi) canlandırmaları istenir. ✓ Duygusal ifadeye yönelik olarak buna nasıl tepki verilir tartışılır. Yüz ifadesiyle durumu ifade edemeyen üyenin bunu cümleye dökmesi istenir. Etkinlik: Bir film sahnesinden fotoğraf gösterilerek neler gördükleri sorulur. Kişilerin duyguları (gülümseme, mutluluk...) nedir ne anlatmaya çalışıyor olabilirler, neler hissediyor olabilirler, bu duyguyla nasıl başa çıkıyor olabilirler tartışılır.
---------------------------------	--	--	--

7.OTURUM DUYGUSAL	ARTAN ANLAMLILIK Sosyal ilişkilerin duygusal sağlık üzerindeki etkisini göstererek sağlıklı ve destekleyici ilişkiler kurma becerileri artırmak.	✓ Sosyal ilişkilerin duygusal iyilik hali üzerindeki olumlu etkilerinin gösterilmesi, ✓ İlişki becerilerini geliştirmeye yönelik destek ve geri bildirim sağlanması, ✓ İyi içsel duyguların artırılması ve daha rahat sosyal etkileşimler kurulmasının desteklenmesi.	<i>Duyguları ve fikirleri paylaşma- beyin fırtınası</i> ✓ Üyelere sosyal hayatta arkadaşlık ve yakın aile ilişkilerinin nasıl yürüdüğünü sormak zorlukların sebebini tartışmak. ✓ Üyelere hoşlandıkları davranışlar karşısında, nasıl hoş duygular hissettikleri sorulur. ✓ İyi duygular geliştirmeleri için üyelerin çiftler şeklinde birinin diğerine övgülü sözler söylemesi diğerinin aynı şekilde olumlu geri bildirimde bulunmasına teşvik edilmesi ve sonucunda birbirlerine karşı duygularında nasıl değişimler olduğunun öğrenilmesi (örn: a-makyajın çok güzel, b-sen de çok incisin...) ✓ İyi ilişkileri hakkında deneyimlerini paylaşmalarını sağlamak. (örn: üyenin komşusu ile iyi ilişkisini anlatması)
---------------------------------	--	--	---

8.OTURUM	Oturumu sonlandırmak ve geri bildirimlerle tüm oturumları tartışmak.	✓ Hastaların süreci değerlendirebilmesi ✓ Hastaların kazanımlarını paylaşabilmesi ✓ Hastaların sürecin sonlandırılmasına yönelik duygudüşüncelerinin ifade edilmesinin sağlanması ✓ İyi deneyimlerin farkında olmalarının sağlanması	✓ Gruba katıldıktan sonra neleri ve hangi olumlu özelliklerini keşfettiklerini sormak. ✓ Program sona erdiğinde sıkıntıların çözümüne ne ölçüde ulaşıldığının ve fark edilen baş etme yollarının değerlendirilmesi ✓ Olumlu sözel geri bildirimlerle ödüllendirme sağlamak.
----------	--	---	---

3.11. Verilerin Analizi

Araştırma sonucu toplanan veriler IBM SPSS V23 programı ile analiz edilmiştir. Veriler ortalama $\pm$ standart sapma şeklinde gösterilmiştir. Örneklem büyüklüğü, G*Power 3.1.9.7 yazılım programı ile hesaplanmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu çarpıklık ve basıklık değerleri ile incelenmiştir. Normal dağılıma uyan verilerin gruplar arası karşılaştırılmasında bağımsız örneklerde t testi kullanılmıştır. Tekrarlı ölçümlerde zamana göre değişim incelemelerinde ise iki yönlü varyans analizi ve bonferroni düzeltmeli ana etki karşılaştırma testi kullanılmıştır. P değeri 0.05 düzeyinde anlamlıdır. Aynı üst indis istatistiksel olarak anlamsızlığı göstermiştir.

3.12. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için araştırmacı tarafından BDÖ (Ek-2), İAÖ (Ek-3), ŞİLÖ (Ek-4) ölçeklerinin kullanım izinleri Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yapan ilgili kişilerden, e- posta yoluyla alınmıştır. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik izin alınmıştır (Proje no:23-KAEK-003 Tarih:21/02/2023) (Ek-6). Bu izinle birlikte İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne başvurarak İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden kurum izni alınmıştır (Ek-7). Araştırmaya dâhil olan şizofreni tanılı bireyler ve aileleri Helsinki bildirgesine göre bilgilendirildikten sonra yazılı ve sözlü onamları (Ek-5) alınmıştır.

3.13. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Bütünlük duygusu, iyileşme aşamaları, işlevsel iyileşme ile ilgili verilerin hastaların bireysel bildirimlerine dayanması,

2. Araştırma popülasyonu sadece bir sağlık merkezini barındırmakla sınırlıdır. Dolayısıyla araştırmanın bulguları bölgesel anlamda farklılıklar içermediği ve kültürel faktörlerin etkisinin eksik kalması sebebiyle genelleştirilemez.

4. BULGULAR

Tablo 4. 1. Tanımlayıcı Nitel Özelliklerin Dağılımı (n=25)

		Grup		$\chi^2;p$
		Deney	Kontrol	
Yaş	17-44	6(50.0)	7(53.8)	0.001;0.999
	45-65	6(50.0)	6(46.2)	
Cinsiyet	Kadın	2(16.7)	4(30.8)	0.645#
	Erkek	10(83.3)	9(69.2)	
Eğitim Durumu	Okur	-	17.7)	8.064;0.153
	Okur	-	2(15.4)	
	İlkokul	3(25.0)	1(7.7)	
	Ortaokul	3(25.0)	-	
	Lise	5(41.7)	6(46.2)	
	Üniversite	1(8.3)	3(23.1)	
Medeni Durum	Evli	2(16.7)	-	3.147;0.207
	Bekar	10(83.3)	12(92.3)	
	Diğer	-	1(7.7)	
Çalışma Durumu	Evet	-	2(16.7)	0.478#
	Hayır	12(100.0)	10(83.3)	
Gelir Durumu	Gelir Gidere Göre Fazla	2(16.7)	2(15.4)	3.889;0.143
	Gelir Gidere Göre Eşit	4(33.3)	9(69.2)	
	Gelir Giderden Az	6(50.0)	2(15.4)	
Kimle Birlikte Yaşıyor	Yalnız	1(8.3)	1(7.7)	4.019;0.403
	Eşi İle	1(8.3)	-	
	Eşi Ve Çocuklar	1(8.3)	-	
	Diğer Aile Bireyleri	9(75.0)	10(76.9)	

	Diğer	-	2(15.4)	
Sigara Kullanım Durumu	Hiç	7(58.3)	4(30.8)	0.969;0.325
	İçmedim			
	İçtim	5(41.7)	9(69.2)	
Alkol Kullanım Durumu	Hiç	1(100.0)	12(92.3)	0.999#
	İçmedim			
	İçtim	-	1(7.7)	

Veriler n(%) şeklinde gösterilmiştir.

Test: Ki-Kare Testi

#: Fisher Kesin Ki-Kare Testi

Tablo 4.2. Tanımlayıcı Nicel Özelliklerin Dağılımı (n=25)

			Grup		t;p
			Deney	Kontrol	
Hastalığın Tanı Suresi			18.33±10.34	17.38±9.84	0.235;0.816
Hastaneye	Toplam	Yatış	3.33±3.03	3.77±3.14	0.353;0.727
Yıldır	Sigara Kullanım Durumu Kaç		11.00±13.78	18.23±13.41	1.329;0.197
	Alkol Kullanım Durumu Kaç		-	1.54±5.55	-

Veriler Ortalama±Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir.

Test: Bağımsız Örneklem T Testi

Tablo 4.3. Bütünlük Duygusu Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Çalışma Grupları ve Ölçüm Zamanına Göre Dağılımı

			Grup		t;p(Grup)
			Deney	Kontrol	
Bütünlük Duygusu Ölçeği-Ön Test			46.75±9.35 ^a	51.54±11.88	1.113;0.277
Bütünlük Duygusu Ölçeği-Son Test			55.67±12.2 ^b	46.23±12.61	1.899;0.070
Bütünlük Duygusu Ölçeği-İzlem			59.33±11.14 ^b	45.15±10.9	3.216;0.004*
<i>F;p(Zaman)</i>			23.617;<0.001*	2.707;0.087	
<i>F;p(GrupxZaman)</i>				15.414; <0.001*	
Alt Boyutlar					
Anlaşılabilirlik-Ön Test			18.08±5.99 ^a	20±6.28	0.779;0.444
Anlaşılabilirlik-Son Test			21.92±7.17 ^b	18.38±7.39	1.211;0.238
Anlaşılabilirlik-İzlem			23.75±6.2 ^b	18.38±5.01	2.390;0.025*
<i>F;p(Zaman)</i>			27.364;<0.001*	0.651;0.530	
<i>F;p(GrupxZaman)</i>				8.279; <0.001*	
Yönetilebilirlik-Ön Test			14.92±3.06 ^a	14.46±3.93	0.321;0.751
Yönetilebilirlik-Son Test			16.83±3.16 ^b	13.62±3.5	2.406;0.025*
Yönetilebilirlik-İzlem			17.33±3.52 ^b	13.54±3.62	2.652;0.014*
<i>F;p(Zaman)</i>			7.372;0.004*	0.661;0.474	
<i>F;p(GrupxZaman)</i>				5.022; 0.011*	
Anlamlılık-Ön Test			13.75±4.09 ^a	17.08±4.92 ^a	1.828;0.080
Anlamlılık-Son Test			16.92±4.52 ^b	14.23±5.21 ^{ab}	1.371;0.184
Anlamlılık-İzlem			18.25±4.52 ^b	13.23±4.21 ^b	2.878;0.008*
<i>F;p(Zaman)</i>			11.776;<0.001*	4.028;0.031*	
<i>F;p(GrupxZaman)</i>				12.429; <0.001*	

Veriler Ortalama±Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir.

Test: Tekrarlı Ölçümlerde İki Yönlü Varyans Analizi

Çoklu karşılaştırmalar için düzeltmeler Bonferroni Testi ile yapılmıştır.

* p değeri 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

Aynı üst indis istatistiksel anlamsızlığı göstermektedir.

Deneklerin BDÖ ve alt boyutlarına ilişkin tekrarlı ölçüm değerleri çalışma gruplarına göre değerlendirilmiştir. BDÖ-İzlem değerleri çalışma gruplarına göre anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur. ($p=0.004$). Buna göre deney grubu BDÖ izlem puanları, (59.33 ± 11.14) kontrol grubuna göre (45.15 ± 10.9) anlamlı düzeyde yüksektir. BDÖ ölçüm zamanına göre elde edilen puanlar ise deney grubunda anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir. ($p<0.001$) Ön testten elde edilen puan ortalaması (46.75 ± 9.35) son test (55.67 ± 12.2) ve izlem (59.33 ± 11.14) puan ortalamalarından anlamlı düzeyde düşüktür. Deney grubuna ilişkin değerler zamana bağlı olarak artış göstermiştir. BDÖ puanları grup ve zaman açısından incelendiğinde ise anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$). Deneklerin BDÖ Anlaşılabilirlik alt boyutuna ilişkin tekrarlı ölçüm değerleri çalışma gruplarına göre değerlendirilmiştir. Deneklerin BDÖ Anlaşılabilirlik alt boyutu izlem değerleri çalışma gruplarına göre anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur ($p=0.025$). Buna göre deney grubu BDÖ Anlaşılabilirlik alt boyutu izlem puan ortalaması (23.75 ± 6.2) kontrol grubuna göre (18.38 ± 5.01) anlamlı düzeyde yüksektir. BDÖ Anlaşılabilirlik alt boyutundan ölçüm zamanına göre elde edilen puanlar ise deney grubunda anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir ($p<0.001$). Ön testten elde edilen puan ortalaması, (18.08 ± 5.99) son test (21.92 ± 7.17) ve izlem (23.75 ± 6.2) puan ortalamalarından anlamlı düzeyde düşüktür. Deney grubuna ilişkin değerler zamana bağlı olarak artış göstermiştir. BDÖ puanları grup ve zaman açısından incelendiğinde ise anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$). Deneklerin BDÖ Yönetilebilirlik alt boyutu son test değerleri çalışma gruplarına göre anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur. ($p=0.025$) Buna göre deney grubu BDÖ Yönetilebilirlik alt boyutu son test puan ortalaması (16.83 ± 3.16) kontrol grubuna göre (13.62 ± 3.5) anlamlı düzeyde yüksektir. Yine BDÖ Yönetilebilirlik alt boyutu izlem değerleri çalışma gruplarına göre anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur. ($p=0.014$) Buna göre deney grubu BDÖ Yönetilebilirlik alt boyutu izlem puan ortalaması (17.33 ± 3.52) kontrol grubuna göre (13.54 ± 3.62) anlamlı düzeyde yüksektir. BDÖ Yönetilebilirlik alt boyutundan ölçüm zamanına göre elde edilen puanlar ise deney grubunda anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir ($p=0.004$). Ön testten elde edilen puan ortalaması, (14.92 ± 3.06) son test (16.83 ± 3.16) ve izlem (17.33 ± 3.52) puan ortalamalarından anlamlı düzeyde düşüktür. Deney grubuna ilişkin değerler zamana bağlı olarak artış göstermiştir. BDÖ Yönetilebilirlik alt boyutu puanları grup ve zaman açısından incelendiğinde ise anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.011$). Deneklerin BDÖ Anlamlılık alt boyutu izlem değerleri

Çalışma gruplarına göre anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur ($p=0.008$). Buna göre deney grubu BD Anlamlılık alt boyutu izlem puan ortalaması, (18.25 ± 4.52) kontrol grubuna göre (13.23 ± 4.21) anlamlı düzeyde yüksektir. BD Anlamlılık alt boyutundan ölçüm zamanına göre elde edilen puanlar ise deney grubunda anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir ($p<0.001$). n testten elde edilen puan ortalaması, (13.75 ± 4.09) son test (16.92 ± 4.52) ve izlem puan ortalamasından (18.25 ± 4.52) anlamlı düzeyde düşüktür. Deney grubuna ilişkin değerler zamana bağlı olarak artış göstermiştir. Yine BD Anlamlılık alt boyutundan ölçüm zamanına göre elde edilen puanlar kontrol grubunda anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir ($p=0.031$). n testten elde edilen puan ortalaması, (17.08 ± 4.92) izlem puan ortalamasından (13.23 ± 4.21) anlamlı düzeyde yüksektir. Kontrol grubuna ilişkin değerler zamana bağlı olarak azalış göstermiştir. BD Anlamlılık alt boyutu puanları grup ve zaman açısından incelendiğinde ise anlamlı fark bulunmuştur. ($p<0.001$)

Tablo 4.4. İyileşme Aşamaları Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Çalışma Grupları ve Ölçüm Zamanına Göre Dağılımı

	Grup		<i>t;p(Grup)</i>
	Deney	Kontrol	
Alt Boyutlar			
Durağanlık-Ön Test	16.75±7.82 ^a	11.92±6.2	1.718;0.099
Durağanlık-Son Test	6.92±4.66 ^b	12.77±7.29	2.367;0.027*
Durağanlık-İzlem	7.25±5.15 ^b	13.31±6.6	2.542;0.018*
<i>F;p(Zaman)</i>	27.952;<0,001*	0.518;0,602	
<i>F;p(GrupxZaman)</i>		18.929; <0.001*	
Farkındalık-Ön Test	22.08±5.78 ^a	16.31±5.82	2.488;0.021*
Farkındalık-Son Test	9±4.84 ^b	18±7.22	3.626;0.001*
Farkındalık-İzlem	8.5±4.1 ^b	17.69±5.66	4.614;<0.001*
<i>F;p(Zaman)</i>	29.645;<0,001*	0.725;0,494	
<i>F;p(GrupxZaman)</i>		24.110;<0.001*	
Hazırlık-Ön Test	19.5±6.29	17.54±4.59	0.896;0.380
Hazırlık-Son Test	18.67±4.48	17.08±7.03	0.668;0.511
Hazırlık-İzlem	16.42±4.56	17.54±5.04	0.581;0.567
<i>F;p(Zaman)</i>	3.067;0.067	0.050;0.951	
<i>F;p(GrupxZaman)</i>		1.235; 0,300	
Yeniden Yapılanma-Ön Test	18.25±7.4	15.46±6.27 ^a	1.020;0.319
Yeniden Yapılanma-Son Test	18.67±4.14	12.46±7.16 ^{ab}	2.622;0.015*
Yeniden Yapılanma-İzlem	17.5±4.03	10.23±5.05 ^b	3.953;<0.001*
<i>F;p(Zaman)</i>	0.415;0.665	5.283;0.013*	
<i>F;p(GrupxZaman)</i>		2.500;0.093	
Gelişim-Ön Test	16.58±6.1 ^{ab}	16.85±7.36 ^a	0.097;0.924
Gelişim-Son Test	19.75±3.52 ^a	13.31±5.92 ^{ab}	3.270;0.003*
Gelişim-İzlem	17.5±3.99 ^b	11.92±5.72 ^b	2.804;0.010*
<i>F;p(Zaman)</i>	3.804;0.038*	4.672;0.019*	
<i>F;p(GrupxZaman)</i>		6.211;0,009*	

Veriler Ortalama±Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir.

Test: Tekrarlı Ölçümlerde İki Yönlü Varyans Analizi

Çoklu karşılaştırmalar için düzeltmeler Bonferroni Testi ile yapılmıştır.

* p değeri 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

Aynı üst indis istatistiksel anlamsızlığı göstermektedir.

