



**ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERDE BİLİŞSEL
DAVRANIŞÇI TERAPİ TEMELLİ PSİKOEĞİTİMİN
TEDAVİYE UYUM VE AGRESYONA ETKİSİ**

Sevinç YAŞAR CAN

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Psikiyatri Hemşireliği Programı**

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

Doktora Tezi-2023

T.C
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERDE BİLİŞSEL DAVRANIŞCI TERAPİ
TEMELLİ PSİKOEĞİTİMİN TEDAVİYE UYUM VE AGRESYONA ETKİSİ

Sevinç YAŞAR CAN

Hemşirelik Anabilim Dalı
Psikiyatri Hemşireliği Programı
Doktora Tezi

Tez Danışmanı
Doç.Dr. Funda KAVAK BUDAK

MALATYA
2023

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

ETİK BEYANI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak “Doç.Dr. Funda KAVAK BUDAK” danışmanlığında hazırlayıp sunduğum “Şizofreni Tanılı Bireylerde Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Psikoeğitimin Tedaviye Uyum ve Agresyona Etkisi” başlıklı Doktora tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım esere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. .../.../2023

Öğrencinin; Sevinç YAŞAR CAN

İmza

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLOLAR DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Şizofreni Tanımı	4
2.2. Epidemiyoloji.....	4
2.3. Etiyoloji.....	5
2.3.1. Kalıtsal Nedenler	6
2.3.2. Beyindeki Yapısal Değişiklikler	6
2.3.3. Beyindeki Kimyasal Maddelerdeki Değişiklikler.....	7
2.3.4. Psikososyal Etmenler	8
2.4. Klinik Belirti ve Bulgular	9
2.4.1. Genel Görünüm ve Davranış	10
2.4.2. Konuşma ve İlişki Kurma	10
2.4.3. Duygulanım	10
2.4.4. Bilişsel Yetiler	11
2.5. Tedavi	11
2.6. Şizofrenide BDT	12
2.6.1. Şizofrenide Bilişsel Davranışçı Terapide Kullanılan Teknikler	13
2.7. Şizofreni ve Psikoeğitim.....	14
2.8. Şizofreni ve Tedaviye Uyum	15
2.9. Şizofreni ve Agresyon	18
2.10. Şizofreni Hastalarının Tedavi Uyumunu Sağlama ve Agresyonu Yönetmede Psikiyatri Hemşiresinin Rolü	20
3. MATERYAL VE METOT	23
3.1. Araştırmanın Türü.....	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	23
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	23

3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	24
3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	25
3.4. Veri Toplama Araçları	25
3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu	25
3.4.2. Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (MTUÖ).....	25
3.4.3. Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ).....	25
3.5. Verilerin Toplanması	26
3.6. Hemşirelik Girişimi	26
3.7. BDT Temelli Psikoeğitim Oturumlarının İçeriği.....	27
3.8. Araştırmanın Değişkenleri	43
3.9. Verilerin İstatiksel Analizi.....	44
3.10. Araştırmanın Etik Boyutu.....	44
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	44
4. BULGULAR.....	46
5. TARTIŞMA.....	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57
KAYNAKLAR	59
EKLER.....	77
EK-1. Özgeçmiş.....	77
EK-2. Tanıtıcı Özellikler Formu.....	78
EK-3. Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (MTUÖ)	79
EK-4. Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ)	80
EK-5. BDT Sertifika	82
EK-6. Etik Kurul Onayı.....	83
EK-7. Kurum İzni	84
EK-8. Ölçek İzin	85
EK-9. Bilgilendirilmiş Onam Formu	86

TEŐEKKÜR

Doktora eğitimim sürecinde tezimin tüm aŐamalarında anlayaŐını ve desteğini esirgemeyen, geliŐimime katkı sağlayan kıymetli danıŐmanım Sayın Doç. Dr. Funda KAVAK BUDAK'a,

Tez çalıŐmama bilgi ve öngörülerini ile yardımcı ve destek olan Sayın Doç. Dr. Hacer ÜNVER KOCA ve Sayın Doç. Dr. Emine YILMAZ'a

ÇalıŐmama katılmayı kabul eden tüm katılımcılarım ile çalışma sürecinde yardımlarını esirgemeyen Mardin Artuklu TRSM ve Kızıltepe TRSM alıŐanlarına,

Her zorlukta yanımda olan desteklerini esirgemeyen sevgili aileme, hayatımın anlamları olan çocuklarım Yiğit Caner ve Renas Ayaz'a, tezimin bitmesinde değerli hocalarım kadar katkısı olan o olmazsa tezimi bitiremeyeceğim canım annem Ayhan YAŞAR'a,

Sonsuz teŐekkürlerimi sunarım.

Sevinç YAŞAR CAN

ÖZET

Şizofreni Tanılı Bireylerde Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Psikoeğitimin Tedaviye Uyum ve Agresyona Etkisi

Amaç: Bu araştırma şizofreni tanılı bireylerde bilişsel davranışçı terapi (BDT) temelli psikoeğitimin tedaviye uyum ve agresyona etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metod: Araştırma ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel model olarak 73 şizofreni hastasıyla (33 deney, 40 kontrol) Haziran 2022- Temmuz 2023 tarihleri arasında yürütüldü. Veriler Tanıtıcı Özellikler Formu, Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (MTUÖ) ve Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ) kullanılarak toplandı. Deney grubundaki şizofreni hastalarına 8 oturumluk BDT temelli psikoeğitim verildi. Kontrol grubuna herhangi bir girişimde bulunulmadı. Verilerin analizinde yüzdellik, ortalama, standart sapma, Ki-kare testi, bağımlı ve bağımsız gruplarda *t* testi kullanıldı.

Bulgular: Deney grubundaki şizofreni tanılı bireylerin BDT temelli psikoeğitim sonrası tedaviye uyum düzeyinin (3.57 ± 0.66) kontrol grubundaki şizofreni hastalarının tedaviye uyum düzeyine (2.17 ± 1.36) göre arttığı, agresyon düzeyinin (73.12 ± 15.28) ise kontrol grubu şizofreni hastalarının agresyon düzeyine (85.60 ± 11.72) göre azaldığı belirlendi. Araştırmada, BDT temelli verilen psikoeğitimin deney grubunda tedaviye uyum ve saldırganlık düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu ($p=0.001$) belirlendi.

Sonuç: Şizofreni tanılı bireylerde BDT temelli psikoeğitimin tedaviye uyumu artırma ve agresyonu azaltma üzerinde etkili olduğu belirlendi. Psikiyatri hemşirelerinin, şizofreni tanılı bireylerde tedaviye uyumu artırmak ve saldırganlığı azaltmak için hemşirelik uygulamalarında BDT temelli psikoeğitime yer vermeleri önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Agresyon, BDT, Psikiyatri hemşireliği, Psikoeğitim, Şizofreni, Tedaviye uyum

ABSTRACT

The Effect of Cognitive Behavioral Therapy Based Psychoeducation on Treatment Adherence and Aggression in Individuals Diagnosed with Schizophrenia

Aim: This study was conducted to determine the effect of cognitive behavioral therapy (CBT)-based psychoeducation on treatment adherence and aggression in individuals diagnosed with schizophrenia.

Material and Method: The research was conducted between June 2022 and July 2023 with 73 schizophrenic patients (33 experimental, 40 control) as a quasi-experimental model with pretest-posttest control group. Data were collected using the Descriptive Characteristics Form, Morisky Treatment Adherence Scale (MTS), and Buss-Perry Aggression Scale (BPSS). The schizophrenic patients in the experimental group were given 8 sessions of CBT-based psychoeducation, while the schizophrenic patients in the control group were not given any training. In the analysis of the data were used mean, standard deviation, Chi-square test and t test for dependent and independent groups.

Results: It was determined that the level of treatment compliance (3.57 ± 0.66) of individuals diagnosed with schizophrenia in the experimental group after CBT-based psychoeducation increased compared to the level of treatment adherence (2.17 ± 1.36) of schizophrenia patients in the control group, and the level of aggression (73.12 ± 15.28) decreased compared to the level of aggression (85.60 ± 11.72) of schizophrenia patients in the control group. In the study, it was determined that psychoeducation based on CBT created a statistically significant difference ($p=0.001$) in treatment adherence and aggression levels in the experimental group.

Conclusion: It was determined that CBT applied to individuals diagnosed with schizophrenia was effective on increasing treatment adherence and reducing aggression. Psychiatric nurses include CBT-based psychoeducation in their nursing practices it is recommended that in order to increase treatment compliance and reduce aggression in individuals with schizophrenia.

Keywords: Aggression, CBT, Psychiatric nursing, Psychoeducation, Schizophrenia, Treatment adherence

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BPSÖ	: Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği
DSM-5	: The Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders
EKT	: Elektro Konvülsif Terapi
GABA	: Gama Aminobütirik Asit
MR	: Manyetik Rezonans
MTUÖ	: Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği
PET	: Pozitron Emisyon Tomografi
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 3.1. Araştırma Konsort Akış Şeması	24
Şekil 3.2. Rahatsızlığımın Nedenleri Formu	30
Şekil 3.3. Tedaviye Uyumsuzluk ve Sergilenen Davranış Formu.....	30
Şekil 3.4. Agresyonun Nedenleri, Gösterilen Davranış ve Başetme Yöntemi Formu ...	31
Şekil 3.5. BDT'nin ABC Modeli	32
Şekil 3.6. Duygu Düşünce Davranış Formu	33
Şekil 3.7. Otomatik Düşünceleri İnceleme Formu	35
Şekil 3.8. Olumsuz Otomatik Düşünce/Olumlu ve İşlevsel Düşünceler	36
Şekil 3.9. Alternatif Düşünce Kayıt Formu	37
Şekil 3.10. Otomatik Düşünceler/Düşünce Hataları Alıştırması	38
Şekil 3.11. Agresyonda Görülen Belirtiler	39
Şekil 3.12. Öfke anında zihinden geçenler,duygular, vücutta hissedilenler, davranışlar çizelgesi.....	40
Şekil 3.13. Öfke Gözlem Formu.....	41

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. Psikoeğitim Programı	27
Tablo 3.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması	43
Tablo 3.3. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	44
Tablo 4.1. Kontrol ve Deney Grubundaki Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	46
Tablo 4.2. Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin ön test tedaviye uyum ve saldırđanlık ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	47
Tablo 4.3. Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin son test tedaviye uyum ve saldırđanlık alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	48
Tablo 4.4. Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin ön test ve son test tedaviye uyum ve saldırđanlık alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	50

1. GİRİŞ

Şizofreni, genellikle genç yaşlarda ortaya çıkan ve düşünce, davranış, duyuşlarda önemli bozukluklara neden olan ruhsal bir bozukluktur. Bu bozuklukta, bireyin gerçekte olan ilişkisi önemli ölçüde azalır ve insan ilişkilerinden uzaklaşarak kendi içe-kapanım (otizm) dünyasında yoğun bir şekilde yaşar (1). Şizofreni hastalığının 21 milyonun üstünde insanın yaşamını etkilediği saptanmıştır. Dünya'da yılda 2 milyon kişide şizofreni vakası tespit edilmiştir (2). Asya ve Avrupa ülkelerinde şizofreni hastasına %08.5 oranında rastlanırken, Türkiye'de yaşam boyu görülme prevalansı %08.9 civarında seyretmektedir (3).

