



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

**PSİKOZUN ERKEN DÖNEMİNDE
HASTALARA UYGULANAN KABUL VE
KARARLILIK TERAPİSİNİN PSİKOTİK
SEMPTOMLARA VE İŞLEVSELLİK
DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

DUYGU ÖZER

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. MELİKE DİŞSİZ**

**HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI**

**DOKTORA TEZİ
TEMMUZ/2023**

İTHAF

“Bu çalışmayı daima desteğini hissettiğim canım aileme ithaf ediyorum.”

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimimin her aşamasında bana destek olan, akademik ve mesleki olarak yol gösteren, değerli hocam, Sayın Prof. Dr. Merdiye ŞENDİR'e,

Tezimin her aşamasında sabrı ve hoşgörüsü ile desteğini esirgemeyen danışman hocam sayın Doç. Dr. Melike DİŞSİZ'e,

Bilgi ve deneyimleriyle akademik ve mesleki gelişimime katkı sağlayan değerli hocam Doç. Dr. Elvan Emine ATA'ya,

Tez çalışmamın başından sonuna kadar bilgi ve değerli görüşleri ile çalışmama destek olan değerli komite üyem, Prof. Dr. Servet EBRİNÇ'e,

Sınırsız sevgileri ile eğitimime devam etmem için her türlü imkânı sağlayan ve beni her konuda destekleyen canım annem, babam ve kardeşlerime,

Çalışmama katılmayı kabul eden ve bu süreçte benimde gelişmeme yardımcı olan tüm grup üyelerine ve ailelerine,

Sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

İTHAF.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
SİMGELER/KISALTMALAR LİSTESİ	xI
ÖZET	1
ABSTRACT.....	4
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	6
2. GENEL BİLGİLER	9
2.1. ŞİZOFRENİ VE DİĞER PSİKOTİK BOZUKLUKLAR.....	9
2.2. ŞİZOFRENİ	9
2.2.1.Epidemiyoloji	10
2.2.2. Etiyoloji	10
2.2.3. Tanı.....	12
2.2.4. Klinik Belirti ve Bulgular	13
2.2.5. Gidiş, Sonlanış ve Prognoz.....	16
2.2.6. Tedavi	17
2.3. KABUL VE KARARLILIK TERAPİSİ (ACT).....	20
2.3.1. Kabul ve Kararlılık Terapisine Göre Psikopatolojinin Altı Temel Süreci.....	21
2.3.2. Kabul ve Kararlılık Terapisinin Altı Temel Süreci	23
2.4. PSİKOZUN ERKEN DÖNEMİNDE BİREYLERE UYGULANAN KABUL VE KARARLILIK TERAPİSİ ÇALIŞMALARI	24
2.5. PSİKOZ TANILI BİREYLERİN REHABİLİTASYON SÜREÇLERİNDE PSİKİYATRİ HEMŞİRESİNİN ROLÜ	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TASARIMI	29
3.2. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ.....	29
3.3. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	30
3.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN.....	30
3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	30
3.6. VERİLERİ TOPLAMA YÖNTEMİ.....	31
3.6.1. Randomizasyon	31

3.6.2. Grupların Oluşturulması (Consort Diyagramına Göre).....	32
3.6.3. Araştırma Süreci.....	33
3.6.4. Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Müdahale Programı.....	36
3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	43
3.7.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-5).....	43
3.7.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) (EK-6)	43
3.7.3. Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ) (EK-7)	44
3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK VE YASAL YÖNLERİ.....	44
3.9. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ.....	45
3.10. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ VE SINIRLILIKLARI	46
4. BULGULAR.....	48
4.1. BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE SAĞLIK DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR.....	48
4.2. BİREYLERİN PSİKOTİK SEMPTOMLARINA İLİŞKİN BULGULAR	51
4.3. BİREYLERİN İŞLEVSELLİK DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	58
4.4. MÜDAHALE GRUBUNDAKİ BİREYLERİN BAZI SOSYODEMOGRAFİK VE SAĞLIK DURUMLARINA AİT ÖZELLİKLERİN PSİKOTİK SEMPTOMLARINA ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	64
4.5. MÜDAHALE GRUBUNDAKİ BİREYLERİN BAZI SOSYODEMOGRAFİK VE SAĞLIK DURUMLARINA AİT ÖZELLİKLERİN İŞLEVSELLİK DÜZEYLERİNE ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	65
4.6. BİREYLERİN PANSS TOPLAM PUAN ORTALAMALARININ TİDÖ TOPLAM PUAN ORTALAMALARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	67
5. TARTIŞMA	69
5.1. BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE SAĞLIK DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	69
5.2. BİREYLERİN PSİKOTİK SEMPTOMLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	69
5.3. BİREYLERİN İŞLEVSELLİK DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	71
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	82
KAYNAKLAR	85
EKLER.....	91

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 2.1: Psikotik bozukluklarda pozitif ve negatif belirtiler	15
Tablo 3.1: Kabul ve Kararlılık Terapisi temelli müdahale programının oturumları.....	37
Tablo 3.2: Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler	46
Tablo 4.1: Bireylerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular (N=53)	48
Tablo 4.1: (devam).....	49
Tablo 4.2: Bireylerin sağlık durumlarına ilişkin bulgular (N=53).....	49
Tablo 4.2: (devam).....	49
Tablo 4.3: Bireylerin Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının karşılaştırılması (N=53)	51
Tablo 4.4: Bireylerin Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortalamasının karşılaştırılması (N=53)	53
Tablo 4.5: Bireylerin Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nin kesim noktalarına göre dağılımı (N=53)	57
Tablo 4.6: Bireylerin Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının karşılaştırılması (N=53)	58
Tablo 4.7: Bireylerin Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortalamasının karşılaştırılması (N=53).....	60
Tablo 4.8: Bağımsız değişkenlerin Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nin son test toplam puan ortalaması üzerine etkisi	65
Tablo 4.9: Bağımsız değişkenlerin Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nin son test toplam puan ortalamasının üzerine etkisi	66
Tablo 4.10: Müdahale grubunun Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nin son test toplam puan ortalamasının, Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nin son test toplam puan ortalaması üzerindeki etkisi	67
Tablo 4.11: Müdahale grubunun Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nin üçüncü ay izlem testi toplam puan ortalamasının Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nin üçüncü ay izlem testi toplam puan ortalaması üzerindeki etkisi	68

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: Kabul ve Kararlılık terapisinin psikopatoloji modeli: Psikolojik katılık	21
Şekil 2.2: Kabul ve Kararlılık terapisinin psikolojik esneklik modeli	23
Şekil 3.1: Araştırmanın CONSORT akış diyagramı	33
Şekil 3.2: Araştırmanın akış şeması	36
Şekil 4.1: Bireylerin Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının dağılım grafikleri.....	52
Şekil 4.2: Bireylerin Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortalamasının dağılım grafikleri.....	54
Şekil 4.3: Bireylerin Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının dağılım grafikleri.....	58
Şekil 4.4: Bireylerin Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortalamasının dağılım grafikleri	61

SİMGELER/KISALTMALAR LİSTESİ

ACT	: Kabul ve Kararlılık Terapisi (Acceptance and Commitment Therapy)
ACT-DL	: Günlük Yaşamda Kabul ve Kararlılık Terapisi (Acceptance and Commitment Therapy- Daily Life)
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
DSM-5	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayısal El Kitabı-5 (Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders-5)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKT	: Elektrokonvülsif Tedavi
EPS	: Ekstrapiramidal Semptomlar
GABA	: Gama Amino Bütirik Asit
ICD-10	: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-10 (International Classification of Disease 10)
MCT	: Metakognitif Terapi
MRG	: Magnetik Rezonans Görüntüleme
NMS	: Nöroleptik Malign Sendrom
PANSS	: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği
RFT	: İşlevsel Bağlamsalılık kuramı (Relational Frame Theory)
SPSS	: Statistical Package for Social Science
TİDÖ	: Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
UHR	: Çok yüksek risk (ultra high risk)

PSİKOZUN ERKEN DÖNEMİNDE HASTALARA UYGULANAN KABUL VE KARARLILIK TERAPİSİNİN PSİKOTİK SEMPTOMLARA VE İŞLEVSELLİK DÜZEYLERİNE ETKİSİ

ÖZET

Amaç: Bu araştırma psikozun erken döneminde hastalara uygulanan Kabul ve Kararlılık Terapisinin (ACT) psikotik semptomlara ve işlevsellik düzeylerine etkisini incelemek amacıyla yapılmış randomize kontrollü deneysel bir araştırmadır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın evrenini Aralık 2021-Eylül 2022 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığına bağlı bir eğitim araştırma hastanesinin psikiyatri polikliniğine başvuran, DSM-5 tanı ölçütlerine göre şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar tanısını en fazla üç yıl önce almış 77 birey oluşturdu. Araştırmaya dahil olma kriterlerini sağlayan 53 birey müdahale (n=26) ve kontrol (n=27) gruplarına randomizasyon yöntemi ile atandı. Müdahale grubuna ACT programı uygulanırken; kontrol grubuna herhangi bir uygulama yapılmadı. Araştırma verileri; “Kişisel Bilgi Formu”, “Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)”, “Toplumsal İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ)” kullanılarak elde edildi.

Bulgular: Araştırmada müdahale ve kontrol gruplarında yer alan bireylerin sosyodemografik özelliklerinin benzer olduğu, bireylerin yaş ortalamasının $23,26 \pm 3,88$ yıl, %76,9’unun erkek, %80,8’inin bekar, hastalık tanı yılının $1,61 \pm 0,69$ olduğu, %61,5’inin daha önce hastaneye yattığı saptandı. Eğitim öncesi yapılan değerlendirmede; bireylerin psikotik semptomları ve işlevsellik düzeyleri açısından gruplar arasında anlamlı farklılık görülmez iken ($p > 0,05$), eğitim sonrası ve üçüncü ayda yapılan izlem değerlendirmesinde müdahale ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark belirlendi ($p < 0,05$). Müdahale grubundaki bireylerin son test ve izlem testi PANSS puan ortalamasının, kontrol grubundaki bireylerin puan ortalamasından daha düşük olduğu saptanırken; TİDÖ puan ortalamasının, kontrol grubundaki bireylerin puan ortalamasından daha yüksek olduğu saptandı ($p < 0,05$). İzlem sürecinde müdahale grubundaki bireylerde hastane yatışı gözlenmez iken; kontrol grubundaki bireylerin %14,8’inin (n=4) hastaneye yattığı belirlendi.

Sonuç: Psikozun erken döneminde hastalara uygulanan ACT'in psikotik semptomları azalttığı, işlevsellik düzeylerini arttırdığı saptandı.

Anahtar Kelimeler: Belirti ve Bulgular, Kabul ve Kararlılık Terapisi, Psikiyatri Hemşireliği, Psikososyal İşlevsellik, Psikotik Bozukluklar



THE EFFECT OF ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY ON PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS AND FUNCTIONING LEVELS OF PATIENTS WITH EARLY PSYCHOSIS

ABSTRACT

Aim: This study is a randomized controlled experimental study conducted to examine the effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) applied to patients in the early psychosis on psychotic symptoms and functionality levels.

Materials and Methods: The population of the study consisted of 77 individuals who applied to the psychiatry outpatient clinic of a training and research hospital affiliated to the Ministry of Health between December 2021 and September 2022 and were diagnosed with schizophrenia and other psychotic disorders according to the DSM-5 diagnostic criteria, at most three years ago. 53 individuals who met the criteria for inclusion in the study were assigned to the intervention (n=26) and control (n=27) groups by randomization method. While applying the ACT program to the intervention group; no application was made to the control group. Research data were obtained by using the "Personal Information Form", "Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)", and "Social Functioning Assessment Scale (SFAS)".

Results: The sociodemographic characteristics of the individuals in the intervention and control groups in the study were similar, the mean age of the individuals was 23.26 ± 3.88 years, 76.9% were male, 80.8% were single, the diagnosis year was $1.61 \pm .69$, and 61.5% had been hospitalized before. In the evaluation made before the training; while there was no significant difference between the groups in terms of psychotic symptoms and functionality levels of individuals ($p > 0.05$); it was determined that there was a significant difference between the intervention and control groups in the follow-up evaluation made after the training and at the third month ($p < 0.05$). While it was determined that the posttest and follow-up test PANSS mean score of the individuals in the intervention group were lower than the mean score of the individuals in the control group; it was determined that the mean score of SFAS was higher than the mean score of the individuals in the control group ($p < 0.05$). While no

hospitalization was observed in the individuals in the intervention group during the follow-up period; it was determined that 14.8% (n=4) of the individuals in the control group were hospitalized.

Conclusion: It was determined that ACT applied to the patients in the early psychosis reduced psychotic symptoms and increased their functionality levels.

Key Words: Signs and Symptoms, Acceptance and Commitment Therapy, Psychiatric Nursing, Psychosocial Functioning, Psychotic Disorders



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Psikotik bozukluklar, genellikle yaşamın erken döneminde ortaya çıkan ve bireyin duygu, düşünce ve davranış alanlarını etkileyerek ciddi işlev kayıplarına neden olan ağır ruhsal bozuklukların genel adıdır (1,2). Psikozun ilk atağı sonrası ortaya çıkan pozitif ve negatif semptomlarla ilk yıllarda bireyin baş etmesi oldukça zordur (3,4). Birey bu dönemde yeni bir hastalığı öğrenmeye, semptomlarla baş etmeye çalışmaktadır, ortaya çıkan çeşitli psikososyal sorunlar ise bu sürece uyumu daha da zorlaştırmaktadır (5). Literatürde, ilk psikotik atak sonrasındaki beş yıl, psikozun yıkıcı belirtilerinin ortaya çıktığı, ‘kritik dönem’ olarak adlandırılmaktadır. Bu dönem kalıcı olabilecek semptomların tedavi ile iyileştirilebileceği ve tedaviden en etkin cevapların alınabileceği, hastalığın en önemli dönemi olduğu bildirilmektedir (3). Ancak ilk beş yıl içerisinde etkin tedavi sağlanamadığında sürekli nükslerle birlikte hastalık olumsuz bir gidişat göstererek, bireyde hızlı ve ciddi düzeyde bilişsel yıkımlara ve işlevsellik kaybına neden olabilmektedir (2,3). Hastalığın ilerleyen yıllarında artık bireyin evden dışarı çıkamayacak düzeyde bağımlı hale gelebildiği görülmektedir (4,5).

Psikotik bozukluklarda işlevsellik; günlük yaşam becerileri, sosyal ilişkiler, iletişim, çalışma yaşamı, hastalığa ve tedaviye uyum gibi birçok alanı etkileyen, kapsamı oldukça geniş bir kavramdır (4,5). Hastanın işlevselliğinin bozulması ile sayılan tüm bu alanlar da olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu noktada yapılan çalışmalarda, hastalara erken dönemde tanı ve tedavi hizmetlerine başlanması önerilmektedir (6,7,8). Hatta psikoz için riskli bireylerin (prodrom dönemde / ‘çok yüksek risk (ultra high risk (UHR))’ aşamasında olan bireyler) düzenli aralıklarla takip edilmeleri ve hastalık tam olarak ortaya çıkmadan psikososyal müdahalelerin yapılması önerilmektedir (6). Bu bağlamda Avrupa, Amerika ve Avusturalya’da Erken Müdahale Merkezleri (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre) ve bu merkezlere bağlı erken müdahale ekipleri, psikoz için riskli bireyleri takip ederken, aynı zamanda hastalığın erken döneminde olan ilk psikotik atak sonrası hastaların rehabilitasyonundan da sorumludurlar (6,9). Bu merkezlerde rehabilitasyon programları uygulanan bireylerin semptom kontrolünün sağlandığı, işlevselliklerinin arttırıldığı, madde bağımlılığı düzeylerinin azaldığı ve bakım maliyetlerinin diğer psikoz tanılı bireylere göre daha düşük olduğu bildirilmektedir (9). Türkiye’de ise Erken Müdahale Merkezleri bulunmamakla birlikte bu tür hizmetler çoğunlukla psikozun erken döneminde olan

hastalara hastaneler tarafından tedavi hizmeti olarak sunulmakta ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) tarafından da rehabilitasyon hizmetleri verilmektedir. Ancak bu merkezlerde psikozun erken döneminde olan hastalara yönelik erken müdahale ve koruma hizmetleri sınırlıdır (4,5). Bu nedenle Türkiye’de psikoz tanılı bireylerin semptom kontrolünü ve işlevsellik düzeylerini arttıracak erken dönem psikososyal müdahalelere ihtiyaç vardır.

Son yıllarda yapılan çalışmalarla psikotik bozuklukların tedavisinde sıklıkla söz edilen psikososyal girişimlerden biri Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT)’dir (10). Psikozun ilk atağı sonrasında hastalara ACT’in uygulanması hastalığın seyrinde büyük farklılıklar oluşturabileceği ve hastaların tekrar nüks (alevlenme) yaşamadan normal yaşantılarına devam edebilecekleri bildirilmektedir (11,12). İlk psikotik atak sonrası ACT uygulanmış sınırlı sayıdaki çalışmada; psikozun erken döneminde hastalara uygulanan ACT’in hastaların depresyon, anksiyete düzeylerini azalttığı, psikolojik sağlamlıklarını arttırdığı, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak sürdürdükleri ve buna bağlı olarak işlevselliklerini arttırdığı bulunmuştur (12,13). Vaessen ve arkadaşlarının (2019) psikozun erken döneminde olan hastalar için oluşturdukları, bireysel ve yüze yüze uygulanan ‘Günlük Yaşamda Kabul ve Kararlılık Terapisi (Acceptance and Commitment Therapy in Daily Life (ACT-DL))’ programına ek olarak mobil aplikasyon (mHealth) ile desteklenmiş müdahale programı sonrası hastaların günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak sürdürdükleri ve buna bağlı işlevselliklerinin arttığı belirlenmiştir (12). Jansen ve Moris’in (2017) yaptıkları olgu sunumunda psikozun erken döneminde olan üç hastaya bireysel ve yüze yüze uygulanan 12 seans Kabul ve Kararlılık Terapisinin, hastaların depresyon, anksiyete semptomlarını azalttığı, psikolojik sağlamlıklarını arttırdığı saptanmıştır (13). Bu bilgiler ışığında, psikozun erken döneminde olan hastalara uygulanan psikososyal girişimlerin son derece kıymetli olduğu görülmektedir.

Psikiyatri hemşireleri, hastalığın yarattığı hemen hemen her türlü zorluk ve problemle mücadelede psikoz tanılı bireylere doğrudan yardım eden sağlık profesyonellerindendir (5,14). Türkiye’de psikiyatri hemşirelerinin, koruyucu, rehabilite edici, eğitici ve danışmanlık rolleri kapsamında özel eğitim alarak psikoterapi uygulamaları yapabileceği belirtilmektedir (15). Psikiyatri hemşireleri, hastaların semptom kontrolünde ve işlevsellik düzeylerinin artırılmasında faydalı olabilecek girişimleri planlama ve uygulamada etkin role sahiptirler. Özellikle hastalığın erken

döneminde yeni bir hastalığı öğrenme ve baş etme aşamasında birey ve ailesinin, psikiyatri hemşiresinin müdahalelerine daha da fazla ihtiyacı vardır. Psikiyatri hemşiresinin, bu dönemde uygulayacağı psikososyal müdahaleler ile bireyde oluşabilecek bilişsel yıkımların ve semptomların kronikleşmesinin önlenmesi, işlevselliğinin artması ve buna bağlı yaşam kalitesinin artması sağlanabilir (5,14). Psikiyatri hemşireleri danışmanlık rollerinin gereğince, terapi ekollerinden güncel ve kanıta dayalı olanları takip etmeli ve bunları hastaların tedavi ve bakımına entegre ederek, etkinliğini değerlendirmelidirler (14,16,17). Daha çok son yıllardaki çalışmalarda yer alan ACT'in de psikiyatri hemşireleri tarafından hastalara uygulanması ve etkinliğinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Psikiyatri hemşireleri, psikozun erken döneminde ACT müdahalelerini uygulayarak; hastanın sağlığının geliştirilmesi, korunması ve doğru sağlık davranışlarının kazandırılmasına katkı sağlayabilirler (14,17). Ayrıca pandemi sürecinde olduğu gibi sağlık hizmetlerine erişemeyen veya evden dışarı çıkamayan psikoz tanılı bireylere, psikiyatri hemşirelerinin uygulayacağı online psikoterapi hizmetleri daha da önemli hale gelmektedir. Bu çalışma online ve grup terapisi şeklinde uygulanmıştır. Yapılmış çalışmalarda psikozun erken dönemindeki bireylere online ve grup terapisi şeklinde uygulanan ACT programının olmadığı görülmüş ve bu çalışma ile birlikte online psikoterapi uygulamasının etkinliği de değerlendirilmiş olacaktır. Psikozun erken döneminde hastalara uygulanan ACT ile ilgili yapılmış uluslararası az sayıda çalışma bulunurken Türkiye'de ise psikozun erken döneminde hastalara bu terapi modeli ile ilgili yapılmış bir çalışmaya rastlanılmamıştır (12,13,18). Bu çalışma ile hastaların semptom kontrolünün sağlanacağı, hastalığın seyrinin olumlu yönde değişeceği ve böylelikle işlevsellik düzeylerine de katkı sağlanacağı düşünülmektedir. Psikozun erken döneminde olan hastalara uygulanacak müdahaleler ile hastaların daha üretken bir pozisyona geçmeleri ve böylece yaşam doyumlarının artırılması da sağlanmış olacaktır. Ayrıca bu çalışma ile erken dönem müdahale programlarının yaygınlaşmasına ve ruh sağlığı profesyonellerine, erken dönem müdahalelere yoğunlaşmaları konusunda farkındalık kazanmalarına katkı sağlanabilir. Bu bilgiler ışığında; bu çalışmanın amacı, psikozun erken döneminde hastalara uygulanan Kabul ve Kararlılık Terapisinin psikotik semptomlara ve işlevsellik düzeylerine etkisini incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ŞİZOFRENİ VE DİĞER PSİKOTİK BOZUKLUKLAR

Psikoz, insanın gerçekte gerçekte olmayana ayıramadığı ve bu duruma bağlı düşünme, algılama ve davranış problemlerinin yaşandığı ağır ruhsal bozuklukların genel adıdır (1). Psikoz, şizofreni ile özdeşleştirilmiş olsa da aslında bir grup ruhsal bozukluğun klinik görünümünü ifade etmektedir. Psikoz, toplumda nadir rastlanan bir bozukluk değildir. Yapılan çalışmalarda, toplumdaki sağlıklı bireylerin %0,5-1'inin yaşamları boyunca en az bir kez psikotik atak geçirdiği belirtilmektedir (1,2).

Psikotik bozukluklar Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -DSM-5) “Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar” başlığı altında sınıflandırılmaktadır (19).

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar;

- Şizofreni
- Şizoaffektif Bozukluk
- Kısa Psikoz Bozukluğu
- Delüzyonel (Sanrılı) Bozukluk
- Şizofreniform Bozukluk
- Maddenin/İlacın Yol Açtığı Psikoz Bozukluğu
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Psikoz Bozukluğu
- Başka Bir Ruhsal Bozukluğa Eşlik Eden Katatoni Bozukluğu
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Katatoni Bozukluğu
- Tanımlanmış Diğer Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar
- Tanımlanmamış Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar (19).

2.2. ŞİZOFRENİ

İsviçreli psikiyatrist Eugen Bleuler 1911 yılında, kişinin ruhsal yaşamındaki yarılmaya dikkat çekecek ‘skhizein’ sözcüğü ile aklın bölünmesi anlamına gelen

“phrin” sözcüklerini birleştirerek “şizofreni” terimini oluşturmuştur ve günümüzde hala bu terim kullanılmaktadır (14). Daha çok genç yetişkinlik döneminde ortaya çıkan şizofreni; düşünce içeriği, algılama, duygulanım, motor aktiviteler gibi birçok alanda bozulmalara yol açan, ciddi ve kronik bir ruhsal bozukluktur (1,20).

2.2.1. Epidemiyoloji

Şizofreni toplumlarda sıklıkla görülen ruhsal bozukluklardan olmasına rağmen hala gerçek prevalansı hakkındaki bulgular net değildir (20,21). Yapılan çalışmalarda yaşam boyu yaygınlığının %0,3 ile %0,7 arasında değiştiği bildirilirken; Amerika’da bir yıllık yaygınlığının %1 ve yaşam boyu yaygınlığının ise %1,5 olduğu belirtilmektedir (20,21,22). Türkiye’de yapılan sistematik derlemede ise, Türkiye’deki yaygınlığı 1000 kişide 8,9 olarak bildirilmiştir (23). DSÖ’nün 2019 yılındaki raporuna göre ise, şizofreninin dünya çapında tahmini olarak 20 milyon insanı etkilediği ve her yıl bu sayıya yaklaşık 2 milyon yeni vakanın eklendiği belirtilmiştir (24).

Şizofreninin erkek ve kadınlarda görülme sıklığı eşittir. Kadınlarda başlangıç yaşı, erkeklere göre genellikle daha ileri yaşlarda olmaktadır (21,25). Sıklıkla ortaya çıktığı yaş aralığı; kadınlarda 25-35, erkeklerde ise 15-25 olarak bildirilmektedir (20,22). Psikotik bozuklukların %10-15’i erken başlangıçlı psikozlar olup, 18 yaşından önce ortaya çıktığı bildirilirken; %1-3’ü ise çok erken başlangıçlı psikoz olup, 13 yaşından önce başlamaktadır. On üç yaşından önce ortaya çıkan çok erken başlangıçlı psikozlar nadirdir ve erken başlangıçlı psikozun erkeklerde daha sık olduğu vurgulanmaktadır (25). Ayrıca boşanmış, bekâr, sosyoekonomik durumu düşük, göçmen olarak yaşayan ve ailesinde ruhsal bozukluk öyküsü olan bireylerde şizofreni yaygınlığının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (20-24).

2.2.2. Etiyoloji

Şizofreninin, biyolojik ve çevresel faktörlerin varlığı sonucunda ortaya çıkmış bir ruhsal bozukluk olduğu düşünülmektedir (26).

2.2.2.1. Biyolojik faktörler

a) Genetik faktörler: Yapılan aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarında, şizofreninin kalıtsal geçişi ile ilgili birçok kanıt bulunmuştur (26,27). Biyolojik ebeveynlerinde şizofreni hastalığı olan bireylerde hastalığın görülme riski artarken;

biyolojik ebeveynlerinde şizofreni hastalığı olan fakat başka bir ailede yetişmiş kişilerde dahi hastalığın görülme riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (27). Çift yumurta ikizlerinde şizofreni görülme oranı %12-28 aralığında iken, tek yumurta ikizlerinde oran %31-78'e kadar yükselmektedir (27,28). Erken başlangıçlı psikoz olgularının ailelerinde şizofreni görülme olasılığı, erişkin şizofreni hastalarıyla karşılaştırıldığında daha yüksek olarak bulunmuştur (25).

a) Beyin görüntüleme: İlk atak psikoz hastaları ile yapılan magnetik rezonans görüntüleme (MRG) çalışmalarında; medial parietal, frontal, lateral oksipital, insula ve temporolimbik bölge gibi çeşitli alanlarda belirgin olmak üzere beyin genelinde kortikal gri madde hacminde azalma olduğu saptanmıştır (29,30). Erken başlangıçlı psikozda frontotemporal gri cevher hacim azalması en sık rastlanan bulgulardan biridir ve bunun sosyal işlevselliğin bozulmasına neden olan, hastalığın seyrini de olumsuz yönde etkileyen önemli bir bulgu olduğu belirtilmiştir (30-32).

b) Nörotransmitterler: Yapılan çalışmalarda dopamin, serotonin, norepinefrin, glutamat ve GABA (gama amino bütirik asit) gibi nörotransmitterlerin hastalık üzerinde etkilerinin olduğu bildirilmektedir (20,32). Subkortikal mezolimbik yolakta dopamin yayılımındaki aşırı artış pozitif belirtilere neden olurken; mezokortikal yolakta dopamin yayılımındaki azalma ise negatif belirtilere ve bilişsel yıkımlara yol açmaktadır. Hastaların bazılarında beyin omurilik sıvısında (BOS) ve beyinde norepinefrin miktarının artması, dopaminerjik aktiviteyi arttırdığı ve psikotik semptomlara, davranış bozukluklarına neden olduğu belirtilmiştir (20,31,33). Serotonin azalması şizofreni hastalarında depresyon ve intiharlara sebep olurken; bilişsel yıkımlar üzerinde de etkisi olduğu bulunmuştur (33). Glutamat artışı hastalarda pozitif ve negatif semptomların ortaya çıkmasında etkili olduğu belirtilirken; GABA'nın da dopaminerjik ve noradrenerjik sistemde hiperaktiviteye yol açarak psikotik semptomların oluşumuna neden olduğu saptanmıştır (32,33).

2.2.2.2. Çevresel faktörler

a) Prenatal ve perinatal faktörler: Gebelikte geçirilen viral enfeksiyonların çocuğun beyin gelişimini olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (35,36). Bunlara ek olarak annenin gebeliğindeki beslenme sorunları, hipoksi öyküsünün varlığı ve düşük doğum ağırlığı gibi faktörlerinde psikotik bozuklukların gelişiminde önemli rol oynadığı vurgulanmaktadır (20,36,37).

b) Sosyoekonomik düzey: Düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireylerin daha fazla sıkıntı ve stresöre maruz kalmasından dolayı psikotik bozuklukların bu bireylerde görülme oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır (21).

c) Kentsel yaşam, göç ve azınlık grupları: Kentsel alanda yaşayan kişilerde stres faktörlerinin daha fazla olmasına bağlı olarak psikotik bozuklukların daha sık görüldüğü belirtilmektedir (36,37). Ayrıca göçmen gruplarla yapılan çalışmalarda, psikotik bozuklukların görülme sıklığının genel toplumdan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bunun nedeni olarak göç sonrası yaşanan kültürel uyum süreçlerinde yaşanan stres, ayrımcılık ve ırkçılığın olumsuz deneyimlerini yaşama gibi faktörler gösterilmiştir (38).

d) Zorlu yaşam olayları: Çocukluk çağı travmaları psikoz riskini arttırdığı bilinmektedir. Özellikle travmanın çok erken yaşlarda başlayıp, sürekli olarak devam etmesi ve eşlik eden depresyon ve anksiyete varlığı, prodromal dönemden psikoza geçiş için önemli tetikleyici faktörlerdendir (39).

e) Madde kullanımı: Madde kullanımı, mezolimbik yolda dopamin salınımını arttırdığından, buna bağlı olarak psikoz gelişme riskini de 2-6 kat arttırdığı belirtilmektedir. Özellikle esrar kullanan gençlerde psikoz gelişme riskinin yüksek oranlarda olduğu bildirilmektedir (36,39). Bunun yanı sıra hastalığın başlangıç döneminden sonra anksiyeteyi azaltmak, duygu durumu düzeltmek ve psikotik bulgularla başa çıkabilmek amacıyla da bireylerde alkol-madde kullanımının arttığı görülmektedir (40).

2.2.3. Tanı

Ruhsal bozuklukların tanınması genel olarak iki sisteme göre olmaktadır: Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayınlanan DSM-5 ve şu an onuncu baskısı olan DSÖ'nün yayınladığı Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD-10). Her iki sınıflandırma sistemide şizofreniyi benzer şekilde tanımlamaktadır (19).

DSM-5'e göre şizofreni tanı kriterleri şunlardır;

A. Karakteristik belirtiler:

1.Sanrılar (Hezeyan, delüzyon).

2.Varsanılar (Halüsinasyonlar).

3.Düzensiz konuşma

4.İleri düzeyde dağınık davranış ya da katatoni davranışı.

5.Negatif belirtiler

Bunlardan iki veya daha fazlasının kişide olması şartı aranmaktadır. Bu semptomlar en az bir ay sürmüş olmalıdır. Ancak, eğer semptomlar tedavi ile bir aydan önce düzelmişse en az bir ay koşulu geçerli olmayabilir. İki belirtiden biri ilk üç maddedeki belirtiler arasında olmalıdır.

B. Hastalık ortaya çıktıktan sonra öz bakım, iş, kişilerarası ilişkiler gibi işlevsellik alanlarından en az birinde hastalık öncesine göre gerileme saptanmalıdır.

C. Bu bozukluğun süre giden semptomları en az altı ay sürer.

D. Şizoafektif ya da başka bir duygulanım bozukluğu bulunmamalıdır.

E. Semptomlar bir ilaç/madde kullanmaya ya da fiziksel tıbbi bir duruma bağlı olmamalıdır.

F. Kişide otizm spektrum bozukluğu öyküsü varsa en az bir ay süre ile sanrı ve varsanılarının bulunması gerekmektedir (19).

2.2.4. Klinik Belirti ve Bulgular

Şizofreni, kişinin düşüncelerini, duygularını, algılamasını, dikkatini, yargılamasını, hareketlerini ve iç görüşünü etkilemektedir. Bu sorunlara bağlı olarak kişinin öğrenme, öz bakım, kişilerarası ilişkiler ve günlük yaşam aktiviteleri gibi birçok yaşam alanında yetersizliklere neden olmaktadır (20,41). Şizofreni tanılı bireylerde görülen klinik belirti ve bulgular şu şekilde sıralanabilir.

a) Genel Görünüm ve Davranış: Bireylerin çoğunda donuk, ilgisiz (apati), vurdum duymaz ve çekingen bir görünüm hakimdir. Ayrıca genelde kronik şizofreni hastaları dağınık, bakımsız ve yaşından daha büyük bir görünümü vardır (42).

b) Konuşma ve İlişki Kurma: Bireylerin ses tonu genelde tek düzedir ve duygularını dışa yansıtmazlar. Konuşmada dağınıklık, düzensizlik, yavaşlama, hızlanma, fakirleşme, mutizm (hiç konuşmama), basınçlı konuşma, ekolali (tekrarlama), stereotipi (yineleyici) konuşma gibi farklı konuşma şekilleri bireylerde görülebilir (42,43).

c) Duygulanım: Bireylerde duygu azalması veya küntlüğü sık görülmektedir. Bireyler vurdumduymaz, aldırılmaz, duygusuz gibi görünebilirler. Hastalığın ilerleyen dönemlerinde duygularda küntleşme, sıklık belirginleşmektedir. Bazı bireylerde ise yersiz, anlamsız görünen ağlama, gülme ve duygulanımda uygunsuzluklar olabilir. Ayrıca çökkün ya da taşkın duygu durum belirtileri de bireylerde görülebilmektedir (41,42).

d) Bilişsel Yetiler

1. Bilinç, Yönelim, Bellek: Yapılan çalışmalarda bireylerin bilişsel işlevlerde belirgin bir bozukluk olduğuna dair bulgular yer almaktadır. Bireylerin çoğunda sorun çözme, akıl yürütme, öğrenme, dikkati toplayabilme ve sürdürebilme gibi bilişsel işlevlerde yetersizlikler görülebilmektedir (42,43).

2. Zeka: Şizofreni tanılı bireylerin ortalama zeka seviyelerinin sağlıklı gruplara göre daha düşük olduğu bildirilmektedir (41, 42). Ancak bunun hastalıkla birlikte gelişen semptomlara ve yıkımlara bağlı olup olmadığını belirlemek zordur (42).

3. Algılama: Bireylerin çoğunda varsanılar (hallüsinasyonlar) veya illüzyonlar görülmektedir. Özellikle bireylerde en sık işitme varsanıların olduğu bildirilmektedir. Ayrıca görsel varsanılar (garip, ürkütücü görüntüler gibi), taktil (dokunma) varsanıları (bedeninde böcek gezinmesi gibi), koku (gaz kokusu gibi) ve tat varsanıları (çürük tat gibi) görülebilmektedir. Şizofrenide derealizasyon (kişinin çevresine yabancılaşma hissi) ve depersonalizasyon (kişinin kendisine yabancılaşma hissi) gibi algı bozulmaları da görülebilir (20,41,42).

e) Düşünce Yetileri

1. Düşünce süreci: Düşünce hızında, çağrışımların düzeninde ve amaca uygunluğunda bozulmalar görülebilir. Düşüncelerin çok yoğun bir şekilde olması nedeniyle düşüncelerin dağılması, bir düşünceden başka bir düşünceye kayma veya düşüncelerin zaman zaman durması da görülebilir. Bireyler bazen sözcüklerin ahenk ve uyumuna (klang çağrışım) düşüncedeki anlamdan daha çok önem verir. Bazen de karşısındaki kişinin kullandığı kelimeleri tekrarlayabilirler (ekolali) (41,43). Ayrıca bireylerde bazen birkaç kelime ya da kavramı bir araya getirerek yeni sözcükler, kavramlar üretme (kondensasyon) veya tamamen uydurma kelimeler oluşturduğu

(neolojizm) görülmektedir. Hastalığın ilerleyen zamanlarında bireylerin soyut düşünme yeteneği azalır ve daha çok somut düşünme yeteneklerini kullanırlar (41,42).