Deneklerin İAÖ alt boyutlarına ilişkin tekrarlı ölçüm değerleri çalışma gruplarına göre değerlendirilmiştir. İAÖ Durağanlık alt boyutu son test değerleri çalışma gruplarına göre anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur ($p=0.027$). Buna göre deney grubu İAÖ Durağanlık alt boyutu son test puan ortalaması (6.92 ± 4.66) kontrol grubuna göre (12.77 ± 7.29) anlamlı düzeyde düşüktür. Yine İAÖ Durağanlık alt boyutu izlem değerleri çalışma gruplarına göre anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur ($p=0.018$). Buna göre deney grubu İAÖ Durağanlık alt boyutu izlem puan ortalaması (7.25 ± 5.15) kontrol grubuna göre (13.31 ± 6.6) anlamlı düzeyde düşüktür. İAÖ Durağanlık alt boyutu ölçüm zamanına göre elde edilen puanlar ise deney grubunda anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir ($p<0.001$). Ön testten elde edilen puan ortalaması, (16.75 ± 7.82) son test (6.92 ± 4.66) ve izlem (7.25 ± 5.15) puan ortalamalarından anlamlı düzeyde düşüktür. İAÖ Durağanlık alt boyutu puanları grup ve zaman açısından incelendiğinde ise anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$). İAÖ Farkındalık alt boyutu ön test değerleri çalışma gruplarına göre anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur ($p=0.021$). Buna göre deney grubu İAÖ Farkındalık alt boyutu ön test puan ortalaması (22.08 ± 5.78) kontrol grubuna göre (16.31 ± 5.82) anlamlı düzeyde düşüktür. İAÖ Farkındalık alt boyutu son test değerleri çalışma gruplarına göre anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur ($p=0.001$). Buna göre deney grubu İAÖ Farkındalık alt boyutu son test puan ortalaması (9 ± 4.84) kontrol grubuna göre (18 ± 7.22) anlamlı düzeyde düşüktür. Yine İAÖ Farkındalık alt boyutu izlem değerleri çalışma gruplarına göre anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur ($p<0.001$). Buna göre deney grubu İAÖ Farkındalık alt boyutu izlem puan ortalaması (8.5 ± 4.1) kontrol grubuna göre (17.69 ± 5.66) anlamlı düzeyde düşüktür. İAÖ Farkındalık alt boyutu ölçüm zamanına göre elde edilen puanlar ise deney grubunda anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir ($p<0.001$). Ön testten elde edilen puan ortalaması, (22.08 ± 5.78) son test (9 ± 4.84) ve izlem (8.5 ± 4.1) puan ortalamalarından anlamlı düzeyde düşüktür. Deney grubuna ilişkin değerler zamana bağlı olarak azalış göstermiştir. Yine İAÖ Farkındalık alt boyutu puanları grup ve zaman açısından incelendiğinde ise anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$). İAÖ Yeniden Yapılanma alt boyutu son test değerleri çalışma gruplarına göre anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur. ($p=0.015$) Buna göre deney grubu İAÖ Yeniden Yapılanma alt boyutu son test puan ortalaması (18.67 ± 4.14) kontrol grubuna göre (12.46 ± 7.16)

anlamli düzeyde yüksektir. İA Yeniden Yapılanma alt boyutu izlem değerleri çalışma gruplarına göre anlamli düzeyde farklı bulunmuştur. ($p<0.001$) Buna göre deney grubu İA Yeniden Yapılanma alt boyutu izlem puan ortalaması (17.5 ± 4.03) kontrol grubuna göre (10.23 ± 5.05) anlamli düzeyde yüksektir. İA Yeniden Yapılanma alt boyutu ölçüm zamanına göre elde edilen puanlar ise kontrol grubunda anlamli düzeyde farklılık göstermiştir ($p=0.013$). n testten elde edilen puan ortalaması, (15.46 ± 6.27) izlem puan ortalamalarından (10.23 ± 5.05) anlamli düzeyde yüksektir. İA Gelişim alt boyutu son test değerleri çalışma gruplarına göre anlamli düzeyde farklı bulunmuştur ($p=0.003$). Buna göre deney grubu İA Gelişim alt boyutu son test puan ortalaması (19.75 ± 3.52) kontrol grubuna göre (13.31 ± 5.92) anlamli düzeyde düşüktür. İA Gelişim alt boyutu izlem değerleri çalışma gruplarına göre anlamli düzeyde farklı bulunmuştur ($p=0.010$). Buna göre deney grubu İA Gelişim alt boyutu izlem puan ortalaması (17.5 ± 3.99) kontrol grubuna göre (11.92 ± 5.72) anlamli düzeyde düşüktür. İA Gelişim alt boyutu ölçüm zamanına göre elde edilen puanlar ise deney grubunda anlamli düzeyde farklılık göstermiştir ($p=0.038$). Son testten elde edilen puan ortalaması, (19.75 ± 3.52) izlem puan ortalamalarından (17.5 ± 3.99) anlamli düzeyde düşüktür. İA Gelişim alt boyutu ölçüm zamanına göre elde edilen puanlar ise kontrol grubunda anlamli düzeyde farklılık göstermiştir ($p=0.019$). n testten elde edilen puan ortalaması (16.85 ± 7.36) izlem puan ortalamalarından (11.92 ± 5.72) anlamli düzeyde yüksektir. İA Gelişim alt boyutu puanları grup ve zaman açısından incelendiğinde ise anlamli fark bulunmuştur ($p=0.009$).

Tablo 4.5. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Çalışma Grupları ve Ölçüm Zamanına Göre Dağılımı

	Grup		<i>t;p(Grup)</i>
	Deney	Kontrol	
Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği-Ön Test	50.33±8.6 ^a	57.85±20.11	1.169;0.244
Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği-Son Test	61.67±6.15 ^b	51.54±8.78	3.312;0.003*
Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği-İzlem	61.25±6 ^b	51±8.42	3.478;0.002*
<i>F;p(Zaman)</i>	28.233;<0.001*	2.035;0.177	
<i>F;p(GrupxZaman)</i>		11.499; 0,002*	
Alt Boyutlar			
Sosyal İşlevsellik-Ön Test	25.42±5.73 ^a	31.92±16.38	1.303;0.206
Sosyal İşlevsellik-Son Test	32.5±3.78 ^b	26.31±4.44	3.738;0.001*
Sosyal İşlevsellik -İzlem	32±3.49 ^b	26.92±4.48	3.141;0.005*
<i>F;p(Zaman)</i>	36.745;<0.001*	1.837;0.200	
<i>F;p(GrupxZaman)</i>		8.234; 0,008*	
Günlük Yaşam Becerileri-Ön Test	10.67±1.97 ^a	11.08±2.81	0.419;0.679
Günlük Yaşam Becerileri -Son Test	12.25±1.36 ^b	10.46±2.44	2.240;0.035*
Günlük Yaşam Becerileri -İzlem	12.17±1.95 ^b	10.15±2.48	2.245;0.035*
<i>F;p(Zaman)</i>	10.337; <0.001*	0.981;0.360	
<i>F;p(GrupxZaman)</i>		5.684; 0,014*	
Sağlık ve Tedavi-Ön Test	11.17±1.99 ^a	11.54±2.88	0.373;0.713
Sağlık ve Tedavi -Son Test	13.67±1.72 ^b	11.77±2.68	2.084;0.048*
Sağlık ve Tedavi -İzlem	13.75±1.6 ^b	11.08±2.06	3.599;0.002*
<i>F;p(Zaman)</i>	12.474;0.002*	0.906;0.417	
<i>F;p(GrupxZaman)</i>		12.429; <0,001*	

Veriler Ortalama±Standart Sapma şeklinde gösterilmiştir.

Test: Tekrarlı Ölçümlerde İki Yönlü Varyans Analizi

Çoklu karşılaştırmalar için düzeltmeler Bonferroni Testi ile yapılmıştır.

* p değeri 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

Aynı üst indis istatistiksel anlamsızlığı göstermektedir.

Deneklerin ŞİLÖ ve alt boyutlarına ilişkin tekrarlı ölçüm değerleri çalışma gruplarına göre değerlendirilmiştir. ŞİLÖ son test değerleri çalışma gruplarına göre anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur. ($p=0.003$). Buna göre deney grubu ŞİLÖ izlem puanları, (61.67 ± 6.15) kontrol grubuna göre (51.54 ± 8.78) anlamlı düzeyde yüksektir. ŞİLÖ izlem değerleri çalışma gruplarına göre anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur ($p=0.002$). Buna göre deney grubu ŞİLÖ izlem puanları, (61.25 ± 6) kontrol grubuna göre (51 ± 8.42) anlamlı düzeyde yüksektir. ŞİLÖ ölçüm zamanına göre elde edilen puanlar ise deney grubunda anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir ($p<0.001$). Ön testten elde edilen puan ortalaması, (50.33 ± 8.6) son test (61.67 ± 6.15) ve izlem (61.25 ± 6) puan ortalamalarından anlamlı düzeyde düşüktür. ŞİLÖ puanları grup ve zaman açısından incelendiğinde ise anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.002$). ŞİLÖ Sosyal İşlevsellik alt boyutu son test değerleri çalışma gruplarına göre anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur ($p=0.001$). Buna göre deney grubu ŞİLÖ Sosyal İşlevsellik alt boyutu son test puan ortalaması (9 ± 4.84) kontrol grubuna göre (26.31 ± 4.44) anlamlı düzeyde yüksektir. ŞİLÖ Sosyal İşlevsellik alt boyutu izlem değerleri çalışma gruplarına göre anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur ($p=0.005$). Buna göre deney grubu ŞİLÖ Sosyal İşlevsellik alt boyutu izlem puan ortalaması (32 ± 3.49) kontrol grubuna göre (26.92 ± 4.48) anlamlı düzeyde yüksektir. ŞİLÖ Sosyal İşlevsellik alt boyutu ölçüm zamanına göre elde edilen puanlar ise deney grubunda anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir ($p<0.001$). Ön testten elde edilen puan ortalaması (25.42 ± 5.73) son test (32.5 ± 3.78) ve izlem (32 ± 3.49) puan ortalamalarından anlamlı düzeyde düşüktür. ŞİLÖ Sosyal İşlevsellik alt boyutu puanları grup ve zaman açısından incelendiğinde ise anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.008$). ŞİLÖ Günlük Yaşam Becerileri alt boyutu son test değerleri çalışma gruplarına göre anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur ($p=0.035$). Buna göre deney grubu ŞİLÖ Günlük Yaşam Becerileri alt boyutu son test puan ortalaması (12.25 ± 1.36) kontrol grubuna göre (10.46 ± 2.44) anlamlı düzeyde yüksektir. Yine ŞİLÖ Günlük Yaşam Becerileri alt boyutu izlem değerleri çalışma gruplarına göre anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur ($p=0.035$). Buna göre deney grubu ŞİLÖ Günlük Yaşam Becerileri alt boyutu izlem puan ortalaması (12.17 ± 1.95) kontrol grubuna göre (10.15 ± 2.48) anlamlı düzeyde yüksektir. ŞİLÖ Günlük Yaşam Becerileri alt boyutu ölçüm zamanına göre elde edilen puanlar ise deney grubunda anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir ($p<0.001$). Ön testten elde edilen puan ortalaması (10.67 ± 1.97) son test (12.25 ± 1.36) ve izlem (12.17 ± 1.95) puan

ortalamlarından anlamlı düzeyde düşüktür. ŞİLÖ Günlük Yaşam Becerileri alt boyutu puanları grup ve zaman açısından incelendiğinde ise anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.014$). ŞİLÖ Sağlık ve Tedavi alt boyutu son test değerleri çalışma gruplarına göre anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur ($p=0.048$). Buna göre deney grubu ŞİLÖ Sağlık ve Tedavi alt boyutu son test puan ortalaması (13.67 ± 1.72) kontrol grubuna göre (11.77 ± 2.68) anlamlı düzeyde yüksektir. ŞİLÖ Sağlık ve Tedavi alt boyutu izlem değerleri çalışma gruplarına göre anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur ($p=0.002$). Buna göre deney grubu ŞİLÖ Sağlık ve Tedavi alt boyutu izlem puan ortalaması (13.75 ± 1.6) kontrol grubuna göre (11.08 ± 2.06) anlamlı düzeyde yüksektir. ŞİLÖ Sağlık ve Tedavi alt boyutu ölçüm zamanına göre elde edilen puanlar ise deney grubunda anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir ($p=0.002$). Ön testten elde edilen puan ortalaması (11.17 ± 1.99) son test (13.67 ± 1.72) ve izlem (13.75 ± 1.6) puan ortalamalarından anlamlı düzeyde düşüktür. ŞİLÖ Sağlık ve Tedavi alt boyutu puanları grup ve zaman açısından incelendiğinde ise anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$).

Tablo 4.6. Ölçekler ve alt Boyutları Arası Korelasyonlar (Son test puanları)

Deney Grubu (n=25)			Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği	Bütünlük Duygusu Ölçeği	
İyileşme Durağanlık	Aşamaları	Ölçeği	r	-0.210	-0.223
			p	0.512	0.486
İyileşme Farkındalık	Aşamaları	Ölçeği	r	-0.186	0.068
			p	0.563	0.834
İyileşme Hazırlık	Aşamaları	Ölçeği	r	0.147	0.555
			p	0.648	0.061
İyileşme Yeniden Yapılanma	Aşamaları	Ölçeği	r	0.109	-0.150
			p	0.735	0.642
İyileşme Gelişim	Aşamaları	Ölçeği	r	-0.101	0.191
			p	0.755	0.553
Bütünlük Duygusu Ölçeği			r	0.449	-
			p	0.099	

r: Pearson Koralasyon Katsayısı

* p değeri 0.05 düzeyinde anlamlıdır

Tabloda İyileşme Aşamaları Ölçeği (İAÖ) alt boyutları ile Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) ve Bütünlük Duygusu Ölçeği (BDÖ) puan ortalamaları arası ilişkiler verilmiştir. Buna göre ŞİLÖ puanları ile İAÖ Durağanlık alt ölçeği puanları arasında zayıf, negatif yönlü, istatistiksel anlamlı olmayan ($r=-0.210$; $p=0.512$); İAÖ Farkındalık alt ölçeği puanları arasında zayıf, negatif yönlü, istatistiksel anlamlı olmayan ($r=-0.186$; $p=0.563$); ŞİLÖ puanları ile İAÖ Hazırlık alt ölçeği puanları arasında zayıf, pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı olmayan ($r=0.147$; $p=0.648$); İAÖ Yeniden Yapılanma alt ölçeği puanları arasında zayıf, pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı olmayan ($r=0.109$; $p=0.735$); İAÖ Gelişim alt ölçeği puanları arasında zayıf, negatif yönlü ve istatistiksel anlamlı olmayan ($r=-0.101$; $p=0.755$) ilişki bulunmuştur.

BDÖ puanları ile İAÖ Durağanlık alt ölçeği puanları arasında zayıf, negatif yönlü, istatistiksel anlamlı olmayan ($r=-0.223$; $p=0.486$); BDÖ puanları ile İAÖ Farkındalık Aşamaları alt ölçeği puanları arasında zayıf, pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı olmayan ($r=0.068$; $p=0.834$); BDÖ puanları ile İAÖ Hazırlık alt ölçeği arasında zayıf, pozitif

yönlü, istatistiksel anlamlı olmayan ($r=0.555$; $p=0.061$); BDÖ puanları ile İAÖ Yeniden Yapılanma alt ölçeği puanları arasında zayıf, negatif yönlü ve istatistiksel anlamlı olmayan ($r=-0.061$; $p=0.150$); BDÖ puanları ile İAÖ Gelişim alt ölçeği puanları arasında zayıf, pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı olmayan ($r=0.191$; $p=0.553$) ilişki bulunmuştur. BDÖ puanları ile ŞİLÖ puanları arasında orta şiddette, pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı olmayan ($r=0.449$; $p=0.099$) ilişki bulunmuştur.



Tablo 4.7. Ölçekler ve Alt Boyutları Arası Regresyon Analizi

Bağımlı Değişken: Bütünlük Duygusu Ölçeği (BDÖ)**Bağımsız Değişkenler:** Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ), İyileşme Aşamaları Ölçeği (İAÖ) Alt Boyutları

Model	B	Std. Hata	β (Beta)	t	p	Güven Aralığı (%95)		VIF
						Alt Sınır	Üst Sınır	
Sabit	-143.209	29.086		-4.924	0.004	-217.977	-68.441	
ŞİLÖ	1.841	0.281	0.929	6.559	0.001*	1.119	2.562	2.025
İAÖ-Durağanlık	0.387	0.322	0.148	1.203	0.283	-.440	1.214	1.526
İAÖ-Farkındalık	2.407	0.546	0.956	4.407	0.007*	1.003	3.811	4.749
İAÖ-Hazırlık	0.271	0.392	0.100	.692	0.520	-.737	1.279	2.094
İAÖ-Yeniden Yapılanma	-2.378	0.412	-0.807	-5.775	0.002*	-3.436	-1.319	1.974
İAÖ-Gelişim	5.081	.890	1.466	5.711	0.002*	2.794	7.369	6.658
<i>R=0.975</i>	<i>R²=0.951</i>		<i>Adj. R²=0.891</i>		<i>Durbin Watson:2.666</i>		<i>F:16.002; p=0.004</i>	

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

* p değeri 0.05 düzeyinde anlamlı.

Test sonucuna göre modelimiz anlamlıdır. (**F=16.002; p<0.05**)

Regresyon modelimize ilişkin ön koşulları Dublin Watson ve VIF değerlerine göre inceliyoruz. Dublin Watson değerimiz 3'den küçük (2.666) ve VIF değerleri 10'un altında olduğu hesaplandı. (Durbin-Watson istatistiği regresyon analizi ön şartlarından birisi olup; hata terimlerinin arasında korelasyon olup olmadığı şeklinde yorumlanmaktadır. 1 ile 3 arasında olması istenir. (Fieds,2009) Ayrıca VIF değeri modelde multicollinearitenin incelenmesi için bakılır. Değerinin 10'un altında olması istenir.) Modelimize ilişkin varyans analizi sonucu anlamlı çıkmıştır. ($p=0.004$). Modelimize göre bağımsız değişkenlerimizin Bağımlı değişken ile korelasyonu 0.975 olarak hesaplanmıştır. Bağımsız değişkenlerimizin bağımlı değişkendeki varyansı açıklama düzeyi 0.891'dir. ŞİLÖ ($\beta=0.929; p<0.05$) ; İAÖ-Farkındalık ($\beta=0.956; p<0.05$); İAÖ-Yeniden Yapılanma ($\beta=-0.807; p<0.05$); İAÖ-Gelişim ($\beta=1.466; p<0.05$); BDÖ'yü anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur. Regresyon

Analizine göre ŞİLÖ değişkeninde gerçekleşecek bir birimlik artış bağımlı değişkenimiz BDÖ'nün 1.841 birim artmasına neden olmaktadır. Regresyon analizine göre İAÖ-Farkındalık değişkeninde gerçekleşecek bir birimlik artış bağımlı değişkenimiz BDÖ'nün 2.407 birim artmasına neden olmaktadır. Regresyon Analizine göre İAÖ-Yeniden Yapılanma değişkeninde gerçekleşecek bir birimlik artış bağımlı değişkenimiz BDÖ'nün 2.378 birim azalmasına neden olmaktadır. Regresyon Analizine göre İAÖ-Gelişim değişkeninde gerçekleşecek bir birimlik artış bağımlı değişkenimiz BDÖ'nün 5.081 birim artmasına neden olmaktadır.



5. TARTIŞMA

Salutogenez modeline dayalı danışmanlık eğitiminin şizofreni hastalarında bütünlük duygusu, iyileşme ve işlevselliğe etkisini incelemek amacıyla ön test-son test kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlü tasarım halinde yaptığımız araştırmadan elde ettiğimiz bulgular literatür ışığında dört bölümde tartışıldı; Birinci bölümde; deney ve kontrol grubundaki katılımcıların BDÖ ön test, son test ve 1. ay izlem puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arasına ait bulgular tartışılmıştır. İkinci bölümde; çalışmada yer alan deney ve kontrol grubundaki katılımcıların İAÖ ön test, son test ve 1. ay izlem puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arasına ait bulgular tartışılmıştır. Üçüncü bölümde; çalışmada yer alan deney ve kontrol grubundaki katılımcıların ŞİLÖ ön test, son test ve 1. ay izlem puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arasına ait bulgular tartışılmıştır. Dördüncü bölümde; çalışmada yer alan deney ve kontrol grubundaki katılımcıların BDÖ, İAÖ, ŞİLÖ ön test, son test ve 1. ay izlem puanları arasındaki ilişkiye ait bulgular tartışılmıştır.

1. Çalışmada Yer Alan Deney ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların BDÖ Ön Test, Son Test Ve 1. Ay İzlem Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arasına Ait Tartışma

Araştırmamızda yapılan gruplar arası karşılaştırma sonucuna göre deney grubundaki kişilerin uygulama sonrasında Bütünlük Duygusu Ölçeği (BDÖ) ve “anlaşılabilirlik”, “yönetilebilirlik”, “anlamlılık” alt boyut puan ortalamalarında kontrol grubundakilere kıyasen anlamlı bir artma ortaya çıkmıştır. Benzer olarak kontrol grubuna göre deney grubundakilerin 1. aydaki izlemde de “anlaşılabilirlik”, “yönetilebilirlik”, “anlamlılık” alt boyut ve Bütünlük Duygusu Ölçeği (BDÖ) toplam puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ortaya koyulmuştur ($p<0.001$). Araştırmamızda uygulama grubuna verilen salutogenez modeline dayalı danışmanlık eğitiminin bütünlük duygusunu anlamlı ölçüde arttırdığı ve izlemde de devam ettiği belirlenmiştir. Bu doğrultuda elde edilen sonuçlar “Salutogenez model temelli danışmanlık eğitimi alan şizofreni tanımlı bireylerin eğitim almayanlara göre bütünlük duygusu daha yüksek olacaktır.” şeklindeki H₁ hipotezini desteklemektedir. Literatürde salutogenez model temelli danışmanlık eğitiminin bütünlük duygusu, iyileşme ve işlevselliğe etkisini gösteren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamız bu yönüyle literatüre katkı

sağlamaktadır.