Şizofrenide birden fazla tedavi yöntemi mevcuttur. Tedavinin ilk basamağı ilaç tedavisidir (antipsikotikler) ve buna ek olarak ya da devamında uygulanan psikoterapiler ile elektrokonvülsif tedavi (EKT) şizofreni sağaltımında uygulanan yöntemler arasındadır (4). Psikotik belirtilerin hafifletilmesi için farmakolojik tedaviye uyum esastır. Ancak dünya genelinde şizofreni hastalarının tedaviye uyumsuzluk oranı %50 civarındadır (5).

Tedaviye uyum, reçete edilen ilaçların %80'inden fazlasını kullanma olarak tanımlanırken; ilaçların %75 ya da daha azının alınması zayıf uyum (kısmi uyum) olarak kabul edilir (6). Yapılan araştırmalar şizofreni tanılı bireylerin hastalık hakkında yetersiz bilgiye sahip olmaları, içgörü eksikliği, ilaç yan etkileri, damgalanma korkusu, unutkanlık gibi nedenlerden dolayı ilaç tedavisine uyumlarının bozuk olduğunu, ilaçlarını düzenli kullanmadığını, bir kısmının hiç ilaç kullanmadığını ya da ilaç tedavisini yarıda kestiğini göstermektedir (5,7-11). Şizofreni tanılı bireylerde tedaviye uyumu arttırmak için birçok farklı yöntem kullanılmaktadır ve bunlardan bir tanesinde bilişsel davranışçı terapidir (BDT).

BDT genellikle, ilaç alma konusundaki kararsızlığı çözmeyi amaçlayan ve ilaç almanın önemi ve bir ilaç rejimine uyma becerisine olan güven hakkındaki algıları ele alan teknikler ile birlikte kullanılır (12). BDT ile hastaların tedavi inançlarını ve ilaç alma konusundaki tereddütlerini belirlemesini, bilişsel yeteneklerinin yeniden yapılandırılma sı, otomatik düşüncelerini keşfetmeleri ve bunlara alternatif düşünce oluşturma becerisi kazandırmaları ile hastalara ilaçlarını yönetme konusunda pratik sağlayarak tedaviye uyumu iyileştirdiği düşünülür (6). Yapılan araştırmalar bilişsel ve

davranışçı teknikler kullanılarak verilen psikoeğitimin şizofreni tanılı bireylerde tedavi uyumu arttırdığını göstermiştir (13-16).

Şizofreni tanılı bireylerde ilaç uyumsuzluğunun yanı sıra agresyonda sık karşılaşılan bir durumdur. Agresyon şizofrenide yaygındır ve klinik olarak önemlidir. Son yıllarda yapılan bir meta-analiz çalışmasında, şizofreni tanılı bireylerin saldırganlık prevalansı %33.3 olarak belirlenmiştir. Şizofreni hastalarında saldırgan davranış oranları, genel popülasyona göre dört ila altı kat daha yüksektir. (17). Agresyon, düşmanlık, öfke, fiziksel ve sözlü saldırganlık gibi çeşitli alt boyutları içermektedir. Bu alt boyutlardan en yaygın olanı fiziksel saldırganlıktır ki agresyonun bu alt boyutunda kırma, tekmeleme, yumruklama, dövme gibi eylemler de sıkça gözlemlenebilir (18,19).

Şizofreni tanılı bireylerin agresif davranışları hem kendileri hemde hemde çevreleri için risk oluşturabilir. Bu nedenle tedavi sırasında agresyonla başa çıkmak önemlidir. Şizofreni tanılı hastalarda, şiddet davranışının yaklaşımında farmakolojik tedavi uygulanmaktadır ancak şiddetin nedeni değişiklik gösterdiğinden farmakolojik tedaviden her zaman sonuç alınmamaktadır (20). BDT gibi yaklaşımlar şizofreni hastalarının belirti ve semptomların farkına varmasını sağlayarak, olumsuz davranışlarını uyarlanabilir bilişsel başa çıkma davranışlarına dönüştürür ve şizofreni tanılı bireylerde saldırganlığa neden olan psikotik deneyimlerin üstesinden gelebilmelerinde fayda sağlamaktadır. Bu durum şizofreni hastalarının saldırgan davranışlarını azaltabilir, duygu ve davranışlarını sakin bir şekilde göstermesini sağlayabilir (21,22). Şiddet öyküsü bulunan psikiyatrik hastalara verilen bilişsel davranışçı terapi programının hastaneye yatış oranları ve şiddet davranışını azalttığı görülmüştür (23). Literatürde BDT, psikoeğitim ve bilişsel davranışsal teknikler kullanılarak yapılan girişimlerin agresyon üzerinde etkili olduğu görülmektedir (24,25).

Şizofrenide psikoterapiler ve psikososyal tedavilerin uygulanması tedaviye uyum ve şiddet davranışı yönetiminde gereklidir. Psikiyatri hemşireleri şizofreni tanılı hastaların sağlığını korumak ve geliştirmek için psikoterapi ve psikososyal tedavi programlarını planlama, uygulama, değerlendirme ve izleme alanlarında yer almalıdırlar. Psikiyatri hemşireleri hastaların tedavi uyumunu artırma ve agresyon yönetimi amacıyla genellikle; psikoeğitim, bilişsel davranışçı terapi, motivasyonel görüşme ve aile girişimleri gibi psikososyal girişimleri uygulamaktadırlar (26). Temel hemşirelik sorumluluklarından biri olan psikoeğitimsel programlar; hastaların durumları dikkate alınarak psikolojik bilgiler aktarılan, ruhsal bozuklukların neden olduğu sorun

ve sıkıntılarla baş etmelerini sağlayan ruhsal bozukluğu olan kişilere destek sağlayan yararlı bir yontemdir. Son kanıtlar, şizofreni hastaları için psikoeğitimin ilaca uyumu iyileştirdiğini gostermiştir (15,16,27). Bu bilgiler doğrultusunda araştırmanın sonuşlarının psikiyatri hemşireliği alanında tedaviye uyumu arttırma ve agresyonu kontrol etmede BDT ve psikoeğitimin etkisini gosterip guncel hemşirelik uygulamalarında daha fazla yer verilmesi gerekliliğine fayda sağlayacağı ongörülmektedir.

Araştırmanın amacı; şizofreni tanılı bireylerde BDT temelli psikoeğitimin tedaviye uyum ve agresyona etkisini belirlemektir.

Araştırmanın Hipotezleri:

H₁. şizofreni tanılı bireylerde, bilişsel davranışçı temelli verilen psikoeğitim tedaviye uyum düzeyini arttırır.

H₂. şizofreni tanılı bireylerde, bilişsel davranışçı temelli verilen psikoeğitim agresyon düzeyini azaltır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni Tanımı

Şizofreni, genellikle genç yaşlarda ortaya çıkan ve düşünce, davranış, duyuşlarda önemli bozukluklara neden olan ruhsal bir bozukluktur. Bu bozuklukta, bireyin gerçekte olan ilişkisi önemli ölçüde azalır ve insan ilişkilerinden uzaklaşarak kendi içe-kapanım (otizm) dünyasında yoğun bir şekilde yaşar (1). Şizofreni, çoğunlukla dağınık konuşma, halüsinasyon ve sanrıların eşlik ettiği, yıkıcı patolojik etkileri olan, toplumsal uyumun ve işlevselliğin önemli derecede bozulduğu, ilaç tedavisiyle uzun iyileşme periyotları sağlanmasına rağmen alevlenme ve yinelenmelerin görüldüğü süreğen bir hastalıktır (4,28,29).

2.2. Epidemiyoloji

Şizofreni, dünyada sıkça karşılaşılan ruhsal bozukluklardan biridir; ancak gerçek insidans ve prevalans değerlerine dair verilerde değişkenlik gözlenir (30). Amerika'da gerçekleştirilen bir alan çalışmasında, şizofreninin yaşam boyu yaygınlığının %1.5 ve yıllık yaygınlığının ise %1 olduğu tespit edilmiştir (31). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, Avrupa ve Asya 'da şizofreni sıklığı %0.85 olarak belirlenmiştir. Dünya genelinde ki yaygınlık oranı %0.21–0.7 arasındadır (2,32). Türkiye'de şizofreni hastalığının epidemiyolojisiyle ilgili yapılan çalışma sayısı oldukça kısıtlıdır. Yapılan bir sistematik gözden geçirmede şizofreninin yaşam boyu yaygınlığının %0.8.9 olduğu bulunmuştur (3). Şizofreni, erkeklerde kadınlara göre yaklaşık bir buçuk kat daha sık görülen bir hastalıktır. Genellikle ortaya çıktığı yaş aralığı kadınlarda 25-35, erkeklerde ise 15-25'dir (33). Hastalığın tanı konulma yaşı yaklaşık olarak kadın hastalarda ortalama 29, erkek hastalarda 25 yaş olarak belirlenmiştir (34). Kadınlarda şizofreninin; sosyal işlevsellik, hastaneye yatış sayısı gibi özellikler bakımından erkeklere göre daha iyi bir gidiş sergilediği gösterilmektedir (35).

Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarının genelde kış ve ilkbahar aylarının başında doğdukları belirtilmiştir. Bu mevsimlerde çevresel etmenlerin fetüs beyinde değişikliğe neden olabileceği ve erişkin dönemde bunun sonucu olarak şizofreninin ortaya çıkabileceği belirtilmiştir (36).

Şizofreni hastalığı her türlü toplum ve sosyoekonomik düzeyde görülebilmektedir. Ancak yapılan çalışmalara göre, hastalığın düşük sosyoekonomik düzeyi olan bireylerde beş kat daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (2,37). Kırsal bölgede yaşayanların kentte yaşayanlara göre şizofreniye yakalanma riski daha az olduğu bulunmuştur. Kentte yaşam koşullarına erken maruz kalma şizofreni için yüksek risk taşımaktadır (38). Madde bağımlılığı şizofreni olma riskini arttırdığı görülmektedir. Esrar kullananlarda şizofreni riski iki kat artmaktadır (39). Çocukluk döneminde maruz kalınan istismar ve ihmalinde şizofreni riskini arttırdığı görülmektedir (40). Küçük yaşlarda deneyimlenen ebeveyn veya bakıcıkayı, anne-baba ayrılığı ya da anne-babadan ayrı kalma gibi yaşanan kötü tecrübelerin şizofreni olma ile bağlantılı olduğu belirtilmiştir (41). Stresli geçirilen gebelik süreci, erken doğum, düşük ağırlıklı doğum, uzamış doğum eylemi, gebelik sürecinde alkol ve sigara kullanımı, küçük baş çevresi, anne ve bebeğinin kan uyuşmazlığı gibi sebepler bebeğin şizofreni olma riskini arttırabilmektedir (42). Şizofreninin genetik sebepleri uzun süredir tartışılmakta olup yapılan aile çalışmalarında, tek ebeveynde şizofreni tanısı varlığında %13, her iki ebeveynde de şizofreni tanısının bulunması durumunda ise %20'den fazla artmış risk bildirilmiştir (43,44).