2. **Düşünce İçeriği:** Psikotik bozukluklarda görülen en temel belirti sanrılardır (hezeyan, delüzyon). Şizofreni tanılı bireylerde en sık görülen sanrı türü perseküsyon sanrısı iken; grandiyöz (büyüklenmecilik), erotomanik (başkalarının ona aşık olduğunu düşünme), nihilistik (hiçlik), somatik, jaluzik (kıskançlık) sanrılarda görülebilmektedir (20,43). Sanrılar genellikle tutarsız, dağınık, düzensiz ve acayıptır. Aynı zamanda bireylerde gerçeği değerlendirme yetisinde de bozulmalar olabilir. Buna bağlı olarak bireylerde gerçeğin saptırılması, yadsınması, değişik algılanması veya yorumlanması görülmektedir. Sanrıların dışında bireylerde mistik uğraşlar, astrolojik uğraşlar, çeşitli obsesyonlar da sıklıkla görülebilmektedir (41,42).

f) Hareket Yetileri: Bireylerde avolisyon (istemli eylemin azlığı), ağır ilgisizlik, toplumdan çekilme, taşkınlık, garip yüz hareketleri, manyerizm (göz devinimleri), kalıplaşmış ve yineleyici el-kol-beden hareketleri (tikler) görülebilir. Ayrıca bireyler belirli bir postürde uzun süre donmuş gibi kalabilirler (katatoni). Bunun yanı sıra bireylerin toplum içerisinde uygunsuz davranışları da (cinsel davranışlar, soyunma, mastürbasyon gibi) olabilir (20,41,42).

g) Pozitif ve Negatif Belirtiler: Normalin dışında fazlalık, sapma veya aşırılık olarak ortaya çıkan belirtiler pozitif belirtiler iken; normal işlevlerde eksiklik, azalma ya da yokluk belirtileri ise negatif belirtilerdir (20,44).

Tablo 2.1: Psikotik bozukluklarda pozitif ve negatif belirtiler (44)

Pozitif belirtiler	Negatif belirtiler
• Düşünce bozuklukları (Sanrılar) • Algı bozuklukları (Varsanılar) • Duygulanımda uygunsuzluk, taşkınlık • Hareketlerde anormallikler • Dezorganize konuşma	• Düşünce içeriğinde fakirleşme • Avolisyon • Anhedoni • Afekt küntleşmesi • Özbakımın bozulması

Pozitif belirtilerin fark edilmesi daha kolaydır ve bireyler genelde pozitif belirtilerin baskın olduğu dönemde tanı alırlar. Pozitif belirtiler genelde akut psikotik atak döneminde görülen ve tedavi ile birlikte düzelen belirtilerdir. Psikotik atakları takiben bozukluğun süregelenleştği dönemde, bireyde negatif belirtiler genellikle devam

etmekte ve bu durum da ciddi bilişsel bozulmalara ve yeti yitimlerine neden olmaktadır (43,44). Negatif belirtilerin yoğun görüldüğü bireylerde farmakolojik tedaviden daha az yarar sağlandığı ve hastalık sürecinin daha kötü olduğu görülürken; pozitif belirtilerin yoğun görüldüğü bireylerde ise farmakolojik tedaviden iyi yanıt alındığı ve hastalık sürecinin daha iyi olduğu belirtilmektedir (20,44,45).

2.2.5. Gidiş, Sonlanış ve Prognoz

Şizofreninin prodrom, akut, iyileşme, rezidüel dönem olmak üzere dört evresi vardır. Hastalığın başlangıcı genellikle akut veya yavaş yavaş ilerleyen şeklinde olmaktadır. Genellikle bireylerin %80-90'ında ilk psikotik atak öncesi, eşik altı pozitif ve negatif belirtiler, işlevsellik düzeylerinde azalmalar meydana gelmektedir (25). Hastalığın prodrom döneminde kişilerarası ilişkilerde azalma, uykusuzluk, günlük yaşam aktivitelerini aksatma, dikkatini odaklayamama, depresif duygudurum gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır (42,46). Bu prodromal belirtiler bazen birkaç hafta veya ay sürerken; genellikle birkaç yıla kadar sürdüğü görülmektedir (25). Ayrıca premorbid kişilik özellikleri de (içe dönük, sessiz, garip davranışları ve sınırlı ilgi alanları olan bireyler vb.) hastalığı tetikleyebilmektedir. Bu dönemlerde bireyin ve yakınlarının sağlık kuruluşlarından yardım arayışı ihtiyacı genelde olmamaktadır. Ancak bir süre sonra psikotik semptomların şiddetini arttırması ile birlikte birey ilk psikotik atağını geçirir ve hastalığın akut dönemi başlar (43,46).

Psikozun ilk atağı ve sonrasındaki ilk birkaç yılın kritik öneme sahip olduğu vurgulanmaktadır (42). Çünkü bu dönem kalıcı olabilecek semptomların tedavi ile en fazla iyileştirilebileceği dönemdir. Hastalığın başlangıcından sonraki beş yıl, hastalık seyrinin belirlendiği dönem olarak nitelendirilmektedir (25). Bu dönem aynı zamanda, hastalığın sosyal işlevsellik üzerine olan olumsuz etkisini en aza indirmek için de kritik bir dönemdir (20,42,47). Hastalık erken dönemde tedavi edilemediğinde, ilerleyen yıllarda daha kalıcı ve inatçı semptomlara (rezidüel semptomlara) yerini bırakmaktadır. Literatürde hastaların sadece %25'inin tamamen iyileştiği, yaklaşık %25'inde ise kalıcı semptomların olduğu bulunmuştur (43,47). Şizofreni tanılı bireylerde bilişsel yıkımlara ve yeti yitimlerine bağlı olarak intiharların da fazla olduğu bildirilmektedir (20,43,47).

Premorbid kişilik özelliklerinin olmaması, bireyin kadın ve evli olması, prenatal komplikasyon öyküsünün bulunmaması, zeka düzeyinin normal olması, hastalığın 20

yaş ve sonrasında başlaması, pozitif belirtilerin daha fazla görülmesi, tedaviye erken başlanması, ailede şizofreni öyküsünün bulunmaması ve sosyal desteğin varlığı olumlu gidişat göstergeleri olarak bildirilmektedir. Hastalığın erken yaşta başlaması, bireyin erkek ve bekar olması, premorbid kişilik özelliklerinin olması, semptomların sinsi ve yavaş başlaması, negatif belirtilerin daha fazla görülmesi, ailede şizofreni öyküsünün bulunması, komorbid psikiyatrik tanılarının olması, nükslerin fazla görülmesi ise hastalığın olumsuz gidişatının göstergelerindendir (20,21,46).

2.2.6. Tedavi

Şizofreninin tedavisinde amaç; bireyin psikotik semptomlarını kontrol altına almak, işlevsellik düzeyini ve yaşam kalitesini arttırmaktır (20,48). Şizofreninin tedavisinde ilk seçenek olarak farmakolojik tedaviler tercih edilmektedir (20). Ancak psikotik bozuklukların tedavisinde sadece psikofarmakolojik tedavinin yeterli olmadığı, bununla birlikte psikososyal müdahalelerin kombine şekilde uygulanması gerektiği vurgulanmaktadır (43). Yapılan çalışmalarda da uygulanan kombine tedavinin bireylere daha fazla yarar sağladığı bildirilmektedir (43,48)

a) Farmakolojik tedavi: Şizofreninin tedavisinde kullanılan antipsikotikler, dopamin reseptörlerini bloke ederek dopamin aktivasyonunu azaltmaktadır (20,21). Birinci kuşak antipsikotik olarak da bilinen tipik antipsikotikler daha çok pozitif semptomlar üzerinde etkili olurken, negatif semptomlar için yetersiz kaldığı ve daha çok ekstrapiramidal semptomlar (EPS) (distoni, akatizi, akinezi, parkinsonizm, tardiv diskinezi, Nöroleptik Malign Sendrom (NMS)) oluşturduğu ileri sürülmektedir (21,43). Bu nedenle ikinci kuşak (atipik) antipsikotikler ortaya çıkmıştır (20,21,43). Ancak atipik antipsikotiklerde daha fazla metabolik yan etkiler (abdominal kilo alımı, glikoz düzeyinde artış, hipertansiyon, hiperlipidemi gibi) sebep olmakta ve ilerleyen zamanlarda hastalarda ek tıbbi tanılar görülebilmektedir (20,49). Bu nedenle, psikofarmakolojik tedaviler dikkatli olunması gereken bir konudur (50). Ayrıca birey aniden ilaç tedavisini bırakır ya da düzensiz kullanırsa hastalığın tekrar etme olasılığı da artmaktadır (50,51). Yapılan çalışmalarda, şizofreninin tedavisinde kullanılan ilaçların negatif ve bilişsel belirtilerde klinik olarak anlamlı düzelmeler görülmediği ve işlevsellik düzeylerinde istenilen sonuçların alınmadığı bildirilmektedir (51).

b) Elektrokonvülsif tedavi (EKT): EKT, farmakolojik tedavinin etkili olmadığı durumlarda veya şiddetli hastalık semptomlarında hızlı düzelme

amaçlandığında farmakolojik tedaviye ek olarak uygulanabilmektedir. EKT ve antipsikotik ilaçların birlikte uygulandığı hastalarda, sadece antipsikotik tedavi alan hastalara göre, tedavide daha etkili sonuçlar elde edildiği görülmüştür (20,21).

c) Psikososyal müdahaleler: Psikotik bozuklukların tedavisinde sıklıkla aile psikoeğitimi, bilişsel davranışçı terapi (BDT), sosyal beceri eğitimleri, kabul ve kararlılık terapisi (ACT), mindfulness, metakognitif terapi (MCT) gibi psikososyal müdahalelerin uygulandığı görülmektedir (43,52-55). Psikoz hastalarının işlevselliğini artırmada farmakolojik tedavi ile birlikte uygulanan psikososyal müdahalelerin daha etkili olduğu bildirilmektedir (43).

Şizofreninin ilk beş yılı hastada daha hızlı bilişsel yıkımlara ve işlev kayıplarına sebep olduğundan özellikle erken dönemde psikososyal müdahalelerin uygulanması önerilmektedir (53). Hatta psikoz için riskli bireylere (prodromal dönemde olan bireyler) düzenli aralıklarla takiplerin ve hastalık tam olarak ortaya çıkmadan psikososyal müdahalelerin yapılması önerilmektedir (53-55). Bu bağlamda Avrupa, Amerika ve Avusturalya’da Erken Müdahale Merkezleri (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre) ve bu merkezlere bağlı erken müdahale ekipleri bu müdahaleler için ilk örneklerdendir. Erken müdahale ekipleri daha hastalık ortaya çıkmadan ‘prodrom’ veya ‘çok yüksek risk’ aşamasında olan riskli bireyleri takip ederken, aynı zamanda ilk atak psikoz ve sonrası aşamasında olan hastaların tedavi ve rehabilitasyonunda da görev almaktadırlar. Bu merkezlerde ruhsal bozukluğu olan genç bireylere özgü yoğun rehabilitasyon programları uygulanmakta ve semptom kontrolü sağlanarak, işlevselliklerinin artırılması hedeflenmektedir (9,53). Breitborde ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada Erken Müdahale Merkezinde altı ay boyunca uygulanan bilişsel müdahaleler ve bireysel/aile psikoeğitimleri ile psikozun erken döneminde olan hastaların semptom kontrollerinin sağlandığı, işlevsellik düzeylerinin arttığı, madde kullanımlarının azaldığı bulunmuştur (9).

Türkiye’de ise Erken Müdahale Merkezleri bulunmamaktadır. Psikozun erken döneminde olan hastalara ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, üniversite ve devlet hastaneleri ile özel hastaneler tedavi hizmeti vermekte, TRSM’lerde ise takip ve rehabilitasyon hizmetleri sunulmaktadır (4). Ancak bu merkezlerde psikozun erken döneminde olan hastalara yönelik erken müdahale ve koruma hizmetleri sınırlıdır. Bu nedenle de Türkiye’de psikozun erken döneminde olan hastaların semptom kontrolünü

ve işlevsellik düzeylerini arttıracak psikososyal müdahalelere ihtiyaç olduğu söylenebilir (14).

Yapılan uluslararası çalışmalarda, hastalığın erken döneminde uygulanan müdahalelerin; psikotik semptomları hafiflettiği, hastalığa ve tedaviye uyumu arttırdığı, günlük yaşam aktivitelerini, kişilerarası ilişkileri olumlu yönde etkilediği görülmektedir (11,12). Ayrıca etkin tedavi ile birlikte hastaların iyileşme oranlarının %10-60 aralığında olduğu, yaklaşık %20-30'sinin günlük yaşamını sürdürebildiği ve bir işte çalışabildiği belirtilmektedir (21).

2.2.7. ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERİN TOPLUMSAL İŞLEVSELLİK DÜZEYLERİ

İşlevsellik; günlük yaşam becerileri, sosyal ilişkiler, iletişim, çalışma yaşamı, hastalığa ve tedaviye uyum gibi birçok alanı etkileyen, kapsamı oldukça geniş bir kavramdır (4,5). Kronik ruhsal bozuklukların varlığında bozulan alanların başında işlevsellik gelmektedir. Şizofreni tanısı almış bireyde, psikotik tablonun ağır yıkıcı etkisi ile işlevsellik düzeyinin ciddi düzeyde azaldığı görülmektedir (3,56,57). Bu bireyler, günlük yaşam becerilerinde, sosyal ilişkilerinde, çalışma hayatlarında, aileleriyle ve çevreleriyle olan iletişimlerinde ciddi sorunlar yaşamakta ve bunlara bağlı olarak bireylerin hastalık öncesi işlevsellik düzeylerine dönemediği bildirilmektedir (4,5).

Yapılan çalışmalar incelendiğinde, şizofreni tanılı bireylerin işlevsellik düzeylerinin düşük olduğu, yeti yitimlerinin ise fazla olduğu görülmektedir (4,5,43,56). Bunun yanı sıra, işlevsellik düzeyi düşük olan hastaların; öz bakımlarını yerine getiremedikleri, hastalığa ve tedaviye uyum sağlayamadıkları, bireysel ve toplumsal rollerini yerine getiremedikleri, bir işte çalışamadıkları, sosyal ilişkiler kuramadıkları ve bunların sonucunda da hastaların daha kötü bir seyirle tekrarlı ve uzun süreli olarak hastaneye yattıkları belirtilmektedir (6,7,8,56,57). İşlevsellik düzeylerinin, bireylerin tüm yaşam alanlarını etkilediği ve şizofreni tanılı bireyler için son derece önemli olduğu görülmektedir.

Diğer yandan şizofreni, ülke ekonomisi için de önemli bir yük oluşturmaktadır. DSÖ'ye göre, gelişmiş ülkelerdeki toplam sağlık harcamalarının %7-12'sini şizofreninin tedavi harcamalarının oluşturduğu vurgulanmaktadır (58). Ancak son

yıllarda şizofreninin tedavisinde psikososyal müdahalelerin kullanılmasıyla çok önemli gelişmeler kaydedilmiş, işlevsellik düzeylerinde yaşanan artışlar ile bireylerin hastalıktan iyileşmeye doğru bir yol çizdikleri ve toplumda varolarak, bir işte çalışabildikleri görülmüştür (56,57). Bu bilgiler ışığında şizofreninin hem bireye hem de topluma ağır yükler getirdiği, bu nedenle semptomlar kronikleşmeden ve işlevsellik daha da bozulmadan erken dönemde bu bireylerin tedavi ve rehabilitasyonun sağlanması gerektiği anlaşılmaktadır (14).

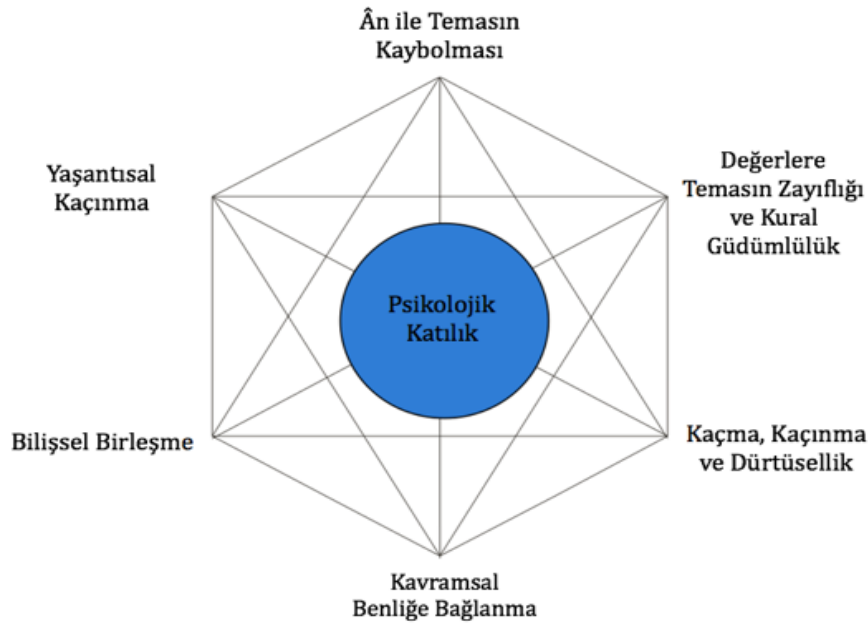
2.3. KABUL VE KARARLILIK TERAPİSİ (ACT)

Üçüncü kuşak bilişsel davranışçı terapilerden olan ACT, bilinçli farkındalık (mindfulness) ve kabul (acceptance) temelli müdahaleleri birlikte içeren, bilimsel kanıt düzeyi yüksek bir psikoterapi modelidir. İşlevsel Bağlamsalcılık kuramına (Relational Frame Theory- RFT) dayanan ACT, ruhsal bozukluklarda uygulanması giderek artan davranışçı bir psikoterapi ekolüdür (10,59). ACT, sadece bireyin sorunları hakkında konuşulan bir terapi modeli değildir. Bireyin yaşam kalitesinin yükseltilmesi için bireye yeni beceriler de kazandırmaktadır. ACT, bireyin can sıkıcı düşünceler, acı verici hatıralar, hoş gitmeyen duygular ile aradaki ilişkinin değiştirilmesini, bunlarla etkili baş edebileceği bir dizi beceriyi öğrenmesini ve değerleri doğrultusunda yaşam sürdürmesini hedeflemektedir (10,14,60). Bireyin düşünceleri, anıları, hisleri, bedensel duyuları gibi belirtilerini azaltma ya da içeriğini değiştirme hiçbir zaman ACT'in amacında yer almamaktadır (61). ACT'in kesin bir oturum sınırı olmamakla beraber terapi sürecinde esas olarak altı temel oturumun tamamlanması beklenmektedir. Oturumlar tamamladıktan sonra bireyin durum değerlendirmesi yapılmaktadır. Bireyin durumuna göre, daha fazla ihtiyacı olduğuna karar verilmesi halinde oturumlar artırılabilir (62).

Kabul ve Kararlılık terapisine göre bireyler ızdırap ya da acı veren hatıralardan kaçınmak ve olumsuz duygularının üstesinden gelmeye çabalamakla fazla meşgul olduklarında yaşamlarının öncelikli ihtiyaçlarını karşılayamaz hale gelirler (63). Bu durum onları verimsiz ve katı birer “*sorun çözücü*”ye dönüştürmektedir. ACT bireylere sahip oldukları deneyimleri farketmelerini ve kabul etmelerini önermektedir. Bu yeni bakış açısı; düşüncelerinin yalnızca birer düşünce, duygularının yalnızca birer duygu, hatıralarının yalnızca birer hatıra olduklarını görmelerini sağlamaktadır (63,64).

2.3.1. Kabul ve Kararlılık Terapisine Göre Psikopatolojinin Altı Temel Süreci

Kabul ve Kararlılık terapisi, psikopatolojinin temel sebebi olarak, psikolojik katılığı göstermektedir. Psikolojik katılık, bireyin uzun vadeli hedefleri ile uyumlu davranışlar sergileyememesine ve davranış sınırlılığına neden olmaktadır. Bu nedenle ilerleyen zamanda bireyi uzun vadeli hedeflerinden uzaklaştırır.



Şekil 2.1: Kabul ve Kararlılık terapisinin psikopatoloji modeli: Psikolojik katılık (62)

1. Bilişsel birleşme: Düşüncelerin davranış üzerindeki etkisini açıklamaktadır. Normalde bu durum patolojik olarak nitelendirilmezken, düşüncelerin davranış üzerinde güçlü düzeyde baskısının olması, bireyin an içerisindeki uyarıların farkına varamaması patolojik olarak adlandırılabilir. Bu bağlamda birey karşı karşıya kaldığı duruma yönelik uygun tepkiler veremeyebilir (10,62).

2. Yaşantısal kaçınma: Duygular, düşünceler, hatıralar gibi içsel yaşantıların frekans, biçim veya durumsal duyarlılığını kontrol etme veya değiştirmeye yönelik girişimler olarak ifade edilmektedir (65). Birey tarafından kullanılan değiştirme veya kontrol stratejileri de davranışsal zarara neden olabilir. Yaşantısal kaçınma kısa vadede değilse de uzun vadede yararsız olduğu gibi kendi kendini büyütme eğilimindedir (14,65). Örneğin; sosyal faaliyetlere katılma korkusu olan bir kişi bu

etkinliği azaltarak kısa vadede rahatlamış olabilir ancak uzun vadeli bakıldığında yaşamını giderek daralttığını görölmektedir.

3. Kavramsal benliğe bağlanma: Bireylerin neleri sevdiklerini, neler yaptıklarını, neden sorun yaşadıklarını ve çözüm olarak nelerin işe yaradığını ve diğerlerinden nasıl farklı olduğunu anlatan öyküleri vardır. Birey sadece kendi hakkında da değil, diğer kimseler hakkında da öyküler yaratabilir. Aslında bu durum belli bir düzeye kadar işlevsel olabilir. Ancak kişinin bu öykülere bağlanma düzeyi yüksek ise, ilişkisel bağlamın davranış üzerindeki etkisi de yüksek olacaktır. Sonucunda ise bireyin uzun vadeli değerlerinden uzaklaşmasına sebep olabilir (59,64). Örneğin; ailesi tarafından dışarı çıkmaya davet edilen psikoz tanılı birey, ‘ben zaten hastayım’ hikayesine sıkıca tutunup, bu teklifi geri çevirebilir ve bu davranış tekrarlı olduğunda birey değerlerine dayalı davranışlardan uzaklaşabilir.

4. Değerlerden uzaklaşma: Değerler, bireyin davranış kalıplarına yansıyan seçilmiş niteliklerdir ve bireyin anlamlı bir hayat yaşamasına imkan sağlayan, hayatına rehberlik edecek alanlardır. Bu nedenle ACT; “bireyin istediği gibi bir hayat sürmesi ve bu hayat tarzına yönelik ne tür davranışsal planlamaların yapılabileceğini ancak değerlerin netleştirilmesi yoluyla elde edilebilir” fikrini savunmaktadır (65). Psikopatolojik süreç içerisinde yer alan diğer tüm kavramlar (an ile temasın kaybolması, bilişsel birleşme, yaşantısal kaçınma gibi) bireyin içsel yaşantılarına takılmasına ve onlarla mücadele etmesine sebep olurken; bireyi değerlerinden ve anlamlı bir hayat yaşamaktan da uzaklaştırmaktadır (14,65).

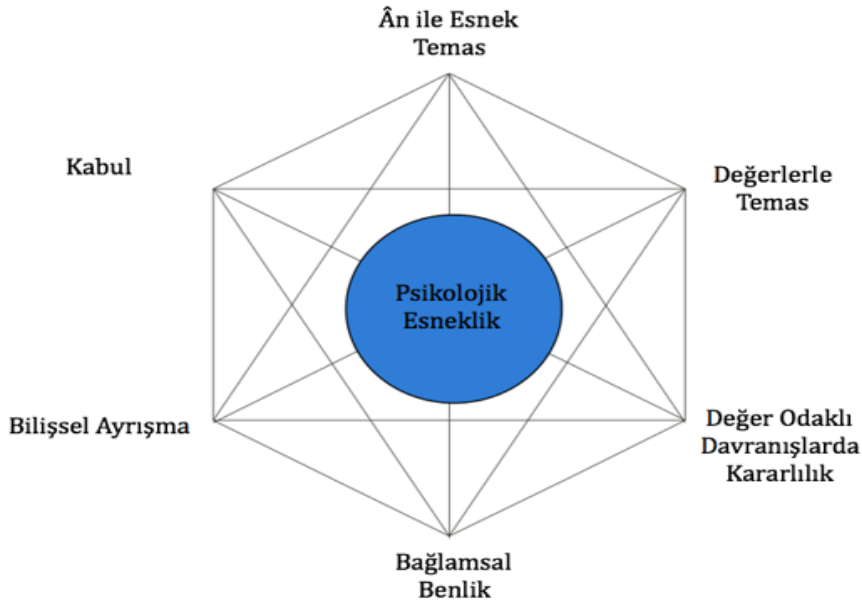
5. Kaçma, kaçınma ve dürtüsellik: Kişiler hayatlarındaki önemli dedikleri değerlere odaklanmak yerine; kaygı ve depresyonu yenmek için çabaladıklarında yaşamlarını boş yere tüketebilmektedirler. Psikolojik katılık olarak da adlandırılan bu durumu yüksek düzeyde yaşayan kişiler negatif içsel yaşantılardan kaçmak, kurtulmak için çeşitli davranışlar (örneğin kendine zarar verme veya madde kullanımı gibi) sergileyebilirler. Bazen bu durum gereklilikleri yapamama ve gizleyememe şeklinde de ortaya çıkabilir. Örneğin, birey yakın ilişkileri, işi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları veya boş zaman faaliyetleri ile tam anlamıyla ilgilenemez. Bu nedenle ACT, bireyin psikolojik esnekliğini sağlayabilmek için kaçma, kaçınma ve dürtüsel davranış sürecini zayıflatırken, değerlerin hayata geçirilmesi için değer odaklı davranışları pekiştirmeyi hedeflemektedir (10,59,63).

6. An ile temasın kaybolması (Geçmişe veya geleceğe bağlanma):

ACT'in psikopatoloji modelinde yer alan yaşantısal kaçınma, bilişsel birleşme gibi eylemler bireyi içinde olduğu andan uzaklaştırarak, geçmiş veya geleceğe dair zihinsel uğraşılara yönlendirir. Bu zihinsel uğraşılarda ruminatif düşünceler (olumsuz ve tekrarlı düşünceler) ve kaygı ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu doğrultuda ACT, içinde bulunulan ana, 'şimdi ve burada' ya odaklanmayı amaçlar. Böylece kişi değer odaklı davranışları doğrultusunda ilerleme fırsatı elde edecektir (59,63).

2.3.2. Kabul ve Kararlılık Terapisinin Altı Temel Süreci

Kabul ve Kararlılık terapisinin altı temel süreci sembolik olarak ACT altıgeni ile gösterilmektedir (Şekil 3.2). Psikolojik esneklik modeli görüldüğü üzere ACT'in psikopatoloji modeli ile paralellik göstermektedir. Psikolojik esnekliği artırma amacıyla ACT, altı sürecin her birini bireye kazandırmayı hedeflemektedir. Temel süreçler birbirleriyle bağlantılıdır ve bu altı süreç birbirinden ayrı olarak değerlendirilmemelidir (10,65,66).



Şekil 2.2: Kabul ve Kararlılık terapisinin psikolojik esneklik modeli (62)

1. An'da olma (Şimdi ve burada): Kişinin içinde olduğu an ve durumda olmasını ifade etmektedir. Şu anda olan bir olayı farkında olarak ele almak ve onunla temasa geçmektir. Aynı zamanda otomatik pilota geçmek veya düşüncelerimizde kaybolmak yerine, 'şimdi ve burada' ya odaklanmamızı içerir (62-64).

2. Bilişsel ayrışma: Ayrışma, bir adım geride durarak zihnimizdeki hatıralardan ve düşüncelerden uzaklaşmaktır. Düşüncelerin ve düşünme eyleminin varlığının fark edilmesine odaklanmaktır. Düşüncelere dalmak ve onlar tarafından hırpalanmak yerine düşüncelerimizin serbestçe gelip gitmelerine izin vermektir. Düşünsel süreci olduğu gibi kabul edip onlara sıkı sıkıya bağlanmak yerine, hafifçe tutmaktır (14,65).

3. Kabul etme: Kabul, bize acı veren hatıralara, duygulara, düşüncelere zihnimizde bir alan oluşturmaktır. Onlarla çekişmek, kavga etmek, onları yok saymak yerine, onlara karşı açık olup sadece orada olmalarına izin vermektir (10,62).

4. Bağlamsal benlik: Kişi, yaşadıklarını duyu organları aracılığıyla algıladığı ‘fiziksel benliğe’, düşünme, yargılama, hatırlama gibi zihinsel beceriler aracılığıyla algıladığı ‘düşünsel benliğe’ ve bu iki benliğin farkında olan ‘bağlamsal (gözlemleyen) benliğe’ sahiptir (66). Bağlamsal benlik kişinin yargısız bir şekilde kabul deneyimi yaşaması, *anı* deneyimleyebilmesidir. Bağlamsal benliğin gözlem halinde olması ‘saf farkındalık’ olarak isimlendirilmektedir (65). Burada bahsedilen gözlem hem içsel duyuları (duyguları, düşünceleri) hem de dış dünyada meydana gelen olayları aynı anda fark edebilmektir. Başka bir ifadeyle bireyin kendisi ve dış dünya arasına bir çizgi çizerek buradan kendisini gözlemleyebilmesidir (65,66).

5. Değerler: Değerler; bireyin hayatta ne yapmak, nasıl biri olmak ve bu yönde nasıl davranmak istediğini ifade eder. ACT, kişinin güçlü ve kendinden emin bir şekilde, aktif olarak değerlerinin peşinden gitmesi gerektiğini ancak değerlerini davranışa dökerken katı kurallar oluşturmamasını söylemektedir (65,66).

6. Değer odaklı davranışlar: Değer odaklı davranışlar, değerlerimizin yönlendirdiği etkili eylemlerdir. Yaşamı olduğundan daha dolu, anlamlı ve zengin kılan kişinin değerleriyle uyumlu hareketleridir. Terapi sürecinde değerlerin sürdürülebilir olması ve değer odaklı davranışlara dönüştürülmesi amaçlanmaktadır. Terapinin bu aşamasında zaman yönetimi, girişkenlik, problem çözme, kriz yönetimi, etkili baş etme yöntemleri gibi yaşamı geliştiren ve zenginleştiren birçok beceri bu bölümde bireylerle uygulanabilir (62,66).

2.4. PSİKOZUN ERKEN DÖNEMİNDE BİREYLERE UYGULANAN KABUL VE KARARLILIK TERAPİSİ ÇALIŞMALARI

Son yıllarda ACT ile yapılan çalışmaların sayısının hızla arttığı görülmektedir. Çalışmalarda, ACT'in, anksiyete bozuklukları, depresyon, madde kullanım bozuklukları ve somatizasyon bozukluklarının tedavisinde geleneksel BDT kadar etkili olduğu kanıtlanırken (52,67,68); psikoz tanılı bireyler ile yapılan çalışmalarda da ümit verici sonuçlar elde edilmektedir (13,17,65,69,70). Spidel ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada, psikoz tanılı bireylere uygulanan on oturumluk ACT programının bireylerin psikotik semptomlarını ve anksiyete düzeylerini azalttığı, duygu düzenleme becerilerini arttırdığı bulunmuştur (69). Shawyer ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada psikoz tanılı bireylere uygulanan sekiz oturumluk ACT programı sonrası bireylerin altıncı ay izlemlerinde pozitif, negatif semptomlarının ve genel psikopatolojinin anlamlı düzeyde azaldığı bulunurken; psikotik semptomlara bağlı yaşadıkları distres düzeylerinin de azaldığı saptanmıştır (70). Jansen ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan meta-analiz çalışmasında da psikoz tanılı bireylere uygulanan ACT'in genel psikopatoloji, hastane yatışları, depresyon ve işlevsellik düzeyleri üzerinde orta seviyede etkili olduğu bulunurken; negatif semptomlar ve bilinçli farkındalık düzeyleri üzerine ise düşük oranda etkili olduğu bulunmuştur (13). Konuyla ilgili ulusal düzeyde yapılan bir çalışmada da şizofreni tanılı bireylere uygulanan sekiz oturumluk ACT programının hastaların işlevsel iyileşme düzeylerini ve tedavi motivasyonlarını arttığı saptanmıştır (71). Bach ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan çalışmada ise ACT uygulanan psikoz tanılı bireylerin uzun dönem izlemlerinde nükslerini ve hastane yatışlarını azalttığı bildirilmiştir (72).

Psikozun erken döneminde bireylere uygulanan ACT'in sonuçlarının değerlendirildiği çalışmalar incelendiğinde; yapılmış çalışma sayısının oldukça sınırlı olduğu görülmektedir. Vaessen ve arkadaşlarının (2019) psikozun erken döneminde olan bireylere bireysel ve yüze yüze uygulanan 'Günlük Yaşamda Kabul ve Kararlılık Terapisi (Acceptance and Commitment Therapy in Daily Life (ACT-DL))' programına ek olarak mobil aplikasyon (mHealth) ile desteklenmiş müdahale programı sonrası bireylerin programdan memnun kaldıkları, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak sürdürdükleri ve buna bağlı işlevselliklerinin arttığı belirlenmiştir (12). Jansen ve Moris'in (2017) yaptıkları olgu sunumunda psikozun erken döneminde olan üç hastaya yüz yüze uygulanan 12 oturumluk ACT'in, hastaların depresyon, anksiyete semptomlarını azalttığı, psikolojik sağlamlıklarını arttırdığı saptanmıştır (13). Bu

Çalışmaların bulguları doğrultusunda, psikozun erken döneminde hastalara uygulanan psikososyal girişimlerin son derece önemli olduğu söylenebilir.

Günümüz teknolojinin gelişmesi ile birlikte sağlık hizmetlerinin de geliştiği, uzaktan ve daha hızlı şekilde uygulanabildiği görülmektedir. Ayrıca pandemi süreci ile birlikte zorunlu olarak sağlık hizmetlerinde de yenilikler gelmiştir. Bu süreçte telepsikiyatri hizmetleri ile bireylerin sağlık hizmetlerine uzaktan erişebilmesi sağlanmış ve bireylerin tedavi ve bakım hizmetleri srdrlmeye çalışılmıştır (68). Zamandan ve maliyetten tasarruf sağlayan telepsikiyatri hizmetleri bu dönemde psikoz tanılı bireyler için daha da önemli hale gelmiştir. Psikoz tanılı bireyin tedavi sürecinin aksaması; yeni ataklar, semptomların kalıcı hale gelmesi ve işlevsellik kayıpları demektir (5,14,17). Literatürde psikoz tanılı bireylerle ACT uygulamasının genellikle yüz yüze uygulandığı, online uygulanan ACT programı sonuçlarının yer almadığı grlmüştr. Bu alışmada ACT online ve grup terapisi şeklinde uygulanacaktır. Bu alışma ile psikoz tanılı bireylere ACT uygulamasının online ve grup terapisi şeklinde uygulanabilir olup olmadığı değerlendirilmiş olacaktır.

2.5. PSİKOZ TANILI BİREYLERİN REHABİLİTASYON SÜREÇLERİNDE PSİKİYATRİ HEMşİRESİNİN ROLÜ

Psikiyatri hemşireleri; hastalığın yarattığı hemen hemen her türlü zorluk ve problemle mücadelede psikoz tanılı bireye doğrudan yardım eden sağlık profesyoneli (5). Psikotik bozukluk tanısı almak birey ve ailesi için bir kriz dönemidir. Hastalığın erken sürecinde bireylerin karşılaştıkları birçok sorunla (tedaviye uyumsuzluğu, damgalanma, işlevsellikte bozulma, sosyal izolasyon, içgörü eksikliği, madde kullanım bozukluğu, intihar davranışları vb.) mücadelede psikiyatri hemşireleri doğrudan rol alabilmektedir (14). Psikiyatri hemşireleri, hastaların semptom kontrolünde ve işlevsellik düzeylerinin arttırılmasında etkili olabilecek girişimleri planlama ve uygulamada yetkiye sahiptirler. Özellikle hastalığın erken döneminde birey ve ailesinin, psikiyatri hemşiresinin müdahalelerine daha da fazla ihtiyaı vardır. Ayrıca pandemi süreci gibi psikoz tanılı bireylerin hastalık süreçlerini olumsuz etkileyecek dönemlerde psikososyal müdahaleleri uygulamak daha da önem kazanmaktadır. Psikiyatri hemşiresinin, uygulayacağı psikososyal müdahaleler ile bireyde oluşabilecek bilişsel yıkımların ve semptomların kronikleşmesinin önlenmesi, işlevselliğinin artması ve buna bağlı yaşam kalitesinin artması sağlanabilir (5,14,43).