“Anlaşılabilirlik” SOC’ın bilişsel bileşeni olmaktadır. Sağlığı etkileyen iç ve dış uyaranları algılama derecesi olarak tanımlanır. Stresle başa çıkmak için öncelikle kişinin durumunu, uyaranlarının ve ortak direnç kaynaklarını anlaması gerekir. (Eriksson ve Mittelmarm 2016; Bag 2017; Toraman ve Eren 2021). Körlin ve Wrangsjö’nün (2002) psikiyatrik semptomlara sahip 30 hastaya müzik ve görüntü terapisi yaptıkları çalışmasında BDÖ’nün alt boyutlarından “anlaşılabilirlik” deki artışın en az olduğu dile getirilmiştir (Körlin ve Wrangsjö 2002). Aci ve Kutlu (2022) uyguladıkları selamonolojik yaklaşıma dayalı görüşmelerin şizofreni hastalarında tutarlılık ve dayanıklılık duygusu üzerindeki etkisini belirledikleri çalışmasında deney grubunda son test ve takibindeki izlem safhasında kontrol grubuna göre “anlaşılabilirliğin” daha fazla olduğu görülmüştür. Izydorczyk ve ark. (2019) iyileşme için anlaşılabilirlik hissinin önemli olduğunu ve tedavinin, kişinin zihinsel dayanıklılığını artırmada desteklenmesine ve stres etkenlerini tehditler yerine zorluklar olarak değerlendirmeye odaklanması gerektiğine dikkat çekti. Aynı zamanda ciddi akıl sağlığı sorunu yaşayan kişiler için iyileşme sağlamada SOC’nin anlaşılabilirlik ve yönetilebilirlik bileşeninin büyük önem taşıdığını vurgulamıştır. Bu çalışmalara paralel olarak çalışmamızda da uygulama yapılan grup son test ve izlem aşamalarında “anlaşılabilirliğin” uygulama yapılmayan gruptan daha yüksek olması salutogenez model temelli danışmanlık eğitiminin şizofreni hastası bireylerde stres ile başa çıkabilmek için içinde bulundukları durumu tehdit yerine anlaşılır görmelerini sağlamış olabilir. Çalışmamızın bulgularının Körlin ve Wrangsjö (2002) çalışmasından farklı olması kültürel farklılık, sosyal destek gibi etkenlerin yanı sıra uygulanan müdahale ile ilgili olabilir.

“Yönetilebilirlik” SOC’ın davranışsal bir bileşeni olmaktadır. Bireylerin var olan kaynaklarının farkında oluşları, mevcut kaynakları harekete geçirme konusunda motive oluşları ve stresle baş etmeye hazırlıklı oluşları önemlidir (Eriksson ve Mittelmarm 2016; Bag 2017; Toraman ve Eren 2021). BDÖ’nün “Yönetilebilirlik” ölçek alt boyutunda son test ve takibindeki izlemde müdahale ve kontrol grubunun arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Körlin ve Wrangsjö (2002) yaptıkları çalışmada “yönetilebilirlik” alt boyutundaki artışın en fazla olduğu ifade edilmiştir. Langeland ve ark. (2006) çalışmasında salutojenik tedavi prensiplerine yönelik gerçekleştirdikleri konuşma terapisi gruplarında psikiyatrik problemlerle baş etme üzerindeki etkisini araştırdıkları deneysel

çalışmalarında, uygulama grubunda baş etmenin önemli boyutta geliştiği ve buna en çok “yönetilebilirlik” alt boyutunun sebep olduğu ifade edilmiştir (Langeland ve ark. 2006). Aci ve Kutlu (2022) çalışmasında da salutojenik yaklaşıma dayalı konuşma terapisinin “yönetilebilirlik” alt boyutu üzerine olumlu etkisi olduğu belirtilmiştir. Çalışma bulgularımız literatürdeki diğer çalışma bulgularıyla paralellik göstermektedir.

“Anlamlılık” SOC’ın motivasyonel bir bileşenidir. Bireyin deneyimleri anlamlandırma ve onları değerli zorluklar olarak görme yeteneğini temsil eder (Eriksson ve Mittelmark 2016; Bag 2017; Toraman ve Eren 2021). BDÖ’nün “Anlamlılık” ölçek alt boyutunda son test ve 1. Ay izlemde müdahale ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Langeland ve ark. (2006) çalışmasında ruhsal problemlerle başa çıkmada salutojenik tedavi programına dayalı konuşma terapisinin etkililiğini ortaya koymayı amaçladığı deneysel çalışmada, “anlamlılık” alt boyutunun istatistiksel olarak anlamlı şekilde gelişmediğini ifade etmiştir (Langeland ve ark. 2006). Tan ve ark. (2016) çalışmasında yaşlı bireylere salutogenez modeline göre uygulanan 12 haftalık grup müdahale programında deney ve kontrol grupları arasında BDÖ alt boyutlarından “yönetilebilirlik” ve “anlaşılabilirlik” de istatistiksel olarak anlamlı fark bulmuş olmalarına rağmen, “anlamlılık” alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Aci ve Kutlu (2022) çalışmasında da salutojenik yaklaşıma dayalı konuşma terapisinin “anlamlılık” alt boyutu üzerine olumlu etkisi olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda uygulama grubundaki bireylerin ön test-son test BDÖ alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda bireylerin duygusal deneyimlerini ifade etme becerilerini güçlendirme, ilişki becerilerini geliştirmeye yönelik destek ve geri bildirim sağlanması, grup içi aktivitelerin yapılması, rol model çalışmaları gibi girişimlerin anlamlılık bileşenini artırmış olabileceği düşünülmektedir.

Grup içi karşılaştırmalara bakıldığında deney grubundaki bireylerin uygulama öncesi “anlaşılabilirlik”, “yönetilebilirlik”, “anlamlılık” ve Bütünlük Duygusu Ölçeği (BDÖ) toplam puan ortalamalarının hem müdahale sonrası hem izleme göre düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda, Salutogenez model temelli danışmanlık eğitiminin şizofreni hastalarında bütünlük duygusu düzeyini arttırdığı ve uygulanan girişimin etkili olduğunu ifade edebiliriz. Griffiths (2009), bir literatür taramasında şizofreni, psikoz gibi çeşitli zihinsel sağlık sorunları olan kişilerle zihinsel sağlık

ve iyileşmenin mümkün olduğuna dair ilk umut ışığına karşılık gelir. Üçüncü aşamada (hazırlık), kişi iyileşme üzerinde çalışmaya başlamaya karar verir (örneğin kişisel kaynakları, değerleri ve sınırlamaları değerlendirerek). Dördüncü aşama olan yeniden yapılanma, olumlu bir kimliği yeniden tanımlayarak, anlamlı hedefler belirleyerek ve kişinin yaşamını kontrol altına alarak kişisel iyileşmenin aktif aşamasına karşılık gelir. Beşinci aşama olan gelişim, ruhsal hastalıkların ötesinde dolu ve anlamlı bir hayat yaşamakla karakterize edilir (Dubreucq ve ark., 2022).

Araştırmamızda yapılan gruplar arası karşılaştırma sonucu elde edilen bulgularda deney grubundaki kişilerin uygulama sonrasında İAÖ alt boyut puanlarından Durağanlık, Farkındalık alt boyut puanlarında azalma, İAÖ Yeniden yapılanma ve İAÖ Girişim alt boyut puanlarında kontrol grubundakilere kıyasla anlamlı bir artma gözlenmiştir. İyileşmenin erken aşamalarından iyileşmenin ileri aşamalarına doğru bir ilerleme saptanmıştır. Bu bulgularla neticesiyle elde edilen sonuçlar “Salutogenez model temelli danışmanlık eğitimi alan şizofreni tanılı bireylerin eğitim almayanlara göre iyileşme aşamaları düzeyleri daha yüksek olacaktır.” şeklinde ifade edilen H1₃ hipotezini desteklemektedir.

Grup içi karşılaştırmalara bakıldığında; İAÖ Durağanlık alt boyutu ölçüm zamanına göre elde edilen puanlar deney grubunda anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir ($p<0.001$), Farkındalık alt boyutu ölçüm zamanına göre elde edilen puanlar deney grubunda anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir ($p<0.001$), İAÖ Yeniden Yapılanma alt boyutu ölçüm zamanına göre elde edilen puanlar ise kontrol grubunda anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir ($p=0.013$), İAÖ Gelişim alt boyutu ölçüm zamanına göre elde edilen puanlar ise deney grubunda anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir ($p=0.038$). Bu sonuçlar doğrultusunda, Salutogenez model temelli danışmanlık eğitiminin şizofreni hastalarında iyileşme düzeyini arttırdığı ve uygulanan girişimin etkililik gösterdiğini ifade edebiliriz. Çıkan sonuçlar aynı zamanda İAÖ’nün değişime duyarlı olduğunu ve dolayısıyla klinik bir ölçüm olarak kullanışlı olabileceğini öne sürmektedir. Yapılan taramalarda yine şizofreni tanılı bireylerle ilgili psikososyal müdahale içeren birçok çalışma mevcut iken, salutogenez model temelli uygulamaların şizofrenide iyileşme aşamalarının belirlenmesi düzeyindeki müdahaleleri barındıran çalışmanın olmadığı görülmüştür. Sonuçlarımızın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmekte olup en yakın literatürle tartışılmaya çalışılmıştır.

Andresen ve ark (2013) kişisel iyileşmenin 4 temel sürecini belirlemişlerdir: kimliğin yeniden kurulması, umut bulmak, hayatta anlam bulmak ve iyileşme yolculuğunda bu sorumluluğu üstlenmek. Leamy ve ark. (2011) iyileşme süreçlerinin benzer kategorilerini, yani bağlılık, umut, kimlik, anlam ve güçlendirme (“CHIME” kısaltmasıyla da bilinir) belirlemiştir. Kavak ve Yılmaz (2018)’in şizofrenili bireylerle gerçekleştirdikleri çalışmada katılımcıların umut seviyelerinin düşük olduğunu ifade etmişlerdir. Umut, ruhsal hastalıktan muzdarip olan bireylerin iyileşmesinde önemli bir konuma sahiptir. Literatürdeki çalışmalar, şizofreni bozukluğunda yüksek düzeyde umudun yüksek yaşam kalitesiyle ilişkili olduğunu bulmuştur (Vrbova ve ark., 2017; Sari ve ark., 2021). Van Eck ve ark. (2018) metaanaliz çalışmasında, şizofrenide işlevsellik ve umut kavramı arasında bir ilişki tespit etmişlerdir. Bu noktada umut seviyesinin artışı, işlevselliğin artışına da bağlı olabilir. Kimlik, kimliğin boyutunu, olumlu bir kimlik duygusunun yeniden inşasını veya yeniden tanımlanmasını ve damgalanmanın üstesinden gelinmesini kapsar (Leamy ve ark., 2011). Dubreucq ve ark. (2022) ciddi akıl hastalarıyla yaptıkları çalışmada iyileşmeye yönelik psikoeğitim, üstbilişsel terapiler ve aile müdahalelerinin damgalanmaya karşı direnci iyileştirebilir ve içgörüyü ilişkili depresyona karşı koruma sağlayabilir olduğunu ifade etmişlerdir. Yaşamda anlam bulmak, zihinsel hastalık deneyimlerinin anlamı, maneviyat, yaşam kalitesi, anlamlı sosyal roller ve hedefler ve yaşamı yeniden inşa etme boyutlarını içerir. Son alan olan güçlendirme, kişisel sorumluluk, yaşam üzerinde kontrol ve güçlü yönler odaklanma boyutlarını içerir (Leamy ve ark., 2011). Menzies, (2000) bir psikiyatri hemşiresinin şizofreni tanısına sahip bireylerde problemlerle baş etme ve ortaya çıkan semptomlar ile ilgili konuşarak, hastaların umutlarını artırmayı, beceri ve yeteneklerini ortaya çıkarıp destek olmayı, benlik saygısını artırmayı, kimlik ve bütünlük duygusunun gelişmesine katkı sağlayarak salutojenik yaklaşımda bulunabileceğini belirtmiştir (Menzies 2000). Salutogenez model temelli eğitimimizle hastaların kendi iç ve dış kaynaklarına yönelip iyileşme sorumluluğunu üstlenmeye başlamaları hastaların kimlik ve bütünlük duygusunun gelişimine katkıda bulunarak olumlu iyileşme aşamalarına taşımış olabilir.

Jagadheesan ve ark. (2022)’in iyileşme odaklı bir klinik program olan Önleme ve İyileşme Bakımı kapsamında yapılan ve iyileşme aracının kullanılabilirliğini araştırdıkları bir çalışmada hastaların kabul ve taburcu skorları karşılaştırmasına göre taburcu aşamasında olumlu psikolojik iyileşme aşamalarında, yani yeniden yapılanma ve

gelişmede olduğu görüldü. İAÖ'nün farkındalık aşaması hariç tüm aşamalarının (durağanlık aşaması için, 15.9 +8.0 vs 9.5 +6.2; hazırlık aşaması için, 16.7 +6.9 vs 19.0 +7.0; yeniden yapılanma aşaması için, 16.4 +7.8 vs 21.0 +6.3 ve gelişme aşaması için, 11.5 +8.2 vs 17.9 +7.0, farkındalık aşaması 19.3 +6.0 vs 18.9 +6.8 $p>0.05$) ortalama puanlarında, psikolojik iyileşmede olumlu değişiklikler gösteren anlamlı bir değişiklik olduğunu ifade etmiştir. Frankl (1985), ruhsal olarak bozukluğa sahip kişilerin iyileşmeye yardımcı olabilmesi için güçlü bir anlamlılık duygusuna sahip olunması gerektiğini ifade etmiştir. Yine Antonovsky (1987), bütünlük duygusu bileşenleri arasında anlamlılığı en önemli bileşen olarak değerlendirmiştir. Salutogenez modeline dayalı danışmanlık eğitiminin bir grup çalışması olarak gerçekleştirilmesi bireylerin sosyalleşmesine, hayatı daha anlamlı bulmalarına yol açmış olup, “anlamlılık” bileşenlerindeki artışla iyileşmelerinin artmış olduğu söylenebilir.

3. Çalışmada Yer Alan Deney ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların ŞİLÖ Ön Test, Son Test Ve 1. Ay İzlem Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arasına Ait Tartışma

Şizofreni hastaları dikkat, bellek, yürütme işlevleri ve genel zekâ yeteneklerinde önemli eksiklikler yaşarlar (Aleman 2014). Ayrıca bu hastalar kendisini ve çevresini etkileyen, iletişim kurma, zaman yönetimi, kişisel bakım, uyku, beslenme, para yönetimi, ev işleri etkinliği gibi günlük yaşam, mesleki ve okul etkinlikleri gibi işlevsellik konularında büyük problemler yaşayabilmektedirler (Korman ve ark., 2023; Ishii ve ark., 2020). Şizofreni hastalarında işlevsellikteki bozulmanın iyileştirilmesine yönelik olarak sadece semptom yönetimine odaklanan müdahalelerin yeterli olmadığı rapor edilmiştir çünkü bu yaklaşım, mesleki performansı artırmaz ve kişilerarası ilişkileri geliştirmez (Vita ve Barlati 2018). Bu nedenle şizofrenide bireylerin işlevselliğinin artırılması ve topluma uyumlarının sağlanması önemli bir takım psikososyal ve terapötik müdahalelerle gerçekleştirilebilmektedir (Buonocore ve ark., 2018; Ishii ve ark., 2020).

Araştırmamızda uygulama öncesinde deney ve kontrol grubundaki üyelerin işlevselliklerinin az olduğu saptanmıştır. Bu bulgu ile bize benzer gruplarla çalışıldığı ispat edilmektedir. Bir şizofreni hastasında işlevsellik düzeylerinin az olması yapılan çalışmalarda bildirilmektedir (Çapar ve Kavak 2019; Özkafacı ve ark., 2023; Gökçen, 2019; Yıldız ve Aylaz 2021; Özdemir ve Kavak Budak, 2022; Chan ve ark., 2019; Ishii

ve ark., 2020; Firth ve ark., 2018; Silva and Restrepo 2019). Bu hastalığa sahip kişilerin uzun, değişken bir tedavi programına ihtiyaç duyması, sosyal ilişkilerde problemlerinin var olması ve günlük yaşamı sürdürmede problemler yaşamalarından dolayı bu durumun olabileceği belirtilmiştir (Öztürk ve Uluşahin 2015; Townsend ve Morgan 2017).

Araştırmamızda yapılan gruplar arasındaki karşılaştırma sonuçlarından elde edilen bulgulara deney-kontrol grubunda ön test işlevsel iyileşme düzeyleri puan ortalamalarının yaklaşık olduğu belirlenmiştir. Deney grubundaki kişilerin uygulama sonrasında ise ŞİLÖ Sağlık ve Tedavi, Sosyal işlevsellik ve Günlük Yaşam Becerileri alt boyutlar ve toplam ŞİLÖ puan ortalamalarında kontrol grubundakilere kıyasen anlamlı bir artma ortaya çıkmıştır. Benzer olarak kontrol grubuna göre deney grubundakilerin 1. aydaki izlemde de ŞİLÖ Sağlık ve Tedavi, Sosyal işlevsellik, Günlük Yaşam Becerileri alt boyut puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ortaya koyulmuştur. Elde edilen sonuçlar “Salutogenez model temelli danışmanlık eğitimi alan şizofreni tanılı bireylerin eğitim almayanlara göre işlevsel iyileşme düzeyleri daha yüksek olacaktır.” şeklinde ifade edilen H1₂ hipotezini desteklemektedir.

Grup içi karşılaştırmalara bakıldığında deney grubundaki bireylerin uygulama öncesi “Sağlık ve Tedavi, Sosyal işlevsellik, Günlük Yaşam Becerileri” alt boyutlar ve toplam ŞİLÖ puan ortalamalarının hem uygulama sonrası hem de 1. ay izleme göre düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda, Salutogenez model temelli danışmanlık eğitiminin şizofreni hastalarında işlevsellik düzeyini arttırdığı ve uygulanan girişimin etkili olduğunu ifade edebiliriz. Yapılan taramalarda yine şizofreni tanılı bireylerle ilgili psikososyal müdahale içeren birçok çalışma mevcut iken, salutogenez model temelli uygulamaların şizofrenide işlevsel iyileşme düzeyindeki müdahaleleri barındıran çalışmanın olmadığı görülmüştür. Sonuçlarımızın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmekte olup en yakın literatürle tartışılmaya çalışılmıştır.

Sosyal işlevsellik, şizofrenide sürekli olarak bildirilen temel bozukluklardan biridir. Bir kişinin işlev görme kapasitesi olarak tanımlanır ve bu anlamda hastaların nasıl yaşadığı, toplumda nasıl işlev gördüğü ve sosyal rolleri nasıl yerine getirdiği gibi hususları içerir. Çeşitli çalışmalar, zayıf sosyal işlevselliğin, şizofreni hastalarının yaşam kalitesinin kötüleşmesine ve hastalığın seyrinin bozulmasına ve zayıf toplum işleyişine katkıda bulunduğunu göstermiştir (Escandell ve ark., 2022; Karayumak ve ark., 2024).

Bu araştırmada deney grubundaki bireylerin hem uygulama sonrası hem de 1. ay izlem ŞİLÖ Sosyal işlevsellik alt boyut puan ortalamaları kontrol grubundakilere kıyasla daha yüksektir. Bazı çalışma bulguları bu bulgu ile benzerlik göstermektedir. Kabul ve kararlılık terapisine dayalı ve motivasyonel görüşme ile desteklenen danışmanlığın, şizofrenili bireylerde sosyal işlevselliği artırdığı görülmüştür (Yıldız ve Aylaz, 2020). Inchausti ve ark. (2017) sosyal beceri eğitimi sonrası şizofrenili bireylerin sosyal işlevsellikleri üzerindeki etkilerine yönelik bir çalışma ortaya koymuş olup çalışmada bireylerin toplam işlevsellik puanlarında tedavi bitiminde ve sonrası 6. ay izlemde anlamlı olarak artmıştır. Yine literatüre baktığımızda şizofreni hastalarının işlevselliklerini inceleyen, psikososyal müdahaleler sonrası bu değişkenleri etkileyen farklı grup ve desenlerde uygulanmış olan çalışmalardan ortaya çıkan sonuçlar, eğitimlerin ardından bireylerin sosyal işlevselliğinde artış olduğunu bildirmişlerdir (Gökçen ve ark., 2020; Tong ve ark., 2021; Özkafacı ve ark., 2023). Yaptığımız çalışmada salutogenez modeline dayalı danışmanlık eğitimi ile bütünlük duygusunun motivasyonel bileşenindeki artış sayesinde bireylerin stres yaşadıkları sosyallik konusunu bir yük görmekten ziyade mücadele etmeye değer görmeleri bireyleri motive etmiş olabilir. Bu sayede kişilerin sosyal işlevselliklerinin artması sağlanmış olabilir.