2.3. Etyoloji

Şizofreninin nasıl meydana geldiği henüz tam olarak bilinmemesine rağmen uzmanlar tarafından kabul edilen görüşe göre; şizofreninin tek nedene bağlı meydana gelen homojen bir hastalık olmadığı; genetik, nörogelişimsel, biyokimyasal, çevresel ve psikososyal etkenlerin birleşimi sonucu ortaya çıkan bir hastalık olduğudur (45). Çevresel ya da genetik faktörlerin etkisi sonucu bozulan beyin gelişimi, ileri zamanlarda bireyin bir stresöre maruz kalması sonucu şizofreniyi ortaya çıkartmaktadır (46,47).

Şizofreni belirtileri bireyden bireye farklılık gösterir. Belirtilerde görülen bu farklılıkların yanı sıra, hastalığın başlangıç yaşı, klinik seyir, ilaç tedavisine yanıt ve nöroanatomik bulgular arasında da değişiklikler görülebilmektedir. Şizofreninin oluşma nedenlerinin çokluğu hastalığın tek tip bir hastalık olmayıp bir çok alt türünün olmasına neden olmuştur. (48). Genel olarak şizofreni hastalığının ortaya çıkmasında etkili olan temel faktörler dört ana başlık altında sınıflandırılabilir (4).

- Genetik faktörler,
- Beyin yapısındaki değişiklikler,

- Nörotransmitterlerdeki kimyasal değişiklikler,
- Psikososyal etkenler.

2.3.1. Kalımsal Nedenler

Şizofreni de kalıtımın rolünün araştırıldığı son dönem çalışmalarında hastalığın ortaya çıkmasında kalıtımın yaklaşık olarak %20 oranında etkili olduğu bildirilmiştir (49). Aile araştırmaları genetik faktörlerin hastalığın ortaya çıkış nedeni ile aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma sonuçları, şizofreni tanılı bireylerin yakınlarının hasta olma riskinin sağlıklı bireylerin yakınlarına göre daha fazla olduğunu göstermiştir. Paylaşılan ortak genlerin fazla olması yani genetik yatkınlık, bireyde şizofreni görülme riskini arttırmaktadır (45,50).

Literatüre göre aile fertlerinin birisinde şizofreni hastalığının var olması, diğer aile fertlerindedede ortaya çıkma riskini on kat arttırmaktadır (51). Örneğin, ebeveynlerinden biri (baba veya anne) şizofreni tanılı olan çocuklarda hastalığın görülme oranı %12-14 iken, ebeveynlerin ikisinin hasta olması durumunda bu oran %35-45'lere kadar çıkmaktadır. Kardeşlerden birinde şizofreni hastalığı var ise diğer kardeşlerde de hastalığın görülme oranı %8'dir (1,47,48).

Evlad edinme çalışmaları da genetik yatkınlığın şizofreni görülme riski üzerindeki etkisini desteklemektedir. Yapılan çalışmalarda genetik yatkınlığı olan evlat edinilmiş bireylerin sağlıklı ailelerde yetişmesine rağmen hastalığın görülme oranının diğer popülasyona göre daha yüksek olduğu sonucuna varmışlardır (1,52).

İkiz çalışmalarında, şizofreni için monozigot ikizlerde %41-65, dizigot ikizlerde %0-28 eş hastalanma oranı saptanmıştır (53). Fetal dönemde intrauterin enfeksiyonlara, asfiksiye, hipoksiye ve travmalara maruz kalmanın, şizofreni görülme riskini 1.3 ile 2 kat arasında artırabileceği bilinmektedir. Obstetrik komplikasyonu olan şizofreni tanılı bireylerde, hastalığın genellikle görülen yaş aralığından daha erken görüldüğü, negatif semptomların daha baskın olduğu ve hastalığın kronik bir seyir gösterdiği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (54).

2.3.2. Beyindeki Yapısal Değişiklikler

Yapısal beyin görüntüleme çalışmalarında şizofreni hastaları ile sağlıklı kontrol grupları karşılaştırıldığında hasta grubun beyin yapısında; yan ve üçüncü ventrikülde genişleme, hipokampus, amigdala, para hipokampal girus dahil orta temporal lob ve üst temporal girus oylumunda azalma, talamus dorsamedial çekirdek yoğunluğu, beyin

haciminde, nöron sayısında ve fronto temporal bölgede gri cevher azalması bulguları gözlemlenmiştir (1,55). Özellikle, beynin frontal lob ve hipokampus bölümünün normalden daha küçük olduğu saptanmıştır. Frontal lob, bireyin sorun çözme, plan yapma gibi yürütücü işlevlerinde etkindir, hipokampus ise geçmiş deneyimleri hatırlayarak mevcut duruma uygun bir davranış geliştirir. Ancak bu bölgelerin işlevlerindeki aksama sonucu hasta bireylerin gündelik hayatta karşılaştıkları basit ya da karmaşık meseleleri çözmekte zorlandıkları görülmüştür (1,4,56). İşitme halüsinasyonları olan hastalarda beyin üzerindeki aktivite artışının özellikle sol üst ve orta temporal bölgelerde olduğu gözlemlenmiştir. Arka üst temporal girus etkinlik azalmasında; düşüncede çağrışım kopukluğu, yeni sözcük uydurma gibi pozitif biçim bozukluğunun, frontal orta girüs ve sağ alt paryetal lob gibi farklı beyin bölgelerinde etkinlik artışı olduğunda ise düşüncede fakirleşme, bloklar gibi negatif düşünce bozukluğu olduğu saptanmıştır (1,55). Normal koşullarda beynin ön bölgelerindeki kan akımı arka bölgelere kıyasla daha yüksek olmalıdır. Yapılan ilk beyin akımı çalışmasında; şizofreni hastalarında kan akımının, beyin ön bölgesine azaldığı PET (pozitron emisyon tomografi) çalışmalarında belirlenmiş ve bu durumun negatif belirtiler ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (1,57).

2.3.3. Beyindeki Kimyasal Maddelerdeki Değişiklikler

Beyin biyokimyası ile ilgili yapılan araştırmalar sonucunda şizofreni ile sıklıkla ilişkilendirilen nörotransmitterler dopamin, noradrenalin, glutamat, serotonin ve GABA'dır. Dopamin teorisinde, esas olarak subkortikal ve mezolimbik yapılarda aşırı dopamin görülmesinin psikotik tablo ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Şizofrenide sanrı, varsanı, yanılsama gibi pozitif belirtiler dopaminin artması, duygusal küntlük, hareket bozuklukları gibi negatif belirtiler ve bilişsel kayıplar mezokortikal yapılarda dopamin yayılımındaki azalma ile ortaya çıkmaktadır (57,58). GABA'daki aktivite kaybı ya da hücre miktarındaki azalma, GABA'nın glutamaterjik ve dopaminerjik nöronlar üzerinde yarattığı inhibe edici ve düzenleyici etkisinin düşmesine yol açar. Bunun sonucunda dopamin artışı olmakta ve bu durum şizofreni belirtileri ile ilişkilendirilmektedir (59). Hastaların incelenen beyin sıvılarında noradrenalin düzeyinde artış gözlemlenmiş ve bu artış, hasta bireyin uyaranlara karşı duyarlılığının artmasına yol açmaktadır. (60). Şizofreni de serotonin fazlalığı negatif ve pozitif belirtilere neden olurken, nörepinefrin artışı psikotik belirtilerin alevlenmesi ile ilişkilendirilmektedir. Bunlara ek olarak,

glutamatın şizofreni hastalarında psikotik belirtileri arttırdığı ve etiolojisinde etkili olduğu düşünülmektedir (2).

2.3.4. Psikososyal Etmenler

Psikodinamik Görüşler

Psikanalitik görüşe göre, şizofrenide ego gelişimi ve temel güven duygusunun yetersiz kalması bireyi ruhsal travmalara daha zayıf hale getirir. İlerleyen zamanlarda böyle bir durum ile karşılaştığında ego regresyona uğrar ve birey kendine yönelir. Buna birincil narsisizm denir. Diğer bir yaklaşımda ise bireylerde, sonradan gelişen nesne libidosunun bir travma ile tekrardan benliğe geri çekilmesi, hastanın dış dünya ile ilişkisinin kesilmesi ve içe-kapanım (otizm) gelişmesinden bahseder. Buna da ikincil narsisizm denir (1,52).

Aile Varsayımları

Çift çıkmaz kuramına göre, uzun yıllar aile içinde bireylerin birbirine verdiği çelişkili mesajlar ile karşılaşan çocuk bu iletiler arasında hangisine göre davranacağını bilemez ve çıkmaza girer. Çocuğun birbiriyle uyuşmayan mesajlar alması sonucu kendisinde de anormal ve tutarsız davranış biçimi ile anlayış gelişmektedir (1).

Stres Yatkinlık Modeli

Yapılan çalışmalarda; şizofreninin meydana gelmesinde tek bir nedenin değil birden fazla faktörün birlikte etkili olduğu düşünülmektedir. Şizofreninin meydana geliş sürecini açıklamada genellikle “stres yatkinlık modeli” kullanılır. Bu modele göre; bireyde kişisel bir yatkinlık vardır ancak belirtiler ortaya henüz çıkmamıştır. Kişinin yaşamının bir döneminde stresli bir duruma maruz kalması sonucu şizofreni belirtileri ortaya çıkar. Stresin kaynağı biyolojik, psikososyal ya da çevresel olabilir (4). Şizofreni atağını yaşayan yoğun bir stres başlatabilir. Stresli yaşam olayları, semptomlarda kötüleşmeye ve relaps oranlarında artışa neden olabilir (45).

Şizofrenide, hasta bireylerdeki kortizol düzeyi sağlıklı bireylere göre gün boyunca daha yüksektir ve yükselen kortizol düzeyi dopamin düzeyini de etkiler. Aile bireylerinin sağlıksız yüksek duygu dışavurumunun, ailenin ve hastanın kendisinden beklenti düzeyinin yüksek olmasının stresi artırıp şizofreniye bir sebep olmaktan çok, olası nöksler açısından risk faktörü olabileceği düşünülmektedir (59). İlk altı ayda stresli yaşam olaylarının şizofreni geliştirme riskini iki kat arttırabildiği öne sürülmektedir. Bunun yanı sıra ilk atağın ortaya çıkması ve relapslara yol açtığı da belirtilmektedir (2).