Hemşirelik Yönetmeliğinde, psikiyatri hemşirelerinin, koruyucu, rehabilite edici, danışmanlık ve eğitim rolleri ön plana çıkmaktadır (15). Bu kapsamda psikiyatri hemşireleri, terapötik iletişim, sağlığın geliştirilmesi, grup danışmanlığı, psikoterapi, araştırma gibi müdahalelerle rollerinin gereklerini yerine getirmektedirler. Psikiyatri hemşiresi danışmanlık rolünü ruh sağlığını geliştirmede kullanılabileceği gibi, ruhsal bozukluğu ve yeti kayıplarını önleyerek işlevselliği arttırmada ve semptom kontrolünde de kullanılabilmektedir (43). Ayrıca yönetmelikte, psikiyatri hemşirelerinin özel eğitim alarak psikoterapi uygulamalarında görev alabilecekleri tanımlanmıştır (15,16). Psikiyatri hemşireleri terapist rollünün gereği olarak, terapi modellerinden güncel ve kanıta dayalı olanları takip etmeli, terapi eğitimlerine katılmalıdırlar. Eğitimini aldığı terapi modellerini hastaların tedavi ve bakım sürecine entegre etmelidirler (16).

Yapılan çalışmalarda psikotik bozuklukların tedavisinde kullanılan terapi modeli olarak göze çarpan ACT'in, özellikle son on yıl içindeki çalışmalarda yer aldığı görülmektedir (13,73). Bu nedenle yapılacak çalışmalarla özellikle psikotik bozukluklarda etkinliğinin kanıtlanmasına ihtiyaç olduğu söylenebilir. Klinikte hasta ile en çok vakit geçiren psikiyatri hemşireleri, psikotik bozukluğun erken döneminde ACT müdahalelerini uygulayarak; hastanın sağlığının geliştirilmesi, korunmasının yanı sıra ACT'in etkinliğinin değerlendirilmesine de katkı sağlayabilirler (14,17).

Uluslararası alanda psikozun erken döneminde bireylere uygulanan ACT ile ilgili yapılmış sınırlı sayıda çalışma bulunurken (11,12,18); ulusal düzeyde psikozun erken döneminde bireylere bu terapi modeli ile yapılmış bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu çalışma pandemi sürecinde yapıldığı için online ve grup terapisi olarak planlanmıştır. Yapılmış çalışmalarda online ve grup terapisi olarak yapılan ACT programı rastlanmadığından, bu çalışma ile birlikte literatüre önemli veriler de kazandırılacaktır. Ayrıca bu çalışma ile bireylerin semptom kontrolünün sağlanacağı, hastalığın seyrinin olumlu yönde değişeceği ve böylelikle işlevsellik düzeylerine de katkı sağlanacağı düşünülmektedir. Psikozun erken döneminde olan bireylere uygulanacak müdahaleler ile bireylerin daha üretken bir pozisyona geçmeleri, iş hayatına katılmalarına destek olunabilir. Bu çalışma sonuçları psikoz hastalarına erken dönemde psikososyal müdahalelerin planlanması yönünde ruh sağlığı profesyonellerine farkındalık da kazandıracaktır. Böylelikle psikiyatri hemşireleri klinik ortamlarda farklı

terapi yöntem müdahalelerini uygulayarak hemşirelik bakımının gücünü arttırabileceklerdir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TASARIMI

Bu araştırmanın amacı, psikozun erken döneminde hastalara uygulanan Kabul ve Kararlılık Terapisinin psikotik semptomlara ve işlevsellik düzeylerine etkisini incelemektir. Bu araştırma ön test, son test, izlemsel, randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır.

Araştırmanın planlama aşamasında deneysel araştırmaları uluslararası düzeyde değerlendiren ve onaylayan Clinical Trials adlı resmi kurumdan numara alındı (ClinicalTrials.gov ID: NCT05210816).

3.2. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ

H1: Kabul ve Kararlılık Terapisi uygulanan müdahale grubundaki hastaların psikotik semptomları, kontrol grubundakilere göre daha azdır.

H1_a: Kabul ve Kararlılık Terapisi uygulanan müdahale grubundaki hastaların pozitif semptomları, kontrol grubundakilere göre daha azdır.

H1_b: Kabul ve Kararlılık Terapisi uygulanan müdahale grubundaki hastaların negatif semptomları, kontrol grubundakilere göre daha azdır.

H1_c: Kabul ve Kararlılık Terapisi uygulanan müdahale grubundaki hastaların genel psikopatoloji semptomları, kontrol grubundakilere göre daha azdır.

H2: Kabul ve Kararlılık Terapisi uygulanan müdahale grubundaki hastaların işlevsellik düzeyleri, kontrol grubundakilere göre daha yüksektir.

H2_a: Kabul ve Kararlılık Terapisi uygulanan müdahale grubundaki hastaların özbakım düzeyleri, kontrol grubundakilere göre daha yüksektir.

H2_b: Kabul ve Kararlılık Terapisi uygulanan müdahale grubundaki hastaların kişilerarası ilişkiler düzeyleri, kontrol grubundakilere göre daha yüksektir.

H2_c: Kabul ve Kararlılık Terapisi uygulanan müdahale grubundaki hastaların bağımsız yaşam düzeyleri, kontrol grubundakilere göre daha yüksektir.

H2a: Kabul ve Kararlılık Terapisi uygulanan müdahale grubundaki hastaların çalışma durumu düzeyleri, kontrol grubundakilere göre daha yüksektir.

3.3. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Bağımsız Değişkenler: Bireylere uygulanan Kabul ve Kararlılık Terapisi programıdır.

Bağımlı Değişkenler: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği ve Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeğidir.

3.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma, Sağlık Bakanlığına bağlı bir eğitim araştırma hastanesinin psikiyatri servisinde yapıldı. Araştırmanın verileri ise Aralık 2021-Eylül 2022 tarihleri arasında toplandı.

Araştırmanın gerçekleştirildiği hastane İstanbul İli'nde 1845 yılında kurulmuş ve şu anda toplam 505 yatak kapasitesine sahiptir. Hastanenin Psikiyatri Ana Bilim Dalı'nda sekiz uzman psikiyatrist, altı asistan doktor, beş psikolog, beş hemşire, iki sekreter, dört hasta bakım personeli hizmet vermektedir. Açık psikiyatri servisi olarak hizmet veren psikiyatri kliniği 12 yatağı, altı polikliniği ve dört odalı psikoterapi merkezi ile bireylere hizmet vermektedir. Polikliniğe ve psikoterapi merkezine günde yaklaşık 150 birey başvurmaktadır.

3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Bu çalışmanın evrenini Aralık 2021-Eylül 2022 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığına bağlı bir eğitim araştırma hastanesinin psikiyatri polikliniğine başvuran, DSM-5 tanı ölçütlerine göre şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar tanısını en fazla üç yıl önce almış, 18-65 yaş arası psikoz tanılı bireyler oluşturdu. Araştırmaya alınacak bireylerin sayısını belirlemek üzere G*Power 3.1.9 programı ile güç (power) analizi yapıldı. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında Gaudiano ve Herbert yaptığı çalışmada kullanılan 0,665 etki büyüklüğü esas alındı (18). Bu araştırma için tip 1 hata %5, güven aralığı %95, güç %80 olarak kabul edildi. Buna göre minimum örneklem sayısı toplam 40 kişi olarak (müdahale 20, kontrol 20) hesaplandı. Araştırma sürecinde katılımcıların çalışmadan ayrılma olasılıkları göz önünde bulundurularak, 26 kişi müdahale grubuna, 29 kişi kontrol grubuna olmak üzere toplam 55 kişi çalışma

havuzuna alındı. İzlem sürecinde kontrol grubundan 2 kişiye ulaşılamamış ve araştırma dışı bırakılmışlardır (Şekil 3.1).

Örnekleme dahil olma kriterleri:

- Araştırmaya katılmayı kendisinin ya da vasisinin kabul etmesi,
- DSM-5 tanı kriterlerine göre en az altı aydır, en fazla üç yıldır şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar tanısı almış olması (11),
- Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nden (PANNS) P1 ve P3 maddelerinden 2-6 puan aralığında puan alması,
- Ev ortamının online görüşmeye uygun olması (evinde bilgisayar/akıllı telefon, internet olması, hastanın seans sırasında odada tek başına olabilmesi vb.)
- 18-65 yaş arası olması,
- Okur ve yazar olması,
- Görüşmeyi engelleyecek düzeyde iletişim problemi bulunmaması,
- Mental retardasyonu, nörobilişsel bozukluğu, alkol ve madde bağımlılığı olmamasıdır.

Örneklemden dışlanma kriterleri:

- Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nden (PANNS) P1 ve P3 maddelerinden 1 veya 7 puan alması,

3.6. VERİLERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

3.6.1. Randomizasyon

Çalışmaya alınacak bireylerin evrenden rastlantısal seçilmesi, müdahale ve kontrol grubunun bias olmadan atanması için basit rastgele randomizasyon yöntemi kullanıldı. Müdahale ve kontrol gruplarının belirlenmesinde seçim yanlılığını azaltmak amacıyla çalışmada doğrudan rolü olmayan üçüncü bir şahıs biyoistatistik uzmanı tarafından basit rastgele örnekleme Excel programında oluşturulan rastgele sayılar atama listesine göre randomizasyon yöntemi ile müdahale ve kontrol grubu atamaları yapıldı (<http://www.stattek.com/statistics/random-number-generator.aspx>). Bütün

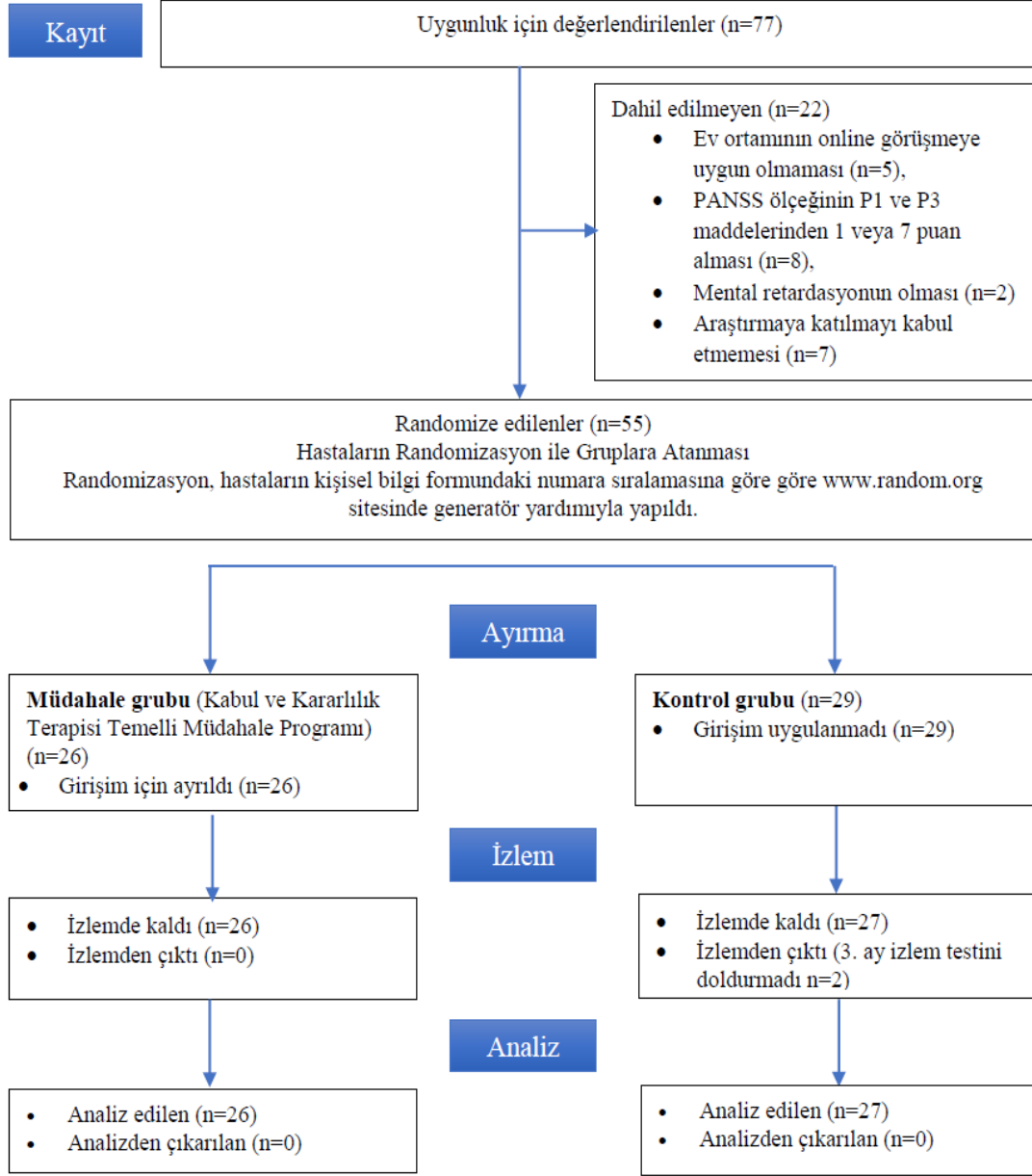
değişkenler dikkate alınarak, her parametre için iki grubun homojen olmasına dikkat edilmiştir.

2,3,4,5,7,8,11,12,13,19,23,25,26,30,31,33,35,36,38,39,43,45,47,48,50,54
numaralı bireyler müdahale grubunu temsil ederken
1,6,9,10,14,15,16,17,18,20,21,22,24,27,28,29,32,34,37,40,41,42,44,46,49,51,52,53,55
numaralı bireyler kontrol grubunu temsil etti.

3.6.2. Grupların Oluşturulması (Consort Diyagramına Göre)

Araştırmanın veri toplama aşamasına başlamadan önce hastanenin psikiyatri polikliniği tarafından takip edilen psikozun erken döneminde olan bireylerle dahil edilme kriterleri uygunluğunu değerlendirebilmek adına görüşmeler yapıldı. Bu süreçte polikliniğe başvuran psikozun erken döneminde olan 77 bireyle görüşüldü. Dahil edilme kriterlerine uymayan 22 kişi (ev ortamının online görüşmeye uygun olmaması (5 kişi), PANSS ölçeğinin P1 ve P3 maddelerinden 1 veya 7 puan alması (8 kişi), mental retardasyonun olması (2 kişi), araştırmaya katılmayı kabul etmemesi (7 kişi)) çalışma dışı bırakıldı. Buna göre araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan, müdahale programına ve izlemlere düzenli devam edebilecek 26 kişi müdahale grubuna, 29 kişi kontrol grubuna olmak üzere toplam 55 kişi çalışma havuzuna alındı. Bireyler üç ayrı müdahale-kontrol gruplarına ayrılmış ve program müdahale gruplarına uygulanmıştır. İzlem sürecinde kontrol grubundan 2 kişiye ulaşılamamış ve araştırma dışı bırakılmışlardır (Şekil 3.1).

CONSORT 2010 AKIŞ DİYAGRAMI



Şekil 3.1: Araştırmanın CONSORT akış diyagramı

Consort akış şeması <http://www.consort-statement.org/consort-statement/flow-diagram> (2010) doğrultusunda yapıldı.

3.6.3. Araştırma Süreci

Araştırmanın uygulaması beş aşamada tamamlandı. İlk aşamada, araştırmacı tarafından literatür taraması doğrultusunda “Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli

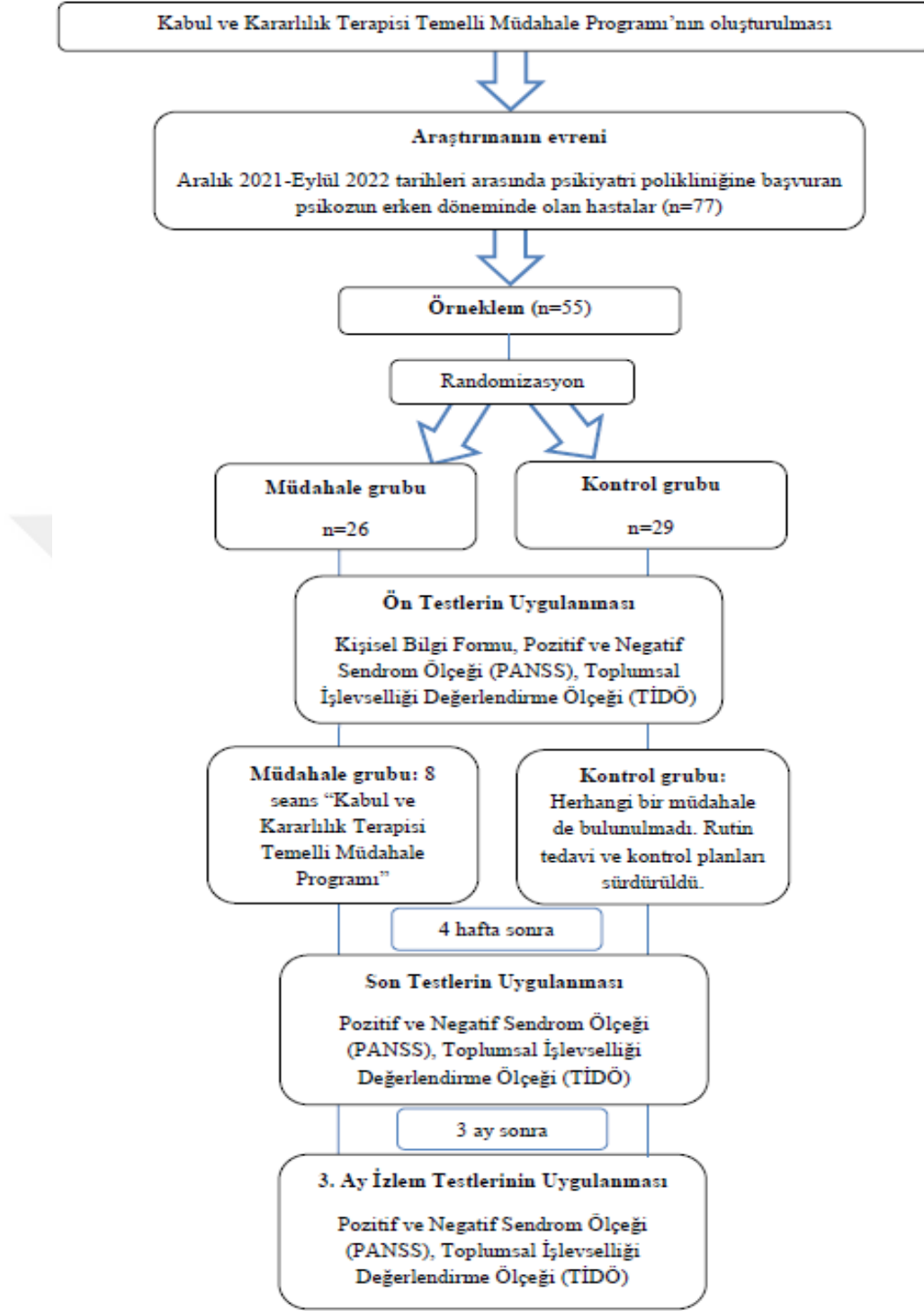
Müdahale Programı” hazırlandı. Araştırmacı, ‘Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Müdahale Programı’ hazırlanması ve oturumların planlanmasında literatürde yer alan çalışmalardan (14,59,78,79) ve Kabul ve Kararlılık Terapisi ve Mindfulness temel eğitimlerinden yararlandı (EK-1-2). ACT’in temelinde bulunan altı psikolojik esneklik bileşeni esas alınarak oturumlar şekillendirildi. Müdahale programı; bireylerin psikotik semptomlarına ilişkin yaşadıkları sorunlarını saptamaları, psikotik semptomlarına ilişkin duygularını anlamaları, semptomları ile nasıl baş edebilirler ve daha uyumlu yaşayabilirler gibi amaçlar doğrultusunda yapılandırıldı. Tüm oturumlarda, bireylerin psikotik semptomlarına uyum sağlamaları ve buna bağlı işlevsellik düzeylerini arttırmaları hedeflendi. Program hazırlandıktan sonra bağımsız beş kişiden uzman görüşü alındı (EK-3) ve uzman görüşleri doğrultusunda yapılan değişiklikler ile müdahale programına son hali verildi.

İkinci aşamada, araştırmada uygulanacak programın içeriğinin, programda kullanılan materyallerin ve veri toplama araçlarının uygunluğunun belirlenmesi amacıyla beş hasta ile ön uygulama çalışması yapıldı. Dahil edilme kriterlerine uygun beş hastaya program haftada iki seans (Pazartesi- Perşembe) olacak şekilde online ortamda uygulandı. Yapılan ön uygulama ile eğitim süresi ve kullanılacak materyallerin son hallerine karar verildi. Ön uygulamaya alınan hastalar araştırma sürecine dâhil edilmedi.

Üçüncü aşamada, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan tüm katılımcılarla program öncesi bireysel yüz yüze görüşmeler yapıldı ve katılımcıların program için uygunlukları (evinde bilgisayar/akıllı telefon ve internet olması, hastanın seans sırasında odada tek başına olabilmesi vb.) değerlendirildi. Çalışmaya katılacak bireylerden müdahale programına ve izlem kontrollerine katılacağı yönünde taahhüt alındı. Çalışmaya katılan bireylerin basit randomizasyon usulü ile müdahale ve kontrol grubuna atanması sağlandı. Birinci müdahale grubu on kişi, ikinci ve üçüncü müdahale grubu sekizer kişiden oluştu. Program öncesi bireysel yüz yüze görüşmelerde bireylerin öyküleri alındı. Katılımcılara program tanıtımı yapıldıktan ve onamları alındıktan sonra araştırmanın değişkenlerini içeren ön testler uygulandı. Oturumlar online ortamda, haftada iki oturum (Pazartesi- Perşembe) olmak üzere grup görüşmeleri şeklinde yapıldı.

Dördüncü aşamada, müdahale gruplarına sekiz oturumdan oluşan ve her bir grup oturumunda ısınma süresi ile oturumların ana temalarının tartışılması için ortalama 60-90 dakika sürecek olan “Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Müdahale Programı” uygulandı. Dört haftalık süreç içinde kontrol grubundaki bireylere ise araştırmacı tarafından herhangi bir müdahale uygulanmamış olup, bireylerin rutin tedavi ve kontrol planları sürdürüldü. Sekizinci oturumun sonunda ise ölçüm araçları müdahale ve kontrol gruplarına tekrar uygulanarak araştırmanın uygulama aşaması sonlandırıldı.

Beşinci aşamada ise, müdahale grubuna uygulanan “Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Müdahale Programı” oturumları tamamlanınca ve üç ay sonra son test uygulanarak izlemleri yapıldı. Kontrol grubuna dört hafta ve üç ay sonra son test uygulanarak izlemleri tamamlandı (Şekil 3.2). Kontrol grubuna araştırma sürecinin raporlandırılmasından sonra “Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Müdahale Programı” uygulanacaktır.



Şekil 3.2: Araştırmanın akış şeması

3.6.4. Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Müdahale Programı

Müdahale grubundaki bireylere online ortamda sekiz oturum olmak üzere grup görüşmeleri şeklinde program uygulandı.

Her bir oturumun genel ilkeleri belirlenerek her bir oturumun başlangıcında;

- Bir önceki oturumun gözden geçirilmesi,
- Mindfulness egzersizlerinin uygulanması (nefes egzersizi, beş şeyi farketme, beden taraması),
- Bir önceki oturumda verilen ödevlerin kontrol edilmesi ve üzerine konuşulması, gün yapılacak gündemin, girişimin belirlenmesi sağlandı.
- Her oturumda egzersiz ve Kabul ve Kararlılık Terapisi temelli girişimlerin yapılması,
- Girişim sonrası bir sonraki görüşmelere kadar yapılması gereken ev ödevinin verilmesi,
- Son beş dakikada geri bildirim alınması ve oturumun sonlandırılması sağlandı.

3.6.4.1. Oturumlar

Kabul ve Kararlılık Terapisi temelli müdahale programının oturumları Tablo 3.1’de gösterildi.

Tablo 3.1: Kabul ve Kararlılık Terapisi temelli müdahale programının oturumları

1. Oturum	Hazırlık oturumu
2. Oturum	Anla temas
3. Oturum	Bağlamsal benlik ve Bilişsel ayrışma
4. Oturum	Yaratıcı umutsuzluk
5. Oturum	Kabul
6. Oturum	Değerler
7. Oturum	Değer odaklı davranışlar
8. Oturum	Kapanış

1. Oturum: Hazırlık Oturumu

Oturumun Amacı;

- Hastalarla tanışma ve terapötik ilişkinin kurulması,

- Grubun birbiri ile tanışması
- Bilgilendirilmiş onamlarının alınması,
- Program hakkında bilgilendirme ve amacının açıklanması,
- Ön test verilerinin toplanması,

İçerik: Oturumda hastalarla ile tanışma, hastaların kendilerini tanıtmaları ve isteyen hastaların gönüllü olarak kendi öykülerinden kısaca bahsetmeleri (program öncesi bireysel olarak yüz yüze görüşmede hasta öyküleri toplanmıştı) istenildi. Araştırmacı tarafından araştırmanın amacı, oturumların süresi, sıklığı ve oturum kuralları konusunda bilgiler verilmesi, oturumlara devam konusuna dikkat edilmesinin önemini vurgulanması ve ön testlerin toplanması yer aldı. Her seans uygulanacak olan Nefes Egzersizleri (EK-4) hastaları anda tutabilmek ve dikkatini toplamak adına yapılacağı bilgilendirilmesi ile hastalara gösterildi, birlikte uygulandı.

Oturumun son aşamasında ev ödevi olarak; bir sonraki seansa kadar Nefes Egzersizlerini gün içerisinde yapmaları önerildi.

2. Oturum: Anla Temas

Oturumun Amacı;

- Hastaların anlık deneyimlerine karşı farkındalığını arttırmaktır.

İçerik: Farkındalık uygulamaları, bireyi oturumlar boyunca an’da tutmak amacıyla bütün oturumlarda uygulandı. Seansta Ziyaretçi Formu (EK-4) kullanılarak *Beden Taraması* müdahalesi uygulanmış ve bu egzersizi kendi kendine nasıl yapacakları hastalara öğretildi. Ayrıca Beş Duyu Egzersizi (EK-4) hastalara uygulandı. Bu egzersiz ile hastaların tüm duyularını çalıştırılarak, o anda zihnine düşünceler gelse de aynı zaman da duyuları ile birçok şeye odaklanabildikleri fark ettirilmeye çalışıldı. Böylece istenmeyen düşüncelerle veya psikotik semptomlarla baş etme yollarının hastalara öğretilmesi hedeflendi.

Oturumun son aşamasında ev ödevi olarak; hastaların farkındalık düzeylerini arttırmaya yönelik olarak evde (yemek yemek, çocuklarıyla ilgilenmek vb.) ya da dışarıda (yürüyüş yapma vb.) farkındalık egzersizinde bulunacakları herhangi bir işi yapmaları istendi. Yaptıkları iş esnasında Beş Duyu Egzersizini uygulayarak duyumsadıklarını not almaları istendi. Soyutlandıklarını, dikkatini kaybetmeye

başladığını hissettikleri veya stresli bir ortama girdikleri durumlarda Nefes Egzersizlerini yapmaları ve egzersiz sonucunda ne hissettiklerini not almaları önerildi.

3. Oturum: Bağlamsal Benlik ve Bilişsel Ayırışma

Oturumun Amacı;

- Hastaların duygu ve düşüncelerinden bağımsız olup, onları gözlemlemek ve kabul etmek için bir farkındalık hissi ile bağlantı kurmalarını sağlamak,
- Düşüncelerin gerçek/hakiki doğasını görmesi ve
- İşlevsiz/otomatik düşüncelerin fark etmesini sağlamaktır.

İçerik: Hastaların benlik algılarına yönelik esneklik kazanmalarını ve benlik algılarını bağlamsal benlik olarak değiştirmek amacıyla Gökyüzü ve Hava Durumu Metaforu (EK-4) ve Satranç Tahtası Metaforu (EK-4) uygulanmıştır.

Bireyin düşüncelerin gerçek doğasını görmesi ve düşüncelerini fark etmesini sağlamak amacıyla aşağıdakilere benzer sorular yönlendirildi;

- Zihniniz şu anda tam olarak size neyi anlatıyor?
- Zihninizin şu an ne yaptığını fark edin. Bir kulaklık takıp zihninizin size söylediklerini dinlesem muhtemelen ne duyuyor olurum?

Bu soruları takiben zihninden geçen düşünceleri bir kâğıda yazması istendi. Ardından bireyin düşüncelerinin işe yarayıp yaramadığının açığa çıkarılması için o an ki durum üzerinden birtakım sorular yöneltildi:

- Bu düşüncenin size nasıl bir faydası oluyor?
- Ona sıkıca sarılmanız baş etmeye çalıştığınız durumu kolaylaştırıyor mu?
- Düşüncenin size söylediği şeyi yapsanız, bu sizi daha anlamlı ve dolu dolu bir hayat yoluna doğru mu götürür yoksa sıkışmış ve ızdıraplı bir hale mi getirir?

Bireylerin düşüncelerini tutmadan, gelip gitmelerine izin vermesini sağlamak amacıyla Akıntıdaki Yapraklar (EK-4) ve Masalcı Dede Metaforu (EK-4) egzersizleri görseller eşliğinde uygulandı. Bu egzersizlerle ‘bırakın düşünceler gelsin fakat siz

onlara kendinizi bırakmayın, düşüncelerin sizi yönetmesine izin vermeyin' şeklinde bildirimler verildi.

Oturumun son aşamasında ev ödevi olarak; hastalara zihninin ne gibi şeyler söylediğini, bu düşüncelerin kendisini nasıl etkilediğini, düşüncelerin hangi durumlarda daha çok tekrarlandığını fark etmeleri ve bunu not almaları istendi. Stresli olduğunda, kaygılı hissettiğinde ya da düşüncelerin yoğun geldiği zamanlarda Akıntıdaki Yapraklar ya da Masalcı Dede Metaforu egzersizini uygulaması istendi.

4. Oturum: Yaratıcı umutsuzluk

Oturumun Amacı;

- Yaratıcı umutsuzluk müdahalesi yapmaktır.

İçerik: Oturumda hastaların şu ana kadar duygularını ve düşüncelerini yönetmek için kullandıkları yöntemlerin ve bunların sonuçlarının ne olduğunun ortaya çıkarılması sağlandı. Uzun vadede işe yaramayan stratejiler konuşularak, kullandıkları yöntemlerin uzun vadeli olumsuz sonuçlarıyla yüzleşmeleri istendi.

- Daha önce ne denediniz?
- Denediğiniz şey ne işe yaradı?
- Sonuçları ne oldu?

Bu ve benzeri sorularla hastaların işe yaramayan davranışları fark ettirilmeye çalışıldı. Hastaların alternatif bir yöneme hazır olması ve ne yapması gerektiğini sorması durumunda yaratıcı umutsuzluk müdahalesi olarak: Halat Çekme Metaforu (EK-4) ve Bataklıkta Mücadele Metaforu (EK-4) gösterilip, üzerine konuşuldu. Bireyin o anki getirdiği istenmeyen duygu, düşünceleri üzerine şu sorular soruldu;

- Düşünceleriniz sizi tuzağa düşürüyor?
- Bu hangi durumlarda daha çok tekrarlanmaktadır?
- Bu düşünceler size ne gibi şeyler söylemektedir?

Oturumun son aşamasında ev ödevi olarak; hastaların istenmeyen düşünce ve duygulardan kaçınmak veya kurtulmak için farklı olarak ne yaptıklarını, bunların nasıl sonuçlandığını ve hangi durumlarda daha çok tekrarlandığını not etmeleri, istenmeyen düşüncelerin farkına varıp, onları yakalamaları istendi.

5. Oturum: Kabul

Oturumun Amacı;

- Hastaların duygu ve düşüncelerine yer açmak ve onlarla mücadele etmesini bırakmasını sağlamak,
- Hastaların duygu ve düşüncelerinin doğal akışları içerisinde gelip gitmelerine müsaade etmek ve
- Hastalarla kabulün neden gerektiği üzerinde kritik yapmaktır.

İçerik: Hastaların istenmeyen duygu ve hislerine yer açmaları ve onlarla mücadele etmeyi bırakmaları hedeflendi. Önceki seansta ev ödevi verilen istenmeyen duygu düşünceleri yakalama egzersizleri üzerinden hastalara: “Orada olmasına izin ver, onunla mücadele etmeyi bırak, açık ol ve onun için kendinde bir yer aç, olduğu yerde kalmasına izin ver, onunla barış yap, bırak o orada kalsın sen yoluna devam et” gibi benzer ifadeler kullanıldı. Ancak her duygu ve düşüncenin kabulünden ziyade, bireyin kendi değerlerine uygun olarak hareket etmesini sağlayan duygu ve düşüncelerin kabulleri yapılacaktır. “Eğer hayatımızı anlamlandıran ve zenginleştiren davranışlarda bulunmamızı sağlamıyorsa, acı verici tecrübelerimiz için bir yer açmanın anlamı yoktur.” gibi bilgilerin paylaşılması yapıldı. Kabul müdahalesi için Mücadele Düğmesi (EK-4) ve Gemideki Canavarlar Metaforu (EK-4) egzersizleri üzerine konuşuldu.

Oturumun son aşamasında ev ödevi olarak; hastaların hisleriyle mücadele ettiği zamanları ve onlara karşı açık olduğu, onlar için yer açtığı zamanların farkına vardığı noktaları anlaması ve not alması istendi. Hislerinizle mücadele etmeye başladığınız zaman Gemideki Canavarlar Metaforu egzersizin üzerinden bir kere geçmeleri önerildi.

6. Oturum: Değerler

Oturumun Amacı;

- Hastalarla birlikte girişim hedeflerinin belirlenmesi ve
- Hastaların değerlerine yönelik farkındalığını artırma, değerleri ortaya çıkarma, değerleri ile bağlantı kurmasının sağlanmasıdır.

İçerik: Hastaların değerlerini saptamaya çalışırken *Sihirli değnek metaforu* kullanılarak hastalara ‘elimde bir sihirli değnek var ve bu değneği kullanarak hayatındaki bütün zorlayıcı, sana sıkıntı veren düşüncelerin ve duyguların artık senin için bir problem olmamasını sağlayacağım. Böyle olması durumunda bundan sonra:

- Farklı olarak ne yapacaksın?
- Ne yapmaya ya da yapmamaya başlayacaksın?

- Neyi daha az ya da daha çok yapacaksın?
- Kendine, diğerlerine, dünyaya nasıl davranacaksın?’

Bu ve benzeri sorular sorularak, hastaların oturumlarda kişisel, sosyal, mesleki, eğitim vb. alanlarda ulaşmak istediği davranışsal hedefleri belirlendi ve not alındı.

Oturumun son aşamasında ev ödevi olarak; hastalardan oturum içinde üzerinde konuşulan değerleri doğrultusunda neler yaptığını, nasıl davrandığını fark etmesi ve bunları not alması istendi.

7. Oturum: Değer Odaklı Eylemler

Oturumun Amacı;

- Hastaların değerleri ile bağlarını arttırmaya çalışmak,
- Hastaların değerlerini, davranışları için rehber olacak şekilde kullanmasını sağlamak,
- Hastaların değerlerini süre giden ve gelişmeye açık eylem biçimlerine dönüştürmek ve
- Hastaların işlevsellik düzeylerini geliştirmektir.

İçerik: Hastaların değer alanlarına yönelik yapmak istedikleri belirlendi. Bir çizelge oluşturularak ve hastaların belirlediği değerleri ve değerlerine yönelik hedefleri not edildi. Bu doğrultuda neler yapabilir, nasıl hareket edebilir bunun üzerine konuşuldu ve değerleri doğrultusunda harekete geçmeleri konusunda bireyler cesaretlendirildi.

Oturumun son aşamasında ev ödevi olarak; hastaların değerleri doğrultusunda belirlenen eylemleri uygulamaya geçirmeleri önerildi ve eyleme geçtiğinde ne hissettiği, hayatında ne değiştiği üzerine notlar alması istendi.

8. Oturum: Kapanış

Oturumun Amacı;

- Hastaların değerlerinden uzaklaştıkları ya da ilişkiyi kayb ettikleri anda değerlerle tekrar bağlantı kurmalarını sağlamak,
- ‘Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Müdahale’ programı içerisinde öğrenilen egzersiz tekniklerini hastaların günlük hayatta devam ettirebilmesini sağlamak,

- ‘Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Müdahale’ programını değerlendirerek ve son test verilerini toplayabilmektir.