Yaşam becerileri genel olarak bireylerin bağımsız yaşamaları ve anlamlı ve üretken roller üstlenmeleri için gereken temel beceriler olarak tanımlanmaktadır (Samuel et al. 2018, Abaoğlu ve ark., 2020). Yaşam becerileri eğitimi yaklaşımları, bireylerin çevrelerindeki rolleri yerine getirmeleri için gereken becerileri kazanmalarına yardımcı olmayı amaçlar; bu da öz bakım, para yönetimi, iletişim ve sosyal beceriler, ev yönetimi sahalarında değerlendirme, öğretme, davranış pratiği, geri bildirim ve ev ödevi gibi teknikleri içerir (Abaoğlu ve ark., 2020). Günlük yaşam becerilerindeki sorunların artması yaşam kalitesi düşürmekte olup, bilişsel işlevlerde bozulmaya yol açmaktadır, bundan dolayı bireylerin desteğe ihtiyaçları olmaktadır (Samuel ve ark., 2018). Bu araştırmada deney grubundaki bireylerin müdahale ve 1. ay izlem sonrası Günlük Yaşam Becerileri puanları kontrol grubundakilere kıyasen daha yüksektir. Ek olarak deney grubundakilerin hem uygulama sonrası hem de sonraki 1. ay izlemde Günlük Yaşam Becerileri puan ortalamalarının müdahale öncesine göre artış gösterdiği görülmektedir. Bu araştırma bulgusu literatürü yansıtmaktadır. Bir psikososyal müdahale türü olan kabul ve kararlılık terapisine dayalı motivasyonel görüşme ile desteklenen danışmanlığın,

şizofrenili bireylerde günlük yaşam becerilerinde artış gösterdiği bildirilmektedir (Yıldız ve Aylaz 2020). Literatürde randomize kontrollü yapılmış olan bir çalışma şizofrenide yaşam becerileri eğitiminin işlevselliği artırdığı ifade edilmiştir (Abaoğlu ve ark., 2020).

Bu çalışmada deney grubunda yer alan bireylerin hem uygulama sonrası hem de sonraki 1. ay izlem ŞİLÖ Sağlık ve Tedavi puanlarının kontrol grubundakilere kıyasen daha fazla olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubundaki bireylerin hem uygulama sonrası hem de sonraki 1. ay izlemde Sağlık ve Tedavi alt boyutu puan ortalamalarında müdahale öncesine göre artış tespit edilmiştir. Çalışmalar terapötik işbirliğinin daha az hastaneye yatış, daha iyi semptomlar ve daha iyi işlevsellik ortaya koyduğunu göstermiştir (Browne ve ark., 2019). Shattock ve ark.(2018) şizofreni hastalarına yönelik psikolojik terapide terapötik işbirliğini incelemiş ve pozitif işbirliğinin tedavi sonuçlarını (örn. psikotik semptomlar, hastaneye yatışlar, ilaç kullanımı) iyileştirdiğini öngördüğüne dair daha fazla destek sağlamıştır. Şizofreni hastalarıyla yapılan bir diğer çalışmada, sağlık çalışanlarının hasta ile terapötik ilişki kurma yoluyla iletişime geçmesinin bireylerde düşmancıl ve saldırgan davranış şekillerini azalttığı ifade edilmiştir (Höfer vd 2015).

Literatüre paralel olarak bizim çalışmamızda uygulanmış olan eğitimin şizofrenide hastalık ve tedavi sürecinde işlevsellik düzeyini artırdığı bulunmuştur. Eğitim içeriğinde işlevselliği artırmak adına bireylerle yapılmış olan görüşmelerde güven ortamının sağlanması, hasta odaklı ve işbirlikçi olunması ve grup dinamiğinin oluşturulması bireylerin hastalık ve tedaviye yönelik uyum sağlamasına katkıda bulunmuş olabilir.

4. Çalışmada Yer Alan Deney ve Kontrol Grubundaki Katılımcıların BDÖ, ŞİLÖ, İAÖ Puanları Arasındaki Korelasyona Ait Tartışma

Korelasyon analizlerinde sadece belirli İAÖ aşamaları ile ŞİLÖ skorları arasında istatistiksel anlamda ilişki olduğunu göstermiştir (ŞİLÖ puanları ile İAÖ Hazırlık alt ölçeği puanları arasında pozitif yönlü, zayıf ve istatistiksel anlamlı olmayan $r=0.147$; $p=0.648$ ve İAÖ Yeniden Yapılanma alt ölçeği puanları arasında zayıf, pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı olmayan $r=0.109$; $p=0.735$). Van Eck ve ark., (2018) şizofreni hastalarında klinik ve kişisel iyileşme arasındaki ilişkiyi incelendiği bir meta analiz çalışmasında işlevsellik ile iyileşme arasındaki ilişkiyi araştıran az sayıda çalışma bulunmasına rağmen, bu iki sonuç arasında küçük bir korelasyon olduğu bulunmuştur

($r = .21$). Bu dikkat çekicidir çünkü daha iyi işlevselliğin algılanan iyileşme düzeyini artırması beklenebilir. Veltro ve ark., (2019)'nın şiddetli zihinsel bozukluğu olan kişilerde işlevselliği iyileştirerek iyileşmeyi kolaylaştırmak için tasarlanan yeni yapılandırılmış psikoeğitimsel, salutogenetik temelli yaklaşımın etkinliğini araştırdıkları çalışmasında bir yıllık aktif müdahale sonrasında müdahalenin kişisel iyileşmenin temel değişkenleri olan kişisel ve sosyal işlevsellik, stres yönetimi, bilişsel esneklik ve problem çözme üzerindeki etkinliğini doğrulamaktadır.

Yine analizler belirli İAÖ aşamaları ile BDÖ skorları arasında istatistiksel anlamda ilişki olduğunu bildirmiştir (BDÖ puanları ile İAÖ Farkındalık Aşamaları alt ölçeği puanları arasında zayıf, pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı olmayan $r=0.068$; $p=0.834$; BDÖ puanları ile İAÖ Hazırlık alt ölçeği arasında, pozitif yönlü, zayıf ve istatistiksel anlamda anlamlı olmayan $r=0.555$; $p=0.061$, BDÖ puanları ile İAÖ Gelişim alt ölçeği puanları arasında pozitif yönlü, zayıf ve istatistiksel anlamda anlamlı olmayan $r=0.191$; $p=0.553$ ilişki bulunmuştur). Bu bulgular, hastanın değerlendirdiği iyileşme ve araştırmacının değerlendirdiği iyileşmeler arasında bir korelasyon olmayabileceğini desteklemektedir. Bu bulgular aynı zamanda hastaların psikolojik iyileşmelerindeki değişiklikleri izlemek için klinik hizmetlerde İAÖ veya başka bir hasta değerlendirme aracının kullanımının gerekliliğinin vurgulandığı düşündürmektedir. Acı ve Kutlu (2021)'nin şizofreni hastalarında selamojenik yaklaşıma dayalı görüşmelerin tutarlılık ve dayanıklılık duygusuna etkisini incelediği randomize kontrollü çalışmasında eğitime katılan olan şizofreni ve benzer tanıli kişilerin psikolojik dayanıklılık ve bütünlük duygusu düzeyinin arttığı saptanmıştır.

Yine BDÖ puanları ile ŞİLÖ puanları arasında pozitif yönlü, orta şiddette, istatistiksel anlamda anlamlı olmayan ($r=0.449$; $p=0.099$) bir ilişki bulunmuştur. Bütünlük duygusu arttıkça işlevselliğin arttığını söyleyebiliriz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Salutogenez Modeline Dayalı Danışmanlık Eğitiminin;

- BDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarında müdahale grubunda artış sağladığı,
- İAÖ alt boyut puanlarından Durağanlık, Farkındalık, Gelişim alt boyut puanlarında uygulama grubunda artış sağladığı,
- ŞİLÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarında müdahale grubunda artış sağladığı bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Salutogenez modeline dayalı danışmanlık eğitiminin hastalara bakım veren psikiyatri hemşireleri tarafından alınması ve uygulamaya geçmelerinin desteklenmesi,
- TRSM’lerde Salutogenez modeline dayalı danışmanlık eğitiminin hastaların rutin ilaç tedavisiyle birlikte uygulanması,
- Salutogenez modeline dayalı danışmanlık eğitiminin bütünlük duygusu, iyileşme ve işlevsellik üzerindeki etkilerini ortaya çıkarabilmek adına altı ay, bir yıl gibi uzun zaman içeriğine sahip takipli ölçüm içeren çalışmaların uygulanması,
- Geliştirilen programın şizofreni bozukluğuna sahip kişilerde çalışmamızdakinden çok daha geniş bir örneklem ile etkinliğinin ispatlanması,
- Yine geliştirilen programın şizofreni dışında başka ruhsal bozukluğu olan bireylerde de etkililiğinin incelenmesi
- Salutogenez model temelli danışmanlık eğitiminin başka psikososyal yaklaşımlarla karşılaştırılabileceği müdahale çalışmalarının planlanması önerilir.

KAYNAKLAR

- Abaoğlu, H., Mutlu, E., Ak, S., Akı, E., Anıl Yağcıoğlu, A. E. (2020). The effect of life skills training on functioning in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Turkish Journal of Psychiatry* 2020;31(1):50-8. <https://doi.org/10.5080/u23723>
- Aci, O. S., & Kutlu, F. Y. (2022). The effect of salutogenic approach-based interviews on sense of coherence and resilience in people with schizophrenia: A randomized controlled trial. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(4). <https://doi.org/10.1111/ppc.12985>
- Aleman, A. (2014). Neurocognitive basis of schizophrenia: Information processing abnormalities and clues for treatment. *Advanced Neurology*, 104920, 1-15. <https://doi.org/10.1155/2014/104920>
- Andreasen, N. C., Carpenter, W. T., Kane, J., Lasser, R. A., Marder, S. R., & Weinberger, D. R. (2005). Remission in schizophrenia: Proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 441-449. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.441>
- Andresen R, Caputi P, Oades L. Development of a short measure of psychological recovery in serious mental illness: the STORI-30. *Australasian Psychiatry*. 2013; 21(3): 267-70. <https://doi.org/10.1177/1039856213476352>
- Andresen, R., Caputi, P., Oades, L. (2013). Development of a short measure of psychological recovery in serious mental illness: the STORI-30. *Australasian Psychiatry*, 21(3), 267-270. <https://doi.org/10.1177/1039856213476352>
- Andresen, R., Oades, L. G., and Caputi, P. (2011). *Psychological recovery: Beyond mental illness*. West Sussex: John Wiley & Sons, 3-153. <https://doi.org/10.1002/9781119975182>
- Andresen, R., Oades, L., and Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>
- Antonovsky A, Maoz B, Dowty N, et al. Twenty-five years later: a limited study of the sequelae of the concentration camp experience. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1971;6:186-93. <https://doi.org/10.1007/BF00578367>
- Antonovsky A. (1987). *Unravelling the Mystery of Health: How People Manage Stress*

- and Stay Well, Jossey-Bass Inc., Publisher, San Francisco, USA.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass
- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health*. Jossey- Bass.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Antosz-Rekucka, R. (2021). The sense of coherence in healthy individuals with psychotic-like experiences. *Advances in Psychiatry and Neurology/Postępy Psychiatri Neurologii*, 30(4), 231-242. <https://doi.org/10.5114/ppn.2021.111921>
- Becker, C. M., & Rhynders, P. (2013). It's time to make the profession of health about health. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(1), 1-3.
<https://doi.org/10.1177/1403494812467506>
- Bengtsson-Tops, A., Brunt, D., Rask, M. (2005). The Structure of Antonovsky's Sense of Coherence in Patients With Schizophrenia and Its Relationship to Psychopathology. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19: 280-287. Erişim 12.05.2023.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-6712.2005.00342.x>.
- Bengtsson-Tops, A., Hansson, L. (2001). The Validity of Antonovsky's Sense of Coherence Measure in a Sample of Schizophrenic Patients Living in the Community. *Journal of Advanced Nursing*, 33: 432-438.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.2001.01692.x>.
- Bengtsson-Tops, A., Hansson, L. (2001). The Validity of Antonovsky's Sense of Coherence Measure in a Sample of Schizophrenic Patients Living in the Community. *Journal of Advanced Nursing*, 33: 432-438.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01692.x>
- Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H., & Alptekin, K. (2011). Türkiye'de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme [The psychosis epidemiology in Turkey: a systematic review on prevalence estimates and admission rates]. *Türk Psikiyatri Dergisi = Turkish Journal of Psychiatry*, 22(1), 40-52.
- Browne, J., Nagendra, A., Kurtz, M., Berry, K., & Penn, D. L. (2019). The relationship between the therapeutic alliance and client variables in individual treatment for

- schizophrenia spectrum disorders and early psychosis: Narrative review. *Clinical Psychology Review*, 71, 51-62. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.05.002>
- Buonocore, M., Bosia, M., Baraldi, M. A., Bechi, M., Spangaro, M., Cocchi, F., et al. (2018). Achieving recovery in patients with schizophrenia through psychosocial interventions: A retrospective study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 72(1), 28-34. <https://doi.org/10.1111/pcn.12605>
- Cavelti, M., Kvrđic, S., Beck, E. M., Kossowsky, J., & Vauth, R. (2012). Assessing recovery from schizophrenia as an individual process. A review of self-report instruments. *European Psychiatry*, 27(1), 19-32. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.01.007>
- Charlson FJ, Ferrari AJ, Santomauro DF, Diminic S, Stockings E. (2018). Global epidemiology and burden of schizophrenia: Findings from the global burden of disease study 2016. *Schizophr Bull.* 44(6): 1195-203. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby058>
- Coşkun, E., Altun, Ö. Ş. (2018). The relationship between the hope levels of patients with schizophrenia and functional recovery. *Arch Psychiatr Nurs*, 32, 98-102. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.10.006>
- Crawford, P. ve Go, K. V. (2022). Schizophrenia. *American Family Physician*, 106(4), 388- 396.
- Çelikbaş Z, Ergün S. Şizofrenide nörobilişsel bozukluklar ve işlevsellikle ilişkisi. *Journal of Contemporary Medicine* 2018, 8(2): 183-87. <https://doi.org/10.16899/gopctd.424417>
- Çetin, M. (2015). Şizofreni Tedavisi: Geçmişi, Bugünü ve Geleceği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 25(2): 95-99. <https://doi.org/10.5455/bcp.20150630080048>
- Davidson OB, Feldman DB, Margalit M. A focused intervention for 1st-year college students: Promoting hope, sense of coherence, and self-efficacy. *J. Psychol.* 2012; 146(3): 333-352. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.634862>
- Davidson, L. (2020). Recovering a sense of self in schizophrenia. *Journal of Personality*, 88(1), 122-132. <https://doi.org/10.1111/jopy.12471>
- Deegan PE. Recovery and the conspiracy of hope. Sixth Annual Mental Health Services Conference of Australia and New Zealand; 1996 Sep 1-14; Brisbane.

- Dubreucq, J., Gabayet, F., Godin, O., Andre, M., Aouizerate, B., Capdevielle, D., ... & Berna, F. (2022). Overlap and mutual distinctions between clinical recovery and personal recovery in people with schizophrenia in a one-year study. *Schizophrenia Bulletin*, 48(2), 382-394. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbab114>
- Dubreucq, J., Plasse, J., Gabayet, F., Faraldo, M., Blanc, O., Chereau, I., ... & Franck, N. (2022). Stigma resistance is associated with advanced stages of personal recovery in serious mental illness patients enrolled in psychiatric rehabilitation. *Psychological Medicine*, 52(11), 2155-2165. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004055>
- Emiroğlu B., Karadayı G., Aydemir O., Üçok A. (2009). Şizofreni hastalarında işlevsel iyileşme ölçeğinin türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46(1), 15–24.
- Eriksson, M., & Contu, P. (2022). The sense of coherence: measurement issues. *The Handbook of Salutogenesis*, 79-91. https://doi.org/10.1007/978-3-030-79515-3_11
- Eriksson, M., & Mittelmark, M. (2017). The sense of coherence and its measurement. In M.B. Mittelmark et al. (Eds.), *The handbook of salutogenesis* (pp. 97-106). Springer. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6_12
- Ertan T. (2008). Psikiyatrik hastalıkların epidemiyolojisi. In *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu* (Eds. M Uğur, İ Balcıoğlu, N Kocabaşoğlu):25-30. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi.
- Escandell, M. J., Prat, G., Garcia-Franco, M., Martín-Martínez, J. R., Ochoa, S., Tortades, I., ... & Casas-Anguera, E. (2022). Clinical symptoms and social functioning in schizophrenia. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental (English Edition)*, 15(4), 251-258. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2020.05.003>
- Falkenburg J, Tracy DK. Sex and schizophrenia: a review of gender differences. *Psychosis*. 2014;6(1):61-69. <https://doi.org/10.1080/17522439.2012.733405>
- Falkenburg, J., & Tracy, D. K. (2014). Sex and schizophrenia: A review of gender differences. *Psychosis*, 6(1), 1-9. doi:10.1080/17522439.2012.733405
- Firth J, Carney R, Elliott R, French P, Parker S, McIntyre R, ve ark. Exercise as an intervention for first-episode psychosis: a feasibility study. *Early Intervention in Psychiatry*. 2018;12(3):307-15.<https://doi.org/10.1111/eip.12329>

- GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* (London, England), 390(10100), 1211-1259. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2)
- Gökçen, A., Ekici, G., Abaoğlu, H., Şen, D. T. (2020). The healing effect of goal-oriented dance and movement therapy in schizophrenia: a rater-blinded randomized controlled trial. *The Arts in Psychotherapy*, 71, 101702. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101702>
- Hanssen, E., Balvert, S., Oorschot, M. (2020). Borkelmans K. An ecological momentary intervention incorporating personalised feedback to improve symptoms and social functioning in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Res*, 284-11269. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112695>
- Hanssen, G., & Utvær, B. K. (2022). Sense of coherence among apprentices in vocational education and training in Norway: Exploring general resistance resources in work-based learning. *International journal for research in vocational education and training*, 9(3), 363-389. <https://doi.org/10.13152/IJRVET.9.3.4>
- Helldin, L., Kane, J., Karilampi, U., Norlander, T., Archer, T., (2007). Remission in Prognosis of Functional Outcome: A New Dimension in The Treatment of Patients With Psychotic Disorders. *Schizophrenia Research*, 93, 160-168. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.01.014>
- Henderson, A. R. (2011). A substantive theory of recovery from the effects of severe persistent mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(6), 564-573. <https://doi.org/10.1177/0020764010374417>
- Hovland, J. F., Skogvang, B. O., Ness, O., & Langeland, E. (2021). Development of salutogenic coping skills: experiences with daily challenges among young adults suffering from serious mental illness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 16(1), 1879369. <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1879369>
- Höfer FX, Habermeyer E, Mokros A, Lau S, Gairing SK. The impact of legal coercion on the therapeutic relationship in adult schizophrenia patients. *PLoS One* 2015; 10 (4): e0124043. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124043>