Çevresel Etkenler

Yapılan çalışmalarda hastalığın ortaya çıkmasında genetik faktörlerin rolü %20 iken çevresel faktörlerin %80'dir (49). Çevresel faktörler, sosyoekonomik stresörler, madde kullanımı, obstetrik komplikasyonlar ve kış doğumlarının fazlalığı sayılabilir (61,62). Gebelikte görülen komplikasyonların (diyabet, preeklampsi, kanama, Rh uyuşmazlıkları), fetal gelişim bozukluklarının (baş çevresinin küçük olması, düşük doğum ağırlığı) ve doğumsal sıkıntılarının (asfiksi, rahim tonusunun kaybı, ani sezaryen girişi) şizofreni ile anlamlı ilişki olduğu görülmüştür (61,63). Ayrıca annenin birinci trimesterde yetersiz beslenmesi, ikinci ve üçüncü trimesterde yaşadığı stresin şizofreni için risk faktörü olduğu düşünülmektedir. Şizofrenide beyinde hipokampus sık etkilenen ve hipoksiye en duyarlı olan bölgedir. Doğum komplikasyonlarının varlığı bebekte hipoksi riskini artırır. Hipoksiye duyarlı olan hipokampusun etkilenmesine bağlı olarak bu durum şizofreni ile ilişkilendirilmiştir (61,63). Sosyoekonomik stresörler şizofrenide rol oynayan diğer faktörlerdir. Yapılan çalışmalar da psikotik belirtilerin görülme olasılığının sosyoekonomik düzeyi düşük olan kişilerde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (42). Göç eden ve şehirde yaşayan bireylerde stres yaratan faktörlerin çok olmasına bağlı olarak şizofreni görülme riski daha yüksek oranda bulunmuştur (61,63). Şizofreni hastalığının ilkbahar başında ve kış sonu doğanlarda daha sık olduğu görülmüştür. Bu durumun, enfeksiyonların mevsimlerin geçiş dönemlerinde sık görülmesi sonucu olarak geliştiği düşünülmektedir (61,63-65).

2.4. Klinik Belirti ve Bulgular

Şizofreni başlangıcı, bazen akut ve ani şekilde ortaya çıkabilirken, bazen de sinsi bir şekilde gelişebilir. Hastalığın başlamadan önce bazı prodromal belirtiler olmaktadır. Bu prodromal belirtiler; ilgi ve istek kaybı, sosyal izolasyon, içe dönüklük (otizm), uykusuzluk, özbakımda yetersizlik, dikkati toplamada zorlanma, anksiyetedir (66). Şizofreni klinik belirtilerine göre, pozitif ve negatif belirtiler olarak iki alt başlığa ayrılır. Pozitif belirtiler genel olarak gerçeği değerlendirme yetisinin bozulması ile seyrederken, negatif belirtiler ise olağan işlevlerde azalma olarak seyreder (67).

Pozitif semptomlar, sanrı, varsanı, davranış ve konuşma bozukluğu ile yapısal düşünce bozukluğunu içerirken; negatif semptomlar, anhedoni, sosyal izolasyon, duygusal küntlük gibi semptomları içermektedir (4,68,69). Şizofrenide sık olarak karşılaşılan sanrılar, alınganlık (referans), kötülük-zarar görme (perseküsyon), kıskançlık (jaluzik), büyüklük (grandiyözite), erotomanik, somatik, düşünce çalınması-

okunması ya da yayınlanması ile kontrol edilme sanrılarıdır. Yapılan bir araştırmada şizofreni hastalarında en sık karşılaşılan sanrıların %85.7 ile perseküsyon; %55.2 ile referans sanrıları olduğu bildirilmiştir (70). Erkeklerde büyüklük ve büyüsel (dinsel), kadınlarda ise kıskançlık sanrılarının daha çok karşılaşıldığı belirlenmiştir (71). Şizofrenide beş farklı şekilde varsanı görülmektedir. Bunlar; görsel, işitsel, dokunsal, tad ve koku varsanılarıdır. Hastalığa en sık görsel ve işitsel varsanılar eşlik etmektedir (48). Şizofrenide negatif semptomlar; kişilerarası ilişkilerde bozulma, duygusal küntlük, sosyal izolasyon, içe kapanma, enerji ve cinsel istek kaybı şeklinde görülebilmektedir (1,47).

2.4.1. Genel Görünüm ve Davranış

Şizofreni, heterojen görünümlü bir bozukluktur ve bundan dolayı genel bir görünüm tanımlanamaz. Uzun zaman tanı almış hastalarda bakımsızlık, dağınıklık ve temizliğe önem vermedikleri görülür. En önemli olan ve sık görülen belirtiler eylem azlığı, ağır ilgisizlik ve sosyal izolasyondur. Belirtiler aşırı taşkınlıktan, ağır ilgisizlik ve durgunluğa kadar farklı görünümde olabilir. Hastada, anlamı olmayan göz ve yüz hareketleri (manyerizm), tekrarlayan kalıplaşmış vücut hareketleri (stereotipi), belirli bir pozisyonda hiç hareket etmeden kalma (katatoni), çevresindeki hareketleri taklit etme (ekopraksi) görülür. Beklenmedik biçimde ajite ve saldırgan davranabilirler. Davranışsal olarak genellikle toplumsal kurallara uymayan hareketler sergilerler (1,72).

2.4.2. Konuşma ve İlişki Kurma

Konuşmada yavaşlama veya hızlanma, düzensiz ve dağınıklık, saçmalama, fakirleşme, tekrarlayan kalıplaşmış ifadeler (stereotipi), başkalarının söylediklerini yineleme (ekolali), hiç konuşmama (mutizm) ya da çok konuşma gibi farklı belirtiler olabilir. Sorulara uygunsuz ve yandan cevaplar verebilir. Ses tonu genellikle duygulanımı belli etmez ve tekdüzedir (1).

2.4.3. Duygulanım

Duygulanımda genellikle bir azalma ve küntlük görülür. Olaylara duygusal tepkisi azdır ya da yoktur. Birçok şizofreni hastasında başlangıç dönemlerinde artmış anksiyete görülür ve bazı hastalarda paniğe benzer durum ile karşılaşılmaktadır. Zaman ilerledikçe duygularda küntlük ve sığılık belirginleşir. Bunun yanı sıra bazı vakalarda

yersiz ve anlamsız gülmeler, ağlamalar, taşkınlıklar gibi duygulanımda uygunsuzluklar görülür (1).

2.4.4. Bilişsel Yetiler

Bilinç genellikle açık, bellek ve yönelim yerindedir. Zekâ düzeyinde genellikle bir gerileme görülmez (1). Şizofrenide önemli düzeyde algı bozuklukları görülür. Dikkatleri hızlı bir şekilde dağılır, çevredeki insanlara ve olaylara ilgi azalır ve bu sebeple algılamada azalma görülür. Bazen de algıda artma ve keskin algılama olur. Şizofreni hastalarındaki sanrı ve varsanılar önemli algı bozukluklarıdır. Şizofrenide sanrılar genellikle dağınık, tutarsız, düzensiz ve acayıptir. Sıklıkla bireylerin zihnindeki istekleri, eğilimleri, korkuları somut bir nitelik ve gerçeklik kazanabilir.

Düşüncede zaman zaman durmaların (blok) görülebileceği gibi düşüncelerin, yoğun bir şekilde zihne gelmesiyle ortaya çıkan düşünce sıkışması ve basıncı karşılaşılan bir durumdur. Ayrıca bir düşünceden ilgisi olmayan başka bir düşünceye kayma, düşünce dağılması ve parçalanması görülen diğer durumlardandır. Düşünce içeriğindeki semboller ile sözcükler arasındaki mantıksal ilişki kopar veya bozulur. Hasta düşüncelerin anlamından çok kelimelerin ahengine, akımına, kafiyesine (clang çağrışım) kendisini kaptırır ve kalıplaşmış stereotipik sözler, anlatımlar sık görülür. Bazen de yeni sözcükler uydurulur veya birkaç kelime birleştirilerek yeni kavramlar türetilir (neolojizm). Düşünce zaman, yer ve nedensellik kavramlarını tanımayabilir. Karşıt düşünce ve duygular birlikte görülebilir. Düşüncenin büyüsel, animistik nitelik kazandığı görülebilmektedir. Ancak düşünce zamanla soyutluktan çıkarak somutlaşır (1).

2.5. Tedavi

Günümüz de şizofreni tedavisinde tedavi seçenekleri artmaktadır. Hastalığın tedavisini, İlaç tedavisi (antipsikotikler, antidepresanlar, anksiyolitikler, duygu durum düzenleyicileri), EKT, BDT, bireysel, aile-grup psikoterapileri ve rehabilitasyon tedavileri gibi karmaşık bir süreç oluşturmaktadır (1,4).

Şizofreninin prognozu ile ilgili çalışmalarda, ilaç ve psikososyal tedavisinin birlikte uygulandığı gruplarda alınan sonuçların, tek bir yöntemin uygulandığı gruplara göre daha iyi olduğu bildirilmiştir (73). Şizofreni tedavisi tek yönlü değildir (74). İlaç kullanımı tedavide zorunludur ancak; EKT, psikoeğitim ve psikoterapide, hastanın durumuna göre ilaç tedavisi ile birlikte uygulanabilir. Sadece ilaç tedavisi uygulanan

şizofrenilerde, hastalığın nüksü ve hastaneye yatış ihtimali %40 iken, farmakolojik tedaviye ek olarak psikoeğitim ve psikoterapi uygulandığı zaman bu oran %20'ye inmektedir (1,75).

Tedavi süreci temel olarak akut dönem ve idame dönem olarak iki dönemden oluşmaktadır. Akut dönem tedavisi semptomların azalması veya ortadan kalkmasına kadar devam eder. İdame dönem ise akut dönemi izleyen tedavinin devam ettiği rehabilitasyon uygulamalarını içeren uzun süreli bir süreçtir (76). İlaç tedavisi hastalık belirtilerini azaltarak hastaneye yatışları ve atak ihtimalini azaltmakla beraber kişinin yitirdiği yetilerini en aza indirirken, psikososyal tedaviler (Psikoeğitim, psikoterapi, BDT) sosyal iyileşme üzerinde etkili olmaktadır (77,78). Birçok şizofreni hastası ilaç ve psikososyal tedavilerin birleştirildiği tedavi yaklaşımından daha fazla yarar sağlamaktadır (4,45).