İçerik: Hastaların değer alanları ve değerlerine yönelik yapmak istedikleri konusunda önceki oturumdan sonra ne kadar harekete geçtiği, neler yaptığı incelendi. Eylemleri sonrası oluşan deneyimleri üzerine konuşuldu. Değer odaklı eylemlerine belirtildiği şekilde devam etmeleri önerildi.

Son olarak şu ana kadar olan bütün oturumları değerlendirmeleri sağlandı ve geri bildirimleri alındı. Son testler uygulandı. Üç ay sonra bu testlerin tekrar edileceği belirtildi ve tarih belirlenerek program sonlandırıldı.

3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Verilerin toplanmasında; Kişisel Bilgi Formu (EK-5), Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) (EK-6), Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ) (EK-7) kullanıldı.

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-5)

Bireylerin çeşitli sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, kimle yaşadığı, çalışma durumu, ekonomik durum) ve ruhsal bozukluğa ilişkin verileri (hastalık başlama yaşı ve süresi, hastaneye yatış sayısı, aldığı tedaviler, tedavi uyumu) içeren Kişisel Bilgi Formu araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlandı (5,12,14,69).

3.7.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) (EK-6)

Kay ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilen ölçek, psikotik semptomların şiddet değerlendirilmesini içermektedir (74). Hastalarla yarı yapılandırılmış bir görüşme ile araştırmacı tarafından veriler toplanmaktadır. Ölçek 30 ruhsal parametreden oluşmakla birlikte bunlardan yedisi pozitif semptomlar alt boyutuna, yedisi negatif semptomlar alt boyutuna ve on altısı ise genel psikopatoloji alt boyutuna aittir. Her madde yedi puanlı şiddet değerlendirmesini içermektedir (1: Yok, 2: Çok hafif, 3: Hafif, 4: Orta, 5: Orta/Ağır, 6: Ağır, 7: Çok ağır). Puanlama her maddenin puanlarının toplanmasıyla yapılmaktadır. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin puan aralığı 7-49, genel psikopatoloji alt ölçeğinin ise 16-112’dir. Toplam puan 30-210 arasında değişmektedir (74). Leucht ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında ölçekten alınan 58-74

toplam puanın hafif, 75-94 puanın orta, 95-115 puanın belirgin hastalık, 116 ve üzeri puanın ağır hastalık düzeyi olarak nitelendirildiği saptanmıştır (75). Ölçeğin Türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır (76). Ölçeğin, mevcut çalışmada Cronbach Alpha katsayısı 0,75 olarak bulunurken (76); bu çalışmada ölçeğin izlemlerinde toplam Cronbach Alpha katsayıları 0,76-0,86 aralığında saptandı.

3.7.3. Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ) (EK-7)

Ölçek, Yıldız ve arkadaşları (2019) tarafından şizofreni tanılı bireyler için geliştirilmiş ve toplamda 19 maddeden oluşmaktadır (77). Likert tipindeki ölçekte her bir madde 1-3 puan aralığındadır. Ölçeğin; kişilerarası ilişkiler ve eğlenti, özbakım, bağımsız yaşam becerileri ve çalışma yaşamı olarak dört alt boyuttan oluştuğu görülmektedir. Ölçeğin 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7. maddeleri özbakım alt boyutuna, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14. maddeleri kişilerarası ilişkiler alt boyutuna, 15,16,17,18. maddeleri bağımsız yaşam alt boyutuna, 19. madde ise çalışma durumu alt boyutuna aittir. Ölçekten alınabilecek puan 19-57 aralığındadır. Ölçekten alınan yüksek puan, bireyin toplumsal işlevsellik düzeyinin yüksek olduğu göstermektedir (77). Ölçeğin, mevcut çalışmada Cronbach Alpha katsayısı 0,84 olarak bulunurken (77); bu çalışmada ölçeğin izlemlerinde toplam Cronbach Alpha katsayıları 0,70-0,80 aralığında saptandı.

3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK VE YASAL YÖNLERİ

Araştırmacı tarafından, Bağlamsal Davranış Bilimleri ve Psikoterapiler Derneği ve Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği tarafından düzenlenen 36 saatlik ‘Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT)’ kuramsal ve uygulamalı eğitim tamamlandı (EK-1). Ayrıca seanslar içerisinde kullanılacak Mindfulness egzersizleri için de Mindfulness Enstitüsü tarafından düzenlenen toplamda 8 saatlik ‘Bireysel Görüşmede Mindfulness’ ve ‘Görüşme Sürecinde Kullanılabilecek Mindfulness Uygulamaları’ eğitimleri alındı (EK-2).

Araştırmaya gerekli olan kurumsal ve etik izinler alındıktan sonra başlandı. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 16.09.2021 tarihli 21-88 nolu karar numarası ile Etik Kurulu Onayı (EK-8), araştırmanın yapıldığı hastaneden 07.10.2021 tarihli E-54230385-799 nolu karar numarası ile kurum izni alındı (EK-9). Veri toplama araçlarından Toplumsal İşlevselliği

Değerlendirme Ölçeğini (TİDÖ) geliştiren araştırmacıdan e-posta yolu ile yazılı izin alındı (EK-10). İzinler alındıktan sonra, araştırmaya katılan hastalar veya vasilerine bu çalışmaya katılmalarında herhangi bir riskin olmayacağı konusunda Helsinki Deklarasyonuna göre bilgilendirme yapılarak yazılı ve sözlü onamları alındı, bilgilendirilmiş onam formu imzalatıldı (EK-11). Araştırma sürecinde online görüşmelerde kayıt alınmadığı konusunda da hastalar ve vasileri bilgilendirildi. Ayrıca araştırmanın yürütülmesinde bilimsel ve evrensel etik ilkelere de uyularak bu ilkeler doğrultusunda araştırmanın başından sonuna kadar her aşamasında özerklik/bireye saygı, mahremiyet ve sır saklama, adalet ve eşitlik, zarar vermeme/yararlılık ilkeleri göz önünde bulunduruldu.

3.9. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS (Statistics Package for Social Sciences) versiyon 22.0 bilgisayar paket programında analiz edildi. Çalışmadan elde edilen verilerin analizinde kullanılan yöntemler Tablo 3.2’de verilmiştir.

Tekrarlayan Ölçümlerde Varyans Analizi testinde etki büyüklüğünü belirlemek için eta kare korelasyon katsayısı kullanıldı (80). Eta kare bağımsız değişkenin (ya da faktörün) bağımlı değişkendeki toplam varyansın (değişimin) ne kadarını açıkladığını gösterir ve 0 ile 1 arasında bir değer alır. 0,01 küçük, 0,06 orta ve 0,14 düzeyindeki eta kare ise büyük etki olarak yorumlanır (80). Friedman testinde etki büyüklüğünü belirlemek için Kendall’s W katsayısı kullanıldı (81). Kendall’s W katsayısı 0,00 – 0,20 = çok zayıf etki, 0,21 – 0,40 = zayıf etki, 0,41 – 0,60 = orta etki, 0,61 – 0,80 = güçlü etki, 0,81 – 1,00 = çok güçlü etki olarak yorumlandı (81). Sonuçlar yorumlanırken istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak belirlendi.

Tablo 3.2: Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler

Kullanılan testler		
İç geçerlilik	Cronbach α kat sayısı	
Verilerin normallik dağılımı	Kolmogorov-Smirnov	
Müdahale ve kontrol grubu kontrol değişkenlerinin karşılaştırmasında	Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, bağımsız gruplarda t testi, Yates Düzeltmeli ki-kare analizi	
	Normal Dağılan Ölçümlerde	Normal Dağılmayan Ölçümlerde
İkili grupların karşılaştırılmasında	Bağımsız gruplarda t testi	Mann-Whitney U testi
Grup içi karşılaştırmalarda	Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi (VA) (Post hoc testi olarak Bonferroni kullanıldı)	Friedman Testi (Post hoc testi olarak Wilcoxon testi kullanıldı).
Etki büyüklüğü	Eta Kare (η^2)	Kendall's W
Bağımsız değişkenlerinin ölçek toplam puan ortalamasına etkisi	Multiple Linear Regresyon Analizi	

3.10. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ VE SINIRLILIKLARI

Araştırmanın güçlü yönleri şunlardır;

- Araştırmada bireylerin davranış değişikliğini gözlemlemek adına ön test son test kontrol gruplu üç aylık tekrarlayan ölçümlü deneysel tasarım tipinin kullanılmış olması,
- Araştırmacının hazırladığı müdahale programı için birbirinden bağımsız beş uzmandan görüş alınması,
- Müdahale ve kontrol grubunun randomize olarak atanması,
- Müdahale ve kontrol grubunun homojen olmasıdır.

Araştırmanın sınırlılıkları şunlardır;

- Pandemi sürecinde yaşanan stres ve anksiyete sebebiyle hastaları semptomlarının artması ve nüks etme olasılıklarının yüksek olması,
- Oturumların online ortamda yapılması,
- Araştırma bulgularının bu örneklem grubu ile sınırlı olup genellenememesi,
- Araştırmada veriler toplanırken veya Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Müdahale Programının uygulanmasında çalışmaya katılan hastaların,

araştırmacının beklentilerinden etkilenmemesi için verilerin veya programın uygulamasının psikiyatri hemşireliği alanında başka bir çalışmacı tarafından toplanması planlanmıştı. Ancak kurumun hassasiyeti dolayısıyla başka bir çalışmacıyı kabul etmemesi nedeniyle verilerinin de araştırmayı yapan tarafından toplanması çalışmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.



4. BULGULAR

Bu bölümde, psikozun erken döneminde hastalara uygulanan Kabul ve Kararlılık Terapisinin psikotik semptomlara ve işlevsellik düzeylerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri tablolar halinde sunuldu.

Araştırmanın bulguları;

- Bireylerin sosyodemografik özellikleri ve sağlık durumlarına ilişkin bulgular,
- Bireylerin psikotik semptomlarına ilişkin bulgular,
- Bireylerin işlevsellik düzeylerine ilişkin bulgular,
- Müdahale grubundaki bireylerin bazı sosyodemografik ve sağlık durumuna ait özelliklerinin psikotik semptomlar üzerine etkisine ilişkin bulgular,
- Müdahale grubundaki bireylerin bazı sosyodemografik ve sağlık durumuna ait özelliklerinin işlevsellik düzeyi üzerine etkisine ilişkin bulgular,
- Bireylerin psikotik semptomlarının işlevsellik düzeyleri üzerine etkisine ilişkin bulgular olmak üzere altı başlıkta ele alındı.

4.1. BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLERİ VE SAĞLIK DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.1: Bireylerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular (N=53)

Özellikler	Müdahale grubu (n=26)	Kontrol grubu (n=27)	Test
	Ortalama±SS (Min.-Max.)	Ortalama±SS (Min.-Max.)	
Yaş	23,26±3,88 (18-34)	23,55±3,82 (19-33)	t= -0,270 p= 0,788
	n (%)	n (%)	
Cinsiyet			
Kadın	6 (23,1)	8 (29,6)	X ² = 0,293
Erkek	20 (76,9)	19 (70,4)	p= 0,757
Medeni durum			
Evli	5 (19,2)	6 (22,2)	X ² = 0,072
Bekar	21 (80,8)	21 (77,8)	p= 1,000

t=Bağımsız gruplarda t testi; X²=Yates düzeltilmeli ki-kare testi

Tablo 4.1: (devam)

Özellikler	Müdahale grubu (n=26)	Kontrol grubu (n=27)	Test
	n (%)	n (%)	
Birlikte yaşadığı kişiler			
Tek başına	1 (3,8)	2 (7,4)	
Eş/çocuklar ile	5 (19,2)	6 (22,2)	X ² = 0,440
Anne/baba ile	15 (57,7)	14 (51,9)	p= 0,932
Ev arkadaşı ile	5 (19,3)	5 (18,5)	
Eğitim durumu			
Lise	17 (65,4)	17 (63,0)	X ² = 0,034
Lisans ve üzeri	9 (34,6)	10 (37,0)	p=0,854
Çalışma durumu			
Çalışıyor	14 (53,8)	13 (48,1)	X ² = 0,172
Çalışmıyor	12 (46,2)	14 (51,9)	p= 0,684
Gelir düzeyi			
İyi	2 (7,7)	6 (22,2)	X ² = 2,239
Orta	19 (73,1)	16 (59,3)	p= 0,326
Kötü	5 (19,2)	5 (18,5)	

X²=Yates düzeltilmeli ki-kare testi

Çalışmaya katılan müdahale grubundaki bireylerin yaş ortalamasının 23,26±3,88 yıl, %76,9'unun erkek, %80,8'inin bekar, %57,7'sinin anne-baba ile yaşadığı, %65,4'ünün lise mezunu, %53,8'inin çalıştığı ve %73,1'inin gelir durumunu orta olarak algıladığı belirlendi.

Kontrol grubundaki bireylerin yaş ortalamasının 23,55±3,82 yıl, %70,4'ünün erkek, %77,8'inin bekar, %51,9'unun anne-baba ile yaşadığı, %63'ünün lise mezunu, %51,9'unun çalışmadığı, %59,3'ünün gelir düzeyini orta olarak algıladığı saptandı.

Çalışmada yer alan müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında, tüm değişkenler bakımından benzer olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p>0,05) (Tablo 4.1).

Tablo 4.2: Bireylerin sağlık durumlarına ilişkin bulgular (N=53)

Özellikler	Müdahale grubu (n=26)	Kontrol grubu (n=27)	Test
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Hastalık tam yılı	1,61±,69	1,66±,67	t= -0,271
	n (%)	n (%)	p= 0,787
Hastalık tam yılı			
1 yıl	13 (50,0)	12 (44,4)	X ² = 0,203
2 yıl	10 (38,5)	12 (44,4)	p= 0,903
3 yıl	3 (11,5)	3 (11,2)	

t= Bağımsız gruplarda t testi; X²=Yates düzeltilmeli ki-kare testi

Tablo 4.2: (devam)

Özellikler	Müdahale grubu (n=26) n (%)	Kontrol grubu (n=27) n (%)	Test
Hastalık tanısı			
Şizofreni	7 (26,9)	11 (40,7)	$X^2= 0,288$
Psikotik bozukluk	19 (73,1)	16 (59,3)	$p= 0,387$
Daha önce hastaneye yatma durumu			
Evet	16 (61,5)	15 (55,6)	$X^2= 0,195$
Hayır	10 (38,5)	12 (44,4)	$p= 0,782$
Hastane yatışı sayısı (n=31)			
1 kez	13 (81,3)	14 (93,3)	$X^2=1,006$
2 kez	3 (18,8)	1 (6,7)	$p=0,600$
Aldığı tedaviler			
Farmakoterapi	22 (84,6)	21 (77,8)	$X^2= 0,405$
Farmakoterapi+Psikoterapi	4 (15,4)	6 (22,2)	$p= 0,728$
Tedavi uyumu			
İyi	9 (34,6)	10 (37,0)	$X^2= 0,214$
Orta	13 (50,0)	14 (51,9)	$p= 0,899$
Kötü	4 (15,4)	3 (11,1)	
Kendi kendine ilaçlarını kullanabilme durumu			
Evet	20 (76,9)	23 (85,2)	$X^2= 0,591$
Hayır	6 (23,1)	4 (14,8)	$p= 0,339$
Sigara kullanımı			
Evet	18 (69,2)	17 (63,0)	$X^2= 0,232$
Hayır	8 (30,8)	10 (37,0)	$p= 0,773$
Alkol kullanımı			
Evet	5 (19,2)	12 (44,4)	$X^2= 3,865$
Hayır	21 (80,8)	15 (55,6)	$p= 0,077$
İzlem sürecinde hastaneye yatma durumu			
Evet	-	4 (14,8)	$X^2=4,166$
Hayır	26 (100)	23 (85,2)	$p=0,111^*$

X^2 =Yates düzeltilmeli ki-kare testi

Müdahale grubundaki bireylerin %50'sinin bir yıl önce tanı aldığı, %73,1'inin psikotik bozukluk tanılı olduğu, %61,5'inin daha önce hastaneye yattığı ve %81,3'ünün bir kez hastane yatışının olduğu, %84,6'sının sadece farmakoterapi aldığı, %50'sinin tedavi uyumunu orta düzey olarak algıladığı, %76,9'unun kendi başına ilaçlarını alabildiği, %69,2'sinin sigara ve %19,2'sinin alkol kullandığı saptandı. Ayrıca son test değerlendirmesinde müdahale grubundaki bireylerin tamamının programdan memnun kaldığı ve izlem sürecinde müdahale grubundaki bireylerin hastane yatışlarının olmadığı belirlendi.

Kontrol grubundaki bireylerin %44,4'ünün bir yıl önce tanı aldığı, %59,3'ünün psikotik bozukluk tanılı olduğu, %55,6'sının daha önce hastaneye yattığı ve %93,3'ünün bir kez hastane yatışının olduğu, %77,8'inin sadece farmakoterapi aldığı, %51,9'unun tedavi uyumunu orta düzey olarak algıladığı, %85,2'sinin kendi başına

ilaçlarını alabildiği, %63'ünün sigara, %44,4'ünün ise alkol kullandığı ve izlem sürecinde %14,8'inin hastaneye yattığı bulundu.

Çalışma kapsamında müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin sağlık durumlarına ilişkin özelliklerine göre dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında tüm değişkenler bakımından benzer olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.2).

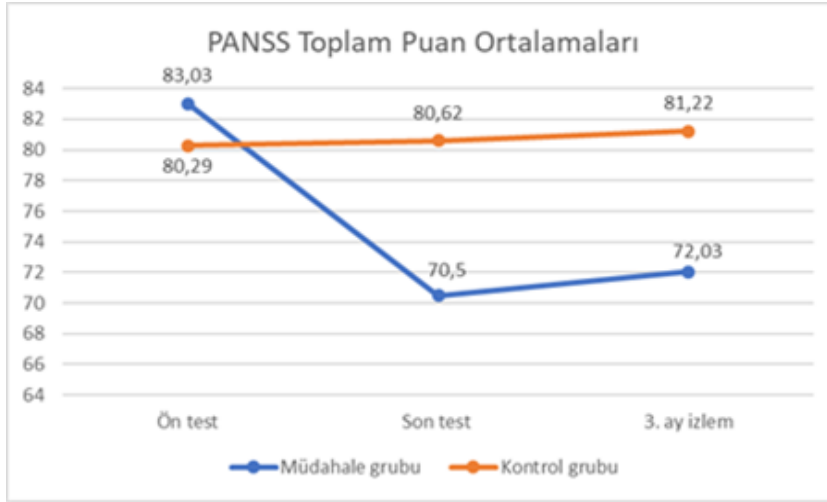
4.2. BİREYLERİN PSİKOTİK SEMPTOMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Çalışmaya katılan bireylerin ön test, son test ve izlem testine göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.3 ve Şekil 4.1'de gösterildi.

Tablo 4.3: Bireylerin Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının karşılaştırılması (N=53)

PANSS	Müdahale grubu (n=26)	Kontrol grubu (n=27)	Test
	Ort±SS (Min-Max)	Ort±SS (Min-Max)	
Ön test ^a	83,03±7,73 (66-93)	80,29±8,14 (65-94)	t=1,256 p=0,215
Son test ^b	70,50±7,56 (56-86)	80,62±8,82 (62-94)	U=131,500 p=0,000
3. ay izlem ^c	72,03±8,81 (55-92)	81,22±8,86 (63-94)	t=-3,781 p=0,000
Test	X ² =42,660 p=0,000	F=2,738 p=0,074	
Post-hoc test Etki büyüklüğü	b,c<a W=0,820		

PANNS= Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği; t=Bağımsız gruplarda t test; U=Mann-Whitney U test; X²=Friedman test; W=Kendall's W katsayısı; F=Tekrarlı ölçümlerde VA.



Şekil 4.1: Bireylerin Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının dağılım grafikleri

Kabul ve Kararlılık Terapisi programı öncesi yapılan değerlendirmede müdahale grubundaki bireylerin PANSS toplam puan ortalamasının $83,03 \pm 7,73$, kontrol grubundaki bireylerin PANSS toplam puan ortalamasının $80,29 \pm 8,14$ olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p > 0,05$).

Kabul ve Kararlılık Terapisi programı sonrası yapılan son test değerlendirmesinde müdahale grubundaki bireylerin PANSS toplam puan ortalamasının $70,50 \pm 7,56$, kontrol grubundaki bireylerin PANSS toplam puan ortalamasının $80,62 \pm 8,82$ olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptandı ($p < 0,05$).

Kabul ve Kararlılık Terapisi programından üç ay sonra gerçekleştirilen izleminde ise müdahale grubundaki bireylerin PANSS toplam puan ortalamasının $72,03 \pm 8,81$, kontrol grubundaki bireylerin PANSS toplam puan ortalamasının $81,22 \pm 8,86$ olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulundu ($p < 0,05$).

Müdahale grubunun PANSS toplam puan ortalaması açısından ön test, son test ve izlem testi ölçümleri arasında anlamlı bir farklılık saptandı ($p < 0,05$). Ön test toplam puan ortalamasının, son test ve izlem testi puan ortalamasına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulundu. Bu değişimin etki büyüklüğü olarak Kendall's W katsayısı 0,820 olarak belirlendi.

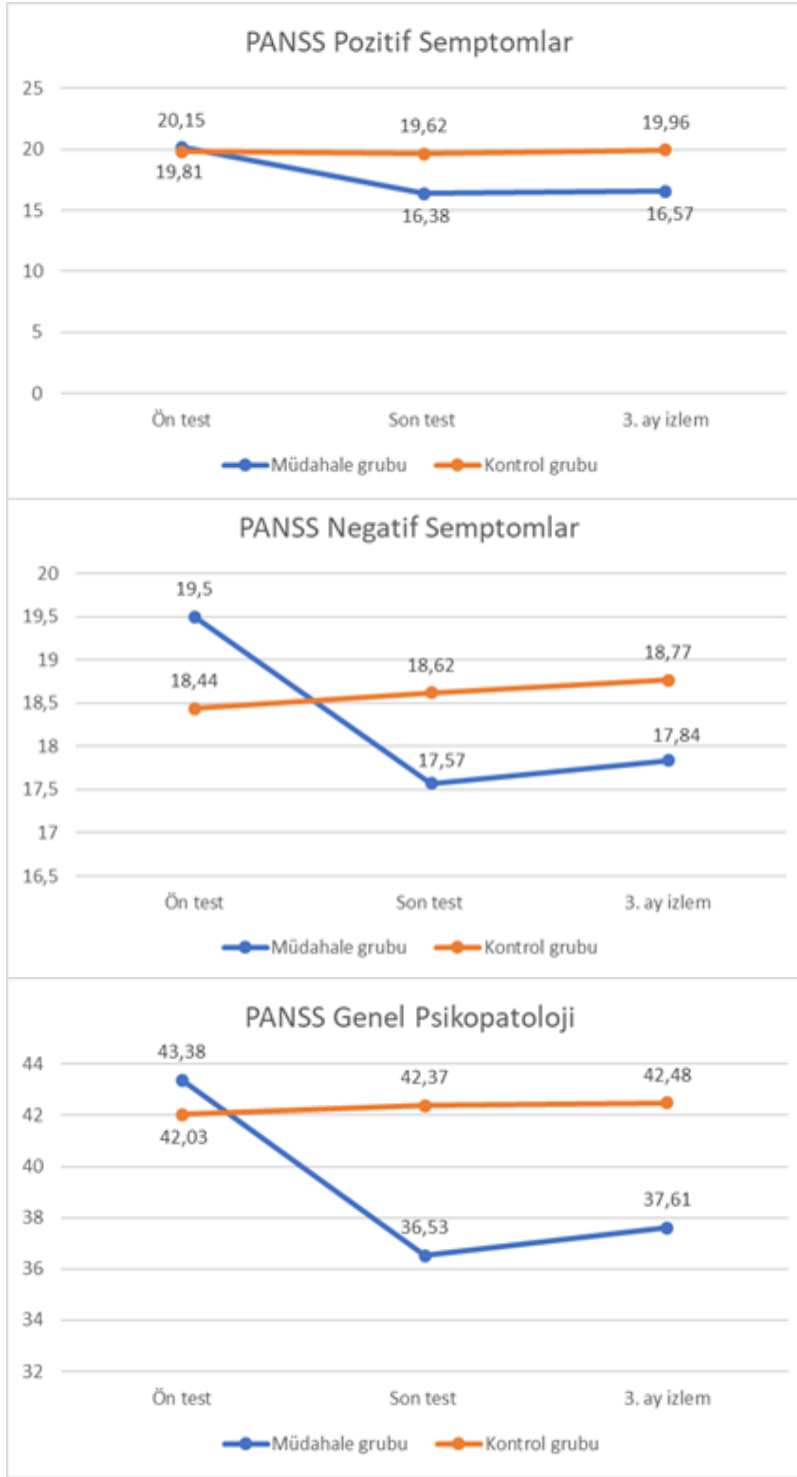
Kontrol grubundaki bireylerin ise PANSS puan ortalamasının ön test, son test ve izlem testi ölçümleri arasında anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p > 0,05$).

Çalışmada yer alan bireylerin Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.4 ve Şekil 4.2'de gösterildi.

Tablo 4.4: Bireylerin Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortalamasının karşılaştırılması (N=53)

PANSS Alt boyutları	Müdahale grubu (n=26) Ortalama±SS (Min.-Max.)	Kontrol grubu (n=27) Ortalama±SS (Min.-Max.)	Test
Pozitif semptomlar			
Ön test ^a	20,15±2,12 (16-24)	19,81±2,37 (15-24)	t=0,547 p=0,0587
Son test ^b	16,38±2,22 (13-23)	19,62±2,64 (15-24)	U=123,000 p=0,000
3. ay izlem ^c	16,57±2,77 (11-24)	19,96±2,26 (16-24)	U=116,500 p=0,000
Test	X²=42,086 p=0,000	X ² =2,172 p=0,337	
Post-hoc test	b,c<a		
Etki büyüklüğü	W=0,804		
Negatif semptomlar			
Ön test ^a	19,50±3,22 (14-24)	18,44±3,15 (14-25)	U=286,000 p=0,245
Son test ^b	17,57±2,48 (13-21)	18,62±2,93 (14-25)	U=312,500 p=0,490
3. ay izlem ^c	17,84±2,82 (13-22)	18,77±3,19 (14-25)	U=302,000 p=0,380
Test	X²=34,741 p=0,000	X ² =3,116 p=0,211	
Post-hoc test	b,c<a		
Etki büyüklüğü	W=0,653		
Genel Psikopatoloji			
Ön test ^a	43,38±4,16 (34-50)	42,03±4,60 (34-50)	t=1,116 p=0,270
Son test ^b	36,53±4,26 (29-44)	42,37±4,93 (33-51)	U=139,000 p=0,000
3. ay izlem ^c	37,61±4,62 (30-46)	42,48±4,98 (33-50)	t=-3,680 p=0,001
Test	X²=44,906 p=0,000	F=1,770 p=0,191	
Post-hoc test	b,c<a		
Etki büyüklüğü	W=0,864		

PANNS= Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği; t=Bağımsız gruplarda t test; U=Mann-Whitney U test; X²=Friedman test; W=Kendall's W katsayısı; F=Tekrarlı ölçümlerde VA.



Şekil 4.2: Bireylerin Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortalamasının dağılım grafikleri

Kabul ve Kararlılık Terapisi programı öncesi yapılan değerlendirmede müdahale grubundaki bireylerin PANSS pozitif semptomlar alt boyutu puan ortalamasının $20,15 \pm 2,12$, kontrol grubundaki bireylerin PANSS pozitif semptomlar alt boyutu puan

ortalamasının $19,81 \pm 2,37$ olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p > 0,05$).

Kabul ve Kararlılık Terapisi programı sonrası yapılan son test değerlendirmesinde müdahale grubundaki bireylerin PANSS pozitif semptomlar alt boyutu puan ortalamasının $16,38 \pm 2,22$, kontrol grubundaki bireylerin PANSS pozitif semptomlar alt boyutu puan ortalamasının $19,62 \pm 2,64$ olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptandı ($p < 0,05$).

Kabul ve Kararlılık Terapisi programından üç ay sonra gerçekleştirilen izleminde ise müdahale grubundaki bireylerin PANSS pozitif semptomlar alt boyutu puan ortalamasının $16,57 \pm 2,77$, kontrol grubundaki bireylerin PANSS pozitif semptomlar alt boyutu puan ortalamasının $19,96 \pm 2,26$ olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulundu ($p < 0,05$).

Müdahale grubunun PANSS pozitif semptomlar alt boyutu açısından ön test, son test ve izlem testi ölçümleri arasında anlamlı bir farklılık saptandı ($p < 0,05$). PANSS pozitif semptomlar alt boyutunun son test ve izlem testi puan ortalamasının ön test puan ortalamasına göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulundu. Bu değişimin etki büyüklüğü olarak Kendall's W katsayısı 0,804 olarak belirlendi.

Kontrol grubundaki bireylerin ise PANSS pozitif semptomlar alt boyutu açısından ön test, son test ve izlem testi ölçümleri arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p > 0,05$).

Kabul ve Kararlılık Terapisi programı öncesi yapılan değerlendirmede müdahale grubundaki bireylerin PANSS negatif semptomlar alt boyutu puan ortalamasının $19,50 \pm 3,22$, kontrol grubundaki bireylerin PANSS negatif semptomlar alt boyutu puan ortalamasının $18,44 \pm 3,15$ olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p > 0,05$).

Kabul ve Kararlılık Terapisi programı sonrası yapılan son test değerlendirmesinde müdahale grubundaki bireylerin PANSS negatif semptomlar alt boyutu puan ortalamasının $17,57 \pm 2,48$, kontrol grubundaki bireylerin PANSS negatif semptomlar alt boyutu puan ortalamasının $18,62 \pm 2,93$ olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p > 0,05$).

Kabul ve Kararlılık Terapisi programından üç ay sonra gerçekleştirilen izleminde ise müdahale grubundaki bireylerin PANSS negatif semptomlar alt boyutu puan ortalamasının $17,84 \pm 2,82$, kontrol grubundaki bireylerin PANSS negatif semptomlar alt boyutu puan ortalamasının $18,77 \pm 3,19$ olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p > 0,05$).

Müdahale grubunun PANSS negatif semptomlar alt boyutu açısından ön test, son test ve izlem testi ölçümleri arasında anlamlı bir farklılık saptandı ($p < 0,05$). PANSS negatif semptomlar alt boyutunun son test ve izlem testi puan ortalamasının ön test puan ortalamasına göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulundu. Bu değişimin etki büyüklüğü olarak Kendall's W katsayısı 0,653 olarak belirlendi.

Kontrol grubundaki bireylerin ise PANSS negatif semptomlar alt boyutu açısından ön test, son test ve izlem testi ölçümleri arasında gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p > 0,05$).

Kabul ve Kararlılık Terapisi programı öncesi yapılan değerlendirmede müdahale grubundaki bireylerin PANSS genel psikopatoloji alt boyutu puan ortalamasının $43,38 \pm 4,16$, kontrol grubundaki bireylerin PANSS genel psikopatoloji alt boyutu puan ortalamasının $42,03 \pm 4,60$ olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p > 0,05$).

Kabul ve Kararlılık Terapisi programı sonrası yapılan son test değerlendirmesinde müdahale grubundaki bireylerin PANSS genel psikopatoloji alt boyutu puan ortalamasının $36,53 \pm 4,26$, kontrol grubundaki bireylerin PANSS genel psikopatoloji alt boyutu puan ortalamasının $42,37 \pm 4,93$ olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptandı ($p < 0,05$).

Kabul ve Kararlılık Terapisi programından üç ay sonra gerçekleştirilen izleminde ise müdahale grubundaki bireylerin PANSS genel psikopatoloji alt boyutu puan ortalamasının $37,61 \pm 4,62$, kontrol grubundaki bireylerin PANSS genel psikopatoloji alt boyutu puan ortalamasının $42,48 \pm 4,98$ olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulundu ($p < 0,05$).

Müdahale grubunun PANSS genel psikopatoloji alt boyutu açısından ön test, son test ve izlem testi ölçümleri arasında anlamlı bir farklılık saptandı ($p < 0,05$). PANSS genel psikopatoloji alt boyutunun son test ve izlem testi puan ortalamasının ön test puan

ortalamasına göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulundu. Bu değişimin etki büyüklüğü olarak Kendall's W katsayısı 0,864 olarak belirlendi.

Kontrol grubundaki bireylerin ise PANSS genel psikopatoloji alt boyutu açısından ön test, son test ve izlem testi ölçümleri arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Çalışmada yer alan bireylerin Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nin kesim noktalarına göre dağılımı Tablo 4.5'te gösterildi.

Tablo 4.5: Bireylerin Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nin kesim noktalarına göre dağılımı (N=53)

	PANSS kesim noktaları	Müdahale grubu (n=26) n (%)	Kontrol grubu (n=27) n (%)	Test
Ön test	Hafif düzey (58-74)	5 (19,2)	8 (29,6)	$X^2=0,774$
	Orta düzey (75-94)	21 (80,8)	19 (70,4)	$p=0,526$
Son test	Hafif düzey (58-74)	21 (80,8)	6 (22,2)	$X^2=18,167$
	Orta düzey (75-94)	5 (19,2)	21 (77,8)	$p=0,000$
3. ay izlem	Hafif düzey (58-74)	17(65,4)	6 (22,2)	$X^2=10,046$
	Orta düzey (75-94)	9 (34,6)	21 (77,8)	$p=0,002$

PANSS= Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği; X^2 =Yates düzeltilmeli ki-kare testi

Ön test değerlendirilmesinde müdahale grubunun %19,2'sinin hafif düzey, %80,8'inin orta düzey hastalık şiddetine sahip olduğu; kontrol grubunun %29,6'sının hafif düzey, %70,4'ünün orta düzey hastalık şiddetine sahip olduğu bulundu. Müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı ve grupların ön test değerlendirmesinde birbiri ile benzer olduğu saptandı ($p>0,05$).

Son test değerlendirmesinde müdahale grubunun %80,8'inin hafif düzey, %19,2'sinin orta düzey hastalık şiddetine sahip olduğu; kontrol grubunun %22,2'sinin hafif düzey, %77,8'inin orta düzey hastalık şiddetine sahip olduğu belirlendi. Müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$).

Üçüncü ay izlem değerlendirmesinde müdahale grubunun %65,4'ünün hafif düzey, %34,6'sının orta düzey hastalık şiddetine sahip olduğu; kontrol grubunun %22,2'sinin hafif düzey, %77,8'inin orta düzey hastalık şiddetine sahip olduğu belirlendi. Müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0,05$).

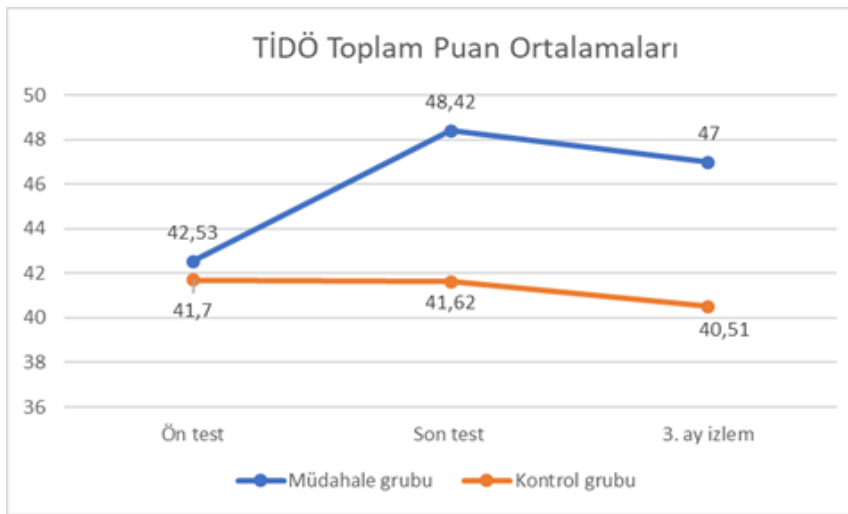
4.3. BİREYLERİN İŞLEVSELLİK DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Çalışmaya katılan bireylerin ön test, son test ve izlem testine göre Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.6 ve Şekil 4.3'te gösterildi.

Tablo 4.6: Bireylerin Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının karşılaştırılması (N=53)

TİDÖ	Müdahale grubu (n=26)	Kontrol grubu (n=27)	Test
	Ortalama±SS (Min- Max)	Ortalama±SS (Min- Max)	
Ön test ^a	42,53±3,67 (37-51)	41,70±4,77 (32-51)	t=0,711 p=0,481
Son test ^b	48,42±2,83 (43-53)	41,62±4,72 (33-49)	U=94,500 p=0,000
3. ay izlem ^c	47,00±2,62 (43-53)	40,51±4,75 (31-48)	t=6,171 p=0,000
Test	X²=42,669 p=0,000	X²=11,935 p=0,003	
Post-hoc test	a<b,c c<b	c<a,b	
Etki büyüklüğü	W=0,821	W=0,211	

TİDÖ= Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği; t=Bağımsız gruplarda t test; U=Mann-Whitney U test; X²=Friedman test; W=Kendall's W katsayısı



Şekil 4.3: Bireylerin Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının dağılım grafikleri

Kabul ve Kararlılık Terapisi programı öncesi yapılan değerlendirmede müdahale grubundaki bireylerin TİDÖ toplam puan ortalamasının $42,53 \pm 3,67$, kontrol grubundaki bireylerin TİDÖ toplam puan ortalamasının $41,70 \pm 4,77$ olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p > 0,05$).