- Hsiao CY, Tsai YF (2015) Factors of caregivers burden and family functioning among Taiwanese family caregivers living with schizophrenia. *J Clin Nurs*, 24:1546-1556. <https://doi.org/10.1111/jocn.12745>
- Inchausti, F., García-Poveda, N.V., Ballesteros-Prados, A., Ortuño-Sierra, J., SánchezReales, S., Prado-Abril, J. ve ark. (2017). The effects of metacognition-oriented social skills training on psychosocial outcome in schizophrenia-spectrum disorders: A randomized controlled trial. *Schizophrenia bulletin*, 16, 1-10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29267940>
- Ishii J, Kodaka F, Miyata H, Yamadera W, Seto H, Inamura K, Higuchi H, Tsuruoka Y, Shigeta, M. (2020). Associations between parental bonding during childhood and functional recovery in patients with schizophrenia. *Plos One*; 15 (10): e0240504. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240504>
- Izydorczyk, B. Sitnik-Warchulska, K. Kühn-Dymecka, A.; Lizińczyk, S. Şizofreni Seyrinde Psikolojik İyi Oluşun Yordayıcıları Olarak Dayanıklılık, Tutarlılık Duygusu ve Stresle Başa Çıkma. Çalışma Tasarımı. *Uluslararası J. Çevre. Res. Halk Sağlığı* 2019, 16, 1266. <https://doi.org/10.3390/ijerph16071266>
- İpçi, K., Yildiz, M., İncedere, A., Kiras, F., Esen, D., & Gürcan, M. B. (2020). Subjective recovery in patients with schizophrenia and related factors. *Community mental health journal*, 56, 1180-1187. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00616-5>
- Jagadheesan, K., Das, P., Calleja, V., West, K., Castle, F., Ramsay, C., & Baldwin, M. (2022). Assessment of Psychological Recovery Using STORI-30: A Naturalistic Study in a Recovery-focused Clinical Setting. *Journal of Recovery in Mental Health*, 5(2), 34-41. <https://doi.org/10.33137/jrmh.v5i2.37150>
- Jauhar, S., Johnstone, M., & McKenna, P. J. (2022). Schizophrenia. *Lancet* (London, England), 399(10323), 473-486. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01730-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01730-X)
- Kadakia, A., Catillon, M., Fan, Q., Williams, G. R., Marden, J. R., Anderson, A., Kirson, N., & Dembek, C. (2022). The Economic Burden of Schizophrenia in the United States. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 83(6), 22m14458. <https://doi.org/10.4088/JCP.22m14458>
- Kaplan H., Sadock B.; Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, 8: 375-456 (1998)
- Karakaş, M., & Gürhan, N. (2022). İyileşme Aşamaları Ölçeği'nin Ruhsal Hastalığı Olan

- Bireylerde Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Sağlık Bilimlerinde Değer, 12(2), 292-300. <https://doi.org/10.33631/sabd.1115218>
- Karayumak, B., Tuba, Sarı, Gürhan, N. (2024). Şizofrenide Psikososyal Müdahalelerin Sosyal İşlevsellik Üzerine Etkisi: Bir Meta Analiz Çalışması. Journal on Mathematic, Engineering and Natural Sciences (EJONS), 8(1), 83-93. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10814328>
- Kasperek-Zimowska, B. Chądzyńska, M. (2011). Poczucie Koherencji i Style Radzenia Sobie Ze Stressem Wśród Rodziców Dorosłych Dzieci Z Rozpoznaniem Schizofrenii. Psychiatria Polska, 45 Erişim 12.12.2023. http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_5_2011/643Kasperek_PP5_11.pdf.
- Kavak F, Yılmaz E. The effect of hope on the treatment adherence of schizophrenia patients. Annals of Medical Research 2018, 25(3): 416-9. <https://doi.org/10.5455/annalsmedres.2018.05.092>
- Kinman G. Work stressors, health and sense of coherence in UK Academic Employees. Educ. Psychol.-UK. 2008; 28(7): 823-835. <https://doi.org/10.1080/01443410802366298>
- Kocal Y, Karakuş G, Tamam L. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören şizofreni hastalarının sosyodemografik ve klinik özellikleri. Klinik Psikiyatri Dergisi 2017; 20 (2): 104-113. <https://doi.org/10.5505/kpd.2017.58077>
- Kocal Y., Karakuş G., Damla, S. (2017). Şizofreni: Etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 26(2), 251-267. <https://doi.org/10.17827/aktd.303574>
- Kocal Y., Karakuş G. ve Sert, D. (2017). Şizofreni: Etyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 26(2): 251-267. <https://doi.org/10.17827/aktd.303574>
- Koelen M, Eriksson M, Cattani M. Older people, sense of coherence and community. Handbook of salutogenesis. Cham: Springer; 2017. p. 139. https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6_15
- Korman, N., Stanton, R., Vecchio, A., Chapman, J., Parker, S., Martland, R., ... & Firth, J. (2023). The effect of exercise on global, social, daily living and occupational functioning in people living with schizophrenia: A systematic review and meta-

- analysis. Schizophrenia Research, 256, 98-111.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.04.012>
- Kurowska K, Kaczmrek M. Rola wsparcia i poczucia koherencji w zmaganiu się ze schizofrenią. Psychiatr. Psychol. Klin. 2013; 13(4): 239-249.
- Kylmä J, Juvakka T, Nikkonen M, Korhonen T, Isohanni M. Hope and schizophrenia: an integrative review. J Psychiatr Ment Health Nurs 2006; 13 (6): 651-64.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.01012.x>
- Landsverk, SS ve Kane, CF (1998). Antonovsky'nin tutarlılık duygusu: şizofrenide psikoeğitimin teorik temeli . Ruh Sağlığı Hemşireliğinde Sorunlar , 19 (5), 419-431. 10.1080/016128498248872.
- Langeland E, Riise T, Hanestad BR, Nortvedt M, Kristoffersen K, Wahl AK. (2006). The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems: A randomised controlled trial. Patient Educ. Couns. 62(2): 212-219.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.07.004>
- Langeland E, Riise T, Hanestad BR, Nortvedt M, Kristoffersen K, Wahl AK. The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems: A randomised controlled trial. Patient Educ. Couns. 2006; 62(2): 212-219.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.07.004>
- Langeland, E., & Vinje, H. F. (2022). Applying Salutogenesis in mental healthcare settings. The handbook of salutogenesis, 433-439. https://doi.org/10.1007/978-3-030-79515-3_39
- Langeland, E., & Vinje, H. F. (2022). Applying Salutogenesis in mental healthcare settings. The handbook of salutogenesis, 433-439. https://doi.org/10.1007/978-3-030-79515-3_39
- Langeland, E., Riise, T., Hanestad, B. R., Nortvedt, M. W., Kristoffersen, K., ve Wahl, A. K. (2006). The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems-a randomised controlled trial. Patient Education and Counseling, 62: 212-219. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.07.004>
- Langeland, E.; Wahl, AK; Kristoffersen, K.; Hanestad, BR Başa çıkmayı teşvik etmek: Ruh sağlığı sorunları olan kişilerde salutogenez. Ment'i ilgilendiren konular. Sağlık Hemşireleri. 2007, 28, 275-295.
<https://doi.org/10.1080/01612840601172627>

- Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*. 2011;199:445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Lindstrøm, B., & Erikson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 440-442. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.034777>
- Melle, I., Larsen, T. K., Haahr, U., Friis, S., Johannesen, J. O., Opjordsmoen, S., McGlashan, T. (2008). Prevention of negative symptom psychopathologies in first-episode schizophrenia: Two-year effects of reducing the duration of untreated psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 65(6), 634-640. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.6.634>
- Menzies, V. (2000). Depression in Schizophrenia: Nursing as a Generalized Resistance Resource. *Issues in Mental Health Nursing*, 21: 605-617. Erişim 18.07.2023. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01612840050110308>
- Mitchell, A. J., Vancampfort, D., Sweers, K., van Winkel, R., Yu, W. and De Hert, M. (2011). Prevalence of Metabolic Syndrome and Metabolic Abnormalities in Schizophrenia and Related Disorders-A Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 39(2): 306-318. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr148>
- Novick, D., Haro, J. M., Suarez, D., Vieta, E., & Naber, D. (2009). Recovery in the outpatient setting: 36-month results from the Schizophrenia Outpatients Health Outcomes (SOHO) study. *Schizophrenia Research*, 108(1-3), 223-230. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.11.007>
- Okanli, A., Karakas, S.A., Altun, Ö.S. ve Selvi, Y. (2017). The effect of the social and independent living skills, the community re-entry program application for patients with schizophrenia on their functional remission and drug adherence. *Studies on Ethno-Medicine*, 11(3), 233-238. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09735070.2017.1305229>
- Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O., and Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: A review of the literature. *Psychiatric*

- Rehabilitation Journal, 31(1), 9-22. <https://doi.org/10.2975/31.1.2007.9.22>
- Özdemir, A. (2020). Şizofreni hastalarında bilinçli farkındalık temelli stres azaltma eğitiminin umut, psikolojik iyi oluş ve işlevsel iyileşmeye etkisi. [Yayınlanmamış doktora tezi], İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özdemir, A. A., & Kavak Budak, F. (2022). The effects of mindfulness-based stress reduction training on hope, psychological well-being, and functional recovery in patients with schizophrenia. *Clinical Nursing Research*, 31(2), 183-193. <https://doi.org/10.1177/10547738211039069>
- Özkafacı, A. A., Nalça, N., & Nurhan, E. Şizofreni Tanılı Bireylerle Ebru Sanatı ile Grup Sanat Psikoterapi Sürecinin Anksiyete, Depresyon Ve Şizofrenide İşlevsel İyileşme Düzeyine Etkisi. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 6(12), 9-24.
- Öztürk, M. O., Uluşahin, A. (Eds). (2015). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri. 13. Baskı. 189-245
- Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2020). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. (On Altıncı Baskı), Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Pasadas, C., Manso, F. (2015). Psychoeducation: A strategy for preventing relapse in patients with schizophrenia, *International Journal of Nursing*, 2(1), 89-102. <https://doi.org/10.15640/ijn.v2n1a10>
- Polat S. Şizofreni hastaları ve kardeşlerinde düşünce bozukluğu ve aile işlevleri ile ilişkileri (Uzmanlık Tezi). İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi, 2010.
- Polat, S., & Kutlu, Y. (2021). The effectiveness of illness management and recovery program in patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(2), 162-167. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.01.004>
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P. (2016). Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar. A. Bozkurt (Çev. Ed.). İçinde Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri (300. ss.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Samuel R, Thomas E, Jacob KS (2018) Instrumental activities of daily living dysfunction among people with schizophrenia. *Indian J Psychol Med* 40:134-8. https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_308_17
- Sari, S. P., Agustin, M., Wijayanti, D. Y., Sarjana, W., Afrikhah, U., & Choe, K. (2021). Mediating effect of hope on the relationship between depression and recovery in persons with schizophrenia. *Frontiers in psychiatry*, 12, 627588.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.627588>

- Shattock, L., Berry, K., Degnan, A. ve Edge, D. (2018). Şizofreni ve ilgili psikozları olan kişiler için psikolojik terapide terapötik ittifak: Sistematik bir inceleme. *Klinik Psikoloji ve Psikoterapi*, 25 (1), e60-e85.
- Shrivastava, A., & Sousa, A. D. (2020). Schizophrenia treat-ment outcomes: An evidence-based approach to recovery. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-19847-3>
- Singla, N., Avasthi, A., & Grover, S. (2020). Recovery and its correlates in patients with schizophrenia. *Asian journal of psychiatry*, 52, 102162. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102162>
- Songur E. Çocukluk çağı başlangıçlı şizofreni (Seminer). Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat.2015
- Suárez Álvarez, Ó., Ruiz-Cantero, M. T., Casseti, V., Cofino, R., & Álvarez-Dardet, C. (2022). Salutogenic interventions and health effects: a scoping review of the literature. *Gaceta Sanitaria*, 35, 488-494. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.12.002>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2012). SAMHSA's working definition of recovery. USA. Retrieved from <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/pep12-recdef.pdf>.
- Summakoğlu D, Ertuğrul, B. Şizofreni ve tedavisi. *Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences* 2018; 2 (1): 43-61.
- Summakoğlu, D. ve Ertuğrul, B. (2018). Şizofreni ve Tedavisi. *Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences*, 2(1), 43-61. Erişim 20.07.2023 <http://dergipark.org.tr/en/pub/lectiosc/issue/39038/457696>.
- Şahin, F. ve Şahin-Altun, Ö. (2022) Şizofreni Hastalığında Mutluluk Kavramı. *Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar*, 14(3): 291-298. <https://doi.org/10.18863/pgy.1004519>
- Tong, J., Yu, W., Fan, X., Sun, X., Zhang, J., Zhang, J., Zhang, T. (2021). Impact of group art therapy using traditional Chinese materials on self-efficacy and social function for individuals diagnosed with schizophrenia. *Frontiers in Psychology*, 11, 571124. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.571124>
- Torgalsbøen, A. K., Fu, S., & Czajkowski, N. (2018). Resilience trajec-tories to full

- recovery in first-episode schizophrenia. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 52, 54-60. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.04.007>.
- Townsend, MC. (2016). Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar (Çev. C. Tangül Özcan, N. Gürhan). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri-kanıta dayalı uygulama ve bakım kavramları içinde, Altıncı Baskı, (Çeviri Ed: Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi, 336-345.
- Uysal Toraman, A., & Eren, D. (2021). Salutogenic Model and Use in Elderly Health. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemsirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(3). <https://doi.org/10.46483/deuhfed.814994>
- Van Eck, R. M., Burger, T. J., Vellinga, A., Schirmbeck, F., & de Haan, L. (2018). The relationship between clinical and personal recovery in patients with schizophrenia spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 44(3), 631-642. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx088>
- Van Os, J., Burns, T., Cavallaro, R., Leucht, S., Peuskens, J., Helldin, L., et al. (2006). Standardized remission criteria in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(2), 91-95. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00659.x>
- Veltro, F., Latte, G., Pica, A., Pontarelli, I., Nicchiniello, I., Iannone, C., ... & Zappone, L. (2019). Effectiveness of a new structured psychoeducational, Salutogenetic based approach, in facilitating the recovery of people with severe mental disorders. *Int J Ment Health Psychiatry*, 5, 1.
- Vita, A., & Barlati, S. (2018). Recovery from schizophrenia: Is it possible? *Current Opinion in Psychiatry*, 31(3), 246-255. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000407>
- Vrbova K, Prasko J, Ociskova M, Kamaradova D, Marackova M, Holubova M, et al. Quality of life, self-stigma, and hope in schizophrenia spectrum disorders: a cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. (2017) 13:567-76. doi: 10.2147/NDT.S122483
- Wang, P. S., Wu, S. L. and Ching, H. Y. (2014). The Use of Psychiatric Drugs and Worsening Body Mass Index Among Inpatients with Schizophrenia. *International Clinical Psychopharmacology*, 29(4): 235-238. <https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000027>

- Ward M, Schulz M, Bruland D, Lohr M (2014) A systematic of Antonovsky's sense of coherence scale and its use in studies among nurses: implications for psychiatric and mental nursing. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(2):61-71. <https://doi.org/10.5505/phd.2014.28291>
- Ward, H. B., Beermann, A., Nawaz, U., Halko, M. A., Janes, A. C., Moran, L. V., & Brady, R. O., Jr (2022). Evidence for schizophrenia-specific pathophysiology of nicotine dependence. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 804055. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.804055>
- Whitwell D. The myth of recovery from mental illness. *Psychiatric Bulletin*. 1999; 23(10): 621-2. <https://doi.org/10.1192/pb.23.10.621>
- Witkowska-Łuc, B. (2018). Şizofreni ve tutarlılık duygusu. *Psikiyatr. Pol.*, 52 , 217-226. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/69697>
- World Health Organization. (2022). Schizophrenia. [Online] <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/schizophrenia> [Erişim Tarihi: 25.10.2023].
- Yıldız, E., & Aylaz, R. (2021). How counseling based on acceptance and commitment therapy and supported with motivational interviewing affects the perceptions of treatment motivation in patients diagnosed with schizophrenia: a qualitative study. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 27(5), 390-404. <https://doi.org/10.1177/1078390320945380>
- Yıldız, M. (2018). Şizofreni: Hastalığı Anlamak ve Onunla Yaşamayı Öğrenmek. Kocaeli: Umuttepe Yayınları.
- Yu, D. (2020). Unraveling the Health-Protective Effects of Sense of Coherence in Dementia Caregiving. *Innovation in Aging*, 4(Suppl 1), 355. <https://doi.org/10.1093/geroni/igaa057.1143>
- Yüksel, Ç. T. ve Oflaz, F. (2012). Antipsikotik İlaç Kullanan Bir Grup Yatan Hastada İlaç Yönetimi Eğitiminin Değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2): 67-74.
- Zugravu CA. Sense of coherence and its connections with BMI and weight-related beliefs and attitudes. *Int. J. Collab. Res. Intern. Med. Public Health*. 2012; 4(6): 1131-1140.

EKLER

EK 1. HASTA TANITIM FORMU

1. “Yaşınız
2. Cinsiyetiniz
 - 1) Kadın 2) Erkek
3. Eğitim durumunuz
 - 1) Okur-yazar değil 2) Okur-yazar 3) İlkokul 4) Ortaokul 5) Lise
 - 6) Üniversite 7) Lisansüstü ve üzeri
4. Medeni durumunuz
 - 1) Evli 2) Bekar 3) Eşi ölmüş 4) Diğer
5. Şu an herhangi bir işte çalışıyor musunuz?
 - 1) Evet 2) Hayır
5. Çalışıyorsanız mesleğiniz:
6. Ailenizin gelir durumu nedir?
 - 1) Gelir gidere göre fazla 2) Gelir gidere göre eşit 3) Gelir giderden az
7. Evde kiminle birlikte yaşıyorsunuz?
 - 1) Yalnız 2) Eşi ile 3) Eşi ve çocuklar 4) Diğer aile bireyleri 5) Diğer
8. Hastalığınızın tanı süresi nedir?
9. Hastaneye toplam yatış sayınız nedir?
10. Sigara kullanım durumunuz nedir?
 - 1) Hiç içmedim
 - 2) yıldır kullanıyorum paket/gün
 - 3) yıldır içmiyorum
11. Alkol kullanım durumunuz nedir?
 - 1) Hiç içmedim
 - 2) yıldır kullanıyorum miktar/gün
 - 3) yıldır içmiyorum”

EK 2. BÜTÜNLÜK (TUTARLILIK) DUYGUSU ÖLÇEĞİ (BDÖ)

“Aşağıda hayatınızın belli alanlarına ilişkin sorular sıralanmıştır. Soruların seçeneklerindeki 1 ve 7 rakamları cevabın iki uç noktasını belirlemektedir. Duygunuzu en iyi yansıtan rakamı işaretleyiniz.

1. Çevrenizde olup bitenle ilgilenmediğiniz duygusu taşıyor musunuz?

1	2	3	4	5		6	7
---	---	---	---	---	--	---	---

Çok nadiren veya hiçbir zaman Çok sık

2. Geçmişte iyi tanıdığınızı zannettiğiniz insanların davranışlarına şaşırdığınız oldu mu?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Hiçbir zaman olmadı Hep oldu

3. Güvendiğiniz insanların sizi hayal kırıklığına uğrattığı oldu mu?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Hiçbir zaman olmadı Hep oldu

4. Şimdiye kadar hayatınızın

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Belirgin hedefleri amacı olmadı Belirgin hedefleri amacı oldu

5. Haksızlığa uğradığınız duygusu taşıyor musunuz?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Çok sık Pek nadiren, hiçbir zaman

6. Alışık olmadığınız bir duyguda olup ne yapacağınızı bilmediğiniz duygusu taşıyor musunuz?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Çok sık Pek nadiren, hiçbir zaman

7. Her gün yaptığınız işleri yapmak

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Derin bir zevk ve tatmin kaynağı Acı ve sıkıntı kaynağı

8. Çok karmaşık duygularınız ve fikirleriniz var mı?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Çok sık Pek nadiren, hiçbir zaman

9. Hissetmemeyi tercih ettiğiniz duygulara sahip olduğunuz olur mu?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Çok sık Pek nadiren, hiçbir zaman

10. Birçok insan kuvvetli karakterli olanlar bile bazen belli durumlarda başarısızlık hissi duyarlar. Geçmişte siz ne sıklıkta böyle hissettiniz?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Hiçbir zaman Çok sık

11. Bir şey olduğunda genelde

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Önemini abarttığınızı veya küçümsediğinizi farkedersiniz Olaylara gereken önemi atfedersiniz

12. Gündelik hayatta yaptığınız şeylerin nispeten anlamsız olduğunu ne sıklıkta hissedersiniz?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Çok sık Pek nadiren, hiçbir zaman

13. Ne sıklıkta kontrol edebileceğinizden emin olmadığınız duygularınız olur?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Çok sık Pek nadiren, hiçbir zaman”

EK 3. İYİLEŞME AŞAMALARI ÖLÇEĞİ (İAÖ)

Verilen ifadeleri size uygunluk derecesine göre **0 ile 5 arasında derecelendirip işaretleyin.** Bu cevabı seçerken, geçmişte değil **şimdi** nasıl hissettiğinizi düşünün.