2.6. Şizofrenide BDT

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), şizofreni hastalarının işlevselliğini önemli ölçüde arttıran etkili yöntemlerdendir (79). BDT, problem odaklı bir tedavi yaklaşımı olup, davranışçı psikolojik danışma kuramına dayanır ve 'şimdi ve burada' ile ilgilenerek mevcut durum üzerine odaklanır. Bireylere günlük yaşantılarında karşılaştıkları ve üstesinden gelemedikleri sorun ve güçlüklerin üstesinden gelebilmeleri için öğrenme kuramlarını uygular (80). BDT tekniklerini kullanılarak yapılan beceri geliştirme programları hasta bireylere öğretilen etkili yöntemlerden biridir. Programların içeriğinde hastalık yönetimine ilişkin bilgiler ve stratejiler yer almaktadır. Bu bilgi ve stratejiler, kişilere tedavi önerileri, belirtiler ve yinelemelerin azaltılmasına yönelik bilgiler ve tedaviyi etkin bir şekilde yönetebilmesi için gerekli bilgileri sağlar (79).

BDT'de asıl amaç hastayı ruhsal bir bozukluğu olduğuna ikna etmek değil, hastaların duygu, düşünce, davranış analizi yaparak işlevselliğini artırma, sanrıları ve varsanıları azaltma, beceri eğitimleri, kendini izlem, başa çıkma stratejilerini artırma ve bunun için gerekli olan yöntemleri uygulamaktır. Hastalık yönetimine ilişkin bu programlar, tedaviyi etkili bir biçimde yönetmek için gereken stratejiler ve öneriler ile belirtiler ve nükslerin azaltılmasına yönelik bilgiler sağlamaktadır (79). BDT şizofreni hastalarında nüks ve yatışı azaltmayı sağlamakta ve iyilik halini arttırmaktadır (42).

Şizofrenide BDT yöntemleri içerik ve süreç odaklı girişimler olarak iki grupta incelenmektedir. İçerik odaklı girişimlerde hedef, işlevsel olmayan düşüncelerin doğası,

bu düşüncelerin içeriği ve kişinin bunlara verdiği yanıtı değiştirmektir. Süreç odaklı girişimlerde ise hedef, dikkat, bellek ve kavramsal düşünme gibi bilgi işleme yetilerini düzeltmektir. Buna bilişsel rehabilitasyonda denilmektedir (55,81,82).

Şizofreni hastalarıyla yürütülen bilişsel davranışçı terapide rahatsızlık belirtilerini tanımayı, rahatsızlığın nedenlerini ve belirtilerini stres-yatkınlık modeliyle açıklamayı ve sorunun bilişsel davranışçı bakış açısıyla kavramsallaştırılmasını içeren bir psikoeğitim hastanın sorunu daha iyi anlamasına ve belirsizlikten kurtulmasına yardımcı olur (83,84).

Terapinin diğer önemli bir unsuru gevşeme, dikkat dağıtma, odaklanma gibi baş etme tekniklerinin öğretilmesi ve uygulanmasıdır. Her seansta tek bir hedef belirti ile çalışılmasının uygun olacağı düşünülür. Ayrıca otomatik düşünceleri yakalama ve rasyonel analiz teknikleriyle gerçekliği sorgulama ve alternatif açıklamalar üretme gibi bilişsel tekniklerden yararlanır. Hastanın rahatsızlığına ilişkin farkındalığı arttıkça korku ve şüphelerin hiyerarşik sıralamasına ilişkin hayali ya da gerçek yaşam deneyleri planlanır. En son olarak da uygulananlar gözden geçirilerek gelecekte karşılaşılabilecek sorunlara ilişkin planlar oluşturulur (83).

Diğer bilişsel davranışçı terapilerde olduğu gibi her seansta duygudurum ya da semptomların kontrolü ile başlanır. Ardından bir önceki seansta konuşulanlar hatırlanır, verilen ödevler gözden geçirilir. Seansın gündem maddeleri belirlenerek bu maddeler çalışılır. Seans sonunda yeni ödevler planlanır ve seans özetlenip, geribildirimlere yer verilir. Bunlara ek olarak şizofreni hastalarıyla çalışırken hastanın ilaca uyumunu kontrol etmek ve önceki seanslarda konuşulan tedavi tekniklerini de hatırlatmak önemlidir (83).

2.6.1. Şizofrenide Bilişsel Davranışçı Terapide Kullanılan Teknikler

1. Psikoeğitim
2. Kendini izleme
3. Bilişsel Yeniden Yapılandırma
4. Problem Çözme Becerileri Eğitimi
5. Gevşeme Egzersizleri
6. Düşünceyi durdurma
7. Kendine Yönerge Verme Eğitimi
8. Yüzleştirme
9. Sosyal Beceri Eğitimi

10. Başetme Stratejilerini Arttırma
11. Dikkat Dağıtma Teknikleri
12. Bilinçli Fakındalık (Mindfulness) (85)

2.7. Şizofreni ve Psikoeğitim

Psikoeğitim; farmakolojik olmayan bir tedavi olup hastalığın belirtileri, etiyojisi, tedavisi, gidişi ve sonlanımı gibi durumların üzerine yapılandırılmış, sistematik ve eğitici bilgi olarak tanımlanmaktadır. Katılımcıların (hasta ya da aile üyeleri) hastalıkla baş edebilmesi için duygusal konuları bu bilgiler ile bütünleştirmeyi içermektedir (1,4,47).

Psikoeğitim, BDT, psikoterapi, beceri eğitimi ve bilişsel rehabilitasyon yöntemleri ile birlikte kullanılabilir (86). Eğitim oturumlarında özellikle örnek durum çalışması, rol oynama, iletişim becerileri ve problem çözme stratejileri kullanılmaktadır (87). Uygulamanın kolay olması, maliyetinin az olması, aktif katılımı kolaylaştırması bu müdahalelerin kullanılmasını artırmaktadır (88).

Şizofreni hastalığında tedavinin etkinliği sadece alınan antipsikotik ilaçlara değil, hastanın tedavi uyumu ve tedaviyi sürdürme düzeyine de bağlıdır. Şizofreni hastalarında hastaneye yatış öncesi ve taburculuktan sonraki süreçte tedaviye uyumsuzluğun yüksek risk taşıdığı görülmüştür. Tedaviye uyumsuzluğun birçok nedeni olduğu bildirilmiştir Hastanın tedaviye karşı yetersiz bilgilendirilmesi ya da hastanın yanlış yorumlaması, hastalığa ilişkin bilgisinin yetersiz olması, ilaçlara yönelik algısının düşük olması, iç görü eksikliği uyumsuzluğun nedenleri arasındadır (89,90).

Hastalarla tedavi gereksinimleri ve ilaç etki-yan etki ile ilgili konular açıkça konuşulmalıdır. Bu yaklaşım tedaviye uyumun artmasına katkı sağlar. Hastalığın biyolojik yapısı, alevlenmelerin önlenmesi ve ilaç yan etkileri konusunda hasta ve aileye eğitim verilmesi gerekir. İlaç kullanımı ile ilgili yanlış tutumlar ve çekinceler tartışılmalıdır. Hastaların ilaç tedavisine uyumu artırmak için bilişsel sorunları dikkate alınarak bireye özel ve uygun yöntemler belirlenmelidir (91-93).

Psikoeğitim uygulanan hastalarda tedavi ve hastalığa yönelik bilgi düzeylerinin arttığı ve buna bağlı olarak hastalıkla baş etme becerilerinde artış olduğu, prognozun iyiye gittiği, yaşam kalitelerinin düzeldiği, tedavi uyumunun sağlandığı, atak ve relaps sayılarının ise azaldığı belirlenmiştir (89,94-99). Yapılan başka bir çalışmanın sonuçları da benzerdir. Araştırmada, şizofreni hastalarına uygulanan psikoeğitimin hastalığa ait bilgi düzeyini arttırdığı, prodromal semptomlarla ilgili bilgilendirmenin belirtileri,

atakları ve yeniden hastaneye yatışları azalttığı, bilişsel-davranışçı yöntemlerin ilaçların düzenli kullanımını olumlu etkilediğini, verilen baş etme stratejileri eğitimi ile uzun süreli semptomların meydana getirdiği yetersizlikte azalmanın sağlandığı bildirilmiştir (100,101).

Ülkemizde psikoeğitim uygulamalarına ilginin giderek arttığı görülmektedir. Ancak psikiyatri kliniklerinin rutin uygulamalarına bakıldığında psikoeğitimin uygulanmadığı ve psikiyatri hemşirelerinin bu konu da yeteri kadar görev almadığı görülmektedir. Nitekim hasta kadar ailesine de sistematik şekilde yardımcı olunan bu süreçte, ruh sağlığı çalışanlarına ve özellikle bireyi biyopsikososyal bütünlük içinde değerlendiren bir meslek olan psikiyatri hemşirelerine önemli görevler düşmektedir. Şizofrenide psikoeğitim tedavisinin önemli bir parçası hasta ve ailesinede tedavi ve hastalıkla baş etme konularında bilgilendirilmektir. Bu sebeple psikoeğitim, şizofreni hastalığının tedavisinde sürekli olarak dahil edilmesi gereken önemli bir uygulama olarak kabul edilmektedir. Psikiyatri hemşiresinin psikoeğitim uygulamalarındaki rolü, hastaların ve ailelerin eğitim ihtiyaçlarını belirlemek ve bu ihtiyaçları karşılamak için bireye özgü psikoeğitim programları planlamak ve uygulamaktır (101).

2.8. Şizofreni ve Tedaviye Uyum

Kronik hastalıklarda yaşam boyu ve uzun süreli ilaç kullanılması gerekir. Birçok kronik hastalıkta olduğu gibi kronik ruhsal bozuklukların tedavisinde ilaç uyumu, hastalığın seyri açısından son derece önemlidir (102). Tedaviye uyum, hastanın reçetelenen ilaçları önerilen şekilde, zamanında ve tam olarak kullanması, iyileşme sürecinde olduğunu varsayarak ilaçları önerilen zamandan önce kesmemesi veya değiştirmemesi, ayrıca önerilen davranışlara uygun şekilde davranması anlamına gelir (103). İlaç tedavisine uyumunun daha net anlaşılabilmesi için tedaviye uyum kavramı kadar tedaviye uyumsuzluğun tanımlanması da önemlidir. Hastanın reçete edilen ilaçları düzensiz kullanmaya da kullanmaması, reçete edilmeyen ilaçları kullanması, takiplere devam etmemesi, randevuları kaçırmaması gibi benzer davranışlarda bulunması tedaviye uyumsuzluk olarak tanımlanır (31).