Kabul ve Kararlılık Terapisi programı sonrası yapılan son test değerlendirmesinde müdahale grubundaki bireylerin TİDÖ toplam puan ortalamasının $48,42 \pm 2,83$, kontrol grubundaki bireylerin TİDÖ toplam puan ortalamasının $41,62 \pm 4,72$ olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık belirlendi ($p < 0,05$).

Kabul ve Kararlılık Terapisi programından üç ay sonra gerçekleştirilen izleminde müdahale grubundaki bireylerin TİDÖ toplam puan ortalamasının $47,00 \pm 2,62$, kontrol grubundaki bireylerin TİDÖ toplam puan ortalamasının $40,51 \pm 4,75$ olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptandı ($p < 0,05$).

Müdahale grubunun TİDÖ toplam puan ortalamasının ön test, son test ve izlem ölçümleri arasında anlamlı bir farklılık belirlendi ($p < 0,05$). TİDÖ ön test toplam puan ortalamasının, son test ve izlem testi toplam puan ortalamasına göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunurken; izlem testi toplam puan ortalamasının da son test toplam puan ortalamasına göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulundu. Bu değişimin etki büyüklüğü olarak Kendall's W katsayısı 0,821 olarak saptandı.

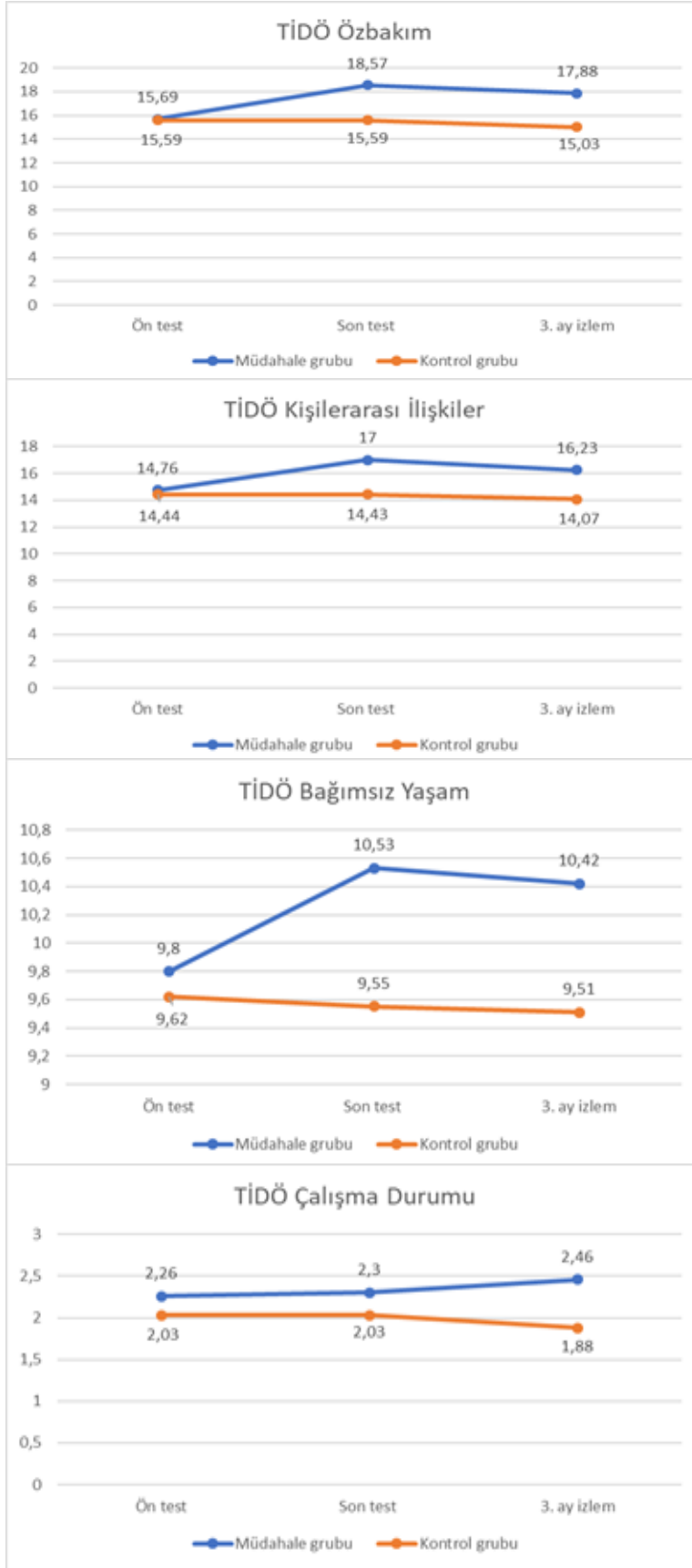
Kontrol grubunun TİDÖ toplam puan ortalamasının ön test, son test ve izlem ölçümleri arasında anlamlı bir farklılık saptandı ($p < 0,05$). TİDÖ izlem testi toplam puan ortalamasının, ön test ve son test toplam puan ortalamasına göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlendi. Bu değişimin etki büyüklüğü olarak Kendall's W katsayısı 0,211 olarak bulundu.

Çalışmada yer alan bireylerin Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nin alt boyutları toplam puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.7 ve Şekil 4.4'te sunuldu.

Tablo 4.7: Bireylerin Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortalamasının karşılaştırılması (N=53)

TİDÖ Alt boyutları	Müdahale grubu (n=26)	Kontrol grubu (n=27)	Test
	Ortalama±SS (Min- Max)	Ortalama±SS (Min- Max)	
Özbakım			
Ön test ^a	15,69±1,82 (13-20)	15,59±2,11 (12-20)	U=341,500 p=0,864
Son test ^b	18,57±,98 (17-21)	15,59±1,98 (12-19)	U=71,500 p=0,000
3. ay izlem ^c	17,88±1,14 (16-20)	15,03±1,93 (10-19)	U=70,500 p=0,000
Test	X²=43,717 p=0,000	X²=7,426 p=0,024	
Post-hoc test	a<b,c	c<a	
Etki büyüklüğü	W=0,841	W=0,138	
Kişilerarası ilişkiler			
Ön test ^a	14,76±2,37 (11-18)	14,44±2,75 (10-19)	t=0,460 p=0,648
Son test ^b	17,00±1,85 (13-20)	14,43±2,57 (11-18)	t=4,155 p=0,000
3. ay izlem ^c	16,23±1,75 (12-20)	14,07±2,80 (10-19)	t=3,347 p=0,002
Test	F=50,232 p=0,000	F=2,515 p=0,091	
Post-hoc test	a<b,c c<b		
Etki büyüklüğü	η²=0,389		
Bağımsız yaşam			
Ön test ^a	9,80±1,13 (8-12)	9,62±0,74 (8-11)	U=344,000 p=0,894
Son test ^b	10,53±0,98 (9-12)	9,55±0,80 (8-11)	U=166,500 p=0,001
3. ay izlem ^c	10,42±0,94 (9-12)	9,51±0,84 (8-11)	U=180,000 p=0,001
Test	X²=27,125 p=0,000	X²=1,000 p=0,607	
Post-hoc test	a<b,c		
Etki büyüklüğü	W=0,522		
Çalışma durumu			
Ön test ^a	2,26±0,96 (1-3)	2,03±0,97 (1-3)	U=307,000 p=0,374
Son test ^b	2,30±0,97 (1-3)	2,03±0,97 (1-3)	U=299,500 p=0,292
3. ay izlem ^c	2,46±0,90 (1-3)	1,88±0,97 (1-3)	U=244,500 p=0,029
Test	X²=4,667 p=0,097	X²=4,000 p=0,135	

TİDÖ= Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği; t=Bağımsız gruplarda t test; U=Mann-Whitney U test; X²=Friedman test; W=Kendall's W katsayısı; F=Tekrarlı Ölçümlerde VA; η²=Eta kare katsayısı



Şekil 4.4: Bireylerin Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortalamasının dağılım grafikleri

Kabul ve Kararlılık Terapisi programı öncesi yapılan değerlendirmede müdahale grubundaki bireylerin TİDÖ özbakım alt boyutu puan ortalamasının $15,69 \pm 1,82$, kontrol grubundaki bireylerin TİDÖ özbakım alt boyutu puan ortalamasının $15,59 \pm 2,11$ olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p > 0,05$).

Kabul ve Kararlılık Terapisi programı sonrası yapılan son test değerlendirmesinde müdahale grubundaki bireylerin TİDÖ özbakım alt boyutu toplam puan ortalamasının $18,57 \pm 1,98$, kontrol grubundaki bireylerin TİDÖ özbakım alt boyutu toplam puan ortalamasının $15,59 \pm 1,98$ olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulundu ($p < 0,05$).

Kabul ve Kararlılık Terapisi programından üç ay sonra gerçekleştirilen izleminde müdahale grubundaki bireylerin TİDÖ özbakım alt boyutu toplam puan ortalamasının $17,88 \pm 1,14$, kontrol grubundaki bireylerin TİDÖ özbakım alt boyutu toplam puan ortalamasının $15,03 \pm 1,93$ olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık belirlendi ($p < 0,05$).

Müdahale grubunun TİDÖ özbakım alt boyutu açısından ön test, son test ve izlem testi ölçümleri arasında anlamlı bir farklılık saptandı ($p < 0,05$). TİDÖ özbakım alt boyutunun ön test puan ortalamasının, son test ve izlem testi puan ortalamasına göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulundu. Bu değişimin etki büyüklüğü olarak Kendall's W katsayısı 0,841 olarak belirlendi.

Kontrol grubunun TİDÖ özbakım alt boyutu açısından ön test puan ortalaması ile üçüncü ay izlem puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık saptandı ($p < 0,05$). TİDÖ özbakım alt boyutunun izlem testi puan ortalamasının, ön test toplam puan ortalamasına göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulundu. Bu değişimin etki büyüklüğü olarak Kendall's W katsayısı 0,138 olarak belirlendi.

Kabul ve Kararlılık Terapisi programı öncesi yapılan değerlendirmede müdahale grubundaki bireylerin TİDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu puan ortalamasının $14,76 \pm 2,37$, kontrol grubundaki bireylerin TİDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu puan ortalamasının $14,44 \pm 2,75$ olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p > 0,05$).

Kabul ve Kararlılık Terapisi programı sonrası yapılan son test değerlendirmesinde müdahale grubundaki bireylerin TİDÖ kişilerarası ilişkiler alt

boyutu toplam puan ortalamasının $17,00 \pm 1,85$, kontrol grubundaki bireylerin TİDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puan ortalamasının $14,43 \pm 2,57$ olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptandı ($p < 0,05$).

Kabul ve Kararlılık Terapisi programından üç ay sonra gerçekleştirilen izleminde müdahale grubundaki bireylerin TİDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puan ortalamasının $16,23 \pm 1,75$, kontrol grubundaki bireylerin TİDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu toplam puan ortalamasının $14,07 \pm 2,80$ olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulundu ($p < 0,05$).

Müdahale grubunun TİDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu açısından ön test, son test ve izlem testi ölçümleri arasında anlamlı bir farklılık saptandı ($p < 0,05$). TİDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutunun ön test puan ortalamasının, son test ve izlem testi puan ortalamasına göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunurken; izlem testi puan ortalamasının da son test puan ortalamasına göre daha düşük olduğu saptandı. Bu değişimin etki büyüklüğü olarak eta kare katsayısı 0,389 olarak belirlendi.

Kontrol grubundaki bireylerin ise TİDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu açısından ön test, son test ve izlem testi ölçümleri arasında anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p > 0,05$).

Kabul ve Kararlılık Terapisi programı öncesi yapılan değerlendirmede müdahale grubundaki bireylerin TİDÖ bağımsız yaşam alt boyutu puan ortalamasının $9,80 \pm 1,13$, kontrol grubundaki bireylerin TİDÖ bağımsız yaşam alt boyutu puan ortalamasının $9,62 \pm 0,74$ olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p > 0,05$).

Kabul ve Kararlılık Terapisi programı sonrası yapılan son test değerlendirmesinde müdahale grubundaki bireylerin TİDÖ bağımsız yaşam alt boyutu toplam puan ortalamasının $10,53 \pm 0,98$, kontrol grubundaki bireylerin TİDÖ bağımsız yaşam alt boyutu toplam puan ortalamasının $9,55 \pm 0,80$ olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptandı ($p < 0,05$).

Kabul ve Kararlılık Terapisi programından üç ay sonra gerçekleştirilen izleminde müdahale grubundaki bireylerin TİDÖ bağımsız yaşam alt boyutu toplam puan ortalamasının $10,42 \pm 0,94$, kontrol grubundaki bireylerin TİDÖ bağımsız yaşam alt boyutu toplam puan ortalamasının $9,51 \pm 0,84$ olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık belirlendi ($p < 0,05$).

Müdahale grubunun TİDÖ bağımsız yaşam alt boyutu açısından ön test, son test ve izlem testi ölçümleri arasında anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). TİDÖ bağımsız yaşam alt boyutunun ön test puan ortalamasının, son test ve izlem testi puan ortalamasına göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı. Bu değişimin etki büyüklüğü olarak Kendall's W katsayısı 0,522 olarak belirlendi.

Kontrol grubundaki bireylerin ise TİDÖ bağımsız yaşam alt boyutu açısından ön test, son test ve izlem testi ölçümleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Kabul ve Kararlılık Terapisi programı öncesi yapılan değerlendirmede müdahale grubundaki bireylerin TİDÖ çalışma durumu alt boyutu puan ortalamasının $2,26\pm0,96$, kontrol grubundaki bireylerin TİDÖ çalışma durumu alt boyutu puan ortalamasının $2,03\pm0,97$ olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Kabul ve Kararlılık Terapisi programı sonrası yapılan son test değerlendirmesinde müdahale grubundaki bireylerin TİDÖ çalışma durumu alt boyutu toplam puan ortalamasının $2,30\pm0,97$, kontrol grubundaki bireylerin TİDÖ çalışma durumu alt boyutu toplam puan ortalamasının $2,03\pm0,97$ olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Kabul ve Kararlılık Terapisi programından üç ay sonra gerçekleştirilen izleminde müdahale grubundaki bireylerin TİDÖ çalışma durumu alt boyutu toplam puan ortalamasının $2,46\pm0,90$, kontrol grubundaki bireylerin TİDÖ çalışma durumu alt boyutu toplam puan ortalamasının $1,88\pm0,97$ olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$).

Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin grup içi TİDÖ çalışma durumu alt boyutu puan ortalamasının karşılaştırılmasında; ön test, son test ve izlem testi ölçümleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p>0,05$).

4.4. MÜDAHALE GRUBUNDAKİ BİREYLERİN BAZI SOSYODEMOGRAFİK VE SAĞLIK DURUMLARINA AİT ÖZELLİKLERİN PSİKOTİK SEMPTOMLARINA ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR

Müdahale grubundaki bireylerin bazı sosyodemografik ve sağlık durumlarına ait özelliklerin PANSS son test toplam puan ortalamasının üzerine etkisini değerlendirmek için çoklu regresyon analizi yapıldı. Bağımlı değişken olarak PANSS son test puan

ortalaması, etkileyen değişkenler olarak yaş, cinsiyet, eğitim durumu, hastalık süresi, klinik yatış varlığı, tedavi uyumu gibi bağımsız değişkenler çoklu regresyon modeline enter yöntemiyle alındı.

Tablo 4.8: Bağımsız değişkenlerin Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nin son test toplam puan ortalaması üzerine etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE	β			Alt	Üst
Sabit	79,041	15,621		5,060	0,000	46,346	111,735
Yaş	-0,010	0,452	-0,005	-0,022	0,983	-0,957	0,937
Cinsiyet	-2,398	4,116	-0,136	-0,583	0,567	-11,014	6,218
Eğitim Durumu	-1,737	3,617	-0,111	-0,480	0,637	-9,307	5,833
Hastalık Süresi	0,518	2,482	-0,048	-0,209	0,837	-5,714	4,677
Klinik Yatış Varlığı	3,541	4,271	0,232	0,829	0,417	-5,398	12,480
Tedavi Uyumu	-1,498	3,098	-0,137	-0,484	0,634	-7,982	4,986

*Bağımlı Değişken= PANSS Son test, $R=0,344$; $R^2=-0,160$; $F=0,425$; $p=0,853$; Durbin Watson Değeri=1,209

PANSS= Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, hastalık süresi, klinik yatış varlığı, tedavi uyumu ile PANSS son test toplam puan ortalaması arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi sonucunda; bağımsız değişkenlerin PANSS son test toplam puan ortalamasına etkisinin anlamlı olmadığı saptandı ($F=0,425$; $p=0,853$). Yaş değişkeninde bir birimlik artış PANSS son test toplam puan ortalamasında 0,010 birimlik azalışa, cinsiyet değişkeninde kadın olmak PANSS son test toplam puan ortalamasında 2,398 birimlik azalışa, eğitim durumunda bir birimlik artış PANSS son test toplam puan ortalamasında 1,737 birim azalışa, hastalık süresinde bir birimlik artış PANSS son test toplam puan ortalamasında 0,518 birimlik artışa, klinik yatış varlığının olması PANSS son test toplam puan ortalamasında 3,541 birimlik artışa, tedavi uyumunda bir birimlik artış PANSS son test toplam puan ortalamasında 1,498 birimlik azalışa sebep olduğu ancak bu etkinin anlamlı olmadığı belirlendi (Tablo 4.8).

4.5. MÜDAHALE GRUBUNDAKİ BİREYLERİN BAZI SOSYODEMOGRAFİK VE SAĞLIK DURUMLARINA AİT ÖZELLİKLERİN İŞLEVSELLİK DÜZEYLERİNE ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR

Müdahale grubundaki bireylerin bazı sosyodemografik ve sağlık durumlarına ait özelliklerin TİDÖ son test toplam puan ortalamasının üzerine etkisini değerlendirmek için çoklu regresyon analizi yapıldı. Bağımlı değişken olarak TİDÖ son test puan ortalaması, etkileyen değişkenler olarak yaş, cinsiyet, çalışma durumu, hastalık süresi, klinik yatış varlığı, tedavi uyumu gibi bağımsız değişkenler çoklu regresyon modeline enter yöntemiyle alındı.

Tablo 4.9: Bağımsız değişkenlerin Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nin son test toplam puan ortalamasının üzerine etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE	β			Alt	Üst
Sabit	57,344	5,549		10,334	0,000	45,729	68,959
Yaş	-0,125	0,161	-0,373	-1,776	0,102	-0,461	0,212
Cinsiyet	-1,184	1,462	-0,180	-0,810	0,137	-4,245	1,876
Çalışma durumu	0,868	1,285	-0,149	-0,675	0,064	-3,557	1,822
Hastalık Süresi	0,799	0,882	0,197	0,905	0,284	-1,047	2,644
Klinik Yatış Varlığı	-1,895	1,517	-0,332	-1,249	0,207	-5,071	1,280
Tedavi Uyumu	-1,352	1,101	-0,331	-1,229	0,073	-3,656	0,951

*Bağımlı Değişken=TİDÖ Son test, $R=0,328$; $R^2=-0,047$; $F=1,513$; $p=0,217$; Durbin Watson Değeri=2,304

TİDÖ= Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği

Yaş, cinsiyet, çalışma durumu, hastalık süresi, klinik yatış varlığı, tedavi uyumu ile TİDÖ son test toplam puan ortalaması arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi sonucunda; bağımsız değişkenlerin TİDÖ son test toplam puan ortalamasına etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($F=1,513$; $p=0,217$). Yaş değişkeninde bir birimlik artış TİDÖ son test toplam puan ortalamasında 0,125 birimlik azalışa, cinsiyet değişkeninde kadın olmak TİDÖ son test toplam puan ortalamasında 1,184 birimlik azalışa, çalışıyor olması TİDÖ son test toplam puan ortalamasında 0,868 birim artışa, hastalık süresinde bir birimlik artış TİDÖ son test toplam puan ortalamasında 0,799 birimlik artışa, klinik yatış varlığının olması TİDÖ son test toplam puan ortalamasında 1,895 birimlik azalışa, tedavi uyumunda bir birimlik artış TİDÖ son test toplam puan ortalamasında 1,352 birimlik azalışa sebep olduğu ancak bu etkinin anlamlı olmadığı belirlendi (Tablo 4.9).

4.6. BİREYLERİN PSİKOTİK SEMPTOMLARININ İŞLEVSELLİK DÜZEYLERİ ÜZERİNE ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR

Müdahale grubundaki bireylerin PANSS son test toplam puan ortalamasının TİDÖ son test toplam puan ortalaması üzerine etkisini değerlendirmek için çoklu regresyon analizi yapıldı. Bağımlı değişken olarak TİDÖ son test puan ortalaması, bağımsız değişken olarak PANSS son test toplam puan ortalaması çoklu regresyon modeline enter yöntemiyle alındı.

Tablo 4.10: Müdahale grubunun Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nin son test toplam puan ortalamasının, Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nin son test toplam puan ortalaması üzerindeki etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE	β			Alt	Üst
Sabit	62,624	5,170		12,113	0,000	52,245	73,004
PANSS Son test	-0,233	0,068	-0,434	-3,443	0,001	-0,370	-0,097

*Bağımlı Değişken=TİDÖ Son test, $R=0,434$; $R^2=0,173$; $F=11,856$; $p=0,001$; Durbin Watson Değeri=1,639

PANSS= Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği; TİDÖ= Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği

PANSS son test toplam puan ortalaması ile TİDÖ son test toplam puan ortalaması arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulundu ($F=11,856$; $p=0,001$). TİDÖ son test toplam puan ortalaması düzeyindeki toplam değişim %17,3 oranında PANSS son test toplam puan ortalaması tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,173$). PANSS son test toplam puan ortalamasının artması TİDÖ son test toplam puan ortalamasını azalttığı belirlendi ($\beta=-0,434$). PANSS son test toplam puan ortalamasında bir birimlik artış, TİDÖ son test toplam puan ortalamasında 0,233 birimlik azalışa sebep olduğu ancak bu değişimin anlamı olmadığı saptandı (Tablo 4.10).

Müdahale grubundaki bireylerin PANSS üçüncü ay izlem testi toplam puan ortalamasının TİDÖ üçüncü ay izlem testi toplam puan ortalaması üzerine etkisini değerlendirmek için çoklu regresyon analizi yapıldı. Bağımlı değişken olarak TİDÖ üçüncü ay izlem testi puan ortalaması, bağımsız değişken olarak PANSS üçüncü ay izlem testi toplam puan ortalaması çoklu regresyon modeline enter yöntemiyle alındı.

Tablo 4.11: Müdahale grubunun Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nin üçüncü ay izlem testi toplam puan ortalamasının Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nin üçüncü ay izlem testi toplam puan ortalaması üzerindeki etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE	β			Alt	Üst
Sabit	60,439	4,969		12,163	0,000	50,464	70,415
PANSS üçüncü ay izlem testi	-0,218	0,064	-0,430	-3,397	0,001	-0,347	-0,089
*Bağımlı Değişken=TİDÖ üçüncü ay izlem testi, $R=0,430$; $R^2=0,168$; $F=11,537$; $p=0,001$; Durbin Watson Değeri=1,615							
PANSS= Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği; TİDÖ= Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği							

PANSS üçüncü ay izlem testi toplam puan ortalaması ile TİDÖ üçüncü ay izlem testi toplam puan ortalaması arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulundu ($F=11,537$; $p=0,001$). TİDÖ üçüncü ay izlem testi toplam puan ortalamasındaki değişim %16,8 oranında PANSS üçüncü ay izlem testi toplam puan ortalaması tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,168$). PANSS üçüncü ay izlem testi toplam puan ortalamasının artması TİDÖ üçüncü ay izlem testi toplam puan ortalamasını azalttığı belirlendi ($\beta=-0,430$). PANSS üçüncü ay izlem testi toplam puan ortalamasında bir birimlik artış, TİDÖ son test toplam puan ortalamasında 0,218 birimlik azalışa sebep olduğu ancak bu değişimin anlamı olmadığı bulundu (Tablo 4.11).

5. TARTIŞMA

Psikozun erken döneminde hastalara uygulanan Kabul ve Kararlılık terapisinin psikotik semptomlara ve işlevsellik düzeylerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular, ilgili alan literatür taraması doğrultusunda üç başlık halinde tartışıldı:

- Bireylerin sosyodemografik özellikleri ve sağlık durumlarına ilişkin bulguların tartışılması,
- Bireylerin psikotik semptomlarına ilişkin bulguların tartışılması,
- Bireylerin işlevsellik düzeylerine ilişkin bulguların tartışılması.

5.1. BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE SAĞLIK DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Psikotik bozukluklar, bireyin yaşamında en önemli evreler olan ergenlik veya genç yetişkinlik döneminde ortaya çıkmaktadır. Bu dönemler bireyin hayatını şekillendireceği, meslek ve eş seçimini yapacağı yıllardır. Ancak psikozun ortaya çıkması ile bireyin yaşamı ciddi düzeyde etkilenmektedir (20). Yapılan çalışmalarda psikotik bozukluk tanısı alan bireylerin 18-30 yaş aralığında ve çoğunlukla erkek cinsiyetinde olduğu saptanmıştır (82-86). Buna ek olarak psikotik bozuklukların en sık ortaya çıktığı yaş aralığı olarak erkeklerde 15-25, kadınlarda 25-35 yaş aralığı gösterilmektedir (20,22). Buna göre bu çalışmaya katılan psikozun erken döneminde olan bireylerin yaş ortalamasının $23,41 \pm 3,82$ olması ve çoğunun erkek olması yapılan çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan bireylerin çoğunluğunun lise mezunu olduğu, bir işte çalıştığı ve gelir düzeylerinin orta seviyede olduğu bulunmuştur. Bireylerin eğitim ve çalışma durumları ile ilgili sosyodemografik özelliklerine ilişkin elde edilen bulgular, diğer erken dönem psikoz tanılı bireylerle yapılan çalışmaların bulguları ile de benzerlik göstermektedir (82,84,87). Bu bulgular çalışmaya katılan bireylerin akut hastalık dönemindeki gibi semptomların ağır olmadığını ve bireylerin bir işte çalışıp, toplum içerisinde var olabildiklerini göstermektedir. Psikozun erken dönemi, bireylerde hastalık semptomlarının başladığı ancak işlevsellik düzeylerinin ağır düzeyde bozulmadığı evredir. Ancak geçirilen her bir psikotik atak ile birlikte hastalık semptomları kalıcı hale

gelebilmekte, işlevsellik düzeyleri bozulmakta ve bunların sonucunda bireyler bir işte çalışamaz hale gelip, bağımlılık düzeyleri de artmaktadır (4,6,7). Bu çalışmada da bireyler hastalığın erken dönemindeydir. Dolayısıyla işlevsellik düzeyleri bir işte çalışıp, maddi kazanç elde etmelerine olanak sağlayabilmektedir. Bununla birlikte çalışma kapsamına alınan müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak farkın olmaması ve her iki grubun da benzer özelliklere sahip olması araştırma sonucunu etkilememesi açısından da önemli bir bulgudur.

Bununla birlikte ilk psikotik atakla birlikte başlayan hastalık sürecinde özellikle ilk beş yılın, hastalığın gidişatını belirlemek açısından çok önemli bir dönem olduğu vurgulanmaktadır. Hastalığın ilk yıllarında etkin tedavi alamayan bireylerin sık sık psikotik atak geçirdikleri ve buna bağlı sıklıkla hastaneye yattıkları görülmektedir (20,53). Bu çalışmaya katılan bireylerin çoğunluğunun bir yıl önce psikoz tanısı aldığı, hastane yatışlarının olduğu ve sadece farmakoterapi aldıkları belirlendi. Kanada’da psikozun erken döneminde hastaneye yatırılan 17.725 bireyin retrospektif şekilde verilerinin incelendiği bir çalışmada ilk psikotik atak tanısı almış bireylerin %38'inin tanı aldıktan ilk iki yıl içerisinde hastane yatışlarının olduğu bulunurken; aynı çalışmada bu oranın yüksek olduğu ve bunun erken dönem müdahalelerinin yeterli olmadığı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (88). Ayrıca yapılan çalışmalara bakıldığında; erken dönem psikoz tanılı bireylerin çoğunlukla antipsikotik, antidepresan gibi farmakoterapi aldıkları görülmektedir (48,82,83). Bu çalışmada da yeni tanı almış bireylerin çoğunun en az bir kez hastane yatışlarının olduğu ve sadece farmakoterapi aldıkları bulunmuştur. Bireylerin etkin tedavi planında farmakoterapinin yanı sıra psikososyal müdahalelere de yer verilmesi hastalık seyri açısından son derece önemlidir. Çalışkan ve arkadaşları tarafından (2021) yapılan sistematik derleme çalışmasında; farmakoterapiye ek olarak uygulanan psikososyal müdahaleler ile şizofreni tanılı bireylerin tedavi uyumu, yaşam kalitesi ve sosyal/bilişsel işlevsellik düzeylerinin arttığı bildirilirken; nükslerin ve hastane yatış sürelerinin de azaldığı belirtilmektedir (89). Uluslararası alanda psikozun erken döneminde olan bireylere uygulanan müdahalelerin sınırlı olduğu belirtilirken (88), Türkiye’de ise psikozun erken döneminde hastalara uygulanan müdahaleleri inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Ayrıca hastalar psikozun erken döneminde farmakoterapi ile takip ve tedavi edilmelerinin yanında, tedavi planına hastalığın

kronikleşmesini önleyecek psikososyal müdahalelerin de eklenmesi son derece önemlidir.

5.2. BİREYLERİN PSİKOTİK SEMPTOMLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Psikozun ilk atağı sonrası bireyler yeni bir hastalığı kabul etmeye, ona uyum sağlamaya çalışmaktadırlar, ortaya çıkan şiddetli psikotik semptomlar bu sürece uyumu daha da zorlaştırmaktadır (90-92). Bu nedenle erken dönemde yapılan müdahaleler, hastalık sürecini öğrenme, tedavi uyumunu artırma ve bunlara bağlı olarak hastalık seyrine olumlu etkileri olabileceğinden, günümüzde umut vaat eden önemli bir alan olarak görülmektedir (11,90,91). Özellikle erken dönem müdahaleler arasında son yıllarda daha da sık adı geçen ACT'in psikozun ilk atağı sonrasında bireylerin hastalık seyirlerinde büyük farklılıklar oluşturabileceği ve bireylerin tekrar nüks yaşamadan normal yaşantılarına devam etmede yardımcı olabileceği bildirilmektedir (11,12,87). Bu çalışmada ACT programı öncesi PANSS ön test toplam puan ortalaması orta düzeyde olup, gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu bulgu grupların başlangıçta psikotik semptomlar açısından benzer seviyede olduğunu göstermesi açısından önemli bir bulgudur. Bununla birlikte son test ve izlem testinde müdahale grubunun psikotik semptomlarının azaldığı ve kontrol grubuna göre daha düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu doğrultuda Spidel ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada psikoz tanılı bireylere uygulanan on oturumluk ACT programı öncesi bireylerin psikotik semptomlarının hafif düzeyde olduğu ve program sonrası psikotik semptomlarında anlamlı düzeyde azalma olduğu bulunmuştur (69). Louise ve arkadaşlarının (2018) on çalışmayı dahil ettikleri meta-analiz çalışmasında psikoz tanılı bireylere uygulanan ACT programlarının bireylerin psikotik semptomlarını azalttığı bulunmuştur (73). Cramer ve arkadaşlarının (2016) sekiz çalışmayı dahil ettikleri meta-analiz çalışmasında da psikoz tanılı bireylere uygulanan ACT'in psikotik semptomları azaltmada orta düzeyde etkili olduğu belirlenmiştir (93). Ghouchani ve arkadaşlarının (2018) İran'da yaptığı çalışmada madde bağımlılığına bağlı psikoz tanılı bireylere uygulanan ACT'in psikotik semptomları azalttığı, genel sağlık düzeylerini de arttırdığı bulunmuştur (94). Bu çalışmadan elde edilen bulgular literatürü destekler niteliktedir. Kontrol gruplu yapılan bu çalışmada ACT'in psikoz tanılı bireylerin psikotik semptomlarını azaltmada etkili

olduğu bulunmuştur. Buna göre bireylerin psikotik semptomlarındaki azalmanın ACT ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Kabul ve Kararlılık terapisinin psikotik bozukluklarda birincil amacı semptom azaltma veya sanrıların/varsanıların içeriklerini değiştirmek değildir, bunun yerine ACT bireyin sanrılara/halüsinasyonlara nasıl tepki verdiğini değiştirmeye odaklanmaktadır (95,96). Bireye psikotik semptomları eşliğinde de olsa, değerleri doğrultusunda hareket edebileceğini göstermeyi hedeflemektedir (95-97). ACT, bireylerin psikotik semptomlarına ilişkin duygularını anlamaları, semptomları ile nasıl baş edebilecekleri ve daha uyumlu yaşayabilecekleri konusunda bireylere yol göstermektedir (95-98). ACT gibi farkındalık temelli müdahaleler bireylerin psikotik semptomlarla baş edebilmelerinde yardımcı olmakta ve buna bağlı zamanla psikotik semptomların sıklığının azaldığı bildirilmektedir (87,93,96). Ayrıca ACT gibi farkındalık temelli müdahalelerin grup içerisindeki duygu paylaşımlarını arttırdığından, psikotik bozukluklarda farkındalık temelli müdahaleleri, grup terapisi şeklinde uygulanmasının bireysel terapiye göre daha etkin olabileceği bildirilmektedir (73). Literatürde ACT'in diğer terapilere kıyasla daha kolay ve az maliyetli olduğu da belirtilmektedir (73,79). Bu bağlamda, psikotik bozukluklarda ACT uygulanmasının gelecek çalışmalarda daha da artacağı vurgulanmaktadır (79). Bu çalışmadan da elde edilen bulgular doğrultusunda ACT programlarının psikoz tanılı bireylerin tedavi planlarına erken dönemde eklenmesi ve uygulamasının artırılması gerektiği söylenebilir.

Psikotik semptomlar içerisinde farkedilmesi kolay olan pozitif semptomlar, normalin dışında fazlalık, aşırılık veya sapma şeklinde ortaya çıkmaktadır. Hastalığın daha çok akut döneminde görülen bu belirtilerin tedavi ile birlikte kontrol altına alınabildiği görülmektedir (43,44). Çalışmada bireylerin ACT programı öncesi PANSS pozitif semptomları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Son test ve izlem testinde ise müdahale grubunun pozitif semptom düzeyinin kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşük olduğu gözlenmiştir. Bu bulguya göre; ACT'in pozitif semptomları azaltmada güçlü düzeyde etkisinin olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Gaudiano ve Herbert'in (18) yaptığı çalışmada ACT'in özellikle halüsinasyonların sıklığını azalttığı belirlenirken; Bach ve Hayes'in çalışmasında dört oturumlu yapılan ACT sonrası bireylerin pozitif semptomlarının %50 oranında azaldığı bulunmuştur (78). Shawyer ve arkadaşlarının yaptığı farklı çalışmalarda (70,99) ise psikotik bozukluğu

olan bireylere uygulanan ACT'in halüsinasyonların şiddetini azalttığı bildirilmiştir. El Ashry ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada da ACT sonrası bireylerin sesli halüsinasyonlarının azaldığı bulunmuştur (100). Thomas ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında on seans olarak uygulanan ACT'in psikoz tanılı bireyin halüsinasyonlarını ve halüsinasyonlara bağlı yaşadığı kaygıyı da azalttığı saptanmıştır (101). García Montes ve arkadaşlarının (102) çalışmasında da psikoz tanılı bireye uygulanan ACT'in sanrıların şiddetini azalttığı bulunurken; Veiga-Martínez ve arkadaşlarının (103) yaptığı vaka çalışmasında psikoz tanılı bireye 15 seans uygulanan ACT'in sesli halüsinasyonları azalttığı saptanmıştır. Bloy ve arkadaşlarının (2021) psikoz tanılı bireylere uygulanan ACT sonrası yaptıkları nitel çalışmalarında, bireylerin halüsinasyonlara karşı farkındalık kazandıkları, halüsinasyonların hastalığın bir parçası olduğunu ve benliklerine hükmedemeyeceklerini ifade ettikleri bildirilmiştir (104). ACT bireye farkındalık kazandırmada, şimdi ve buraya odaklamada, halüsinasyon/sanrısız içerikler geliştiğinde bireyin dikkatini gerçek dünyaya vermesine yardımcı olur ve buna bağlı psikotik semptomların şiddetinde azalmalar yaşanabileceği bildirilmektedir (99,104). Bu çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda da psikoz tanılı bireylere uygulanan ACT programının pozitif semptomları azaltmada etkili olduğu söylenebilir.