Grup 1 1-5. soruları okuyun ve her ifadeye uygun düşen cevabı daire içine alın.	Şimdi hiç doğru değil Şimdi tamamen doğru					
1- Bu hastalık yüzünden hayatımın mahvolduğunu hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
2- Bu hastalıkla nasıl başa çıkacağımı öğrenmeye başlamak isterim.	0	1	2	3	4	5
3- Hayatımı yeniden düzene koymak için çalışmaya daha yeni başlıyorum.	0	1	2	3	4	5
4- Bana hayatın bir anlamı olduğu duygusunu veren önemli projeler üzerinde çalışıyorum.	0	1	2	3	4	5
5- Hayatım şimdi gerçekten iyi ve gelecek bana aydınlık görünüyor.	0	1	2	3	4	5

Grup 2 6-10. soruları okuyun ve her ifadeye uygun düşen cevabı daire içine alın.	Şimdi hiç doğru değil Şimdi tamamen doğru					
6- Şu anda hasta bir insandan başka hiçbir şey değilmişim gibi hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
7- Başkaları bana inandığı için, 'belki daha iyi olabilirim' diye düşünmeye daha yeni başladım.	0	1	2	3	4	5
8- Hangi konularda iyi ve hangi konularda zayıf olduğumu anlamaya başladım.	0	1	2	3	4	5
9- Bugünlerde, hayatımda kişisel olarak önem verdiğim bazı şeyler üzerinde çalışıyorum.	0	1	2	3	4	5
10- Hayatımda değerli ve doyum veren şeyler başarıyorum.	0	1	2	3	4	5

Grup 3 11-15. soruları okuyun ve her ifadeye uygun düşen cevabı daire içine alın.	Şimdi hiç doğru değil Şimdi tamamen doğru					
11- Artık kim olduğumu bilmiyormuşum gibi hissediyorum.	0	1	2	3	4	5
12- Bu hastalığın hayatımın bir parçası olduğunu, onunla yaşamayı öğrenmem gerektiğini kabul etmeye daha yeni başladım.	0	1	2	3	4	5
13- Kişisel özelliklerimin neler olduğunu düşünmeye başlıyorum.	0	1	2	3	4	5
14- İyileşmek için çaba gösterirken kendim hakkında yeni şeyler öğreniyorum.	0	1	2	3	4	5
15- Bir birey olarak kendimden memnunum.	0	1	2	3	4	5

Grup 4 16-20. soruları okuyun ve her ifadeye uygun düşen cevabı daire içine alın.	Şimdi hiç doğru değil Şimdi tamamen doğru					
16- Hayatım şu anda tamamen anlamsız görünüyor.	0	1	2	3	4	5
17- Hayatımla ilgili bir şeyler yapabileceğimi düşünmeye daha yeni başlıyorum.	0	1	2	3	4	5
18- Hala değerli bir insan olabileceğimin daha yeni farkına varmaya başlıyorum.	0	1	2	3	4	5
19- Hayata değerli katkılar yaptığımı hissetmeye başlıyorum.	0	1	2	3	4	5
20- Hayatta mücadele edeceğim yeni şeylerle karşılaşmayı sabırsızlıkla bekliyorum.	0	1	2	3	4	5

Grup 5 21-25. soruları okuyun ve her ifadeye uygun düşen cevabı daire içine alın.	Şimdi hiç doğru değil Şimdi tamamen doğru					
21- Durumumla ilgili hiçbir şey yapamam.	0	1	2	3	4	5
22- Kendime nasıl iyi bakacağımı öğrenmeye başlamak istiyorum.	0	1	2	3	4	5
23- Hastalığımla yaşamayı öğrenmek konusunda kendime daha çok güvenmeye başlıyorum.	0	1	2	3	4	5
24- Hastalığımla uğraşmak zorunda kalırken hayat hakkında çok şey öğreniyorum.	0	1	2	3	4	5
25- Hastalığımı şu anda gayet iyi yönetebiliyorum.	0	1	2	3	4	5

Grup 6 26-30. soruları okuyun ve her ifadeye uygun düşen cevabı daire içine alın.	Şimdi hiç doğru değil Şimdi tamamen doğru					
26- Şu anda hayatım üzerinde hiç kontrolüm yokmuş gibi görünüyor.	0	1	2	3	4	5
27- Kendime yardım etmek için bir şeyler yapabileceğimi düşünmeye başlıyorum.	0	1	2	3	4	5
28- Ruhsal hastalıklar ve kendime nasıl yardım edebileceğim konusunda öğrenmeye başlıyorum.	0	1	2	3	4	5
29- İyilik halimi korumak için çok çalışıyorum ve uzun vadede buna değercek.	0	1	2	3	4	5
30- Hayatımı kendim kontrol ediyorum.	0	1	2	3	4	5

EK 4. ŞİZOFRENİDE İŞLEVSEL İYİLEŞME ÖLÇEĞİ (ŞİLÖ)

Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ)

Bu ölçeğin amacı şizofreni hastalarındaki işlevsel iyileşmeyi (recovery) değerlendirmektir. Değerlendirme, hem hastanın kendisinden hem de ailesinden alınan bilgiye dayanır. Değerlendirmede sorgulanacak olan zaman zarfı görüşmeden önceki son bir ay olacaktır. Her bir madde hasta görüşmesi ve aile görüşmesi sırasında ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Her bir madde için muhtemel 5 değerlendirme düzeyi vardır. 1. Düzey (yok) en düşük düzeydeki iyileşmeyi belirtirken, 5. Düzey (mükemmel derecede var) "ideal" işlev düzeyine karşılık gelir. 2. Düzey (kısmen var), 3. Düzey (yeterince var) ve 4. Düzey (neredeyse tamamen var) sosyal işleyiş ve kalitesi açısından tartışılacaktır. İki düzey arasında kalırsanız 2. düzey seçilmelidir.) Maddelerin değerlendirilmesinde bir soru örneği: Ev idaresi maddesi Buradaki amaç, bir önceki ay boyunca temizlik ve ev işlerini değerlendirmek için hem hasta hem de ailesiyle çalışmaktır. Bu maddeyi değerlendirmek için şu tür sorular sorulabilir: Evinizde temizliği kim yapar? Çöpü kim dışarı çıkarır? Çamaşırı kim yıkar? Değerlendirmeyi tamamlamak için ek sorular da sorulabilir, örneğin: Son bir ayda haftada kaç kez çöpü dışarı çıkardınız? Kaç kez çamaşır yıkadınız? Kıyafetlerinizi kaç kez yerleştirdiniz?

1. "Sosyal işlevsellik

Sosyal ilişkilerde kendini ortaya koyabilme (Sosyal ortamlarda hastanın kendisini ortaya koyma, kendini ifade edebilme becerisi.)

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

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Sosyal hayata ve / veya bir derneğe katılım (Politik olaylardan haberdar olmak, oy kullanmak, derneklere üye olmak vb.)

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

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

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

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

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

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

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

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

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

1. Yok: Hastanın ailesiyle iletişimi yoktur ve arkadaşı yoktur.
2. Kısmen var: Hastanın ailesi ve arkadaşlarıyla nadir ve/veya pasif iletişimi vardır ve ilişkileri yüzeysel ve/veya düşük niteliklidir (agresif).

3. Yeterince var: Hastanın ailesi ve arkadaşlarıyla iletişimi vardır. İletişim düzensiz ve/veya seyrek. İyi nitelikli olabilen bazı ilişkilere kısmen dâhil olurlar.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta aile üyeleri ve arkadaşlarıyla ilişkilerini sürdürür ve bu ilişkilerde bazen inisiyatif alır.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın aile üyeleri ve arkadaşlarıyla iyi nitelikli ilişkileri vardır. İletişim sıklıkla kurulur ve genellikle hasta iletişim kurma girişiminde bulunur.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Yaşam için gerekli olan sosyal çevre (mağazalar, hizmetler, komşular...): uyumlu sosyal entegrasyon için gerekli olan ilişkiler

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

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

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

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

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

2. Sağlık ve Tedavi Hastalığın ve tedavinin idaresi (Hastalıklarını, belirtilerini, tedavi programlarını, nüksetme işaretlerini bilme ve tedaviye uyum.)

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

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Sağlık İdaresi (Sağlığını korumak için gerekli önlemleri almak.)

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

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Empati ve başkalarına yardım

1. Yok: Hasta etrafındaki kişilere dikkat etmez ve başkalarıyla ilgilenmez.
2. Kısmen var: Hastanın etrafındaki kişilere karşı dikkati çok azdır ve hasta başkalarının sorunlarıyla ilgilenmez.
3. Yeterince var: Hasta etrafındaki kişilere ilgi gösterir ancak bu kişilerin sorunlarına karışmaz.

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

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

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Tedavinin yan etkilerini idare etme (Tedavinin yan etkilerini bilme, tanıma ve bu etkilerle başa çıkma becerisi.)

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

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

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

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

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

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

3. Günlük Yaşam Becerileri Biyolojik ritimlere uyum (hastanın uyanma/uyku, yemek saatleri gibi biyolojik ritimlere uyumu)

1. Yok: Hastanın yaşamla ilgili alışkanlıkları kesinlikle düzensizdir.

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

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

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

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

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

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

1. Yok: Hasta kendiliğinden tek başına alış-verişe çıkmaz ve yalnız yaşıyorsa kendi yemeğini hazırlamaz; ailesiyle ya da bir bakım evinde yaşıyorsa yemek saatlerine uymaz.

2. Kısmen var: Hasta nadiren yemek alış-verişine veya yemek hazırlığına dâhil olur. Yalnızca, ondan uyulması istenirse yemek saatlerine uyar.

3. Yeterince var: Hasta kendi yemeğini öyle ya da böyle yeterli biçimde hazırlar ancak yemek kalitesi ve düzeni yetersizdir.

4. Neredeyse tamamen var: Hasta kendi yemeğini sağlamak konusunda görece kendine yeterlidir. Besin kalitesi ve yemek düzeni çoğu zaman yeterlidir.

5. Mükemmel derecede var: Hasta yemeğini hazırlamak konusunda kendine yeter. Besin kalitesi ve yemek düzeni yeterlidir.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

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

1. Yok: Hasta olağan harcamalarını kontrol edemez ve tüm idari işlerde dışarıdan yardıma ihtiyaç duyar.

2. Kısmen var: Hasta günlük harcamalarını idare edebilir ama bütçe ve çoğu idari iş konusunda yardıma ihtiyaç duyar.

3. Yeterince var: Hasta kendi kişisel bütçesini ayarlayabilir. Tek başına faturalarını ödeyebilir ve harcamalarını ve giderlerini kontrol edebilir.

4. Neredeyse tamamen var: Hasta tüm faturaları ve idari işleri kendi başına halledebilir. Hasta tüm haklarından ve mal varlığından haberdar değildir.

5. Mükemmel derecede var: Hasta tüm faturalarını ve idari işlemleri kendi başına halledebilir. Hasta haklarından ve mal varlığından haberdardır.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Kişisel görünüm ve bakım (görünüş, kişisel hijyen, kıyafetlerin temizliği) Daha önceki alışkanlıklar ve sosyal-kültürel ortamla kıyaslanarak değerlendirilecektir.

1. Yok: Hasta kirli ve dağınıktır, kokmaktadır. Görünüşünü ve bakımını ihmal eder. Birbirleriyle uyumsuz ve uygun olmayan kıyafetler giyer.

2. Kısmen var: Hastanın görünüşü ve/veya bakımı vasatın altındadır. Görünüşü oldukça ihmal edilmiştir ve kıyafetleri birbirleriyle uyumsuz olabilir veya uygun olmayabilir.

3. Yeterince var: Uygun bir bakım düzeyini sürdürmekte zorluk yaşıyor gibi görünmesine rağmen hastanın görünüşünde sadece hafifçe bir ihmal vardır.

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

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

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Agresif, saldırgan veya anti sosyal davranışın kontrolü (agresif davranış ve/veya kanunların ve toplum hayatının kurallarının hiçe sayılması)

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

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

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

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

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

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Strese ve beklenmeyen durumlara uyum sağlama (Uyabilme becerisi, duygusal kontrol, başa çıkma mekanizmaları)

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

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

3. Yeterince var: Hasta stresle başa çıkabilir ancak sorunlar tekrarladığında yada ciddi bir hal aldığında bunalır.

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

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

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

4. Mesleki İşlevsellik Ev işi etkinlikleri (Ev idaresi ile ilgili işler; toparlama, çamaşır, bulaşık, temizlik, çöpü dışarı çıkarma, genel bakım, mobilyanın durumu vb.)

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

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

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

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

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

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

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

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

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

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

4. Neredeyse tamamen var: Hasta çalışır yada okula gider. Entegrasyonu için çaba gerekir veya araya kısa aralıklar girer.

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

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

EK 5. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmacının Açıklaması

Doktora tezi amacıyla bir bilimsel araştırma yapmayı planlamaktayız. Yapılması planlan araştırmanın ismi “Salutogenez Modeline Dayalı Danışmanlık Eğitiminin Şizofreni Hastalarında Bütünlük Duygusu, İyileşme ve İşlevsellğe Etkisi ” dir. Araştırma uzman hemşire Büşra Karayumak öncülüğünde ve Prof. Dr. Nermin Gürhan’ın danışmanlığında gerçekleştirilecektir.Şizofreni tanısı konan veya şizoaffektif bozukluk nedeniyle klinik takibi yapılan hastalar üzerinde uygulanacak olan bu çalışmaya tıbbi durumunuz bu koşullara uyduğu için sizi de davet ediyoruz.Ancak hemen belirtilmelidir ki araştırmaya katılıp katılmamak gönüllülük esasına dayalıdır.Bu bilimsel çalışmaya katılma kararını tamamen hür iradeniz ile ver melisiniz. Bu kararı verirken hiç kimse tarafından size telkin ve baskıda bulunulamaz. Kararınızdan önce söz konusu bilimsel araştırma ve bu araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda yapılacak işlemler hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra bu bilimsel araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bilimsel çalışma hakkında bilgiler

Araştırmaya davet edilmenizden nedeni, 18-65 yaş aralığında, şizofreni veya şizoaffektif bozukluk tanısı konmuş bir birey olmanızdır. Bu araştırma Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi işbirliği ile gerçekleştirilecektir. Bu araştırmada araştırılacak olan salutogenez modeli dayalı verilen danışmanlık eğitiminin şizofreni hastalarında bütünlük duygusu, iyileşme ve işlevsellğe etkisidir. Salutogenez temelli yaklaşımda ulaşmak istediğimiz odak nokta, kişinin kapasitesine dikkat çekmek ve adaptasyonu aktive etme yeteneğini artırarak zorlu durumlara karşı yaratıcı çözümlerle günlük hayatta bütünlük duygusunu geliştirmektir. Ayrıca çalışmada bireylerin semptom ve problemlerle baş etme hakkında konuşmasının, bireyin umutlarını geliştireceğini, yeteneklerini ve becerilerini destekleyeceğini, benlik saygısını yükselteceğini, iyileşmelerinin artıracığını, işlevselliklerini artıracığını ve bütünlük duygusuna katkıda bulunacağını literatürdeki yapılan çalışmalarla görmekte ve hedeflemekteyiz. Bu amaçla tasarlanan bu proje bireylerde olumlu bir kimlik oluşturmak için bireyin aktif çalışmasını, dayanıklılığı, güçlü ve zayıf yanlarını ve olumlu benlik algısı gibi özelliklerini değerlendirmek gibi birçok farklı konuda bilgi sağlama amaçlı uygulanacaktır.

Çalışma kapsamında bilinmesi gereken durumlar ve araştırmacılar ile gönüllülerin uyması gereken kurallar

Araştırmaya katılmanız durumunda;

- 1.Sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.
- 2.Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır.
- 3.Hemşire ile aranızda kalması gereken size ait bilgilerin gizliliğine büyük özen ve saygı gösterilecektir.
- 4.Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgileriniz çok büyük bir hassasiyetle korunacaktır.
- 5.Çalışma sırasında meydana gelebilecek sağlınız ile ilgili ve diğer olumsuzlukların sorumluluğu araştırmacılara aittir.
- 6.Gönüllü olarak katıldığınız çalışmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılabilirsiniz. Ancak ayrılmadan önce araştırmacılara bu durumu bildirmeniz önemlidir.
- 7.Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz durumunda tedavinizde ve klinik izlemlerinizde hiçbir değişiklik olmayacak, her zaman olduğu gibi aynı özen ve ihtimam ile hastalığınızın tedavisi sürdürülecektir.

Katılımcının (Gönüllü) / Hastanın Beyanı

Sayın bilim uzmanı Büşra Karayumak tarafından, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı işbirliği ile bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam, hemşire ile aramda kalması gereken, bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı gösterileceği, araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı kesin ve net bir şekilde belirtilmiştir. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Benden herhangi bir ücret talep edilmeyeceği ve bana da herhangi bir ödeme yapılmayacağı net ve kesin bir şekilde ifade edilmiştir. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğum bildirilmiştir. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını da bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim. İster doğrudan, ister dolaylı olsun, araştırma sürecinde araştırma ile ilgili ortaya çıkabilecek sağlık durumuyla ilgili olumsuzluklarda sorumluluk araştırmacılara ait olup parasal bir yük altına girmeyeceğim. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; günün herhangi bir saatinde bilim uzmanı Büşra Karayumak’a---- numaralı telefonlardan ulaşarak danışabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı herhangi bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hemşire ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (gönüllü) olarak yer alma kararını tamamen hür iradem ile almış bulunuyorum. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcı (Gönüllü)
imza

Görüşme Tanığı
imza

Katılımcı ile Görüşen Araştırmacı
imza

EK 6. ETİK KURUL

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Salutogenez Modeline Dayalı Danışmanlık Eğitiminin Şizofreni Hastalarında Bütünlük Duygusu, İyileşme ve İşlevselliğe Etkisi			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	23-KAEK-003			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr. Nermin GÜRHAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
FAZ 4		☐			
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	☐			
	Yüksek Doz Araştırması	☐			
	Diğer ise belirtiniz	☒ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	29.12.2022	23-KAEK-003	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	29.12.2022	23-KAEK-003	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	ANKET FORMU	29.12.2022	22-KAEK-003	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐			
	SIGORTA	☐			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐			
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐			
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	☐			
	İLAN	☐			
	YILLIK BİLDİRİM	☐			
	SONUÇ RAPORU	☐			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐			
DİĞER:	☐				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 01-03	Tarih: 05.01.2023			
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.				

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Dr. Öğretim Üyesi Muzaffer KATAR

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Doç.Dr. Muzaffer KATAR	Tıbbi Biyokimya	TOGÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Bülent SARAÇ	Tıbbi Farmakoloji	Cumhuriyet Üniv. Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr. Mehmet ESEN	Acil Tıp	TOGÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr. Bülent KOCA	Genel Cerrahi	TOGÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğretim Üyesi Tuba KASAP	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	TOGÜ Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğretim Üyesi Zeynep ACUNGİL	Tıbbi Fizyoloji	TOGÜ Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Dr. Öğretim Üyesi Esengül ŞEN	Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi	TOGÜ Diş Hekimliği Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğretim Üyesi Osman DEMİR	Biyoistatistik	TOGÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğretim Üyesi Umut BAKKALOĞLU	Fizyoloji	TOGÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğretim Üyesi Nihan BOZKURT	Tıbbi Biyoloji	TOGÜ Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Uzman Dr. Tuncay YİĞİT	Üroloji	Tokat Devlet Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Osman Atıf ÖZMEN	Eczacı	Kurum Dışı	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Avukat Tuna DAŞIRAN	Hukukçu	TOGÜ Rektörlüğü	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Ali BAL	Öğretmen	Tokat İl Millî Eğitim Müdürlüğü	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

* : Toplantıda Bulunma

EK 7. KURUM İZNİ

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL SAĞLIK BAŞKAN YARDIMCI 2
İSTANBUL EĞİTİM VE TERCİH BİRİMİ
1993/01/14/57 E-15916306-604.01.01-223383414
223383414

Sayı : E-15916306-604.01.01-223383414
Konu : Büşra KARAYUMAK'ın Anket İzni hk

01.09.2023

ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : a) 05.07.2023 tarihli ve 56314351-044.06.01-E.311085 sayılı yazı.
b) 28.07.2023 tarihli ve E-32900231-604.01.01-220899803 sayılı yazınız.
c) 08.08.2023 tarihli ve E-32900231-604.01.01-221640457 sayılı yazınız.