İlaç tedavisine uyumsuzluğun birden fazla nedeni vardır. Bunlar, hastaların ilaç tedavisine ilişkin bilgi eksikliği, ilaç yan etkileri ve daha önce edinilen olumsuz tecrübelerin olması, hastanın ilacın yararlı olacağına inanmaması, ilacın bağımlılık yapacağı korkusu, tedavi planındaki karmaşa, alkol-madde kullanımı, stigma, tedaviyi yürüten sağlık personeli ile iletişim problemleri gibi durumlardır. Bireyin tedaviye

uyumsuzluğu; hastanede yatış süresinin uzaması ya da tekrar eden hastane yatışları, artan tedavi maliyeti, hastalık belirtilerinin iyileşmemesi, hastalığın kronik seyir göstermesi ile bireyin işlevselliğinde bozulma, iş gücü kaybı ile aile ve topluma ekonomik yük olarak sonuçları yansımaktadır (104). Tedaviye uyumsuzluğun iki dönemde yüksek oranda izlendiği bildirilmektedir. Bu dönemler, hastanın tedavinin başlangıcında yan etkilerle karşılaştığı ve hastalığın kısmi bir remisyona kontrol altına alındığı dönemin hemen sonrasında kapsar. Genel olarak değerlendirildiğinde psikiyatride hastaların; üçte birinin tedaviye tam uyduğu, üçte birinin kısmen uyduğu ve üçte birlik kısmının herhangi bir tedaviye uymadığı belirtilir (105). Psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedaviye uyumsuzluk göstermeleri fiziksel hastalığı olanlara kıyasla daha belirgindir ve şizofreni hastalarında bu oran %40 ile %80 arasında değişmektedir (106,107).

DSÖ'ne göre ise tedavi uyumu ortalama %50 oranındadır (108,109). Yapılan başka araştırmalarda şizofreni hastalarının %50- 60 kadarının tedaviye uyduğu, %80'ne varan oranlarda ise hastaların ilaç kullanımı kestiği bildirilmiştir (108,110). Akut hastalarda tedaviye uyum oranı kronik hastalara göre daha yüksek olmasına rağmen ilacı bırakma sıklığı en yüksek olan dönem tedavinin ilk 6 ayından sonraki süreçte görülür (108).

Şizofreni hastalarında tedaviye uyumsuzluğun bazı nedenleri vardır. Bu nedenler arasında farmakolojik tedavinin uzun süreli olması, hastalığın kronik seyretmesi, hastaların bekledikleri sonuçları elde edememeleri ve ilaçların yoğun yan etkileri sayılabilir. Bu faktörler tedaviye uyumu azalmasına neden olmaktadır. (111). Ayrıca hastalar, reçete edilen ilaçları kullanmamak veya düzensiz kullanmak, kontrollere gelmemek, randevuları kaçırmak şeklinde birçok yönden tedaviye uyumsuzluk göstermektedirler (112,113).

Literatürde şizofreni tanılı bireylerde reçete edilen antipsikotik ilaçlara uyum sorunlarıyla ilgili çalışmalara rastlanmaktadır. Olfson ve ark. yaptıkları çalışmada şizofreni ve şizoaffektif bozukluğu tanısı konmuş 213 kişide tedavi uyumunu değerlendirmişlerdir. Çalışmada hastaların genellikle hastaneden taburcu olduktan sonraki ilk 3 ay içinde yaklaşık %20'sinin tam uyumsuzluk, %50'sinin ise kısmi uyumsuzluk gösterdiği rapor edilmiştir. (114). Byerly ve ark. çalışmalarında şizofreni tanılı bireylerin yaklaşık %41'inin ilaçları reçetedeği gibi kullanmadığı ya da tedaviyi bıraktıklarını bildirmişlerdir (115). Antipsikotik ilaç kullanımının uzun sürmesi ile tedaviye uyumsuzluk oranlarının arttığı görülmektedir. Yapılan çalışmalar antipsikotik

ilaç kullanmaya yeni başlayan hastaların ilk 7-10 gün içinde % 25'inin, bir yılın sonunda % 50'sinin (116-118), iki yılın sonunda ise % 75'nin verilen ilaçları almadığını göstermiştir (118-121). Ayrıca tedavinin ilk yılında yaşanan uyumsuzluğun ikinci yılda daha kötü sonuçlar ortaya koyduğu tespit edilmiştir (122). Bressington ve ark. çalışmalarında şizofreni tanılı bireylerin %30'unun düşük düzey tedavi uyumu gösterdiğini saptamışlardır (123). Roberts ve Velligan yayınladıkları "The Expert Consensus Guideline Series: Adherence Problems in Patients with Serious and Persistent Mental Illness" adlı 41 uzmanın katıldığı konsensusda şizofrenili hastaların yalnızca %10'unun ilaçlarını % 80-100 oranında reçetede yazıldığı gibi kullandıkları ve tedaviye uyumsuzluk oranının %51 ile %70 arasında değiştiğini belirtmişlerdir (124). Chan ve ark. ise çalışmalarında da şizofreni spektrumundaki hastaların tedaviye uyumsuzluk oranını %43.8 olarak bulmuşlardır (125). Lacro ve ark.'nın yaptığı bir gözden geçirme çalışmasında ise şizofreni tanılı bireylerde tedaviye uyumsuzluk oranının %4-72 arasında değiştiği ve ortalamanın %41 olduğu bildirilmiştir (126). DiBonaventura ve ark. (127) şizofreni tanılı hastaların %57.5'inin, Lacro ve ark.ise (126) %41.2 ile %49.5 arasında değişen bir oranla hastaların ilaç tedavisine uyum problemi yaşadığını tespit etmişlerdir. Benzer bir çalışmada Yang ve ark. şizofreni hastalarının %74'ünün dozlarını tamamen almadığını ortaya koymuştur (128). Novick ve ark. tarafından 6731 şizofreni tanılı hasta ile yürütülen çalışmaya göre ise hastaların %28.8'i ilaç tedavisine uyum sorunu yaşadığı ve hastaların %75'inin taburculuk sonrasında ki iki sene içinde tedaviye uyumsuz davranışlar sergiledikleri belirtilmiştir (111). Tedaviye uyum konusu ile ilgili bir sistematik derlemede de her dört şizofreni hastasından birinin ilaç tedavisine uyum göstermediği belirtilmiştir (129).

Türkiye'de şizofreni hastaları ile yapılan çalışmaların sonuçları değerlendirildiğinde tedaviye uyum konusunda yetersizliklerin olduğu görülmektedir. Üçok ve ark.'nın çalışmalarında şizofreni tanılı hastaları bir yıllık takip sonucu yeniden yatışı yapılan hastaların %70'inin tedaviye uyumunun düşük olduğunu belirtmişlerdir (130). Benzer çalışmalara bakıldığında; Koç'un (131) çalışmasında şizofreni tanılı hastaların %74'ünün; Dilbaz ve ark.'nın (132) çalışmasında hastaların tedaviye akut dönemde %51'inin, uzun dönemde ise %25'inin, Demirkol ve ark.'nın (133) yaptığı çalışmada ise % 16.7 ile % 68.8'inin tedaviye uyumsuz olduğu belirlenmiştir.

İlaçla tedavi şizofreni hastalığının tedavisinde temel unsurdur. Ancak hastalar arasında tedaviye uyumsuzluk oldukça yaygındır. Kelleci ve Ata'nın (90) yaptığı çalışmada psikiyatri kliniğinde yatan hastaların sadece beşte birinin ilaç uyumu iyi

düzyeyde bulunmuştur. Aker ve ark.'nın psikotik bozukluğu olan hastalarla (n=37) yaptıkları çalışmada, hastaların taburcu olduktan sonraki ilk on gün içinde uyumsuzluğun başladığı ve ilacı bıraktıkları bildirilmiştir (134). Dikeç ve Kutlu'nun şizofreni tanılı bireylerin tedaviye uyumunun incelendiği araştırmada hastaların %85.1'inin tedaviye uyumunun düşük olduğu bildirilmiştir (135). Tel'in 2 ile 5 yıl arasında tanı almış şizofren hastaları dahil ettiği çalışmasında hastaların ilaçlarını doktor izni olmadan kullanmayı bıraktıkları, düzensiz kullandıkları ve kontrollere düzensiz gittikleri saptanmıştır (136). Yine psikotik özellikli bir hasta grubu ile yapılan çalışmada hastaların %43.5'inin ilaçlarını düzensiz kullandığı ya da hiç kullanmadığı sonucuna ulaşılmıştır (106). Çetinkaya'nın araştırma sonuçlarına göre, hastaların %80'inin hastaneye yatış öncesi ilaç tedavisini devam ettirme düzeyleri yetersizdir (137).

2.9. Şizofreni ve Agresyon

Agresyon ve şiddet toplumun ve bireylerin ruh sağlığını tehdit eden, son yıllarda sıklıkla tartışılan önemli kavramlardır. Agresyon, dünya da sağlık hizmeti sunan tüm merkezlerde karşılaşılan bir problem olup acil servisler ve psikiyatri kliniklerinde daha sık karşılaşılr (138). Yapılan çalışmalar psikiyatri hastalarının saldırganlık eğiliminin azımsanmayacak düzeyde olduğunu göstermiştir. Bireylerin agresif davranış gösterme eğilimi birbirinden farklı olmaktadır. Psikiyatri hastalarında agresyonun etiyojisi, risk faktörleri ve eğilimin belirlenmesi hastanın kendine ve çevresine zarar verme riskini azaltması gibi davranışlarını değiştirmesi açısından da önemlidir (139).

Agresyon ve şiddet terimlerinin aynı anlamda kullanıldığı görülmektedir ancak agresyon genellikle başkasını tehdit edici, zarar verici sözel ifadeler ile bedensel ya da fiziksel davranışları ifade eder (140). Agresyon fiziksel olarak zarar vermenin yanı sıra psikolojik olarak da zarar vermeyi amaçlayan bir davranış eğilimidir (141,142). Agresif davranışın ortaya çıkışında bireyin sosyal çevresi ve aile ortamı, stres, kitle iletişim araçları ve madde kullanımı gibi birçok etkenin rolü vardır (140). Agresif davranışların oluşumun da rol oynayan etkenlerden bir diğeri de ruhsal bozukluklardır (143,144). Agresyon türleri üç grupta incelenmektedir. Bu agresyon türleri tepkisel, yıkıcı ve edilgen agresyondur. Tepkisel agresyon, karşısındaki kişiye veya öfkenin nedeni olan duruma karşı gelişen bir davranıştır ve doğrudan karşı taraftaki bireyi üzmeyi amaçlar. Agresyonun bu türünde, agresif davranışlar bireyin kendisine yönelik olabilir. Yıkıcı agresyon düşmanlık içeren agresyon olarak kabul edilir ve burada birey beklentilerinin gerçekleşmemesi sonucu üzüntü, korku, hayal kırıklığı gibi farklı duygular yaşar. Bu

duyguları yaşayan birey, toplum tarafından kabul görmeyen birtakım agresif davranışlar gösterebilir. Edilgen agresyonda birey karşısındakinin öfkelerini kazanmadan agresyon duygusunu gidermeye çalışır. Edilgen agresyonda kişiler çeşitli kaygılardan ötürü pasif bir davranış gösterirler ve mücadeleden kaçma eğilimindedirler (145,146). Agresif ve şiddet içeren davranışların etyolojisinde sosyal, kültürel, biyolojik ve psikolojik faktörler rol almaktadır. Agresyon; suçluluk, anksiyete, öfke, şüphe duyma ya da hayal kırıklığı gibi farklı duygular neticesinde ortaya çıkar. Saldırgan davranışlar farklı düzeylerde ortaya çıkabilir. Hafif düzeyde saldırganlık, iğneleme, alay etme gibi sözel ya da jestsel şekillerde görülebilir. Orta düzeyde saldırganlık ise kapıları çarpma, nesnelere fırlatma gibi fiziksel eylemlerle kendini gösterebilir. Ağır düzeyde saldırganlık ise başkalarına yönelik fiziksel şiddet uygulama veya tehdit etme şeklinde kendini gösterebilir (45). Agresyon öncesinde kişi de gerilim, uygunsuz sözler anksiyeteve hiperaktivite gibi öncül belirtiler görülebilir. Bu belirtilerin yanı sıra bireyde aşırı isteklerde bulunma, hızlı ve yüksek sesle konuşma, dişleri ve yumrukları sıkma, hiperaktivite ve tehdit edici ifadeler de gözlenebilir (147).