Diğer yandan psikotik bozuklukta negatif semptomlar işlevlerde azalma, eksiklik veya yokluk olarak ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle birey ve aile üyeleri tarafından daha geç dönemlerde fark edilmektedir. Dolayısıyla da tedavi ile düzeltilmesi daha zor olmaktadır ve sıklıkla kronikleşip, kalıcı (rezidüel) semptomlar olarak bireyde görülebilmektedir (20,44). Bu çalışmada bireylerin ACT programı öncesi PANSS negatif semptomları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Son test ve izlem testinde ise müdahale grubunun negatif semptom düzeyinin anlamlı düzeyde azaldığı ancak gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Bu çalışma sonucuna benzer bir şekilde ACT ile yapılan çalışmalarda, ACT'in psikoz tanılı bireylerin negatif semptomlarını azaltmada etkili olduğu bulunmuştur (13,70,105-107). Tonarelli ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan meta-analiz çalışmasında ACT uygulanan psikoz tanılı bireylerin pozitif semptomlarında anlamlı bir değişiklik gözlenmez iken; negatif semptomlarında anlamlı düzeyde azalma olduğu bulunmuştur (108). Khoury ve arkadaşlarının (2013) yaptığı meta-analiz çalışmasında da farkındalık temelli müdahalelerin psikoz tanılı bireylerin negatif semptomlarını azalttığı bildirilmektedir (109). Kabul ve Kararlılık terapisinin bileşenleri içerisinde yer alan anla

temas, bilişsel ayrışma ve değer alanı egzersizleri ile birlikte bireyin benlik algısına, bilişsel işlevlerine ve duygularına odaklanılmaktadır. Bu egzersizler ile bireyin otomatik düşüncelerinin farkına varması ve onları durdurması, duygularını anlayabilmesi, tanımlayabilmesi ve yaşamdaki değerlerini bulması hedeflenmektedir (107). Bilişsel ayrışma egzersizlerinde bireyin psikotik semptomlara odaklanması ile aslında değerleri doğrultusunda bir yaşam sürmesinin engellendiğinin farkına varması sağlanmaktadır. Bunun yanı sıra ACT'in değer odaklı davranış bileşeninde, bireyin kişisel değerlerini netleştirmesine yardımcı olunmakta ve bu değerler doğrultusunda bireyi harekete geçmeye teşvik eden egzersizler yapılmaktadır. Değer odaklı davranışların artması ile bireyde davranış değişikliklerinin oluşması görülmektedir (79,107). Böylece ACT ile birlikte, negatif semptomlar içerisinde yer alan sosyal izolasyon, duygulanımda kısıtlılık ve duygusal içe çekilme gibi durumlarda genel bir iyileşme yaşanabilmektedir (107,110,111). Literatür bilgisini destekler şekilde bu çalışmada da ACT'in psikoz tanılı bireylerin negatif semptomlarını azaltmada etkili olduğu söylenebilir.

Pozitif ve negatif semptomların yanı sıra bireyde birçok psikopatolojik semptom daha ortaya çıkabilmektedir. Bireylerin sıklıkla motor yavaşlama, dikkat azalması, hatırlamada zorluk, ilişkilerde azalma gibi sorunlar yaşadığı görülebilmektedir (41,42). Bunlarla birlikte birey için psikotik semptomlarla yaşamak, baş edebilmek giderek zorlaşmakta ve mutsuzluk, ümitsizlik, kaygı ve depresyon gibi birçok psikopatolojik sorun bu süreçte ortaya çıkabilmektedir (44,46). Bu çalışmada yer alan bireylerin ACT programı öncesi PANSS genel psikopatoloji alt boyutu açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Son test ve izlem testinde ise müdahale grubunun genel psikopatoloji düzeyinin kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu bulgulara göre; ACT'in genel psikopatolojiyi azaltmada çok güçlü düzeyde etkisi olduğu söylenebilir. Ölçeğin genel psikopatoloji alt boyutunda bireylerin yaşadığı anksiyete, gerginlik, depresyon, zihinsel aşırı uğraşı, dikkat azalması, yönelim bozukluğu gibi ruhsal sorunlar değerlendirilmektedir. Bu konularda yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde psikoz tanılı bireylere uygulanan ACT'in bireylerin depresyon düzeylerini azalttığı bulunurken (106,111,112); Gumley ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada ACT'in bireylerin depresyon seviyelerini azaltmada güçlü düzeyde etkisi olduğu vurgulanmıştır (113). Ayrıca çalışmalarda, psikoz tanılı bireylere uygulanan ACT'in anksiyete düzeylerini de azalttığı bildirilmektedir (69,94). Farkındalık temelli müdahalelerin özellikle bireylerin depresyon, anksiyete düzeyleri

üzerinde olumlu etkileri olduğu bildirilmektedir (93). ACT, içeriğinde hem farkındalık temelli müdahaleleri hem de bilişsel müdahaleleri birlikte barındıran bir terapi ekolüdür. Bu nedenle ACT'in depresyon, anksiyete gibi ruhsal sorunların yanı sıra bilişsel süreçlere de etkisi olabileceği ve ruminatif (tekrarlı) düşünceler, dikkat azalması gibi sorunları da azaltılabileceği bildirilmektedir (93,111). Yapılan çalışmaların sonuçlarına benzer bir şekilde bu çalışmada da ACT'in psikoz tanılı bireylerin genel psikopatoloji düzeylerini azaltmada çok güçlü düzeyde etkili olduğu söylenebilir. Dolayısıyla tüm bu bilgiler ışığında ACT'in psikoz tanılı bireylerin psikotik semptomlarını azaltmada etkili olduğu bulunmuş ve **böylece çalışmanın H1, H1a, H1c hipotezleri kabul edilmiştir.**

5.3. BİREYLERİN İŞLEVSELLİK DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

İşlevsellik, bireyin özbakım ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmesi, bağımsız bir şekilde yaşayabilmesi ve doğru kişiler arası ilişkiler kurarak toplumda etkin rol alabilmesi gibi kapsamı geniş bir kavramdır (43,56,114). Bireyin sağlıklı bir yaşam sürmesi için aranan ilk ölçütlerden biri olan işlevsellik, ruhsal bozukluklarda en çok olumsuz etkilenen alanların başında yer almaktadır (115). Psikoz tanısı almış bireyler geçirilen her atak ile birlikte günlük yaşam aktivitelerinde, aile ve çevreleri ile iletişim kurmada ciddi sorunlar yaşamakta ve iyileşme dönemlerinde bile hastalık öncesi işlevsellik düzeylerine dönememektedirler (89,115). Bu çalışmada yer alan bireylerin ACT programı öncesi TİDÖ ön test toplam puan ortalaması orta düzeyde olup, gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Buna göre grupların başlangıçta işlevsellik düzeyleri açısından benzer seviyelerde olduğu anlaşılmaktadır. Son test ve izlem testinde müdahale grubunun işlevsellik düzeylerinin arttığı ve kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda şizofreni tanılı bireylerin işlevsellik düzeylerinin düşük seviyelerde olduğu bulunurken (4,5,56,114); TRSM tarafından düzenli takipli olan şizofreni tanılı bireylerin işlevsellik düzeylerini orta düzeyde saptayan çalışmalara da rastlanmıştır (115,116). Psikotik bozukluklarda hastalık sürecinin uzun ve dalgalı bir seyir göstermesi, bilişsel işlevleri, motor aktivite ve hareketleri, duygulanımı, sosyal ve mesleki işlevleri olumsuz etkilemesi gibi sorunlar nedeniyle, bu bireylerin işlevsellik düzeylerinin düşük seviyelerde olması beklenen bir durumdur (114-116). Bu noktada bireylerin işlevsellik düzeylerini arttıracak psikososyal müdahalelerin en erken dönemde uygulanması gerektiği dikkat çekmektedir

(57,89,115). Psikotik bozukluğu olan bireylere sunulan psikososyal müdahalelerin temel amacı, bireylerin işlevsellik düzeylerini artırmak ve toplum içinde bağımsız yaşayabilmelerini sağlamaktır (116). Türkiye’de psikotik bozukluğu olan bireylere düzenli psikososyal müdahale uygulayabilecek merkezlerin başında TRSM’ler gelmektedir. Bu doğrultuda yapılan çalışmalarda da görüldüğü üzere şizofreni tanılı bireylerin TRSM’lerde düzenli takip edilmesi, hastaların işlevsellik düzeylerinin artmasını da sağlamıştır (115,116). Bunun yanı sıra TRSM’lerde ve klinik ortamlarda ACT temelli hazırlanmış programların uygulanması, psikotik bozukluk tanılı bireylerin işlevsellik düzeylerini daha da fazla arttırabilir. Bu doğrultuda Gaudiano ve arkadaşlarının yaptığı iki farklı çalışmada psikoz tanılı bireylere uygulanan ACT’in bireylerin işlevsellikleri üzerinde güçlü düzeyde ve olumlu yönde bir değişim yarattığı bulunmuştur (112,117). Psikozun erken döneminde olan bireyler için oluşturulmuş olan ‘Günlük Yaşamda Kabul ve Kararlılık Terapisi (Acceptance and Commitment Therapy in Daily Life (ACT-DL))’ programının uygulandığı çalışmalar da ise; program sonrasında bireylerin günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak sürdürdükleri ve işlevsellik düzeylerinin arttığı belirlenmiştir (12,118). Yıldız ve Aylaz’ın yaptığı çalışmada şizofreni tanılı bireylerin ön test değerlendirmesinde işlevsel iyileşme düzeylerinin düşük olduğu, uygulanan ACT ve motivasyonel görüşme temelli program sonrası müdahale grubunun işlevsel iyileşme düzeylerinin anlamlı düzeyde arttığı bulunmuştur (71). Davranışçı terapiler arasında yer alan ACT, bireyde davranış değişikliği yaratmakta ve bireyin yeni davranışı deneyimlemesini sağlamaktadır (14,79). ACT programı içerisinde yer alan değer odaklı davranış egzersizleri ile bireylerin değerleri doğrultusunda etkin davranışları belirlenmekte ve bu davranış değişikliklerini terapi sürecinde deneyimleyerek, yaşamlarına entegre etmelerine yardımcı olunmaktadır. Böylece terapi sonrası bireylerin sosyal işlevsellik düzeylerinin de iyileşmesi beklenmektedir (79). Çalışmada ACT’in psikoz tanılı bireylerin işlevsellik düzeylerini arttırmada etkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada müdahale grubunun izlem testinin son test puan ortalamalarına göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu da ACT’in hemen sonrasında yapılan değerlendirmede işlevsellik düzeylerini çok güçlü düzeyde arttırdığı ancak uzun süreli değerlendirmede işlevsellik düzeyleri üzerinde etkisinin azaldığını düşündürmektedir. Bundan başka çalışmada yaş, cinsiyet, çalışma durumu, hastalık süresi, klinik yatış varlığı, tedavi uyumu gibi etkenlerin TİDÖ son test puan ortalaması üzerine etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Yapılan diğer çalışmaların

sonuçlarıyla benzer bir şekilde bu çalışmada da bireylerin işlevsellik düzeyleri üzerinde ACT'in çok güçlü düzeyde olumlu yönde etkisinin olduğu gözlenmektedir.

Diğer yandan bu çalışmada kontrol grubundaki bireylerin TİDÖ puan ortalamaları arasında da zayıf düzeyde bir değişim yaşanmış ve izlem testinin ön test ve son test puan ortalamasına göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Ancak bakıldığında kontrol grubunun puan ortalamalarında çok büyük değişimler yaşanmadığı görülmektedir. Bu değişimin sebebi olarak birçok neden sıralanabilir. İlk olarak söylenebilecek hastalık seyrini olumsuz etkileyebilecek tedavi uyumsuzluğu, aile içi sorunlar, bireysel stres faktörleri gibi risk etmenlerinin etkili olmuş olabileceğidir. Ayrıca izlem sürecinde kontrol grubundaki bireylerde (%14,8) hastaneye yatışların olduğu belirlenmiştir. Bu da kontrol grubundaki bireylerin hastalık şiddeti ve tedavi süreçlerinde bazı olumsuzluklar yaşandığını düşündürmektedir. Bunun yanı sıra çalışmanın uygulandığı sırada pandemi süreci devam etmekteydi. Buna bağlı olarak bazı bireylerin pandemi sürecinde tedavi hizmetlerine erişememesi gibi durumlar yaşanmış olabileceği ve bunun da hastalık seyrine olumsuz yansımış olabileceği söylenebilir. Bununla birlikte literatürde psikotik semptomların artışının bireyin bağımsızlık düzeyini olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (4,6,119). Bu çalışmada da psikotik semptomlardaki artışın bireyin işlevsellik düzeylerini azalttığı saptanmıştır. Dolayısıyla psikotik semptomları azaltmak amacı ile uygulanan psikososyal müdahalelerin, bireylerin işlevsellik düzeylerini arttırabileceği söylenebilir. Bu noktada kontrol grubundaki bireylerin herhangi bir psikososyal müdahale almamış olmaları da bireyleri hastalık ve tedavi sürecinde yaşanmış olabilecek olumsuz durumlardan daha da fazla etkilemesine sebep olmuş olabilir ve buna bağlı işlevsellik düzeylerinin de olumsuz yönde etkilenmiş olabileceği düşünülmektedir.

Özbakım, bireyin sağlık ve iyilik halinin devamını sağlamak amacıyla başlattığı ve sürdürdüğü etkinlikler olarak tanımlanmaktadır (120,121). Özbakım gücü, tedavi ve bakım sürecinde de önemli bir yere sahiptir ve bireyin bağımsız düzeyde özbakım gücüne sahip olmasını sağlamak psikiyatri hemşireliğinin bakım standartlarından birisidir (121). Bu nedenle hemşirelik bakımında bireylerin özbakım gücünü arttıracak müdahalelerde bulunmak önemli bir husustur. Bu çalışmada yer alan bireylerin ACT programı öncesi TİDÖ özbakım alt boyutu açısından gruplar arası anlamlı farklılık bulunmamıştır. Son test ve izlem testinde ise müdahale grubunun özbakım düzeylerinin

kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmaya benzer bir şekilde Moffitt ve Mohr (2015) tarafından yapılan çalışmada ACT uygulanan psikoz tanılı bireylerde sağlığı geliştirici davranışların arttığı bulunurken (122); Ivanova ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada ACT uygulanan psikoz tanılı bireylerin fiziksel egzersiz yapma sıklıklarının arttığı ve beden imajına daha çok önem verdikleri saptanmıştır (123). Yıldız (2020) tarafından yapılan sistematik derlemede, incelenen 30 randomize kontrollü çalışmanın sonuçlarında; psikoz tanılı bireylere uygulanan ACT programlarının bireylerin kilo yönetimi, madde ile ilgili ve bağımlılık yapan sorunlarla etkili baş edebilme, yeme problemleri ve fiziksel aktivite düzeylerinde olumlu yönde değişimler yarattığı belirlenmiştir (17). Psikoz tanılı birey, zamanlarının büyük bir bölümünü hastalık sürecinde ortaya çıkan yoğun psikotik semptomlarla baş edebilmek için harcarlar, bu nedenle de kendi öz bakımlarını yapamaz hale gelebilmektedirler (124). Şizofreni tanılı bireylerin öz bakımlarının düşük olduğu ve buna bağlı bireylerde birçok ek tıbbi tanının (enfeksiyon hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, ağız diş sağlığı problemleri vb.) olduğu bildirilmektedir. Ayrıca yapılan çalışmalarda bu sorunlara bağlı olarak şizofreni tanılı bireylerin yaşam sürelerinin diğer sağlıklı bireylere oranla daha kısa olduğu da belirtilmektedir (124-126). Bu nedenle bu bireylere özgü sağlıklı beslenme, fiziksel egzersiz, ağız diş sağlığı gibi konularda hemşirelik bakım planları hazırlayıp, uygulamak gerekmektedir (124). Bunların yanı sıra ACT gibi yapılandırılmış psikososyal müdahaleler ile de bireylerin özbakım düzeyleri artırılabilir (17,122,123). Yapılan çalışma sonuçlarına benzer bir şekilde bu çalışmada da ACT'in psikoz tanılı bireylerin öz bakım düzeylerini artırmada etkili olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada kontrol grubundaki bireylerde de TİDÖ özbakım puan ortalamaları arasında çok zayıf düzeyde bir değişim yaşanmış ve izlem testinin ön test puan ortalamalarına göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu noktada yine kontrol grubunun hastalık süreçlerinde yaşanabilecek olumsuzluklar (psikotik semptomlarda artış, tedavi uyumsuzluğu, ailesel sorunlar, stres faktörleri vb.) ve hastane yatışlarının olması özbakım boyutu üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Bu aşamada aktif psikotik semptomları nedeni ile hastaneye yatmış bireyler söz konusu belirtilerle baş etmeye çalışırken öz bakımlarını ihmal etmiş olabilirler.

İşlevselliğin değerlendirilmesinde önemli ölçütlerden biri olan kişilerarası ilişkiler, hastalığın ilk psikotik semptomlarının ortaya çıkması ile birlikte olumsuz yönde etkilenmekte, ilerleyen zamanlarda ise tamamen bozulabilmekte, bireyin sosyal

yaşantısından kopmasına, eve kapanmasına sebep olabilmektedir (44-46). Bu noktada bireyin işlevsellik düzeyini arttırmak amacıyla yapılacak girişimlerde, kişilerarası ilişkiler alanının da dikkatle ele alınması önemlidir. Bu çalışmada yer alan bireylerin ACT programı öncesi TİDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu puanları açısından gruplar arası anlamlı farklılık bulunmamıştır. Son test ve izlem testinde ise müdahale grubunun kişilerarası ilişki düzeylerinin kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Yıldız ve Aylaz'ın çalışmasında şizofreni tanılı bireylere uygulanan ACT ve motivasyonel görüşme temelli programın stres yönetimi ve öfke kontrolünü sağlamada olumlu etkisinin olduğu bulunmuştur (71). Yapılan bir olgu çalışmasında ise psikoz tanılı bireye uygulanan ACT programı sonrasında bireyin psikotik semptomlarında anlamlı düzeyde azalma saptanırken; kişilerarası ilişki düzeylerinde anlamlı bir artış gözlenmemiştir (95). Ancak aynı çalışmada ACT programı sonrası bireyin partneri ve arkadaşları ile daha rahat ve etkili iletişim kurabildiği bildirilmiştir (95). ACT oturumunda hedef, bireyin değerleri doğrultusunda kişilerarası ilişkilerini iyileştirmek olabilir. Terapi sürecinde de bireyle bu yönde davranış geliştirmeye yönelik egzersizler uygulanır ve davranış değişikliklerini deneyimleyerek bireyin bu değişimleri hayatına entegre etmesi beklenir. Böylece bireyin kişilerarası ilişkilerinde iyileşmeler gözlenebilir. Ayrıca stres yönetimi, öfke kontrolü gibi konularda da ACT'in etkili bulunması (71), bireylerin kişilerarası ilişkilerinin olumlu yönde etkilenmesine sebep olabilir. Bu çalışmada da ACT'in psikoz tanılı bireylerin kişilerarası ilişkilerini arttırdığı bulunmuştur.

Psikotik semptomların etkilediği diğer önemli alanlardan biri de bireylerin bağımsızlık düzeyleridir. Bu çalışmada bireylerin ACT programı öncesi TİDÖ bağımsız yaşam alt boyutu puanları açısından gruplar arası anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu sonuca göre iki grubun bağımsız yaşam düzeylerinin benzer olduğu anlaşılmaktadır. Son test ve izlem testinde ise müdahale grubunun bağımsız yaşam düzeylerinin kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Şizofreni gibi kronik gidişli psikotik bozukluklar bireyin günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilemekte, bireyi mesleki ve sosyal yaşamından uzaklaştırarak, bir bakım verene bağımlı hale getirmektedir. Bu hem bakım veren için yük oluşturmakta hem de artan sağlık hizmeti kullanımı ile ülke ekonomisine de yük getirmektedir (4,6,7,119). Hastalık sürecinde her atakla birlikte hastaların günlük yaşam aktivitelerinde, bağımlılık/bağımsızlık düzeylerinde de farklılıklar ortaya çıkmaktadır (4,6,7). Yapılan çalışmalarda psikotik

bozukluklarda görülen pozitif ve negatif semptomların şiddetinin artışı bireylerin bağımlılık düzeylerini de arttırdığı bildirilmektedir (4,6,119). Bu nedenle psikoz tanısı almış bireylerin bağımsızlık düzeylerini destekleyecek, onları toplumda tutabilecek girişimlerin yapılması gerekmektedir. ACT bireyi değer odaklı davranışa yönlendirmekte, bireyin harekete geçmesini ve davranışı sürdürmesini desteklemektedir (95). Bu çalışmanın sonucunda olduğu gibi ACT, bireyin aktif kalmasını sağlamak ve bağımsız yaşam düzeylerinin artmasını desteklemektedir.

Psikotik bozukluklarda uzun tedavi süreçlerinin olması ve hastalığın ataklarla dalgalı bir seyir göstermesinden dolayı bireyin işine düzenli devam etmesi zorlaşmakta ve sonunda işinden ayrılmak durumunda kalabilmektedir (114,116). Ayrıca bireylerin psikotik bozukluk tanısı aldıktan sonra yoğun düzeyde damgalanmaya maruz kaldıkları ve sonucunda işlerinden uzaklaşabildikleri veya iş bulamadıkları belirtilmektedir (127). Bu çalışmada da izlem sürecinde müdahale grubunda olan bireylerin bir işte çalışma durumlarının kontrol grubuna göre arttığı belirlenmiştir. Kontrol grubundaki bireylerin işlevsellik düzeylerinde azalma ile bireylerin çalışma hayatlarının olumsuz etkilendiği ve bazı bireylerin işinden ayrılmış olabileceği söylenebilir. Yine o sürede devam eden pandemi süreci bazı bireylerin işten çıkmasına neden olarak gösterilebilir. Ayrıca kontrol grubundaki bireylerin hastane yatışları nedeniyle çalışma hayatından uzak kalmaları da söz konusu olabilir. Bu bireylerin çalışma hayatından uzaklaşmamalarını sağlayacak, onları toplum içerisinde tutacak müdahalelere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmada ACT'in psikoz tanılı bireylerin işlevsellik düzeylerini arttırmada etkili olduğu belirlenmiş ve **böylece çalışmanın H2, H2a, H2b, H2c, H2d hipotezleri kabul edilmiştir.**

Bunlarla birlikte psikotik bozukluklarda sık sık ortaya çıkabilen ataklar dolayısıyla bireylerin tekrarlı olarak hastane yattıkları görülmektedir. Bu çalışma da bireylerin ACT programı sonrası üç aylık izleminde müdahale grubundaki bireylerde hastane yatışı görülmez iken; kontrol grubundaki bireylerin %14,8'inin hastaneye yattığı gözlenmiştir. Yapılan çalışmalarda psikoz tanılı bireylere uygulanan ACT'in psikotik semptomlar, depresyon, anksiyete gibi ruhsal sorunlar, duygu düzenleme becerileri, sağlıklı davranış geliştirme düzeyleri üzerinde olumlu etkilerinin olduğu ve hastane yatışlarını azalttığı bildirilmiştir (13,17,18,65,69,70,72,78,90,128,129). Tonarelli ve arkadaşları tarafından dört çalışmanın dahil edildiği meta-analiz çalışmasında, ACT'in psikoz tanılı bireylerde

hastane yatışlarını azalttığı saptanmıştır (108). Bu çalışmada da ACT'in psikotik semptomları azalttığı, işlevsellik düzeylerini arttırdığı ve ACT'in uygulandığı müdahale grubunda çalışma süresince yatışların olmadığı tespit edilmiştir. Dolayısıyla psikoz tanılı bireylere uygulanan ACT'in bu gibi olumlu etkileri ile bireylerin semptom kontrolü sağlanarak, remisyon sürelerinin uzadığı ve bunlara bağlı hastane yatışlarının azaldığı söylenebilir. ACT'in psikotik bozukluğu olan bireylerin hastaneye yatışları üzerindeki etkisini tam olarak değerlendirebilmek için daha uzun süreli izlem çalışmalarının yapılması gerekmektedir.

Tüm bu bilgiler ışığında; yüz yüze uygulanan ACT çalışmalarının (12,13,17) sonuçları ile bu çalışmada online ve grup terapisi şeklinde uygulanan ACT programının sonuçları karşılaştırıldığında benzer bulguların elde edildiği görülmüştür. Pandemi süreci gibi sağlık hizmetlerinin aksadığı ve hastalara ulaşamadığı durumlarda, hastalara ulaşımı daha kolay olan, zamandan ve maliyetten tasarruf sağlayan telepsikiyatri hizmetlerinden yararlanılabilir. Dolayısıyla ACT gibi bilişsel davranışçı terapilerin psikozun erken döneminde online olarak uygulanabileceği belirlenmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Psikozun erken döneminde hastalara uygulanan Kabul ve Kararlılık Terapisinin psikotik semptomlara ve işlevsellik düzeylerine etkisini değerlendirmek amacıyla 53 birey ile gerçekleştirilen çalışmanın sonuçlarına göre;

- Müdahale ve kontrol grubunda yer alan bireylerin sosyodemografik ve sağlık durumlarına ilişkin özellikleri karşılaştırıldığında; her iki grubun benzer olduğu ve bireylerin yaş ortalamasının $23,26 \pm 3,88$ yıl, %76,9'unun erkek, %80,8'inin bekar, %57,7'sinin anne-baba ile yaşadığı, %65,4'ünün lise mezunu, %53,8'inin çalıştığı,
- Müdahale grubundaki bireylerin %50'sinin bir yıl öce psikoz tanısı aldığı, %61,5'inin daha önce hastaneye yattığı, %84,6'sının sadece farmakoterapi aldığı, izlem sürecinde hastane yatışlarının olmadığı, kontrol grubundaki bireylerin ise %14,8'inin (n=4) hastaneye yattığı belirlendi.
- Çalışmada müdahale ve kontrol grupları arasında PANSS alt boyutları ve toplam puan ortalamasının ön test değerlendirmeleri açısından anlamlı bir fark olmadığı, müdahale grubunun PANSS alt boyutları ve toplam puan ortalamasının son test ve izlem testi değerlendirmesinde anlamlı düzeyde azaldığı ve kontrol grubundaki bireylerin puan ortalamasına göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ($p < 0,05$),
- Çalışmada müdahale ve kontrol grupları arasında TİDÖ ön test toplam puan ortalamasının ön test değerlendirmeleri açısından anlamlı bir fark olmadığı, müdahale grubunun son test ve izlem testi değerlendirmesinde puan ortalamasının anlamlı düzeyde arttığı ve kontrol grubunun puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu, kontrol grubunun izlem testi puan ortalamasının ön test ve son teste göre anlamlı düzeyde düşük olduğu ($p < 0,05$),
- Çalışmada müdahale ve kontrol grupları arasında TİDÖ özbakım alt boyutu puan ortalamasının ön test değerlendirmeleri açısından anlamlı bir fark olmadığı, müdahale grubunun son test ve izlem testi değerlendirmesinde puan ortalamasının anlamlı düzeyde arttığı ve kontrol grubunun puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu, kontrol grubunun puan ortalamasında ise izlem testi puan ortalamasının ön test ve son teste göre anlamlı düzeyde düşük olduğu ($p < 0,05$),

- Çalışmada müdahale ve kontrol grupları arasında TİDÖ kişilerarası ilişkiler alt boyutu puan ortalamasının ön test değerlendirmeleri açısından anlamlı bir fark olmadığı, müdahale grubunun son test ve izlem testi değerlendirmesinde puan ortalamasının anlamlı düzeyde arttığı ve kontrol grubunun puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu ($p>0,05$),

- Çalışmada müdahale ve kontrol grupları arasında TİDÖ bağımsız yaşam alt boyutu puan ortalamasının ön test değerlendirmeleri açısından anlamlı bir fark olmadığı, müdahale grubunun son test ve izlem testi değerlendirmesinde puan ortalamasının anlamlı düzeyde arttığı ve kontrol grubunun puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu ($p>0,05$),

- Çalışmada müdahale ve kontrol grupları arasında TİDÖ çalışma durumu alt boyutu puan ortalamasının ön test değerlendirmeleri açısından anlamlı bir fark olmadığı, izlem testinde ise müdahale grubunun puan ortalamasının kontrol grubunun puan ortalamasına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$).

- Yaş, cinsiyet, eğitim ve çalışma durumu, hastalık süresi, klinik yatış varlığı, tedavi uyumu gibi değişkenlerin PANSS ve TİDÖ son test toplam puan ortalamasına etkisinin olmadığı,

- PANSS son test ve izlem testinin puanları arttıkça, TİDÖ son test ve izlem testinin puanlarının azaldığı,

- TİDÖ son test toplam puan ortalaması düzeyindeki toplam değişimi %17,3 oranında PANSS son test toplam puan ortalamasının açıkladığı, TİDÖ üçüncü ay izlem testi toplam puan ortalaması düzeyindeki toplam değişimi %16,8 oranında PANSS üçüncü ay izlem testi toplam puan ortalamasının açıkladığı bulundu.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Türkiye’de psikotik bozukluk tanılı bireylere erken dönemde ACT müdahalelerinin uygulanmaya başlanması,

- Psikotik bozukluk tanılı bireylere erken dönemde farmakoterapi ile birlikte ACT programlarının kombine bir şekilde uygulanması,

- TRSM'lerde veya psikiyatri kliniklerinde çalışan psikiyatri hemşirelerinin psikososyal müdahaleleri planlama ve uygulamada aktif olarak rol alması,

- Psikiyatri hemşirelerinin ACT eğitimini almaları ve ACT temelli yapılandırılmış programları psikotik bozukluğu olan bireylere uygulayabilmeleri,
- Psikozun erken döneminde uygulanan ACT gibi terapi programlarının yüz yüze, online gibi farklı uygulama yöntemlerinin çalışmalarda kullanılması ve etkinliklerinin karşılaştırılması,
- Psikotik bozukluk tanılı bireylere erken dönemde uygulanan ACT programlarının etkinliğini değerlendiren uzun dönem izlem çalışmaların yapılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

1. Charlson, F.J., Ferrari, A.J., Santomauro, D.F., Diminic, S., Stockings, E., Scott, J.G., McGrath, J., Whiteford, H.A. (2018). Global epidemiology and burden of schizophrenia: Findings from the global burden of disease study 2016. *Schizophrenia Bulletin*, 44, 1195-1203.
2. Sadock, B.J., Sadock, V. (2007). Şizofreni. İçinde A. Bozkurt, (Çev. Ed.), *Kaplan&Sadock's Klinik Psikiyatri El Kitabı* (4th Ed). Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 117-131.
3. WHO. Schizophrenia. WHO Situation Reports (İnternette) 2019. Erişim 01.06.2022, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
4. Ensari, H., Gültekin, B., Karaman, D., Koç, A., Beşkardeş, A. (2013). Bolu toplum ruh sağlığı merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: bir yıllık izleme sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14, 108-114.
5. Çapar, M., Kavak, F. (2019). Effect of internalized stigma on functional recovery in patients with schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55, 103-111.
6. Torgalsbøen, A.K., Mohn, C., Czajkowski, N., Rund, B.R. (2015). Relationship between neurocognition and functional recovery in first-episode schizophrenia: Results from the second year of the Oslo multi-follow-up study. *Psychiatry Research*, 227, 185-191.
7. Morin, L., Franck, N. (2017). Rehabilitation interventions to promote recovery from schizophrenia: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 100.
8. 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, 631-42.
9. Breitborde, N.J.K., Bell, E.K., Dawley, D., Woolverton, D., Ceaser, A., Waters, A.C., & et al. (2015). The Early Psychosis Intervention Center (EPICENTER): Development and six-month outcomes of an American first-episode psychosis clinical service. *BMC Psychiatry*, 15, 266.
10. Yavuz F. (2015). Kabul ve kararlılık terapisi (ACT): Genel bir bakış. *Türkiye Klinikleri*, 8, 21-27.
11. Reininghaus, U., Klippel, A., Steinhart, H., Vaessen, T., van Nierop, M., Viechtbauer, W. & et al. (2019). Efficacy of acceptance and commitment therapy in daily life (act-dl) in early psychosis: Study protocol for a multi-centre randomized controlled trial. *Trials*, 20, 769.
12. Vaessen, T., Steinhart, H., Batink, T., Klippel, A., Van Nierop, M., Reininghaus, U., Myin-Germes, I. (2019). ACT in daily life in early psychosis: an ecological momentary intervention approach, *Psychosis*, 2, 1-12.
13. Jansen, J.E., Moris, M.J.E. (2017). Acceptance and commitment therapy for posttraumatic stress disorder in early psychosis: A case series. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24, 187-199.
14. Yıldız, E. (2019). Şizofreni hastalarında kabul ve kararlılık terapisi temelli ve motivasyonel görüşme destekli danışmanlığının işlevsel iyileşme ve motivasyon düzeylerine etkisi. (Doktora Tezi). Malatya: İnönü Üniversitesi.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı. Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı (İnternette) 2011. Erişim 01.06.2022, <https://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemsirelikyonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik-yayimlanmistir.html>
16. Ata, E.E., Doğan, S. (2018). The effect of a brief cognitive behavioural stress management programme on mental status, coping with stress attitude and caregiver burden while caring for schizophrenic patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32, 112-9.
17. Yıldız, E. (2020). The effects of acceptance and commitment therapy on lifestyle and behavioral changes: A systematic review of randomized controlled trials. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56, 657-690.
18. Gaudiano, B.A., Herbert, J.D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using acceptance and commitment therapy: pilot results. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 415-437.
19. American Psychiatric Association (APA). (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition (DSM-5). Arlington, VA, American Psychiatric Association.
20. Öztürk, M.O., Uluşahin, A. (2015). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. (13. Baskı). Nobel Tıp Kitapları, Ankara.
21. Kocal, Y., Karakuş, G., Sert, D. (2017). Şizofreni: Etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26, 251-267.
22. Janoutová, J., Janáčková, P., Šerý, O., Zeman, T., Ambroz, P., Kovalová, M., & et al. (2016). Epidemiology and risk factors of schizophrenia. *Neuro Endocrinology Letters*, 37, 1-8.

23. Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H., Alptekin, K. (2011). Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22, 40-52.
24. WHO. Mental Disorders. WHO Situation Reports (İnternette) 2019. Erişim 01.06.2022, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
25. Yılmaz, H., Bora, E. (2018). Ergenlikte ruhsal bozuklukların öncül belirtileri. İçinde T. Bildik (Ed.), *Ergenlik Dönemi ve Ruhsal Bozukluklar*. Ankara: Türkiye Klinikleri; 98-107.
26. Eseroğlu, T. (2017). İlk atak psikoz tanısıyla yatarak tedavi gören çocuk ve ergen hastalarda madde kullanım bozukluğu eş tanısının klinik bulgularla ilişkisinin araştırılması. (Uzmanlık Tezi). İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
27. Cella, M., Preti, A., Edwards, C., Dow, T., Wykes, T. (2017). Cognitive remediation for negative symptoms of schizophrenia: A network meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 52, 43-51.
28. Federici, S., Bracalenti, M., Meloni, F., Luciano, J.V. (2017). World Health Organization disability assessment schedule 2.0: An international systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 39, 47-80.
29. Sprooten, E., Pappmeyer, M., Smyth, A.M., Vincenz, D., Honold, S., Conlon, G.A., Moorhead, T.W., Job, D., Whalley, H.C., Hall, J., McIntosh, A.M., Owens, D.C., Johnstone, E.C., Lawrie, S.M. (2013). Cortical thickness in first-episode schizophrenia patients and individuals at high familial risk: A cross-sectional comparison. *Schizophrenia Research*, 151, 259-264.
30. Torres, U.S., Duran, F.L.S., Schaufelberger, M.S., Crippa, J.A.S., Louza, M.R., Sallet, P.C., Kanegusuku, C.Y., Elkis, H., Gattaz, W.F., Bassitt, D.P., Zuardi, A.W., Hallak, J.E., Leite, C.C., Castro, C.C., Santos, A.C., Murray, R.M., Busatto, G.F. (2016). Patterns of regional gray matter loss at different stages of schizophrenia: A multisite, cross-sectional VBM study in first-episode and chronic illness. *Neuroimage Clinical*, 12, 1–15.
31. Plitman, E., Patel, R., Chung, J.K., Pipitone, J., Chavez, S., Reyes-Madrigal, F., Gómez- Cruz, G., León-Ortiz, P., Chakravarty, M.M., de la Fuente-Sandoval, C., Graff- Guerrero, A. (2016). Glutamatergic metabolites, volume and cortical thickness in antipsychotic-naïve patients with first-episode psychosis: Implications for excitotoxicity. *Neuropsychopharmacology*, 41, 2606–2613.
32. Fraguas, D., Díaz-Caneja, C.M., Pina-Camacho, L., Janssen, J., Arango, C. (2016). Progressive brain changes in children and adolescents with early-onset psychosis: A meta-analysis of longitudinal MRI studies. *Schizophrenia Research*, 173, 132–139.
33. Marcsisin, M.J., Rosenstock, J.B., Gannon, J.M. (2016). *Schizophrenia and related disorders*. (2nd ed.), Oxford University Press, Oxford.
34. Van Duppen, Z. (2017). The inter subjective dimension of schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 24, 399-418.
35. Bolu, A., Oznur, T., Tok, D., Balıkcı, A., Sener, K., Celik, C., Gulsun, M. (2016). Seropositivity of neurotropic infectious agents in first-episode schizophrenia patients and the relationship with positive and negative symptoms. *Psychiatria Danubina*, 28, 132–138.
36. Brown, A.S. (2011). The environment and susceptibility to schizophrenia. *Progress in Neurobiology*, 93, 23–58.
37. Rubio-Abadal, E., Ochoa, S., Barajas, A., Baños, I., Dolz, M., Sanchez, B., Del Cacho, N., Carlson, J., Huerta-Ramos, E., GENIPE Group., Usall, J. (2015). Birth weight and obstetric complications determine age at onset in first episode of psychosis. *Journal of Psychiatric Research*, 65, 108–114.
38. Morgan, C., Charalambides, M., Hutchinson, G., Murray, R.M. (2010). Migration, ethnicity, and psychosis: Toward a sociodevelopmental model. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 655–664.
39. Russo, D.A., Stochl, J., Painter, M., Dobler, V., Jackson, E., Jones, P.B., Perez, J. (2014). Trauma history characteristics associated with mental states at clinical high risk for psychosis. *Psychiatry Research*, 220, 237–244.
40. Adaletli, H. (2015). Ergenlik döneminde madde kullanımı ve psikoz. *Türkiye Klinikleri*, 1, 31–38.
41. Castle, D.J., Buckley, P.F., Gaughran, F.P. (2017). *Physical health and schizophrenia*. (2nd ed.), Oxford University Press, Oxford.
42. Çunkuş, N. (2021). Şizofreni hastalarında kişilerarası ilişkiler kuramı temelli motivasyonel görüşmenin işlevsel iyileşme ve içgörü düzeylerine etkisi. (Doktora Tezi). Denizli: Pamukkale Üniversitesi.
43. Turan, N. (2016). Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. İçinde N. Gürhan (Ed.), *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*, Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri; 539-564.
44. Liu, J., Chua, J.J.X., Chong, S.A., Subramaniam, M., Mahendran, R. (2020). The impact of emotion dysregulation on positive and negative symptoms in schizophrenia spectrum disorders: A systematic review. *Journal of Clinical Psychology*, 76, 612-624.

45. Limongi, R., Mackinley, M., Dempster, K., Khan, A.R., Gati, J.S., Palaniyappan, L. (2021). Frontal-striatal connectivity and positive symptoms of schizophrenia: Implications for the mechanistic basis of prefrontal rTMS. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 271, 3-15.
46. Yıldızhan, E., Türkcan, A., İnan, S., Erenkuş, Z., Yalçın, Ö., Erdoğan, A. (2015). İlk psikoz atağı: Belirtiler, tedavi başlangıcı ve klinik yanıt ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26, 77-86.
47. Dülgerler, Ş. (2014). Şizofrenik bozukluk. İçinde O. Çam, E. Engin (Ed.), *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*, (1. Baskı), İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi;413-446.
48. Bruijnzeel, D., Suryadevara, U., Tandon, R. (2014). Antipsychotic treatment of schizophrenia: An update. *Asian Journal of Psychiatry*, 11, 3-7.
49. Summakoğlu, D., Ertugrul, B. (2018). Şizofreni ve tedavisi. *Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences*, 2, 43-61.
50. Jan, V., Jan, V. (2018). Very long term outcome of schizophrenia. *International Journal of Clinical Practice*, 72, e13094.
51. Leucht, S., Tardy, M., Komossa, K., Heres, S., Kissling, W., Salanti, G., Davis, J.M. (2012). Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 379, 2063-2071.
52. Centre for Addiction and Mental Health (CAMH). Early psychosis an information guide. Canada: Centre for Addiction and Mental Health (İnternette) 2022. Erişim 01.12.2022, <https://www.camh.ca/en/health-info/guides-and-publications/early-psychosis---an-information-guide>
53. National Institute for Health Care Excellence (NICE). Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. England: National Institute for Health Care Excellence (İnternette) 2014. Erişim 01.12.2022, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/chapter/1-Recommendations#first-episode-psychosis-2>
54. Albert, N., Weibell, M.A. (2019). The outcome of early intervention in first episode psychosis. *International Review of Psychiatry*, 31, 1-12.
55. Fusar-Poli, P., McGorry, P.D., Kane, J.M. (2017). Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. *World Psychiatry*, 16, 251-265.
56. Lim, M.H., Gleeson, J.F.M., Alvarez-Jimenez, M., Penn, D.L. (2018). Loneliness in psychosis: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53, 221-238.
57. Chan, K.S.S., Mak, W.W.S. (2014). The mediating role of self-stigma and unmet needs on the recovery of people with schizophrenia living in the community. *Quality of Life Research*, 23, 2559-2568.
58. Chong, H.Y., Teoh, S.L., Wu, D.B.C., Kotirum, S., Chiou, C.F., Chaiyakunapruk, N. (2016). Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 12, 357-373.
59. Gümüş, E.Ç. (2020). Özel gereksinimli çocuğu olan ebeveynlere uygulanan kabul ve kararlılık terapisi temelli girişimlerin psikolojik sağlıkla depresyon anksiyete stres düzeylerine ve bakım yüküne etkisi. (Doktora Tezi). Antalya: Akdeniz Üniversitesi.
60. Forman, E., Chapman, J., Herbert, J., Goetter, E., Yuen, E., Moitra, E. (2012). Using session-by-session measurement to compare mechanisms of action for Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*, 43, 341-354.
61. Brillhart, D. (2017). Acceptance and Commitment Therapy. İçinde J.E. Davies, C.E. Nagi, (Ed.), *Individual psychological therapies in forensic settings* (1st ed.), London: Routledge; 11-27.
62. Bağlamsal Davranış Bilimleri ve Psikoterapiler Derneği ve Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği (TÜRBAD). Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT). Türkiye: Bağlamsal Davranış Bilimleri ve Psikoterapiler Derneği ve Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği (İnternette) 2021. Erişim 01.12.2022, <https://www.baglamsalbilimler.org/kabul-ve-kararlilik-terapisi-act/>
63. Broten, L.A. (2013). A brief Acceptance and Commitment Therapy protocol for depression in an inpatient setting: An effectiveness study. (Doctoral Thesis). USA: Western Michigan University.
64. Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research & Therapy*, 44, 1-25.
65. O'Donoghue, E.K., Morris, E.M.J., Oliver, J., Johns, L.C. (2018). Introduction to Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis. İçinde E.K. O'Donoghue, E.M.J. Morris, J. Oliver, L.C. Johns, (Ed.), *ACT for psychosis recovery: A practical manual for group-based interventions using Acceptance and Commitment Therapy* (1st ed.), California: New Harbinger Publications.
66. Harris, R. (2017). Kabul ve kararlılık terapisi. ACT'i kolay öğrenmek: ilkeler ve ötesi için hızlı bir başlangıç. H T. Karatepe, K. F. Yavuz (Çev. Ed.). İstanbul: Litera yayıncılık.
67. A-tjak, J.G., Davis, M.L., Morina, N., Powers, M.B., Smits, J.A., Emmelkamp, P.M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 30-36.

68. Akber Ali, N., Khoja, A., Kazım, F. (2021). COVID-19 Pandemisi Sırasında Tele-Psikiyatri Hizmetlerinin Rolü Hakkında Sistematik Derleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 32, 275-282.
69. Spidel, A., Lecomte, T., Kealy, D., Daigneault, I. (2018). Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91, 248-261.
70. Shawyer, F., Farhall, J., Thomas, N., Hayes, S.C., Gallop, R., Copolov, D., Castle, D.J. (2017). Acceptance and commitment therapy for psychosis: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 210, 140-148.
71. Yıldız, E., Aylaz, R. (2020). How counseling based on acceptance and commitment therapy and supported with motivational interviewing affects levels of functional recovery in patients diagnosed with schizophrenia: A quasi-experimental study. *Clinical Nursing Research*, 30, 599-615.
72. Bach, P., Hayes, S.C., Gallop, R. (2012). Long-term effects of brief acceptance and commitment therapy for psychosis. *Behavior Modification* 36, 165–181.
73. Louise, S., Fitzpatrick, M., Strauss, C., Rossell, S.L., Thomas, N. (2018). Mindfulness and acceptance based interventions for psychosis: Our current understanding and a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 192, 57-63.
74. Kay, S.R., Fiszbein, A., Opler, L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
75. Leucht, S., Kane, J.M., Kissling, W., Hamann, J., Etschel, E., Engel, R.R. (2005). What does the PANSS mean? *Schizophrenia Research*, 79, 231-238.
76. Kostakoğlu, E., Batur, S., Tiryaki, A., Göğüş, A. (1999). Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 14, 23-32.
77. Yıldız, M., Kiras, F., İncedere, A., Esen, D., Gürçan, M.B., Abut, B., İpçi, K., Tural, Ü. (2019). Şizofreni hastaları için Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20, 29-38.
78. Bach, P., Hayes, S.C. (2002). The use of Acceptance and Commitment Therapy to prevent rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1129–1139.
79. Thomas, N., Shawyer, F., Castle, D.J., Copolov, D., Hayes, S.C., Farhall, J. (2014). A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy (ACT) for psychosis: study protocol. *BMC Psychiatry*, 14, 198.
80. Rovali, A.P., Baker, J.D., Ponton, M.K. (2014). Social Science research design and statistics: a practitioner's guide to research methods and IBM SPSS Analysis. Chesapeake, VA: Watertree Press LLC.
81. Green, Samuel, B., Salkind, Neil J. (2014). Using SPSS for Windows and Macintosh: Analyzing and Understanding Data, (7th Ed), New Jersey: Pearson.
82. Reeve, S., Sheaves, B., Freeman, D. (2019). Sleep disorders in early psychosis: Incidence, severity, and association with clinical symptoms *Schizophrenia Bulletin*, 45, 287-295.
83. Sönmez, N., Romm, K.L., Østefjells, T., Grande, M., Jensen L.H., Hummelen, B., Tesli, M., Melle, I., Rössberg, J.I. (2020). Cognitive behavior therapy in early psychosis with a focus on depression and low self-esteem: A randomized controlled trial. *Comprehensive Psychiatry*, 97, 152157.
84. Salomon, R., Progin, P., Griffo, A., Rognini, G., Do, K.Q., Conus, P., Marchesotti, S., Bernasconi, F., Hagmann, P., Serino, A., Blanke, O. (2020). Sensorimotor induction of auditory misattribution in early psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 46, 947–954.
85. Daros, A.R., Ruocco, A.C., Reilly, J.L., Harris, M.S., Sweeney, J.A. (2014). Facial emotion recognition in first-episode schizophrenia and bipolar disorder with psychosis. *Schizophrenia Research*, 153, 32–37.
86. Hill, S.K., Reilly, J.L., Harris M.S., Rosen, C., Marvin, R.W., DeLeon, O., Sweeney, J.A. (2009). A comparison of neuropsychological dysfunction in first-episode psychosis patients with unipolar depression, bipolar disorder, and schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 113, 167–175.
87. Batink, T., Bakker, J., Vaessen, T., Kasanova, Z., Collip, D., van Os, J., Wichers, M., Germeys, I., Peeters, P. (2016). Acceptance and Commitment Therapy in Daily Life Training: A Feasibility Study of an mHealth Intervention. *JMIR Mhealth Uhealth*, 4, e103.
88. Rodrigues, R., MacDougall, A.G., Zou, G., Lebenbaum, M., Kurdyak, P., Li, L., Shariff, S.Z., Anderson, K.K. (2019). Involuntary hospitalization among young people with early psychosis: A population-based study using health administrative data. *Schizophrenia Research*, 208, 276-284.

89. Çalışkan, M.B., Ata, E.E., Dikeç, G. (2021). Psikiyatri hemşireleri tarafından şizofreni tanılı hastalara uygulanan psikososyal rehabilitasyon programları: Sistematik derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13, 77-92.
90. Leclerc, E., Noto, C., Bressan, R., Brietzke, E. (2015). Determinants of adherence to treatment in first-episode psychosis: A comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37, 168-176.
91. Artaud, L., Abdel-Baki A., Nolin, M. Rousseau, C. (2020). Adherence to treatment in first episode psychosis: Acceptance, refusal, or ambivalent process? *Canadian Journal Of Community Mental Health*, 39, 17-31.
92. Claxton, M., Onwumere, J., Fornells-Ambrojo, M. (2017) Do family interventions improve outcomes in early psychosis? A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 8, 371.
93. Cramer, H., Lauche, R., Haller, H., Langhorst, J., Dobos, G. (2016). Mindfulness- and acceptance-based interventions for psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Global Advances in Health and Medicine*, 5, 30–43.
94. Ghouchani S, Molavi N, Massah O, Sadeghi M, Mousavi SH, Noroozi M, Sabri, A., Farhoudian, A. (2018) Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on aggression of patients with psychosis due to methamphetamine use: A pilot study. *Journal of Substance Use*, 23, 402-407.
95. Baruch, D.E., Kanter, J.W., Busch, A.M., Juskiewicz, K.L. (2009). Enhancing the therapy relationship in Acceptance and Commitment Therapy for psychotic symptoms. *Clinical Case Studies*, 8, 241–257.
96. Bloy, S., Oliver, J.E., Morris, E.M.J. (2011). Using Acceptance and Commitment Therapy with people with psychosis: A case study. *Clinical Case Studies*, 10, 347–359.
97. Oliver, J.E., McLachlan, K., Jose, P.E., Peters, E. (2012). Predicting changes in delusional ideation: The role of mindfulness and negative schemas. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85, 243–259.
98. Perry, Y., Henry, J.D., Grisham, J.R. (2011). The habitual use of emotion regulation strategies in schizo-phrenia. *British Journal of Clinical Psychology*, 50, 217-222.
99. Shawyer, F., Farhall, J., Mackinnon, A., Trauer, T., Sims, E., Ratcliff, K., Lerner, C., Thomas, N., Castle, D., Mullen, P., Copolov, D. (2012). A randomised controlled trial of acceptance-based cognitive behavioural therapy for command hallucinations in psychotic disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 110-121.
100. El Ashry, A.M.N., Abd El Dayem, S.M., Ramadan, F.H. (2021). Effect of applying “Acceptance And Commitment Therapy” on auditory hallucinations among patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35, 141–152.
101. Thomas, N., Morris, E.M.J., Shawyer, F., Farhall, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy for Voices. İçinde E.M.J. Morris, L.C. Johns, J.E. Oliver, (Ed). *Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness for Psychosis*. John Wiley & Sons, Ltd., Publication:95-111.
102. García-Montes, J.M., Luciano Soriano, M.C. Hernández López, M., Zaldivar Basurto, F. (2004). Aplicación de la terapia de aceptación y Compromiso (ACT)a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema*, 16, 117-124.
103. Veiga-Martínez, C., Pérez-Álvarez, M., García-Montes, J.M. (2008). Acceptance and Commitment Therapy applied to treatment of auditory hallucinations. *Clinical Case Studies*, 7, 118-135.
104. Bloy, S., Morris, E.M.J., Johns, L.C., Cooke, A., Oliver, J.E. (2021). “My voices are just part of me, they don’t own me”: a qualitative investigation of Acceptance and Commitment Therapy groups for people experiencing psychosis. *Psychosis, Psychological, Social and Integrative Approaches*, 13, 1-14.
105. García-Montes, J.M., Pérez-Álvarez, M., Garcelán, S.P. (2013). Acceptance and Commitment Therapy for Delusions. İçinde E.M.J. Morris, L.C. Johns, J.E. Oliver, (Ed). *Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness for Psychosis*. John Wiley & Sons, Ltd., Publication:112-128
106. White, R., Gumley, A., McTaggart, J., Rattrie, L., McConville, D., Cleare, S., Mitchell, G. (2011). A feasibility study of Acceptance and Commitment Therapy for emotional dysfunction following psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 901–907.
107. Germer, C.K., Neff, K. (2020). Özşefkatli farkındalık uygulama rehberi: Duygusal iyileşmeye giden yol. F. Tarımtay Altun, (Çev. Ed.). İstanbul: Diyojen yayıncılık:187-197.
108. Tonarelli, S.B., Pasillas, R., Alvarado, L., Dwivedi A., Cancellare, A. (2016). Acceptance and Commitment Therapy compared to treatment as usual in psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatry*, 19, 1000366.
109. Khoury, B., Lecomte, T., Gaudiano, B.A., Paquin, K. (2013). Mindfulness interventions for psychosis: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 150, 176-184.
110. Williams, M., Penman, D. (2020). Mindfulness. BS. Haktanır, (Çev.Ed.). İstanbul: Diyojen yayıncılık:13-15.

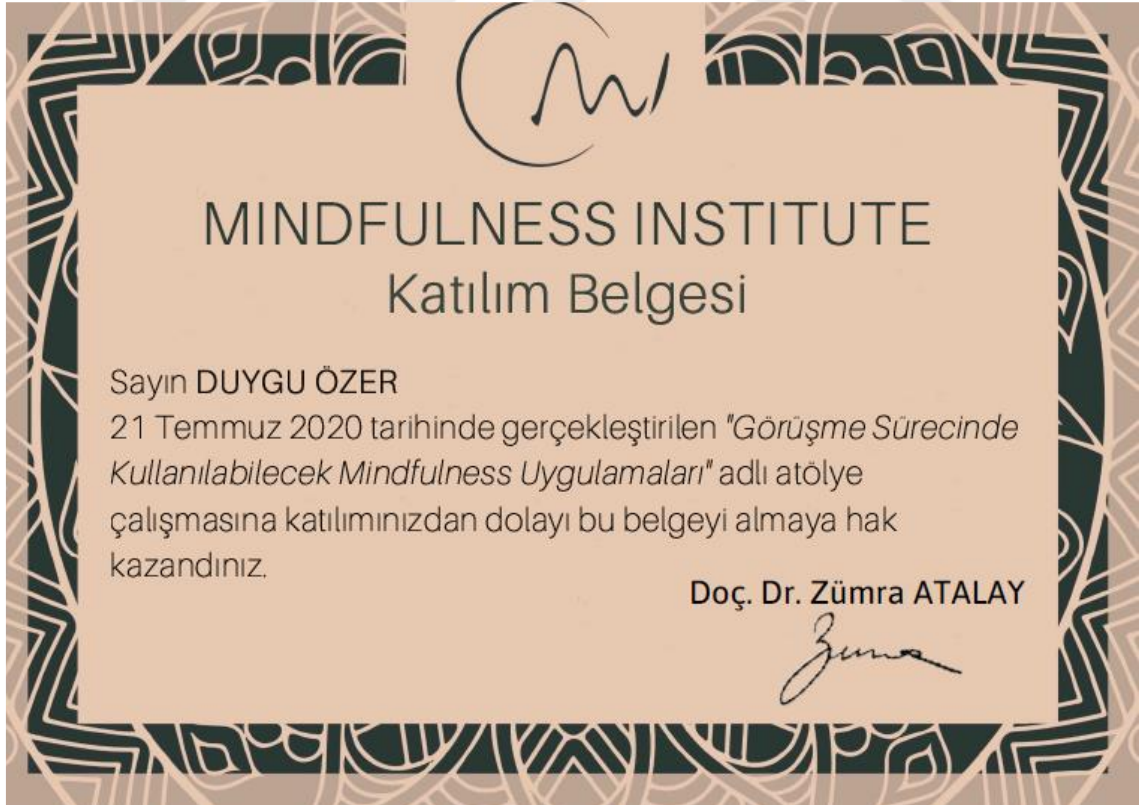
111. White, R.G., Gumley, A.I., McTaggart, J., Rattrie, L., McConville, D., Cleare, S., McLeod, H.J., Mitchell, G. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for depression following psychosis: An examination of clinically significant change. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4, 203-209.
112. Gaudiano, B.A., Busch, A.M., Wenzel, S.J., Nowlan, K., Epstein-Lubow, G., Miller, I.W. (2015). Acceptance-based Behavior Therapy for depression with psychosis: results from a pilot feasibility randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Practice*, 21, 320-333.
113. Gumley, A., White, R., Briggs, A., Ford, I., Barry, S., Stewart, C., Beedie, S., McTaggart, J., Clarke, C., MacLeod, R., Lidstone, E., Riveros, B.S., Young, R., McLeod, H. (2017). A parallel group randomised open blinded evaluation of acceptance and commitment therapy for depression after psychosis: Pilot trial outcomes (ADAPT). *Schizophrenia Research*, 183, 143-150.
114. Hill, K., Startup, M. (2013). The relationship between internalized stigma, negative symptoms and social functioning in schizophrenia: The mediating role of self-efficacy. *Psychiatry Research*, 206, 151-157.
115. Şahin Altun, Ö., Özer, D., Bulut, R., Şahin, F. (2022). Investigation of the relationship between the negative automatic thoughts of patients with schizophrenia and their levels of social functionality. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58, 1819-1825.
116. Öztürk, S., Sarıkaya, N.A., Öz, S. (2021). Comparison of disability and social functionality levels and subjective recovery perceptions of the patients received and did not receive service from community mental health center. *Journal of Psychiatric Nursing*, 12, 1-8.
117. Gaudiano, B.A., Nowlan, K., Brown, L.A., Epstein-Lubow, G., Miller, I.W. (2013). An open trial of a new acceptance-based behavioral treatment for major depression with psychotic features. *Behavior Modification*, 37, 324-355.
118. Johns, L.C., Oliver, J.E., Khondoker, M., Byrne, M., Jolley, S., Wykes, T., Joseph, C., Butler, L., Craig, T., Morris, E.M.J. (2016). The feasibility and acceptability of a brief Acceptance and Commitment Therapy (ACT) group intervention for people with psychosis: The 'ACT for life' study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 50, 257-263.
119. Çetin, N., Demiralp, M., Oflaz, F., Özşahin, A. (2013). Şizofreni hastalarının günlük yaşam aktivite düzeyi ile aile üyelerinin bakım yükü ve dışı vuran duygu durumu ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14, 19-26.
120. Taş, S., Buldukoğlu, K. (2018). Şizofreni hastalarının taburculuk sonrası erken dönemde öz-bakım gücü ve bakım gereksinimleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9, 11-22.
121. Solgun, C. (2019). Şizofreni hastalarında yetiyitimi içgörü ve öz bakım gücünün değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Sakarya: Sakarya Üniversitesi.
122. Moffitt, R., Mohr, P. (2015). The efficacy of a self-managed acceptance and commitment therapy intervention DVD for physical activity initiation. *British Journal of Health Psychology*, 20, 115-129.
123. Ivanova, E., Jensen, D., Cassoff, J., Gu, F., Knauper, B. (2015). Acceptance and commitment therapy improves exercise tolerance in sedentary women. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 47, 1251-1258.
124. Dikeç, G. (2020). Ruhsal bozukluklarda görülen tıbbi problemler. İçinde F. Oflaz, N. Yıldırım (Ed.). *Psikiyatri Hemşireliği Sertifika Konuları Kitabı*. Ankara Nobel Tıp Kitabevi:316-326.
125. Demirel Döngel, B., Tamam, L., Kır, G. (2017), Şizofrenide görülen tıbbi durumlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9, 363-378.
126. Demirel Döngel, B., Demirkol, M.E., Tamam, L. (2018). Şizofreni hastalarında fiziksel hastalık eş tanılarının değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal* 43, 892-902.
127. Işık, I., Savaş, G., Kılıç, N. (2019). Şizofreni hastalığına sahip bireylerin çalışma hayatı konusunda yaşadıkları güçlükler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10, 399-408.
128. Tyrberg, M.J., Carlbring, P., Lundgren, T. (2017). Brief acceptance and commitment therapy for psychotic inpatients: a randomized controlled feasibility trial in Sweden. *Nordic Psychology* 69, 110-125.
129. Bach, P., Gaudiano, B.A., Hayes, S.C., Herbert, J.D. (2013). Acceptance and commitment therapy for psychosis: intent to treat, hospitalization outcome and mediation by believability. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 5, 166-174.

EKLER

EK-1. Kabul ve Kararlılık Terapisi Eğitim Sertifikası



EK-2. Mindfulness Eğitim Sertifikaları



EK-3. Tez Çalışması Sırasında Uzman Görüşü Alınan Kişiler

1. Prof. Dr. Servet Ebrinç
2. Doç. Dr. Elvan Emine Ata
3. Doç. Dr. K. Fatih Yavuz
4. Doç. Dr. Erman Yıldız
5. Uzm. Dr. Ahmet Nalbant



EK-4. Kabul ve Karalılık Terapisi Programında Kullanılan Materyaller

Nefes Egzersizi

Vücudunuzun çevre ile olan ilişkisinin farkına varın. Sandalyeye oturduğunuzu, ayaklarınızın yere dokunduğunu, eklemlerinizin açılanmasını, vücudunuza temas eden kıyafetlerinizi hissedin. Hafifçe etrafınızı gözden geçirin ve çevrenizde duyduğunuz tüm seslere dikkatinizi verin. Ayaklarınız yere basar ve gövdeniz dik bir şekilde sandalyenizde rahat edeceğiniz bir pozisyonda oturun.

Dikkatinizi çevrenizdeki seslerden alıp burnunuzun ucuna verin ve havanın burun deliklerinden içeri ve dışarı hareket ettiğinin farkına varın. Aldığınız havanın ve verdiğiniz havanın arasındaki sıcaklık farkını hissedin. Nazikçe nefesinizi izleyin ve aynı zamanda göğsünüzün ve karnınızın yukarı ve aşağı hareketini takip edin. Rahatça nefes alın ve verin. Nefes alıp verirken kendinizi zorlamayın, nefes alıp verişinizin doğal olmasına izin verin.

Eğer düşünceler ile dikkatiniz dağılırsa bunu fark edin ve tekrar nefesinize odaklanın. Yüzlerce kez dikkatiniz dağılırsa da problem değil, kendinize kızmayın, bu durumu fark ettiğiniz için kendinizi tebrik edin ve tekrar dikkatinizi nefesinize verin. Şimdi birkaç dakika dikkatimizi tamamen nefesimize verelim.

Şimdi dikkatinizi nefesinizden alın ve çevrenizdeki seslere odaklanın. Sonra tekrar dikkatinizi vücudunuzdaki duyularınıza yöneltin. Hazır olduğunuz zaman bulunduğunuz odaya odaklanın ve izleyin. İsterseniz vücudunuzu esnetin ve günlük işlerinize devam edin.

Ziyaretçi Formu

Bu alıştırma çevreye, bedene, nefese, düşünce ve duygulara karşı kendinelik geliştirilmesine yardımcı olmaktadır. Alıştırma bir bütün olarak ya da parçalar halinde yapılabilir.

Çevre: Yürürken ya da bir yerde sessizce otururken burada bir misafirmişsiniz gibi etrafınızdakileri fark edin. Etrafınıza bakarken manzarayı, sesleri ve kokuları sanki daha önce hiç görmemiş, duymamış, koklamamış olduğunuzu farz edin. Kendinizi başka bir bölgeden, kültürden, ırktan ya da gezegenden gelmiş gibi hayal edin. Tamamen farklı bir açıdan, sanki ilk defa görüyor ya da duyuyor gibi. Sadece seyrederek, dinleyerek ve farkederek biraz zaman geçirin.

Beden: Bedenine yeni gelmiş bir kimse ya da ziyaretçi gibi, ilk defa bedeninizin içindeymiş gibi hayal edin. Bunun nasıl hissettirdiğini fark edin, hangi bedensel hisleri fark ediyorsunuz? Etrafta dolaşmak, kaslarınızın gerilmesi, oturmak veya kalkmak nasıl hissettiriyor? Ellerinizin birbiri etrafında hareketi, gerilmesi ve parmaklarınızın kıpırdanması, yumruklarınızın sıkılması nasıl hissettiriyor? Yürümeye başlarken mesela... Bacaklarınıza dair, üst bacaklarınız, ayaklarınız ve ayak parmaklarınız ne fark ediyorsunuz? Başınızı döndürün ve omzunuz ile boynunuzun ne hissettirdiğini fark edin. Başınızı eğin, gerin ve döndürün. Bunu yaparken bedeninizde neler hissediyorsunuz? Dikkatinizi bu hislere verin ve bunları hissetmek için biraz zaman ayırın, ilk yürüyüşünüzü yaptığınızı hayal edin ve bunu diğer günlük aktivitelerde de uygulayın.

Nefes: Bu yeni bedenin ziyaretçisi ya da yeni fark edeni olarak nefes alıp verirken hangi hisleri fark ettiniz? Karnınız, göğsünüz, boynunuz, ağız ve burnunuzdaki hislerinizi fark edin. Dikkatinizin düşünceler geldikçe, hatta üşüştüğçe, bunlar üzerinde nasıl gezindiğini ve dikkatinizin bu düşünceleri takip edebildiğini fark edin. Dikkatinizin dağıldığını fark edin ve nazikçe dikkatinizi yeniden nefesinize odaklayın. Zihin dağınık, düşünceler gelirler ve giderler, bu insan zihninin doğasında vardır. Bir ziyaretçi olarak bir adım geri çekilin, düşünceleri, duyguları, sesleri ve hisleri fark edin ve dikkatinizi tekrar nefesinize odaklayın.

Düşünce ve Duygular: Şimdi yeni bedeniniz ve zihninize gelen ve giden düşünce ve hayalleri, his ve duyguları fark edin. Bu beden ve zihne yabancı olduğunuz için, hiçbir düşünceye, hayale ve duyguya tepki vermek zorunda olmadığınız için, sadece onları hissedin ve karşılık vermeyin. Bir ziyaretçi olarak, fark edeceğiniz gibi bunlar sadece hayaller, duygular ve hisler. Sadece bu bedeni ve zihni bir ziyaretçi gibi fark edin. Kelimeler, hayaller, duygular ve hisler... Gelirler ve giderler, her şey yolunda. İşte insan zihninin yaptığı tam da bu...

5 Duyu Egzersizi

Beş aşamalı olan egzersiz, beş duyunun (dokunma, tat, görme, ses ve koku) bazı yönlerine odaklanmayı içerir. Bu egzersizde amaç, düşünceler yerine çevreye odaklanmak için beş duyuyu kullanarak zihni sakinleştirmektir.

Eğitimci;

1- Rahat bir oturuşa gelerek, ellerinizi dizlerinizin üzerine yerleştirin.

2- Gözler açık bir şekilde, dikkati akan nefesinize getirin. Sakince nefesin ritmini izleyin, izin verin özgürce aksın.

3- Şimdi sırayla farkındalığınızı beş duyunuza taşımaya hazırlanın (*hangi duyu yüzeye çıkıyorsa onunla başlamak tercih edilmelidir, genellikle duyma öne çıkabilir*). Etrafınızdaki sesleri fark edin, belki yağmuru, kahve makinasından gelen tıkırtıları belki de sadece kendi nefesinizin sesini duyacaksınız. Yargısızca hepsini kabul ederek bir dakikalığına ev sahipliği yapmayı deneyin. Zihinde düşünceler belirdiğinde, yeniden odağınızı seslere getirmeyi deneyerek nefesinizle kalın.

a. Şimdi **koku** alma duyunuza odaklanın, hangi kokuyu duyumsuyorsunuz? (*Hastalardan cevap alınır*) Bu sırada düşünceler aklınıza geliyor mu? Neler söylüyor aklınız? Bırakın gelsinler, siz kokuya odaklanın.

b. Şimdi **görme** duyunuza odaklanın, odanın içerisine bir bakın, neyi görüyorsunuz? (*Hastalardan cevap alınır*) Bu sırada düşünceler aklınıza geliyor mu? Neler söylüyor aklınız? Bırakın gelsinler, siz gördüklerinize odaklanın.

c. Şimdi **dokunma** duyusuna geçelim. Bir süredir dizlerinizin üzerinde duran ellerinizi hissedin. Oturmak, kemiklerinizin koltukta/sandalyede nasıl hissettirdiğine bir bakın. Bedeninizin ısisına dikkatinizi getirin. Nasıl hissediyorsunuz? Bedeninizde neler oluyor? (*Hastalardan cevap alınır*) Bu sırada düşünceler aklınıza geliyor mu? Neler söylüyor aklınız? Bırakın gelsinler, siz bedeninize odaklanın.

d. Şimdi dışardan veya yan odadan gelen **seslere** odaklanın. Neler duyuyorsunuz? (*Hastalardan cevap alınır*) Bu sırada düşünceler aklınıza geliyor mu? Neler söylüyor aklınız? Bırakın gelsinler, siz seslere odaklanın.

e. Şimdi damağınızdaki **tat** duyusuna odaklanın, en son yediğiniz yemeğin veya diğ macununuzun tadını fark edebilirsiniz. Dudakların ve dilin rahatlamasına izin vererek nasıl hissettiğinize odaklanın. Neler duyumsadınız? (*Hastalardan cevap alınır*) Bu sırada düşünceler aklınıza geliyor mu? Neler söylüyor aklınız? Bırakın gelsinler, siz tatlara odaklanın.

4- Görüntüler, sesler, kokular, tatlar, düşünceler hepsini fark ettiniz, bu çok güzel, önemli bir şey. Tüm bunları fark ederken düşünceler geldi ama siz bunlara yer açarak yeniden görüntülere, seslere, kokulara, tatlara odaklandınız. Bu da aslında

düşünceler gelse bile bizi çok etkilemediğini ve şu ana odaklanıp hayatımıza devam edebildiğimizi gösterdi. Bu çok önemli bir kazanımdı. Kendimize teşekkür edelim.

Gökyüzü ve Hava Durumu Metaforu



Eğitimci: Benliğiniz gökyüzü gibidir. Düşünce ve duygularınız hava durumu gibidir. Hava durumu sürekli olarak değişir, ama ne kadar kötü olursa olsun, gökyüzüne zarar veremez. En güçlü fırtına, en şiddetli kasırga, en sert kar fırtınası bunların hiçbirisi gökyüzüne zarar veremez. Hava durumu ne kadar kötü olursa olsun, gökyüzünde buna her zaman yer vardır, er ya da geç hava durumu her zaman değişir.

Bizler bazen gökyüzünün orada olduğunu unuturuz, ama o hala oradadır. Ve bazen gökyüzünü göremeyiz gökyüzü bulutlar ile örtülmüştür. Ancak bulutların en yoğun, karanlık, fırtına bulutlarının üzerine çıkacak kadar yükselirsek her yöne genişleyerek giden engin ve saf gökyüzüne ulaşacağız.

Bu şekilde, kendinizin bu tarafına gözlemleyen benliğinize erişmeyi öğrenebilirsiniz: Sizi zorlayan düşünce ve duyguları gözlemleyebildiğiniz ve onlara yer açabildiğiniz güvenli alana.

Satranç Tahtası Metaforu

Eğitimci: Bir satranç tahtası hayal edin. Bütün beyaz parçalar sizin olumlu düşünce ve duygularınız ve siyah parçalar da olumsuz olanlar. Hayat içerisinde ilerlerken, umutsuzca bu beyaz parçaları karşı tarafa doğru hareket ettirmeye ve siyah parçaları temizlemeye çalışırız. Ancak problem, sınırsız sayıda beyaz ve siyah parçaların olmasıdır. Ne kadar çok siyah parça temizlerseniz temizleyin, daha fazlası olacaktır. Ayrıca, beyaz parçalar, siyah parçaları çekerler. Beyaz parçayı ileri doğru

hareket ettirirsin, "Ben iyi bir ebeveynim" ve bu anında siyah parçayı çeker, "Hayır, değilsin. Geçen gece çocuğuna nasıl da bağıldın öyle!" Böylece, çok fazla zaman ve enerjimizi harcayarak, kazanılamayacak bir savaşı kazanmaya uğraşarak hayatımızı yaşayabiliriz.

Veya alternatif olarak daha ziyade nasıl satranç tahtası gibi olabileceğimizi öğrenebiliriz. Satranç tahtası, bütün parçalar ile yakın bir ilişki içerisinde, ancak bu mücadeleye katılmaz. Bizlerin aynı bu satranç tahtası gibi işleyen bir tarafımız vardır. ACT'te biz buna gözlemleyen ben deriz. Bu, düşünce ve duygularımız ile olan mücadeleden bir adım geriye çekilmemizi ve onlara hareket alanı vermemizi sağlar.