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Rektörlüğünün İlgi (a) sayılı yazısı ile Üniversitenin Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı doktora programı öğrencisi Büşra KARAYUMAK'ın, Prof. Dr. Nermin GÜRHAN danışmanlığında hazırlamış olduğu "*Salutogenez Modeline Dayalı Danışmanlık Eğitiminin Şizofreni Hastalarında Bütünlük Duygusu, İyileşme ve İşlevsellik Etkisi*" isimli doktora tez çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı kurumda yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, hastanenizin ilgi (b) ve (c) sayılı görüşüne istinaden Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonunun 15.08.2023 tarih ve 2023/12 sayılı kararına uygun görülmüştür.

Çalışmanın Hastanenizin uygun gördüğü zaman diliminde (başvuru dosyasında belirtilen aralık gözeticilerle) sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması ve çalışma bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda; Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uzm. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: 31867CB7-09B2-4E03-A1A1-2FF3FEA01F05
Belge doğrulama adresi: <https://www.gov.tr/e-imza>

Telefon No: 0212 292 12 12
E-posta: iletisim@sebil.org.tr
Adresi: www.sebil.org.tr

Bilgi için: Nuray TÜRKOĞLU
Hemşire
Telefon No: 0212 292 12 12

EK 8. SALUTOGENEZ MODELİNE DAYALI DANIŞMANLIK EĞİTİMİ İÇERİĞİ

1.OTURUM
1.Grup Oturumu Başlığı: "Güçlü Yanlarımızla İyileşme Yolculuğuna Hoş geldiniz"
Amaç: ✓ Tanışma ✓ Program amaçlarını ve sürecini tanıtmak, grup bilinci oluşturmak ✓ Üyelerin programdan beklentilerini öğrenmek.
Hedef: ✓ 1. Grup üyelerinin birbiriyle ve araştırmacı ile tanışması ✓ 2. Eğitim/danışmanlık programının tanıtılması, işleyişinin açıklanması ✓ 3. Üyelerin süreçten beklentilerinin ifade edilmesi ✓ 4. Üyelerin grup sürecindeki sorumluluklarının belirlenmesi. ✓ 5. Ön testlerin uygulanması
Eğitim Yöntemi-İçerik
<i>Anlatım, soru-cevap, tartışma</i> ✓ 1. Gruba katılım sağlayan bireylere toplantı odasında yuvarlak oluşturacak şekilde oturum düzeni sağlanır. ✓ 2. Grup lideri kendisini tanıtır. ✓ 3. Hem bir ısınma egzersizi olması, hem de kendi özelliklerini tanımayla ilgili farkındalık sağlamak için katılımcıların kendilerini isimlerini söyleyerek kendilerini tanıştırmaları ve kendilerini en iyi tanıtan bir özelliklerini açıklamaları istenir. Örn: Ben ..., beni en iyi anlatan özelliğim yardımsever olmam. Böylece herkes birbirini tanıyacak ve benzer özelliklerini görebilecektir. ✓ 4. Grup danışmanlığı sürecinin amacı, yapılacaklar hakkında gruba katılan bireylere bilgi verilir. ✓ 5. Grubun etkin bir şekilde yürütülebilmesi için oturumlarda dikkat edilmesi gereken ilkeler, sorumluluklar grup üyeleri ile birlikte belirlenir. Bu ilkeler yazılı hale getirilerek diğer oturumlarda da herkesin görebileceği bir yere poster olarak asılır. ✓ 6. Katılımcıların bu grup danışmanlığı müdahalesinden beklentilerini sözel

olarak paylaşmaları istenir.

✓ 7. Katılımcılara danışmanlık eğitimine katılmalarının kişinin günlük yaşamında karşılaştığı problemlerle nasıl başa çıkacağıyla ilgili ipuçları ve pratik uygulamalar öğrenmesine yardımcı olacağı ve grupta öğrendiği şeyleri günlük yaşamına aktarabileceği bilgisi verilir.

✓ 8. Katılımcıların araştırmada kullanılacak olan kişisel bilgi formu, bütünlük duygusu ölçeği, şizofrenide işlevsel iyileşme ölçeği, iyileşme aşamaları ölçeğini doldurmaları için süre verilir.

✓ 9. Katılımcılara oryantasyon sağlamak adına tüm oturumların oturum numarası, konusu, toplantı tarihlerinin ve saatlerinin yazılı olduğu “Grup Danışmanlık Eğitimi Oturum Planı” verilir.

✓ 10. Oturum özetlenir. Katılımcıların oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınır.

✓ 11. Bir sonraki oturumun konusu hakkında bilgi verilerek oturum sonlandırılır.

2.OTURUM

2.Grup Oturumu Başlığı: " Hastalık Deneyimi: Kişisel Anlam ve İçsel Keşif "

Amaç:

✓ Anlaşılabilirliği artırmak için bilişsel farkındalığı tanıtmak ve katılımcıların düşünce süreçlerini anlamalarına yardımcı olmak.

Hedef:

- ✓ 1. Bilişsel farkındalık kavramının anlaşılması,
- ✓ 2. Düşünce süreçlerini gözlemleme yeteneğinin geliştirilmesi,
- ✓ 3. Bireyin hastalık deneyiminin kendisi için ne anlama geldiğini açıklaması

Eğitim Yöntemi-İçerik

Duyguları ve fikirleri paylaşma- beyin fırtınası

✓ 1. Katılımcılara bir önceki oturumdan bu yana neler yaşadıkları ve paylaşmak istedikleri bir şey var mı sorulur ve açıklamaları beklenir

✓ 2. Oturum gündemi söylenir ve bir önceki oturumda konuştukları grup kuralları özetlenir.

✓ 3. Katılımcılara derin solunum egzersizi yoluyla gevşeme öğretilir. Derin solunum egzersizi şöyle yapılır. Her bir katılımcı elini kosta'larının altına koyar, burnundan derin bir nefes alır, içinden bu esnada 5' e kadar sayar, sonra nefesini yavaş yavaş ağzını da büzerek (ısıklık çalar gibi) verir. İçinden 10'a kadar saydıktan sonra aynı işlemi tekrarlar. Bunu her bir katılımcının üç kez yapması istenir.

✓ 4. Gündem konusuna yönelik olarak görüşme soruları sorularak devam edilir.

-Hastalığınızı ilk nasıl öğrendiniz?

-Hastalığınızı ilk öğrendiğinizde neler yaşadınız?

-Hastalığınızı ilk öğrendiğinizde o an ne hissettiniz?

-Hastalığınızı ilk öğrendiğinizde o an neler yaptınız?

-Şizofren sözcüğü ve bu tanıyı almak sizin için neyi ifade ediyor?

-Şizofren tanısıyla yaşamak sizin için nasıl bir deneyim?

✓ Katılımcıların aşağıda verilen boşluğu doldurarak cümle kurlmaları beklendi.

“Hastalıktan önce yaşam benim için.....iken, hastalıktan sonra yaşamım oldu.

Burada amaç kişinin yaşadığı gerilimle ilgili yaşantısına uygun, açık ve biçimlendirilmiş bir şekilde stresörü deneyimleyip algıladığı anı fark ettirmektir.

✓ Şizofreni hastalığının tam olarak anlatılması ve hastaların anlamasının sağlanması kolay bir süreç olmamaktadır. Hastalığı öğrenmek tedavinin en önemli kısmıdır. Hastalar, bu durum iyi ifade edilebildiğinde ve uyum sağlanabildiğinde yaşadıklarının “beklenebilir” ve “açıklanabilir” olduğunu anlayabilecekler ve onunla başa çıkmaya başlayacaklardır.

✓ Katılımcılara hastalıktan dolayı olabilecek düşünce süreçlerindeki bozukluklarla ilgili aşağıdaki bilgilendirme yapılır;

“Şizofreni; sanrılar, varsanılar, sosyal işlev bozukluğu ile karakterize düşünce, algı, duygu ve davranış bozukluklarının eşlik ettiği bir bozukluktur. Düşünce ve algı bozukluğu kişinin algılama ve mantık yürütme becerilerini bozacağı için sosyal etkileşimler sırasında gerekli olan kişiler arası iletişim becerilerini de etkileyebilmektedir. İletişim içinde olduğumuz kişinin zihninden geçenlere ilişkin varsayım oluşturabilme yetisi kişilerarası ilişkilerde kritiktir ve şizofrenide bu beceride bozulmalar olmaktadır. Hastalık her kişide farklı seyir etmektedir. Genel anlamda düzelme ve alevlenmelerle sürer. Arlardaki iyilik halleri değişken olabilir. Olumsuz

yaşam deneyimleri alevlenmelere neden olabilmektedir. Bu yüzden aile ve sosyal çevreyle etkileşim hastalığın iyi gitmesine yardımcı olmaktadır. Destek önemlidir. Hastalık iyileşebilir fakat tamamen ortadan kalkmaz. İyilik halinin devamlılığı için ilaçlarımızı düzenli kullanmak bunu sürdürmek son derece önemlidir.”

✓ Katılımcıların süreç içerisinde deneyimledikleri sanrı, varsanı durumlarını paylaşımları sağlanır.

✓ Üyelerle hekim hasta canlandırması yapılır. Grup lideri hasta rolüyle üyeye hastalıkla ilgili soru sorar (niye yatıyorum, hastalığım ne...)ve üyenin cevaplamaı istenir. Böylece bilişsel anlaşılrlık tespit edilir. Katılımcıların canlandırmayı değerlendirmesi sağlanır.

✓ 5. Oturum özetlenir.

✓ 6. Katılımcıların bir sonraki oturuma kadar kendi rahatsızlığınıza neden olduğunu düşündüğü etmenleri, gösterdiği tepki ve baş etme yöntemini kaydetmesi istendi. Burada amaç bireyin durumunu dikkate alarak çıkış yolu bulmasını sağlamak.

✓ Karşılaştığım stresörler:

✓ Baş etme yöntemim:

✓ 7. Üyelerin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınır ve oturum sonlandırılır.

3.OTURUM

3.Grup Oturumu Başlığı: " İyi İletişim Becerileriyle Günlük Yaşamda Gelişim"

Amaç:

✓ Grup üyelerinin iyi iletişim becerilerinin önemini kavrayarak, günlük yaşam becerilerini geliştirmelerine yardımcı olmak.

Hedef:

✓ 1. Üyeler ile etkili iletişim kurulması,

✓ 2. Kişilerarası ilişkilerin geliştirilmesi

Eğitim Yöntemi-İçerik

Duyguları ve fikirleri paylaşma- beyin fırtınası

- ✓ 1. Katılımcılara eğitime başlamadan önce nasıl oldukları, nasıl hissettikleri ve anlatmak istedikleri bir durum olup olmadığı sorulur.
- ✓ 2. Grup üyelerine bir önceki eğitimde akıllarına takılan bir konu olup olmadığı sorulur.
- ✓ 3. Bir önceki eğitimin ev ödevi kontrol edilir üzerinde konuşulur, önceki oturumun kısa bir özeti yapılır ve bu hafta yapılacak eğitimin içeriği kısaca anlatılır.
- ✓ 4. Katılımcılara iletişim becerileri hakkında bilgi verileceği ve bu konudaki edinimleriyle sosyal ilişkilerinde gelişme yaşayacakları söylenir.
- ✓ 5. Kişilerarası ilişkileri geliştirmeye yönelik iletişim becerilerinin önemine yönelik aşağıdaki bilgilendirme konuşması yapılır;

“Günlük yaşantımızda isteklerimizi iletebilmek ve karşılık bulmasını sağlamak için iletişim ve etkileşim oldukça önemlidir. Uygun iletişim becerileri kullanıldığında istenen hedeflere ulaşılabilir. İletişimde öncelikli amacımız yalnızca konuşmuş olmak değil aynı zamanda anlaşılmasıdır da. İyi anlaşılma için duyguların da ifade edilmesi yahut belli edilmesi gereklidir. İletişimde duygusal içeriğin önemi üzerinde durulmalıdır. İlişkilerin sorunsuz yaşanması ve hedeflere daha kolay ulaşmak için en önemli araç iletişimdir. İletişimin sözel ve bedensel yanları vardır. Bu nedenle sözlerin doğru iletilmesinin önemi kadar davranışların da içeriğe uygun sergilenmesi gerekir. Böylece sözlerin gücünü artırır. Karşınızdaki insani dinlediğinizi, ona ilgi gösterdiğinizi, dikkatinizin onda olduğunu hissettirmelisiniz. Bunu da iyi bir göz teması, uygun duruş, ses tonu, jest ve mimikler aracılığıyla yapabilirsiniz. Bu alanlardaki uygunsuzluklar karşıdaki kişide olumsuz algı ve duygulara neden olur. Sonuçta iletişim hedefine ulaşmamış olur. Yüz ifadeleri önemlidir. Yüzdeki gülümseme ve duygusal ifadeler konuşulan konuya ilgiyi artırır. Uygun şekilde gülümseyen bir yüz ifadesinin karşıdaki kişide etkisi son derece olumlu olur. Jest ve mimiklerle sözleri desteklemek de önemlidir.”

- ✓ 6. Etkili iletişim öğelerinin neler olabileceği beyin fırtınası yoluyla tartışılır ve cevaplar tahtaya yazılır.

Etkili iletişim öğeleri

- Dinlemek
- Uygun mesafe

- Uygun akıcı ses tonu
- Beden diliyle anlatıcıya dönük olmak
- Anlaşılır konuşmak
- Duyguları sözel ve yüz ifadesiyle anlatabilmek

- ✓ 7. Katılımcılarla günlük hayatta karşılaştıkları iletişim güçlükleri hakkında konuşulur. Kendilerini rahat ve iyi hissetmek için güçlüklerle nasıl baş ettikleri sorulur.
- ✓ 8. İletişimde isteklerini gerçekleştirmek için neye ihtiyaçlarının olduğu sorulur? Burada amaç kişinin isteklerini gerçekleştirmek için faaliyete geçebilecek bilgi donanımında olma bilinci sağlamak.
- ✓ 9. Canlandırma oyunu oynanır. Birbirini uzun zamandır görmeyen iki arkadaş rolü canlandıracak iki katılımcı seçilir. Doğaçlama bir muhabbet kurmaları istenir ve sonra vedalaşarak ayrılmaları istenir. Burada katılımcıların kullandıkları iletişim öğeleri diğer katılımcılarla değerlendirilir. Tahtaya yazılan etkili iletişim yollarına bakarak da konuşmalarını düzenleyebilecekleri hatırlatılır. Başarıları vurgulanır. Eleştirilerin yönünü olumluya çevirerek düzeltilebilir. Örn: "A: B Çok bağılıyor, rahatsız edici "şeklindeki eleştiriyi B'ye A senin ses tonunu ayarladığında daha etkili bir iletişim gerçekleştireceğini söylemek istiyor şeklinde yeniden inşa edebiliriz.
- ✓ 5. Oturum özetlenir.
- ✓ 6. Katılımcıların bir sonraki oturuma kadar bakım vericileriyle olan ilişkilerinde oluşan zor durumlarda nasıl iletişim kurdukları ve baş ettiklerinin düşünülmesi ev ödevi verilir. Buradaki amaç ilişkilerinde kişisel yeteneklerini fark edebilmelerini sağlamak.
- ✓ 7. Üyelerin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınır ve oturum sonlandırılır.

4.OTURUM

4.Grup Oturumu Başlığı: " Problem Çözme ve Baş Etme Becerilerini Artırma Yolculuğu"

Amaç:

- ✓ Problem çözme, baş etme becerilerini artırmak.

Hedef:

- ✓ 1. Problemi tanımayı öğrenmesi,

✓	2. Günlük sorunlarla başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi
✓	3. Problem çözme süreçlerinin öğretilmesi
✓	4. Olumsuz düşünce kalıplarının değiştirilmesi
Eğitim Yöntemi-İçerik	
<i>Deneyimler hakkında konuşma-grup tartışması</i>	
✓	1. Katılımcılara eğitime başlamadan önce nasıl oldukları, nasıl hissettikleri ve anlatmak istedikleri bir durum olup olmadığı sorulur.
✓	2. Grup üyelerine bir önceki eğitimde akıllarına takılan bir konu olup olmadığı sorulur.
✓	3. Bir önceki eğitimin ev ödevi kontrol edilir üzerinde konuşulur, önceki oturumun kısa bir özeti yapılır ve bu hafta yapılacak eğitimin içeriği kısaca anlatılır.
✓	4. Katılımcılara problem çözme, baş etme becerilerini artırmaya yönelik bilgi verileceği ve bu konudaki edinimleriyle problem çözme baş etme süreçlerinde gelişme yaşayacakları söylenir.
✓	5. Bütünlük duygusu alt başlığı yönetilebilirlikle hedeflenen, bireyde belirli bir uyaranın ortaya çıkardığı durumla başa çıkabilecek yeterli iç ve dış kaynakların mevcut olduğu duygusunu anlatmaktır. Bu gruba katılım, kişinin günlük yaşamında karşılaştığı problemlerle nasıl başa çıkacağıyla ilgili ipuçları ve pratik uygulamalar öğrenmesine yardımcı olacaktır. Kişi grupta öğrendiği şeyleri günlük yaşamına, daha önce deneyimi olan birisinden öğrendiği için, kolayca aktarabilecektir.
✓	6. Problem çözme, baş etme becerilerini artırmaya yönelik iletişim becerilerinin önemi hakkında aşağıdaki bilgilendirme konuşması yapılır; “Hayatın herhangi bir anında problemlerle karşılaşmak olasıdır. Hayatta problemsiz insan ve problemsiz gün yok gibidir. Önemli olan onların varlığı değil, onlar karşısında takınılan tutumdur. Problemler karşısında etkin tutum takınmak, çözüm yollarını bulmaya odaklanmak genelde onların üstesinden gelmeyi sağlar. Kişi hem şimdi hem de sonrası için rahatlamış olur. Hedefe ulaşmamızı engelleyecek her durum bizim için problem olarak değerlendirilir. İnsanlık ve ülke sorunları da elbette önemlidir fakat bizim için öncelik taşıyan, bizim açımızdan anlamlı olan kişisel sorunlardır. Kimi engeller beklendik kimileri de beklenmedik zamanlarda karşımıza çıkabilir. Hastalandığımızda yakınımızdan ya da arkadaşımızdan yardım istemekte ve doktora

gideriz. Verilen ilaçları kullanarak iyileşmekteyiz. İlaç yan etkisi olduğunda doktora bildirmekte ve çözüm aramaktayız. Bunları başarmak için özel dersler almadık. Yaşam içinde kendiliğinden öğrenme ile sorun çözme becerilerimiz gelişti. Fakat şimdi bazı sorunları çözerken zorlanabiliyoruz. Sorun çözme becerimizi yeniden kazanmak için alıştırmalar yapmamız gerekecek.”

✓ 7. Katılımcıların günlük hayatta sıklıkla karşılaştıkları sorunlardan örnek vermeleri istenir. Bu konudaki deneyimlerinin tek tek paylaşılması sağlanır.

✓ 8. Problem çözme basamakları tablosu tahtaya yazılarak öğretilir.

- 1-Problem nedir, problemi tanımlayın.
- 2-Problemin çözüm yolları neler olabilir?
- 3-Çözüm yollarını zararlı, yararlı olarak ayırt et.
- 4-Yararlı ya da zararlı olan seçenektan birini seç.
- 5-Seçtiğinle alakalı hangi kaynaklara gereksinim olacak bunu nasıl temin edeceksin?
- 6-Çözümü uygulamak için belirli bir vakit belirle ve uygula.
- 7-Ortaya çıkan sonucu değerlendir.