Şizofrenide agresyon öncelikle algılanan kişisel rahatsızlıklara, araçsal kazanım isteklerine, dürtüsel tepkilere ya da psikotik belirtilere bağlanmıştır (144,148) ve stres, antisosyal kişilik bozukluğu, madde kullanım bozuklukları gibi faktörlerle ilişkilendirilmiştir (149). Yapılan bir araştırmada, psikiyatri kliniğinde farklı tanımlara sahip hastaların agresyon düzeylerini incelemiştir. Çalışmada, şizofreni hastalarının diğer ruhsal bozukluklardan (anksiyete bozukluğu, bipolar bozukluk, alkol bağımlılığı, kişilik bozukluğu ve zekâ geriliği) daha düşük bir saldırganlık oranına sahip olduğu tespit edilmiştir (143). Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanımlı bireylerde yapılan bir bilişsel eğitim programı çalışmasının sonucunda; hastaların en düşük düzeyde kendine yönelik agresyonun olduğu en çok ise sözel agresyonda buldukları bulunmuştur (150). Şizofreni tanısı bulunmayan suçlular ile adli psikiyatri sürecindeki şizofreni hastalarında yapılan bir araştırmada, gruplar arasında yaşam boyu agresyon durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak şizofreni hastalarının kendilerine olan agresyon düzeyleri ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur. Şiddete meyilli olan şizofreni hastalarında riskli durumlara karşı tedbirler alınması ve davranış biçimlerinin incelenmesi bu grup hastaların agresif davranış riskini azaltabileceği düşünülmektedir (144).

Ruhsal hastalıklarda agresyon davranışının öngörülebilir bir durumdur. Bu öngörülebilirlik, hemşirelerin tedaviyi planlaması açısından önemli olduğu kadar

hastanın kendisi ve çevresi için de önem taşımaktadır. Sürekli olarak hastalarla etkileşim halinde olan hemşirelerin; agresyon durumunda kriz yönetimi, hastaların saldırgan davranış gösterme eğilimleri ve olası riskler konusunda bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Psikiyatri hemşireleri davranışsal problemlerin yönetimi açısından hastaların sergilediği uyarıcı işaretlerin fark edilmesinde önemli rol ve sorumluluklara sahiptir.

Agresyonun etkin bir şekilde yönetilebilmesi, uygun hemşirelik girişimlerinin planlanmasını gerektirir ve atılması gereken ilk ve en önemli adım bireyin kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesidir. Psikiyatri hemşireleri, hastanın hastaneye yatışından taburculuk sonrasına kadar süren süreçte hasta bireyle terapötik iletişim kurmalı, düşünce ve duygularının farkında olmalı, riskli olan hastaları belirlemeli ve izlemelidir. Ayrıca hasta ve ailesine agresyon hakkında (belirtileri, agresyona neden olabilecek durumlar vb.) psikoeğitim vermelidir. Psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelere olası saldırgan davranışların sergilenmesinde durumun etkin şekilde yönetebilmesi adına kriz yönetimi, problem çözme, iletişim ve empati becerilerinin kazandırılması büyük önem taşımaktadır (139).

2.10. Şizofreni Hastalarının Tedavi Uyumunu Sağlama ve Agresyonu Yönetmede Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Hemşireler hastanın mevcut durumundaki değişimleri takip etme ve uzun süreli tedavilerde ilaç uyumu kolaylaştırmada anahtar rol oynarlar (151). Psikiyatri hemşirelerinin öncelikli hedefleri arasında hastanın klinikte yattığı süreç içerisinde hastalığı yönetme konusunda güçlendirilmesi ve ilaç tedavisine uyumunun sağlanması yer alır (90). Hemşirelerin hastaları ilaçların etki-yan etki ve kullanımı hakkında bilgilendirmesi ilaç kullanımındaki olumsuz etkilerin minimum düzeye inmesini sağlayarak hastaların tedaviye uyumlarını sağlar. Hastalar ile tedavileri hakkında kaygılarını tartışmak, onların tedavi konusunda bilinçli karar vermelerini sağlar (152).

Amerikan Hemşireler Birliği'nin psikofarmakoloji rehberinde, psikiyatri hemşirelerinin tedavilerde bazı sorumlulukları bulunduğu belirtilmiştir. Bu sorumluluklar arasında ilaç sınıflandırmalarını bilmek, ilacın etki ve yan etkilerini bilmek, tedavinin yarar ve zararlarını anlamak, hasta ve ailesini tedavi planına dahil etmek, hastanın geçmişteki ilaç kullanımıyla ilgili veri toplamak gibi görevler yer almaktadır (153). Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı'nın 2011'de yayınladığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı ile hastane temelli tedavi modelinden toplum odaklı tedavi

modeline geçiş hedeflenmiştir (154). Ruh sağlığı eylem planı içerisindeki bu model değişikliğine göre psikiyatri hemşirelerinin hastaların tedaviye uyumu arttıran çalışmalar yapma ve sonucu değerlendirme ile klinik uygulamaları şekillendirmede önemli sorumlulukları vardır. Bu doğrultuda hastaların tedaviye uyumunda psikiyatri hemşirelerinin sorumluluğu kaçınılmazdır.

Psikiyatri hemşiresi hastanın tedaviye uyumu etkileyebilecek ya da etkileyen durumları saptamalı, uyumsuzluğa neden olabilecek olumsuz etkileri ortadan kaldırmaya çalışmalı ve bu olumsuz durumları hastanın uyumunu arttıracak yönde kullanılmalıdır. Psikiyatri hemşiresi hastaya yaklaşımında yaptığı bilinçli girişimleriyle hastayla arasındaki iletişimini arttırır. Hemşire hastasıyla olan iletişiminde duyarlı bir şekilde çalışarak hastanın duygularını anlamaya çalışmalı ve tedaviye uyumunda sağlamalıdır. (155). Psikiyatri hemşiresi, tedaviye uyumu sağlamak için hastaya hastalığıyla nasıl yaşayacağı konusunda rehberlik etmeli ve hastalığın neden olduğu yaşam problemleriyle başa çıkma becerileri konusunda eğitim vermelidir. Hastanın kendisi ve ailesi kişiye özel ve etkin stratejilerle hastalık, tedavi ve bakım konusunda bilgilendirilmelidir. Nitekim hasta bireye, hastalığı ve tedavisine dair aydınlatıcı bilgi verilmez veya tedavinin hastalıktaki önemini kavraması sağlanmaz ise birey tedaviye uyumsuzluk gösterecektir. Psikiyatrik tedavilerde hasta bireyin ve hemşirenin bilmesi gereken durumlardan birisi, tedavi sürecinin uzun süreli olabileceği ve kısa sürede sonuç alınamayabileceğinin bilinmesidir. Bu konuda hastanın ve tedavi ekibinin karamsarlığa kapılmaması, sabırsız olmaması gerekir. Hastaya gerekli bilgilendirme ve açıklamaların yapılmasının tedaviye uyumu sağlamada olumlu etkiler gösterdiği belirtilmektedir. ğrenim düzeyi düşük, sosyal desteği yetersiz, sosyal güvencesi olmayan ve tedavinin etkisine inanmayan hastalar gibi tedaviye uyumsuzluk riski taşıyan bireylerin dikkatli bir şekilde izlenmesi ve bu hastalara yönelik psikoeğitim grup toplantılarının düzenlenmesi gerekmektedir. Bu grup hastaların tedaviye uyumsuzlukları, hastalık semptomlarının hasta psikolojisi üzerindeki etkilerinden, mevcut ya da oluşması muhtemel ilaç yan etkilerine, sosyal damgalanma kaygısından ilaç kullanım zorluklarına kadar birçok faktörle ilişkilidir. Yeterli bilgi birikimine sahip hemşireler, tedaviye uyumsuz ve riskli hastaları belirleyerek, uyumu arttırmak için bir hemşirelik planı oluşturabilirler. Bu planın takip edilmesi ve değerlendirilmesi, hastaların tedavi yönetimini destekler ve tedaviye uyumlarını olumlu yönde etkiler (156,157).

Psikiyatri hemşireliğinin hasta agresyonunu engelleme ve yönetmedeki rolü her geçen gün artmaktadır. Özellikle psikiyatri servislerinde hasta agresyonunun yönetiminde; tecrit, tespit ve psikotrop ilaçlar gibi hasta üzerinde fiziksel ve duygusal etkilerinden dolayı baskıcı ve zorlayıcı yöntemler olarak bilinen uygulamalar sıklıkla tercih edilmektedir (159-160). Bununla birlikte bu uygulamaların hem sağlık çalışanlarını sıkıntıya sokmaları hem de hastaları travmatize etmeleri nedeniyle mümkün olduğunca az kullanılmaları önerilmektedir. Saldırganlığın kontrolünde en iyi yöntem önlemedir. Psikiyatri hemşireleri, saldırganlık belirtilerini doğru bir şekilde tanımlayabilmeli, risk taşıyan bireyleri belirleyebilmeli ve düzenli olarak takip etmelidir. Saldırganlığı önlemek için sağlık çalışanları, birimler ve bireyler düzeyinde önceden tedbir alması gerekmektedir. Psikiyatri hemşirelerinin saldırganlığı yönetebilmesi için kriz yönetimi, iletişim becerileri ve çatışmayı çözme yöntemlerini iyi bilmesi gerekir. Saldırganlığı azaltmada zorunlu kalınmadıkça mekanik, fiziksel gibi kısıtlayıcı yöntemlerin tercih edilmemesi önerilmektedir. Bu kısıtlayıcı uygulamaların yerine öncelikli olarak iletişime dayalı yöntemlerin uygulanması gerekir (147). Yapılan çalışmalar psikiyatri hemşiresinin hastada oluşabilecek saldırgan davranışı erken dönemde değerlendirmesi ve belirleyeceği alternatif yöntemler sayesinde agresyonu engelleyebileceğini göstermektedir. Bu bağlamda ilk olarak hastanın şiddet oluşturma riskinin ve çevre ile ilgili risk faktörlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Hasta ile amaçlı iletişimini sürdüren ve terapötik ortamın devamlılığını sağlayan psikiyatri hemşirelerinin erken dönemde saldırgan davranışları fark etmesi ve uygun yöntemler olan; sakinleştirme, mola verme ve gözlem gibi uygulamalar ile baskıcı ve zorlayıcı diye tasvir edilen yöntemlere olan ihtiyacı azaltacaktır (158-160).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