Akıntıdaki Yapraklar Egzersizi



1. Rahat bir pozisyona geçin ve gözlerinizi belli bir noktaya odaklayın.
2. Kendinizi usul usul akan bir derenin kenarında hayal edin akıntının üzerinden geçen yapraklar görüyorsunuz. Bu sizin hayaliniz istediğiniz gibi düzenleyebilirsiniz (10 saniye ayırın)
3. Şimdi, önünüzdeki birkaç dakika için, zihninizde beliren her düşüncüyü bir yaprağın üzerine bırakın ve akıntıdaki seyrini izleyin. Düşünceler ister olumlu keyif verici ister olumsuz, ızdırap verici olsun, hatta muhteşem düşünceler olsun ayırt etmeden yaprakların üzerine bırakın. (10 saniye verin)
4. Düşünceleriniz durursa sadece akıntıyı seyredin. Bir müddet sonra tekrar gelmeye başlayacaklardır. (20 saniye bekleyin)

5. Akıntının kendi düzeninde akmasını izleyin. Onu hızlandırmayın. Yaprakları akıntının üzerinden temizlemeyin, sadece akıntının doğal ritmine eşlik etmelerini gözlemleyin (20 saniye).

6. Eğer aklınızdan 'bu çok aptalca' veya 'bunu devam ettiremeyeceğim' gibi düşünceler geçerse, her birini kibarca yaprakların üzerine yerleştirin (20 saniye).

7. Eğer yapraklardan biri bir noktada takılırsa... bırakın orada kalsın, tekrar akıntıya sürüklemeyin.

8. Sıkılma ya da tahammülsüzlük gibi egzersizi yapmanızı zorlaştıracak bir duygu ortaya çıkarsa, yavaşça o duyguları da kabul edin. Kendinize 'sıkıldığımı hissediyorum' ve 'bu bir tahammülsüzlük hissi' diyerek onları da yaprağın üzerine koyup akıntının gidişatına bırakın.

9. Zaman ilerledikçe düşüncelerin sizi zorlamasıyla egzersizi devam ettirmek güçleşecektir. Bu durum doğal ve normaldir, karşınıza mutlaka çıkacaktır. Bu hali farkedince kibarca karşılayın, içinizde ona bir yer açın ve egzersize tekrar başlayın.

Dokuzuncu öneriden sonra egzersize birkaç dakika kadar devam edin veya periyodik olarak şu hatırlatmayı vurgulayın; 'düşünceleriniz her zaman tekrar ve tekrar sizi ağına düşürmeye devam edecek. Bu olağan bir durum. Sadece bunu fark edin ve egzersize yeniden başlayın. Sonrasında egzersizi bireyle birlikte bir gözden geçirin: Ne tip düşünceler sizi daha çok etkilemektedir? Düşüncelere sarılmak yerine onların gelip gitmesine izin vermenin nasıl bir etkisi olmaktadır? Özelde bırakmakta zorlandığınız düşünceleriniz oldu mu? (Bireyler genellikle olumlu düşünceleri ellerinde tutmak isteyebilirler, fakat bu egzersizin amacını bozmaktadır; amaç düşüncenin gelip gitmesini sağlamayı öğretmektir.) Hangi duygular uyandı? Duyguları kabul etmek sizce de faydalı oldu mu? (8. yönerge)

Birey akıntıyı hızlandırarak akıntıyı yapraklardan temizlemeye çalıştı mı? Eğer böyleyse bu kesinlikle bir kontrol tekniğidir ve birey hala düşüncelerden kurtulmaya çalışmaktadır. Amacımız kesinlikle bu değil, 'düşüncelerin akışının' doğal seyrini tesis etmektir. Bu amaçla 5. yönerge egzersize yerleştirilmiştir.

Basit bir uyarıyla egzersize son verebilirsiniz; 'Evet, egzersizi sonlandırabiliriz, sandalyenizi biraz daha dikleştirin, odaya bir göz atın gördüklerinizi ve duyduklarınızı netleştirin, hafifçe vücudunuzu esnetebilirsiniz tekrar hoş geldiniz.'

Masalıcı Dede Metaforu

Eğitimci: Zihnimiz dünyadaki en büyük masalcılardan biri gibidir. Asla susmaz. Her zaman anlatacak bir hikayesi vardır ve tahmin et en fazla istediği şey nedir?

Birey: Bilmiyorum anlamında kafasını sallar.

Eğitimci: Her usta masalcının istediği şeyi; dinlenilmeyi. Bütün dikkatimizi vererek dinlenilmeyi. Bu yüzden dikkatimizi çekecek ne varsa-ister acı verici, korkutucu veya nahoş olsun onlardan bahseder. Ve anlattığı bazı hikayeler de doğrudur. Bunlara 'gerçekler' deriz. Fakat anlattığı hikayelerin çoğuna 'gerçek' diyemeyiz. Onlar genellikle fikirler, inançlar, görüşler, tutumlar, varsayımlar, yargılamalar, öngörülerden oluşur. Dünyayı nasıl gördüğümüzle, ne istediğimizle, düşüncelerimizin doğru/yanlış veya mantıklı/mantıksız olup olmadığıyla ilgili hikayelerdir. Ve şimdi burada yapmaya çalıştığımız şey, bu hikayeleri bize yardımcı olup olmadıklarına göre düzenlemektir. Bu egzersizi yapmayı istiyorsan, gözlerini kapatmanı istiyorum -30 saniye boyunca hiçbir şey sormanı istemiyorum -sadece zihninin şu anda sana anlattığı hikayeyi dinlemeni istiyorum.

Halat Çekme Metaforu



Bireyin mevcut sorunu ve yakınmaları dikkate alınarak canavar (görsel/işitsel halüsinasyonları vb.) adlandırılarak başlanır. Kocaman bir gölge/anksiyete/depresyon/... canavarı ile mücadele halinde olduğunu hayal etmesi

istenir. ‘‘ Siz hayatın bir ucuna sahipsiniz, canavar da diğer ucuna sahip. Ve ikinizin arasında kocaman dipsiz uçurum/çukur var. Siz çekebildiğiniz kadar fazla geriye çekiyorsunuz. Fakat aynı zamanda canavar da sizi çekerek uçuruma daha fazla yaklaştırıyor.’’ ifadeleri ile durum anlatıldıktan sonra bu durumda yapılacak en iyi şeyin *ne olduğu sorulur. Bireyin vereceği muhtemel cevap; daha kuvvetli çekmek olacaktır. Bunun üzerine ‘‘yani bu doğal olarak gelişir fakat siz daha kuvvetli çektikçe canavarda daha kuvvetli çekecektir. Sıkıştınız ne yapmanız gerekir?’ sorusu yöneltir. Beklenen cevap bireyin halatı bırakmayı seçmesidir. Bireyin halatı bırakmayı seçmesi durumunda ‘‘Evet işte bu, siz halatı bıraktığınız zaman canavar halen orada olmaya devam edecektir. Ama siz onunla bir mücadeleye bağlanmış değilsiniz. Bu durumda artık sizin için daha yararlı bir şey yapabilirsiniz.’’ ifadeleri kullanılır.

Bataklıkta Mücadele Metaforu

Kötü adamın bataklığa düştüğü ve ne kadar mücadele ederse bataklığın da onu o kadar hızlı içine çektiği filmleri hatırlayın. Bataklığa saplandığın zaman büyük olasılıkla yapacağın en kötü şey mücadele etmektir. Hayatta kalmanın tek yolu sırt üstü yatmak, kollarını ve bacaklarını açmak ve yüzeyde durmaktır. Bu çok aykırı gelebilir, çünkü vücudunuzdaki her bir dürtü sizi mücadele etmeye sürüklüyor. Ama doğal ve içgüdüsel olarak geleni yaparsanız boğulursunuz. Ve sizden şunu fark etmenizi istiyorum. Arkanıza yaslanmak ve yüzeyde kalmak psikolojik bir tuzak gibi görünüyor, doğal gelmiyor. Fakat bu mücadele etmekten çok daha az fiziksel çaba ve enerji gerektiriyor.

Mücadele Düğmesi

Mücadele Düğmesi hem yaratıcı umutsuzluğu hem de kabulü kapsayan bir metafordur. Birey bu metaforla bir kere tanıştırıldı mı kabul müdahaleleri için çok güçlü interaktif bir araç haline gelir.

Eğitimci: Aklınızın bir köşesinde bir 'mücadele düğmesi' olduğunu hayal edin. Düğme açıldığında, önümüze çıkan herhangi bir fiziksel ya da duygusal acıyla mücadele edeceğimiz anlamına geliyor. Karşımıza nasıl bir zorluk çıkarsa çıksın ondan kurtulmak ya da kaçmak için elimizden gelenin en iyisini yapmaya çalışacağız.

Diyelim ki karşımıza çıkan duygu kaygı (Bireyin durumuna göre düzenlenmiş haliyle: öfke, üzüntü, acı veren hatıralar, alkol alma isteği vb.). Eğer mücadele düğmem

açıksa o zaman kesinlikle o duygudan kurtulmak zorundayım! "Olamaz! Yine o korkunç duygu burada. Neden geri gelip duruyor ki? Ondan nasıl kurtulurum?" Artık kaygım için de kaygı duyuyorum. Diğer bir deyişle, kaygım daha da kötüleşti. "Olamaz! Gittikçe kötüleşiyor!

Neden böyle yapıyor?" Artık daha da fazla kaygılıyım. Daha sonrada kaygım için öfkelenmeye başlarım: "Bu hiç adil değil! Neden durmadan devam ediyor?" Ya da kaygım yüzünden bunalıma girerim: "Yine mi? Neden hep böyle hissediyorum?" ve tüm bu ikincil duygular (öfke, bunalım vs.) işe yaramaz, nahoş, faydasız ve enerjimi ve canlılığımı benden alıp götüren duygulardır. Daha sonra bilin bakalım ne olur? Bunun için de kaygılanır ya da bunalıma girerim! Bu kısır döngünün farkına varabiliyor musunuz?

Ama şimdi, diyelim ki mücadele düğmem kapalı. Bu durumda, ne kadar nahoş olduğuna bakmaksızın hangi duygu ortaya çıkarsa çıksın onunla mücadeleye girmem. Kaygı hissediyorum, ama bu defa onunla mücadele etmiyorum. Şöyle ki: "Pekala, işte burada boğazımda bir düğüm var. Burada göğsümde sıkışma var. İşte burada terli eller ve titreyen bacaklar. Burada aklım bana bir sürü korkutucu hikaye anlatıyor." Bundan hoşlanıyor veya bunu istiyor değilim. Hala hoş olmadığını düşünüyorum, fakat zamanımı ve enerjimi bununla mücadele ederek harcamayacağım. Onun yerine, kollarımı ve bacaklarımı kontrol altına alacağım ve enerjimi anlamlı ve hayatı zenginleştiren bir şeyler yapmaya vakfedeceğim.

Mücadele düğmesi kapalıyken kaygı seviyemiz duruma bağlı olarak yükselip alçalmakta özgürdür. Bazen yüksek, bazen alçak olabilir. Bazen de hiç kaygı olmayabilir. Daha da önemlisi, zamanımızı ve enerjimizi onunla mücadele etmeye harcamıyoruz. Ama düğmeyi açtığımızda, düğme adeta duygusal yükseltici halini alır. Öfkelendiğimiz için öfkeleniriz, kaygılandığımız için kaygılanırız, bunalıma girdiğimiz için bunalıma gireriz ya da suçluluk hissettiğimiz için suçluluk hissederiz (Bu noktada birey/o iletişim kurun. "Anlattıklarımnda yaşadıklarınıza benzer şeyler buluyor musunuz?). Mücadele olmadan, kim olduğumuza ve ne yaptığımıza bağlı olarak, olması gereken doğal seviyede fiziksel ve duygusal rahatsızlıklar yaşarız. ACT yaklaşımında buna 'temiz huzursuzluk' diyoruz.

Temiz huzursuzluktan kaçmanın bir yolu yoktur. Hayat bir şekilde onu hepimizin karşısına çıkarır. Ancak, onunla mücadele etmeye başladığımız anda,

huzursuzluk seviyemiz hızla yükselir. Buna da 'kirli huzursuzluk' adını veriyoruz. Temiz huzursuzluk konusunda yapabileceğimiz bir şey yok ama kirli huzursuzluğu azaltabiliriz. Bilin bakalım nasıl? (Bireyin cevabını bekleyin.) Doğru: mücadele düğmesini nasıl kapatacağımızı öğreniriz. Şimdi yapmak istediğim şey, eğer siz de isterseniz, size bunu nasıl yapacağınızı göstermek.

Gemideki Canavarlar Metaforu



Eğitimci: Denizde bir gemiyi yönlendirdiğinizi hayal edin. Ve güvertenin hemen altında yaşayan büyük, korkunç, çirkin canavarlar var. Sizinle bir anlaşma yaptılar. Siz denizde amaçsızca dolanıp durduğunuz sürece onlar güvertenin altında kalacak böylece siz de onlara bakmak zorunda kalmayacaksınız. Bu, bir süreliğine iyi bir şey aslında. Fakat daha sonra, kıyıya doğru ilerleyen diğer gemileri görüyorsunuz ve oranın gerçekte gitmek istediğiniz yer olduğunu biliyorsunuz. Haritalarınız ve planlarınız var, görmek istediğiniz yerler var. Cesaretinizi toplayıp dümeni döndürüyor ve kıyıya doğru dönüyorsunuz. Fakat gemi yön değiştirdiği anda tüm canavarlar güvertenin altından çıkıp sizi korkutmak için geliyorlar. Sizi parçalara ayırmakla tehdit ediyorlar ve oldukça ürkütücü görünüyorlar. Kocamanlar. Jilet gibi keskin dişleri var. İri boynuzları var. Devasa pençeleri var. Ve size bağıyorlar "Seni lime lime edeceğiz. Seni parçalara ayıracağız." Siz doğal olarak çok korkuyorsunuz. "Pardon canavarlar, özür dilerim" diyorsunuz ve geminin yönünü tekrar denize çeviriyorsunuz. Gemi

denizin en ortasında tekrar amaçsızca sürüklenmeye başladığı anda canavarlar yok oluyor. Siz de rahatladığınız için derin bir nefes alıyorsunuz. Hiçbir yönü olmadan sürüklenmek bir süreliğine sorun yaratmıyor, fakat yeniden kıyıya doğru giden tüm o gemileri görüyorsunuz, haritalarınıza ve planlarınıza bakıyorsunuz, gerçekte nereye gitmek istediğinizi biliyorsunuz ve cesaretinizi toplayıp dümeni döndürüyorsunuz. Geminin yönü değiştiği anda canavarlar geri geliyor. Kocaman dişler, dev pençeler "Seni öldüreceğiz!" diyorlar. Şimdi, asıl mesele şu: bu canavarlar sizi öldürmekle tehdit etmelerine rağmen gerçekte size hiç zarar vermediler. Çünkü zarar veremezler. Sizi öldürebilme kabiliyetleri yok. Tek yapabildikleri, tehdit etmek. Ve siz onların yapacaklarını söyledikleri şeyleri yapacaklarına inandığınız sürece geminin kontrolü onların elinde olacaktır. Şimdi, bu bilgiyle kuşanmış bir halde, eğer kıyıya doğru gitmeyi gerçekten istiyorsanız ne yapmanız gerekiyor? (bireyden bir cevap alın.) Doğru, ellerinizi dümenden ayırmamanız ve kıyıya doğru ilerlemeniz gerekiyor. Canavarlar bir araya toplanıp sizi korkutmaya çalışacaklardır, fakat bu yapabildikleri tek şey. Siz onların toplanıp bir araya gelmelerine izin verdiğiniz sürece gün ışığı altında onları daha net görebilecek ve gerçekte, gördükleri kadar büyük ve korkunç olmadıklarını fark edeceksiniz. Onlar size kendilerini gerçekte olduklarından on kat daha büyük gösterebilmek için özel efektler kullanıyorlardı. Siz ellerinizi dümenden ayırmayıp rotanızı kıyıya çevirdiğiniz sürece tüm geminin bir bütün olarak orada olduğunu ve gökyüzünü, denizi, güneşi, rüzgarı, balıkları, kuşları ve diğer gemileri fark edeceksiniz. Önünüzde, sadece canavarlar değil, keşfetmeniz ve şükretmeniz gereken koca bir dünya olduğunu göreceksiniz. O kıyıdan ne kadar uzakta olursanız olun sizden şunun farkına varmanızı istiyorum: O dümeni döndürdüğünüz anda bir maceraya başlıyor, amaçsızca sürüklenmek yerine, bir anda gitmek istediğiniz yöne doğru harekete geçiyorsunuz.

Eğer birey canavarları gemiden atmayı önerirse:

Eğitimci: Ama sonsuz sayıda canavar var. Gemiden kaç tanesini atarsanız atın daha fazlası gelecektir. Ve siz onlardan kurtulmaya çalışırken gemiyi kim kullanıyor olacak? Kayalıklara çarpabilir ya da alabora olabilir.

Eğer birey gemiden denize atlamayı önerirse:

Eğitimci: Ne yazık ki atlayamazsınız. Deniz katil köpek balıklarıyla dolu.

Artık bu metaforu, yaratıcı umutsuzluk (canavarları gemiden atmaya çalışma), kabul (canavarların etrafta toplanmasına izin vermek), ayrışma (gün ışığında onları ve

özel efektlerini görmek), değer yönelimleri (kıyıya doğru yönelmek), değer odaklı eylem (ellerini dümeden ayırmamak), an ile temasa geçme (denizin, gökyüzünün, rüzgarın, güneşin vs. farkına varmak), ve hatta gözlemleyen benlik (ne gemi ne de canavar olduğunuz, bunlardan ayrı olduğunuz gerçeği) konularında yardımcı olması için kullanabilirsiniz.

Böylece, bir ayırma tekniği olarak, canavarları isimlendirebilirsiniz. Örneğin: "Ben yapamam" canavarı, "Tüm hayatımı harcadım ve artık çok geç" canavarı ya da "Oraya vardığın zaman hoşuna gitmeyecek" canavarı. Kabul için bireye şunu sorabilirsiniz:

"Eğer önemli olan kıyıya doğru yönelmekse canavarların toplanıp önünüze çıkmasına izin vermeye gönüllü müsünüz?" ya da "Şu anda gemiyi hangi canavar yönlendiriyor?" sorusunu yöneltebilirsiniz.

Sorunuza cevap verildiğinde ise "O halde neden bu canavaraların kendilerini/seslerini dikkate alıyoruz, sen o köşede kalacaksın diyip geçelim?" denilebilir.

EK-5. Kişisel Bilgi Formu

Sayın katılımcılar,

Bu araştırma psikotik bozukluk tanılı bireylere uygulanan Kabul ve Kararlılık Terapisi temelli müdahale programının psikotik semptomlara ve işlevsellik düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırmaya katılmak gönüllülük ilkesine bağlıdır. Bu araştırma, sizin almış olduğunuz tedavi ve bakımı olumsuz şekilde etkilemeyecektir. Alınan tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Aşağıdaki soruları ve seçenekleri okuduktan sonra, her soruda size en uygun seçeneği ya da seçenekleri işaretleyiniz. Katılımınız için teşekkür ederim.

Uzm. Hem. Duygu ÖZER

A. Sosyodemografik Veriler:

1. Yaşınız.....
2. Cinsiyetiniz ☐ Kadın ☐ Erkek
3. Medeni durumunuz ☐ Evli ☐ Bekar
4. Birlikte yaşadığınız kişiler
☐ Tek başıma ☐ Eşim/çocuklarımla birlikte
☐ Anne/Baba yanında ☐ Akraba yanında
☐ Bakıcı/Refakatçi yanında
☐ Diğer (açıklayınız):.....
5. Eğitim durumunuz
☐ Okur-yazar ☐ İlkokul/ortaokul mezunu
☐ Lise mezunu ☐ Üniversite mezunu
☐ Yüksek lisans/doktora
6. Çalışma durumunuz
☐ Çalışıyorum ☐ Çalışmıyorum
7. Gelir düzeyinizi nasıl ifade edersiniz?
☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü

B. Ruhsal Bozukluğa İlişkin Veriler:

8. Sigara /alkol/ madde kullanıyor musunuz?
Sigara ☐ Evet ise Sıklığı (.....) ☐ Hayır
Alkol ☐ Evet ise Sıklığı (.....) ☐ Hayır

9. Hastalık süreniz:
10. Psikiyatri kliniğine yatışınız oldu mu?
- () Evet ise kaç kez:.....
- () Hayır
11. Ruhsal bozukluğunuz nedeniyle aldığınız tedaviler nedir?
- () İlaç tedavisi.....
- () Terapiler.....
12. Doktorun verdiği ilaç tedavisine uyumunuzu nasıl tariflersiniz?
- () İyi: İlaçlarımı uygun saatlerde ve dozlarda alırım, tedavimi aksatmam.
- () Orta: İlaç saatlerimi unutabiliyorum, doz atladığım zamanlar olabiliyor.
- () Kötü: İlaçları sadece kendimi kötü hissettiğim zaman alırım.
13. Kullandığınız ilaçlarınızı kendi başınıza uygun saat ve dozda alabiliyor musunuz?
- () Evet, kendim ilaç saatlerimi takip edebiliyorum ve uygun dozda alabiliyorum.
- () Hayır, aile üyelerimin yardımıyla ilaçlarımı alıyorum.
14. Son 3 ayda hastaneye yatış sayınız.....kez
15. Katıldığınız bu programdan memnun kaldınız mı?
- () Evet () Hayır

EK-6. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

	Yok	Çok hafif	Hafif	Orta düzeyde	Orta derecede ağır	Ağır	Çok ağır
Pozitif Belirtiler							
Sanrılar	1	2	3	4	5	6	7
Düşünce dağınıklığı	1	2	3	4	5	6	7
Varsanılar	1	2	3	4	5	6	7
Taşkınlık	1	2	3	4	5	6	7
Büyüklik duyguları	1	2	3	4	5	6	7
Şüphencilik kötülük	1	2	3	4	5	6	7
Düşmanca tutum	1	2	3	4	5	6	7
Skor:							
Negatif Belirtiler							
Duygulanımda küntleşme	1	2	3	4	5	6	7
Duygusal içe çekilme	1	2	3	4	5	6	7
İlişki kurmada güçlük	1	2	3	4	5	6	7
Pasif biçimde kendini toplumdan çekme	1	2	3	4	5	6	7
Soyut düşünme güçlüğü	1	2	3	4	5	6	7
Konuşmanın kendiliğinden ve akıcı olmasının kaybı	1	2	3	4	5	6	7
Stereotipik düşünme	1	2	3	4	5	6	7
Skor:							
Genel Psikopatoloji							
Bedensel kaygı	1	2	3	4	5	6	7
Anksiyete	1	2	3	4	5	6	7
Suçluluk duyguları	1	2	3	4	5	6	7
Gerginlik	1	2	3	4	5	6	7
Manyerizm ve vücut duruşu	1	2	3	4	5	6	7
Depresyon	1	2	3	4	5	6	7
Motor yavaşlama	1	2	3	4	5	6	7

İş birliğı kuramama	1	2	3	4	5	6	7
Olağandışı düşünce içeriğı	1	2	3	4	5	6	7
Yönelim bozukluğu	1	2	3	4	5	6	7
Dikkat azalması	1	2	3	4	5	6	7
Yargılama ve içgörü eksikliği	1	2	3	4	5	6	7
İrade bozukluğu	1	2	3	4	5	6	7
Dürtü kontrolsüzlüğü	1	2	3	4	5	6	7
Zihinsel aşırı uğraşı	1	2	3	4	5	6	7
Aktif biçimde sosyal kaçınma	1	2	3	4	5	6	7
Skor:							

EK-7. Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ)

Bireylerin özbakım alışkanlıkları, aile/çevre ile ilişkileri, toplumsal davranış özellikleri ve çalışma durumunu değerlendiren bu ölçeği doldururken **SON BİRKAÇ AYDAKİ DURUMUNUZU** en iyi şekilde yansıtan seçenekleri işaretleyiniz.

1. El-yüz yıkama sıklığınız nedir?

- ☐ Haftada 1 ya da daha az ☐ Haftada 3 – 5 kez ☐ Her gün

2. Diş fırçalama sıklığınız nedir?

- ☐ Haftada 1 ya da daha az ☐ 2-3 günde bir ☐ Günde en az 1 kez

3. Banyo yapma sıklığınız nedir?

- ☐ Ayda 1-2 kez ya da daha az ☐ Haftada 1-2 kez ☐ Haftada 3 ya da daha fazla

4. Tırnak kesme sıklığınız nedir?

- ☐ Ayda 1-2 kez ya da daha az ☐ İki haftada bir ☐ Haftada 1 kez

5. İç çamaşırı değiştirme sıklığınız nedir?

- ☐ Haftada 1 ya da daha az ☐ 2-3 günde bir ☐ Hemen her gün

6. Çorap değiştirme sıklığınız nedir?

- ☐ Haftada 1 ya da daha az ☐ 2-3 günde bir ☐ Hemen her gün

7. (Kadınlar için) Cilt bakımı ve makyaj yapma, kaş ve bıyık alma sıklığınız nedir?

- ☐ Sadece özel günlerde ☐ 2- 3 ayda bir ☐ Haftada bir

(Erkekler için) Sakal tıraşı olma sıklığınız nedir?

- ☐ Haftada 1 ya da daha az ☐ Haftada 2-3 kez ☐ Her gün

8. Birlikte yaşadığınız kişilerle piknik, gezi, konser, maç, sinema, sergi vb. etkinliklere katılma sıklığınız nedir?

- ☐ Hiç ☐ 2-3 ayda bir ☐ Ayda 1 – 2 kez

9. Birlikte yaşadığınız kişilerle duygu ya da sorunlarınızı paylaşıyor mısınız?

- ☐ Hiç paylaşmam ☐ Sorulduğunda paylaşıyorum ☐ Genellikle paylaşıyorum

10. Kafe/ay bahçesi gibi yerlere gitme sıklığınız nedir?

☐ Hiç ☐ 2-3 ayda bir ☐ Ayda birden fazla

11. Akrabalar dışında kaç yakın arkadaşınız var?

☐ Hiç yok ☐ 1– 3 kişi ☐ 4 ve üzeri

12. Arkadaşlarla birlikte piknik, gezi, konser, ma, sinema, sergi vb. etkinlik yapma sıklığınız nedir?

☐ Hiç yapmam ☐ 2- 3 ayda bir ☐ Ayda en az 1 kez

13. Spor amaçlı etkinlik (halı saha maçı, tempolu yürüyüş, bisiklete binme, yüzme vb.) yapma sıklığınız nedir?

☐ 2-3 ayda bir ya da daha az ☐ Ayda 1- 2 kez ☐ Haftada en az 1 kez

14. Gazete, dergi okuma (internet ve TV haberleri dahil) sıklığınız nedir?

☐ Ayda 1- 2 kez ya da daha az ☐ Haftada 1-2 kez ☐ Hemen her gün

15. Tek başına (yardım almaksızın) evden dışarı çıkma sıklığınız nedir?

☐ Ayda 1- 2 kez ya da daha az ☐ Haftada 1-2 kez ☐ Hemen her gün

16. Toplu taşıma araçlarını ya da özel aracınızı (yardımsız) kullanma sıklığınız nedir?

☐ Ayda 1- 2 kez ya da daha az ☐ Haftada 1-2 kez ☐ Hemen her gün

17. İhtiyaca göre alışveriş (pazar, market, mağaza vb. yerlerde) yapma durumunuz nedir?

☐ Yapamam ☐ Yardımla yaparım ☐ Kendim yaparım

18. Gelirimize göre harcama ve ödeme (para yönetimi) yapma durumunuz nedir?

☐ Yapamam ☐ Yardımla yaparım ☐ Kendim yaparım

19. Çalışma durumunuz nedir?

☐ alışmıyorum ☐ Destekli alışıyorum ☐ Düzenli bir işte çalışıyorum

(Öğrenci ise derslere katılma)

☐ Katılmıyorum ☐ Arada katılıyorum ☐ Düzenli katılıyorum

(Ev hanımı ise ev işleriyle ilgili sorumlulukları)

☐ Yerine getiremiyorum ☐ Yardıma ihtiyaç duyuyorum ☐ Kendim yerine getiriyorum



EK-8. Etik Kurul İzni



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Tarihi : 16.09.2021

Toplantı Sayısı :

Karar Sayısı :

Konu : Araştırma Projesi Değerlendirme Raporu (21/88)

Sayın. Doç. Dr. Melike DİŞSİZ

Kurulumuza değerlendirilmek üzere sunduğunuz 21-88 kayıt numaralı “Psikozun Erken Döneminde Hastalara Uygulanan Kabul ve Kararlılık Terapisinin Psikotik Semptomlara ve İşlevsellik Düzeylerine Etkisi” başlıklı proje önerisi kurulumuzun 16.09.2021 tarihli toplantısında görüşülmüş olup, karar örneği ekte sunulmuştur.

Ek: Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu (21-88)

Aslı Gibidir

e-imzalıdır.

EK-9. Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

00149660939

Sayı : E-54230385-799
Konu : Duygu ÖZER'in Çalışması Hk.

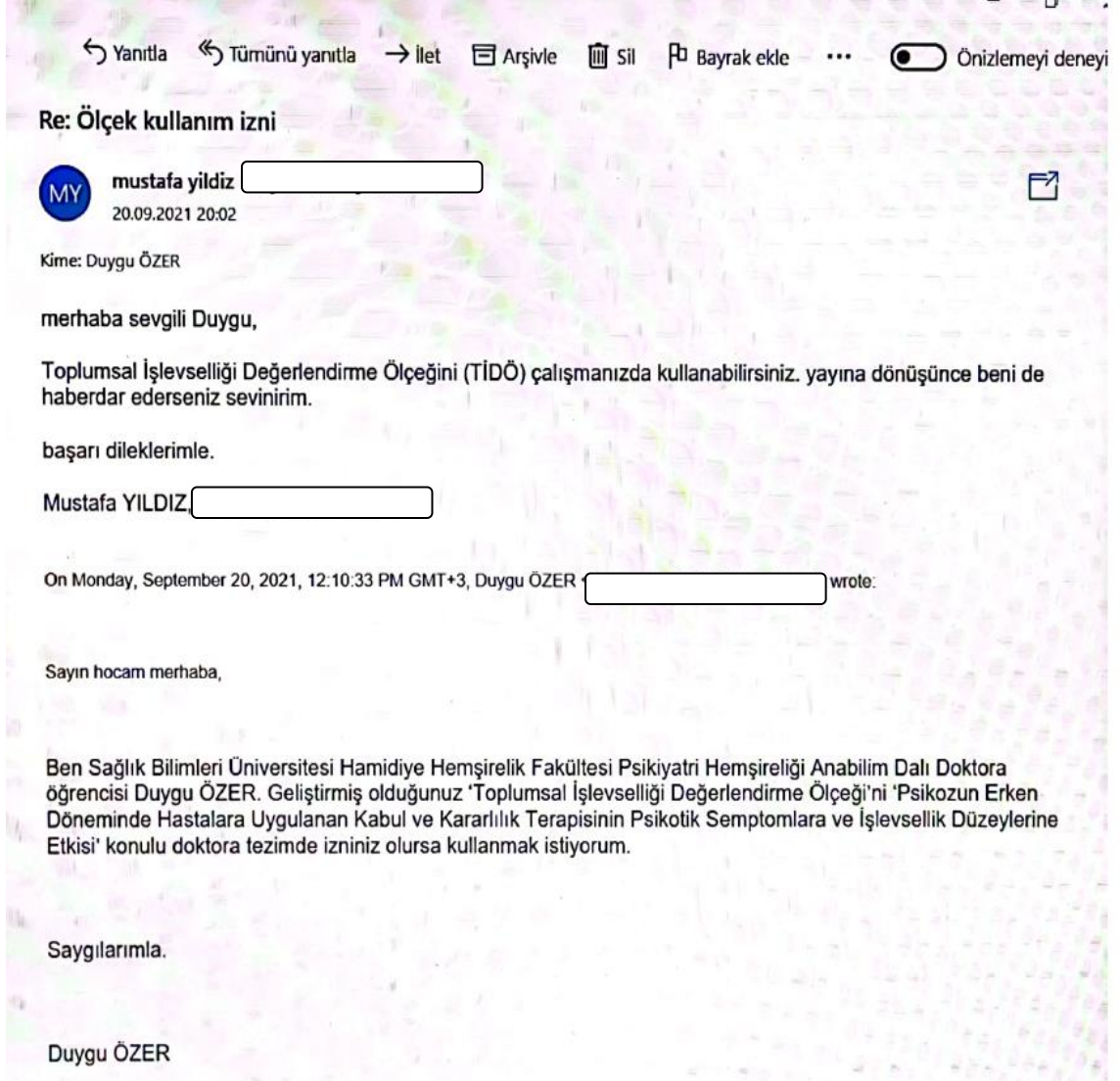
Sayın DUYGU ÖZER

İlgi : DUYGU ÖZER'in 07/10/2021 tarihli dilekçesi.

İlgide kayıtlı yazıya istinaden,sorumlu araştırmacı Doç.Dr.Melike DİŞSİZ' in yürüttüğü
"Psikozun Erken Döneminde Hastalara Uygulanan Kabul ve Kararlılık Terapisinin Psikotik
Semptomlara ve İşlevsellik Düzeylerine Etkisi " konulu uzmanlık tez çalışmanızı hastanemizde
yapmanız, Etik kurul ve İl Sağlık Müdürlüğü onayı alınmak üzere Başhekimliğimizce uygun
görölmüştür.

Gereğini rica ederim.

EK-10. Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni



EK-11. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Araştırma Projesinin Adı: Psikozun Erken Döneminde Hastalara Uygulanan Kabul ve Kararlılık Terapisinin Psikotik Semptomlara ve İşlevsellik Düzeylerine Etkisi

Sorumlu Araştırmacının Adı: Doç. Dr. Melike DİŞSİZ

Diğer Araştırmacıların Adı: Uzm. Hem. Duygu ÖZER

Destekleyici (varsa):

“Psikozun Erken Döneminde Hastalara Uygulanan Kabul ve Kararlılık Terapisinin Psikotik Semptomlara ve İşlevsellik Düzeylerine Etkisi” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni sizde şizofreni hastalığının görülmüş olmasıdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı’nda, Doç. Dr. Melike Dişsiz sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Bu araştırmanın amacı, psikozun erken döneminde hastalara uygulanan Kabul ve Kararlılık Terapisinin psikotik semptomlara ve işlevsellik düzeylerine etkisini incelemektir. Araştırma tek merkezli olarak,

Psikiyatri Ana Bilim Dalı’nda yapılacaktır. Bu çalışmaya minimum örneklem sayısı toplam 40 şizofreni tanıılı birey (müdahale 20, kontrol 20) alınacaktır.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar

verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

Araştırmacılar tarafından hazırlanan “Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Müdahale Programı” psikozun erken döneminde hastalara online olarak uygulanacaktır. Bu program; hastaların psikotik semptomlarına ilişkin yaşadıkları sorunları saptamaları, psikotik semptomlarına ilişkin duygularını anlamaları ve bu yönde psikotik semptomları ile daha uyumlu nasıl yaşayabilirler bu deneyimleri kazandırmak amacı doğrultusunda yapılandırılmıştır. Katılımcılara program tanıtımı yapıldıktan ve onamları alındıktan sonra araştırmanın değişkenlerini içeren ön testler uygulanacaktır. Oturumlar online olarak, haftada 2 oturum olmak üzere toplam 8 oturum grup görüşmeleri şeklinde yapılması planlanmıştır. Dört haftalık süreç içinde kontrol grubundaki hastalara araştırmacı tarafından herhangi bir müdahalede bulunulmayacaktır. Bu süreç içerisinde hem müdahale hem de kontrol grubunda olan hastalar, ilaç tedavileri, doktor kontrolleri gibi rutin tedavi planlarına devam edecektir. Sekizinci oturumun sonunda ise ölçüm araçları her iki gruba tekrar uygulanacaktır. Programdan 3 ay sonra hastalar ile tekrar görüşülüp, ölçüm araçları tekrar uygulanarak, izlemleri yapılacaktır.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları bulunmamaktadır.

Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?

- Kabul ve Kararlılık Terapisi uygulanan hastaların psikotik semptomlarında azalma olacaktır.
- Kabul ve Kararlılık Terapisi uygulanan hastaların işlevsellik düzeylerinde artma olacaktır.

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

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

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde,

sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Duygu ÖZER

GÖREVİ : Uzm. Hem.

TELEFON :

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı'nda, Doç. Dr. Melike Dişsiz tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim)*. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Uzm. Hem. Duygu ÖZER (Tel: , Adres:)'i arayabileceğimi biliyorum.

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

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