✓ 9.Katılımcılarla canlandırma oyunu oynanır. Bir problem belirlenir ve beyin fırtınasıyla problemle baş etme yolları geliştirilir. Örn: TRSM’de düzenlenen eğitime düzenli katılım sağlayan ve buna önem veren hasta yetişmek için her zamanki bindiği otobüsü kaçırdı. Ne yapacak? Problem çözme aşamalarına göre tartışılır. Problem çözmeye en önemli şeyin çözümü uygulamak olduğu konuşulur. Katılımcılar verdikleri cevaplar için tebrik edilir.

✓ 5. Oturum özetlenir.

✓ 6. Katılımcılara bir sonraki oturuma kadar geçen sürede var olan bir problemi nasıl ve hangi aşamaları kullanarak çözüme kavuşturduklarını düşünmek üzere ev ödevi verilir. Buradaki amaç baş etme becerilerinin güçlendirilmesi, zorluklara karşı plan program yapabilme ve durumu yönetme becerisi kazandırmaktır.

✓ 7. Üyelerin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınır ve oturum sonlandırılır.

5.OTURUM
5.Grup Oturumu Başlığı: " Aktif Yaşam: İşlevsel Günlük Aktivitelerde Bulunmayı Teşvik "
Amaç: ✓ Katılımcıların işlevsel günlük aktivitelerde bulunmalarını teşvik etmek.
Hedef: ✓ 1. Bağımsızlık ve kendine güvenin artırılması ✓ 2. Toplumsal katılımın artırılması ✓ 3. Sosyal izolasyonun azaltılarak günlük sorumlulukların üstesinden gelmelerinin sağlanması
Eğitim Yöntemi-İçerik
<i>Deneyimler hakkında konuşma-grup tartışması</i> ✓ 1. Katılımcılara eğitime başlamadan önce nasıl oldukları, nasıl hissettikleri ve anlatmak istedikleri bir durum olup olmadığı sorulur. ✓ 2. Grup üyelerine bir önceki eğitimde akıllarına takılan bir konu olup olmadığı sorulur. ✓ 3. Bir önceki eğitimin ev ödevi kontrol edilir üzerinde konuşulur, önceki oturumun kısa bir özeti yapılır ve bugün yapılacak eğitimin içeriği kısaca anlatılır. ✓ 4. Katılımcılara işlevsel günlük aktivitelerde bulunmalarını teşvik etmeye yönelik eğitim verileceği ve bu konudaki edinimlerle günlük yaşam aktivitelerindeki farkındalığı artırmak, bireyin ihtiyaç ve duygularını göz önünde bulundurarak kendi kontrolünü ele almasını gerçekleştireceği bilgisi verilir. ✓ 5. Bütünlük duygusu alt başlığı yönetilebilirlikle hedeflenen, bireyin kendi ihtiyaçlarını karşılayabilen ve ona güç gelen bir eylemle baş ederek yeterli iç ve dış kaynakları olduğu bilinciyle bütünlük duygusunu artırmaktır. Bu gruba katılarak, kişinin günlük aktivitelerde nasıl bulunacağı ile ilgili ipuçları ve pratik uygulamalar öğrenmesine yardımcı olacaktır. Kişi grupta öğrendiği şeyleri günlük yaşamına, daha önce deneyimi olan birisinden öğrendiği için, kolayca aktarabilecektir. ✓ 6. Katılımcıların işlevsel günlük aktivitelerde bulunmalarının önemine yönelik

aşağıdaki bilgilendirme konuşması yapılır;

“Yaşamı anlamlı kılmak ve doyuma ulaşmak için kişi gününü etkin geçirmeli, iyi zaman değerlendirmelidir. Günü etkin bir şekilde geçirmek, o günden zevk almak için bazı amaçlar edinilmesi ve bu amaçlar doğrultusunda yeni hedefler belirlenmesi gerekir. Aslında insan olarak varlığımız bir şeyler yapma ve üretici olmayı gerektirir. Eylemsizlikten kurtulmak için yeni amaçlar edinmeliyiz. İş arama, arkadaşlarla görüşme, ev işlerine yardım etme, ufak bir gezinti bunlara örnek olabilir. Günümüzü planlarsak zamanı daha anlamlı geçirebiliriz Bir hedefimiz olduğunda ve onu gerçekleştirmek için çabaladığımızda birey kendini işe yarar ve değerli hisseder. Aksi halde değersiz hissedebilir. Bir amaç, bir iş, bir eğlenti, bir etkinlik ne olursa olsun hareketi sağlayacak bir düzenlemeyi hayatımıza dâhil etmeliyiz. Hareketsizlik durgunluk, hareketlilik canlılık doğurur. Günlük program yapmak da kişiyi hareketlendirebilir, küçük ve önemsiz görülüp önemsenmeyebilirler ancak en azından hareketsizliği önlemek için önemli olurlar. Bunlar yürüyüş yapmak, alışveriş yapmak, evde resim, müzik, gibi şeylerle ilgilenmek, televizyon seyretmek, radyo dinlemek, yemek yapmak, evi temizlemek, banyo yapmak vb. olabilir.” Ayrıca katılımcılar bu eğitime gelmek isteyerek hayatlarında anlamlı bir uğraşı yaptıklarından ve günlerini iyi değerlendirdiklerinden dolayı tebrik edilir.

✓ 7. Gündem konusuna yönelik olarak görüşme soruları sorularak devam edilir. - Bir gününüz nasıl geçiyor?

- Günlük yaşamda neler yapıyorsunuz? – Günlük sorunlarınızın üstesinden nasıl geliyorsunuz?

✓ 8. Katılımcılarla canlandırma oyunu oynanır. Bir katılımcı hemşire rolü alır. Grup lideri evde hiçbir şey yapmak istemeyen hastayı canlandırır. Grup lideri hasta rolüyle hemşireye durumunu danışır. Katılımcının hemşire rolüyle ona günlük yaşam etkinliği planlaması istenir.

✓ 9. Katılımcılarla iş ve çalışma yaşamında etkin bir rol alabilmesi için güç kaynakları tartışılır.

✓ 10. Oturum özetlenir.

✓ 11. Katılımcılara bir sonraki oturuma kadar geçen sürede günlük yaşam etkinliklerinden herhangi birini düzenli uygulaması üzere ev ödevi verilir. Buradaki amaç bireyin ihtiyaçlarını göz önünde tutarak kendi kontrolünü ele almasını sağlamak

ve kaynaklarını fark ettirmektedir.

- ✓ 12. Katılımcıların oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınır ve oturum sonlandırılır.

6.OTURUM

6.Grup Oturumu Başlığı: " Duygusal Yolculuk: Duyguları Fark Etme ve İfade Becerilerini Güçlendirme"

Amaç:

- ✓ Üyelerin duygularını tanımlarına yardımcı olmak, duygusal ifade becerilerini geliştirmek.

Hedef:

- ✓ 1. İfade edilmek istenen duyguların farklı yollarla ifade edilmesi
- ✓ 2. Duygusal deneyimlerini ifade etme becerilerinin güçlendirilmesi.

Eğitim Yöntemi-İçerik

Grup öğrenimi-grup tartışması

- ✓ 1. Katılımcılara eğitime başlamadan önce nasıl oldukları, nasıl hissettikleri ve anlatmak istedikleri bir durum olup olmadığı sorulur.
- ✓ 2. Grup üyelerine bir önceki eğitimde akıllarına takılan bir konu olup olmadığı sorulur.
- ✓ 3. Bir önceki eğitimin ev ödevi kontrol edilir üzerinde konuşulur, önceki oturumun kısa bir özeti yapılır ve bugün yapılacak eğitimin içeriği kısaca anlatılır.
- ✓ 4. Katılımcılara etkili iletişim için duyguların tanınması ve uygun duygusal tepkiler vermemin önemine yönelik eğitim verileceği açıklanır.
- ✓ 5. Bütünlük duygusu alt başlığı anlamlılıkla hedeflenen, bireyin yaşadığı durumla ilgili bir anlamlandırma sürecine girerek kişisel olarak rahatsızlığıyla başa çıkma sürecine odaklanması ve bu bilinçle bütünlük duygusunu artırmaktır. Bu gruba katılarak, kişinin duygularını nasıl ifadede bulunacağı ile ilgili ipuçları ve uygulamalar öğrenmesine yardımcı olacaktır.
- ✓ 6. Katılımcıların duygusal ifade becerisinde bulunmalarının önemine yönelik

aşağıdaki bilgilendirme konuşması yapılır;

“Duygu kişisel bir duyumdur. Olay ve yaşantıların algılanması sonucunda kendiliğinden oluşur. Ortada bir duygu varsa mutlaka dışa yansıyan bir davranış da vardır. Duygular, hormonlar aracılığıyla iç organları etkinleştirirler (solunum, kalp hızı, damarların daralması ya da genişlemesi vb.) İnsanların yüzüne baktığınızda onların duygularını tanıyabilirsiniz. Çünkü duygular yüz ifadelerinden belli olur. İnsanların düşüncelerini okuyamayız, ama duygularını anlayabiliriz. Düşünce ancak söze dökülünce anlaşılır. Hastalık durumlarında duyguları anlama ve uygun tepkiler verme yetisi bozulabilir. Bu da yanlış anlama ve iletişim sorunlarına yol açar. Bunu önlemenin yolu duygular üzerinde çalışmak ve uygun ifade biçimleri için alıştırmalar yaparak duygusal iletişim yeteneğimizi geliştirmektir. Bazen karşımızdaki kişinin duygularını anlayabiliriz, kendi duygumuzu da anlayabiliriz, ancak ifade etmekte zorlanırsınız. Bu durumda yüz ifadelerini kullanamamasak bile duygumuzu söze dökmek en uygun yol olacaktır. Örneğin, karşımızdaki kişinin davranışı bizi üzmüşse ise bunu ona “... davranışın beni üzdü” diye söyleyebilmeliyiz.”

- ✓ 7. Grup üyelerinin hastalığa bağlı yaşadıkları duygu ve düşünceleri paylaşımları istenir. O anki bedensel duyumlarını tanımlamaları istenir.
- ✓ 8. Duygusal ifadeleri ve fiziksel duyumları tanımaya anlamaya çalışılır, canlı olarak duygular (öfkeli olmak, şaşırma gibi) canlandırılır ve ne olduğu sorulur. Daha sonra hastaların canlandırması istenir. Yüz ifadesiyle durumu ifade edemeyen katılımcının bunu cümleye dökmesi istenir.
- ✓ 9. Üzülme, sıkılma, yalnız kalma gibi duygular yaşadıklarında bununla nasıl baş edecekleri sorulur. Duyguların doğal, yaşanabilir olduğu fark ettirilir. Bu duygularda azalma olduğunda diğer duyguların da oluşabileceğini fark etmelerini sağlanır.
- ✓ 10. Etkinlik: Bir film sahnesinden fotoğraf gösterilerek kişilerin duyguları(gülümseme, mutluluk...) nedir ne anlatmaya çalışıyor olabilirler, neler hissediyor olabilirler, bu duyguyla nasıl başa çıkıyor olabilirler tartışılır.
- ✓ 11. Oturum özetlenir.
- ✓ 12. Katılımcılara bir sonraki oturuma kadar geçen sürede günlük yaşam iyi duygular hissetmek için neler yaptığı üzerine düşünmesi için ev ödevi verilir. Buradaki amaç bireyin ihtiyaçlarının farkında olmasını sağlamak ve bunu başarmak için faaliyete geçme bilincini fark ettirmektir.

- ✓ 13. Üyelerin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınır ve oturum sonlandırılır.

7.OTURUM

7.Grup Oturumu Başlığı: "Sosyal İlişkilerin Duygusal Sağlık Üzerindeki Etkisini Keşfetme"

Amaç:

- ✓ Sosyal ilişkilerin duygusal sağlık üzerindeki etkisini göstererek sağlıklı ve destekleyici ilişkiler kurma becerileri artırmak.

Hedef:

- ✓ 1. Sosyal ilişkilerin duygusal iyilik hali üzerindeki olumlu etkilerinin fark edilmesi,
- ✓ İlişki becerilerini geliştirmeye yönelik destek ve geri bildirim sağlanması,
- ✓ İyi içsel duyguların artırılması ve daha rahat sosyal etkileşimler kurulması.

Eğitim Yöntemi-İçerik

Duyguları ve fikirleri paylaşma- beyin fırtınası

- ✓ 1. Katılımcılara eğitime başlamadan önce nasıl oldukları, nasıl hissettikleri ve anlatmak istedikleri bir durum olup olmadığı sorulur.
- ✓ 2. Grup üyelerine bir önceki eğitimde akıllarına takılan bir konu olup olmadığı sorulur.
- ✓ 3. Bir önceki eğitimin ev ödevi kontrol edilir üzerinde konuşulur, önceki oturumun kısa bir özeti yapılır ve bugün yapılacak eğitimin içeriği kısaca anlatılır.
- ✓ 4. Katılımcılara sosyal ilişkilerin duygusal sağlık üzerindeki etkisini göstererek sağlıklı ve destekleyici ilişkiler kurma becerileri artırmanın önemine yönelik eğitim verileceği açıklanır.
- ✓ 5. Bütünlük duygusu alt başlığı anlamlılıkla hedeflenen, bireyin yaşadığı durumla ilgili bir anlamlandırma sürecine girerek kişisel olarak rahatsızlığıyla başa çıkma sürecine odaklanması ve bu bilinçle bütünlük duygusunu artırmaktır. Bu gruba

katılarak, kişinin sosyal ilişkilerindeki dinamiğin duygusal sağlığına nasıl katkıda bulunacağı ile ilgili ipuçları ve uygulamalar öğrenmesine yardımcı olacaktır.

✓ 6. Katılımcıların sosyal ilişkilerin duygusal iyilik hali üzerindeki olumlu etkilerinin önemine yönelik aşağıdaki bilgilendirme konuşması yapılır:

“İnsan toplumsal bir varlıktır. Yalnızlık onun için genelde acı verir. Çoğunlukla başka insanlarla birlikte yaşamak toplumsal bir varlık olmak ister. Ancak sıkıntılı ya da problemli olduğu dönemlerde yalnızlığa yönelebilir. Kişinin ailesinden, arkadaş ve dostlarından uzaklaşması birçok açıdan olumsuz sonuçlar doğurur. Çevresinde duygu ve düşüncelerini paylaşacak, gerektiğinde danışacak bir kimsenin olmaması kişinin yaşamdan keyif almasını ve başarısını düşürür. Paylaşımında bulunmak kişiyi doyuran bir etkinliktir. İnsanın sosyal ilişki geliştirmesi kendini güçlü hissedebileceği anlamına gelir. Olumlu duyguların ifade edilmesi ile insan ilişkilerinde olumlu yanlara dikkat çekilmelidir. Böylece kişilerin sosyal ilişkilerde ait olma hisleri ve iyi şeyler yapıyor olma duyguları beslenir. Bu da ilişkiyi ve duygusal sağlığı besler.”

✓ 7. Katılımcıların şizofreni ve etkileriyle baş etmede kullandığı destek kaynakları üzerine aşağıdaki sorular sorulur.

-Günlük yaşamınızda karşılaştığınız sorunlar karşısında, şizofreni ve etkileriyle baş etmede sosyal destek kaynaklarını kullanıyor musunuz?

-Bu destek kaynaklarınızı açıklar mısınız?

-Bu destek kaynaklarının hastalık ve tedavi sürecine nasıl bir katkısı oldu?

-Bu kaynaklarla nasıl ilişki kurabilirsiniz? Yaşadığınız zorluklar var mı? Varsa neler?

-Sosyal ilişkiler içinde, hoşlandığınız davranışlar karşısında, nasıl hoş duygular hissediyorsunuz?

✓ 8. İyi ilişkileri hakkında deneyimlerini paylaşmalarını sağlamak.(örn: bireyin komşusu ile iyi ilişkisini anlatması)

✓ 9. Katılımcılarla etkinlik yapılır. İyi duygular geliştirmeleri için üyelerin çiftler şeklinde birinin diğerine övgülü sözler söylemesi diğerinin aynı şekilde olumlu geri bildirimde bulunmasına teşvik edilmesi ve sonucunda birbirlerine karşı duygularında nasıl değişimler olduğunun öğrenilmesi(örn: a-makyajın çok güzel, b-sen de çok incesin...) Burada amaç olumlu geri bildirimlerle kendini iyi ve güvende hissetmek, kişisel ilişkilerin farkında olmaktır.

✓ 10. Oturum özetlenir.

- ✓ 11. Katılımcılara bir sonraki oturuma kadar geçen sürede günlük yaşam iyi duygular hissetmek için neler yaptığı üzerine düşünmesi için ev ödevi verilir. Buradaki amaç bireyin ihtiyaçlarının farkında olmasını sağlamak ve bunu başarmak için faaliyete geçme bilincini fark ettirmektir.
- ✓ 12. Üyelerin oturuma ilişkin duygu ve düşünceleri alınır ve oturum sonlandırılır.

8.OTURUM

8.Grup Oturumu Başlığı: " Sürecin Sonlandırılması "

Amaç:

- ✓ Oturumu sonlandırmak ve geri bildirimlerle tüm oturumları tartışmak.

Hedef:

- ✓ 1. Hastaların süreci değerlendirebilmesi
- ✓ 2. Hastaların kazanımlarını paylaşabilmesi
- ✓ 3. Hastaların sürecin sonlandırılmasına ilişkin duygu ve düşüncelerini ifade edebilmesi.
- ✓ 4. İyi deneyimlerin farkında olmalarını sağlamak. Yeni durumlarda bu deneyimlerin kullanılabileceğinin mümkün olduğunu anlamak.

Eğitim Yöntemi-İçerik

Grup öğrenimi-grup tartışması

- ✓ 1. Bir önceki oturumdan bu yana neler yaşandı, paylaşmak istedikleri var mı? sorulur ve grupta ifade etmesi sağlanır.
- ✓ 2. Oturum gündemi hatırlatılır ve bir önceki oturumda paylaştıkları deneyimleri özetlenir.
- ✓ 3. Bu oturumla birlikte grup oturumlarının bittiği için tüm süreci değerlendirmeleri istenir. Bunun için hem kendilerine hem de diğer grup üyelerinde gözlemledikleri katkıları ifade etmeleri istenir, sorunların çözümüne ne kadar ulaşıldığının ve fark edilen baş etme yollarının değerlendirilmesi yapılır. Aşağıdaki konuşma yapılır:

“Biliyorsunuz ki bugün grup oturumlarını bitiriyoruz. İlk oturumdan bu yana tüm süreci bize değerlendirir misiniz?

Bu süreçte ne gibi kazanımlarınız oldu?

Böyle bir grup sürecine katılmanın sizin için önemi nedir?

Bu oturumlar boyunca gruptaki diğer arkadaşlarınıza, onlarla ilgili olarak gözlediğiniz bir gelişmeyi bizimle paylaşır mısınız?

Gruba katıldıktan sonra neleri ve hangi olumlu özelliklerinizi keşfettiniz?”

- ✓ 4. Olumlu sözel geri bildirimlerle ödüllendirme sağlanır.
- ✓ 5. Oturum özetlenir.
- ✓ 6. Katılımcıların grup müdahalesi süreci için öneri, dilek ve temennilerini ifade etmeleri istenir.
- ✓ 7. Ayağa kalkarak herkesin birbiriyle vedalaşmasına olanak verilir.
- ✓ 8. Üyelere araştırmada kullanılacak olan Bütünlük duygusu ölçeği, Şizofrenide işlevsel iyileşme ölçeği ve iyileşme aşamaları ölçeğinin ikinci kez doldurmaları için süre verilir.

EK 9. KATILIM BELGESİ

KATILIM BELGESİ		
Belge Sahibi		
<i>Sn.</i>		
Prof. Dr. Nermin Gürhan danışmanlığında Uzm. Hemş. Büşra Karayumak tarafınca yürütölmüş olan 8 oturumluk “Salutogenez Modeline Dayalı Danışmanlık Eğitimi”ne katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.		
Uzm. Hemş. Büşra Karayumak Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Öğretim Elemanı	Prof. Dr. Nermin Gürhan Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hemşirelik Faköltesi Öğretim Üyesi	

ÖZGEÇMİŞ