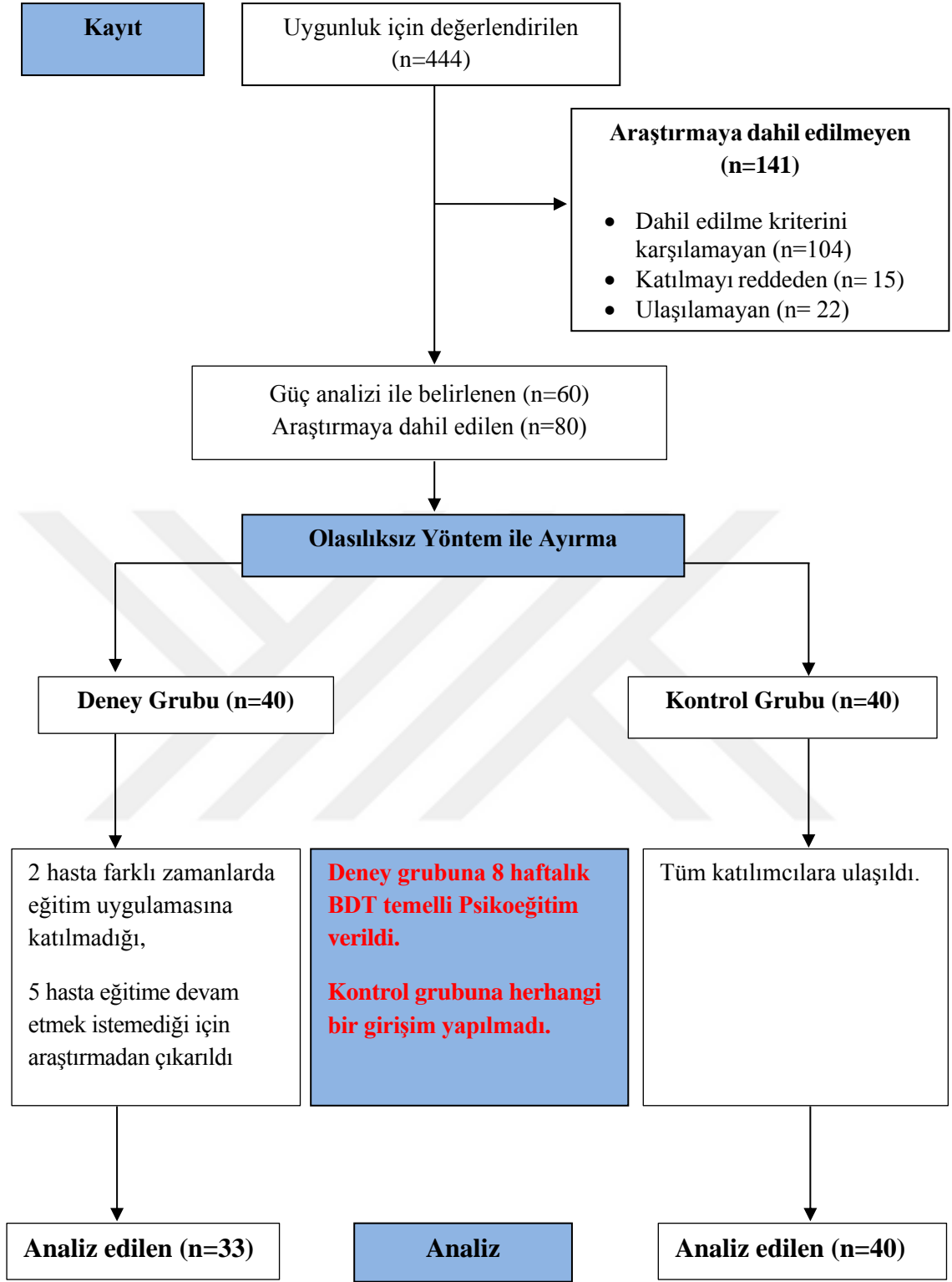
Araştırma ön test, son test yarı deneme modeli olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Haziran 2022- Temmuz 2023 tarihleri arasında Mardin İl Merkezine bağlı Artuklu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) ve Kızıltepe TRSM’de yürütüldü. TRSM’ lere kayıtlı 444 hasta bulunmaktadır. Bu hastalardan 340’ı şizofreni tanılı olup 104’ü ise bipolar bozukluk tanılıdır. TRSM’lerde 1 psikiyatrist, 1 psikolog, 1 sosyal hizmet uzmanı, 1 ergoterapist ve 3 hemşire çalışmaktadır. Merkezlerde 3 tane görüşme odası, 1 tane doktor odası, iş uğraş odası, uygulama odası ve grup terapi odası bulunmaktadır. Artuklu ve Kızıltepe TRSM’inde şizofreni tanılı bireylere psikoeğitim, psikoterapi ve ergoterapi hizmetleri verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Mardin İl Merkezine bağlı Artuklu TRSM ve Kızıltepe TRSM’ye kayıtlı 340 şizofreni tanılı birey oluşturdu. Power analiziyle belirlenen örneklem büyüklüğü, %5 yanılğı düzeyi çift yönlü önem düzeyi, %95 güven aralığı ve %80 evreni temsil etme yeteneği ve şizofreni tanısı konulmuş grupta 37.83 (standart sapma 31) olan şizofreniden etkilenme puan ortalamasının 5 puan azalacağı varsayılarak her bir grup için minimum 30, toplamda 60 şizofreni tanılı birey olarak hesaplandı (30 kontrol grubu, 30 deney grubu) (13). Kura yöntemi ile Artuklu TRSM’deki bireyler kontrol grubuna, Kızıltepe TRSM’deki bireyler deney grubuna dahil edildi. Araştırmada yer alan kontrol ve deney grubundaki hastalar, gelişigüzel olasılıksız örnekleme yöntemi ile belirlendi. Araştırmadan kayıplar olabileceği dikkate alınarak 80 şizofreni tanılı birey (40 kontrol, 40 deney) araştırmaya dahil edildi. Deney grubundan 2 hasta farklı zamanlarda eğitim oturumuna katılmadığı, 5 hasta eğitime devam etmek istemediği için araştırmadan çıkarıldı. Araştırma, toplam 73 hasta (kontrol grubu n=40, deney grubu n=33) ile tamamlandı. Araştırma Konsort Akış Şeması Şekil 3.1’de verildi.



Şekil 3.1. Araştırma Konsort Akış Şeması

3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- DSM-5 tanı kriterine göre şizofreni tanısı alma
- 18-65 yaş arası olma

- Okuma-yazma biliyor olma
- İletişim ve işbirliğine açık olma

3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Nörobilişsel bozukluğa (Deliryum, demansvb...) sahip olma
- En az 6 ay önce bilişsel-davranışçı terapi temelli eğitime katılmış olma
- Akut alevlenme döneminde olma
- Son 6 ayda EKT uygulanması
- Komorbid bir hastalığın eşlik etmesi

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-2)

Form 10 sorudan oluşmaktadır (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir durumu, çalışma durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü varlığı, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, kullanılan ilaç türü) Araştırmada kullanılan form Ek-2’de sunuldu.

3.4.2. Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (MTUÖ) (EK-3)

Morisky ve ark. (161) tarafından geçerlilik çalışması yapılan ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yılmaz (156) tarafından gerçekleştirilmiştir. Hastanın kendi kendine doldurduğu ve ilaç uyumunu değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Ölçek; iki seçenekli, dört kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır. Bu soruların ardında yatan düşünce, bağılıktan kopmanın dikkatsizlik, unutkanlık, kendini daha iyi hissettiğinde ilacı bırakma ya da ters bir olay yaşamaya bağlı olabileceği sayılır. Sorular ‘evet/hayır’ şeklinde yanıtlanmaktadır. Soruların tümüne 'hayır' denildiğinde ilaç uyumu yüksek olarak değerlendirilir. Bir veya iki soruya 'evet' denildiğinde ilaç uyumu orta, üç veya dört soruya 'evet' denildiğinde ise ilaç uyumu düşük olarak değerlendirilir. Ölçeğin Cronbach’s Alpha kat sayısı 0.64-0.96 arasında değişmektedir. Bu araştırmada ise ölçeğin Cronbach’s Alpha kat sayısı 0.92 olarak belirlendi.

3.4.3. Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ) (EK-4)

Buss ve Perry tarafından 1992 yılında geliştirilen ölçek, saldırganlık konusunda literatürde en yaygın olarak kullanılan ölçeklerden biridir (162). Ölçek, 2012 yılında Demirtaş Madran HA. tarafından Türkçe’ye uyarlanmış olup geçerlilik ve güvenilirlik

testleri yapılmıştır (163). Buss-Perry Saldırganlık ölçeği 29 madde 5'li Likert şeklinde ve dört alt ölçekten oluşmaktadır. Fiziksel saldırganlık alt ölçeği; başkalarına fiziksel olarak zarar verme ile ilişkili 9 sorudan (13.,8.,2.,11.,25.,16.,29.,22. ve 5. maddeler), öfke alt ölçeği; saldırganlığın duygusal boyutuna vurgu yapan 7 sorudan (19.,28.,1.,18.,9.,23. ve 12. maddeler), düşmanlık alt ölçeği; saldırganlığın bilişsel boyutunu ölçmeyi amaçlayan 8 sorudan (20.,24.,3.,26.,10.,15., 7. ve 17. maddeler) ve sözel saldırganlık alt ölçeği de başkalarını sözel yolla incitmeyi içeren 5 sorudan (27.,6.,21.,14. ve 4. maddeler) oluşmaktadır. Ölçekteki 9. ve 16. sorular ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar saldırganlık şiddetinin yüksek olduğunu belirtir. Ölçeğin iç tutarlılık (Cronbach's alpha) katsayısı, tüm ölçek için 0.85'tir. Fiziksel saldırganlık alt ölçeği için Cronbach's alpha katsayısı; 0.78, düşmanlık alt ölçeği için; 0.71, öfke alt ölçeği için; 0.76 ve sözel saldırganlık alt ölçeği için; 0.48 olarak belirlenmiştir. Bu araştırmada ölçeğin Cronbach's alpha katsayısı, tüm ölçek için 0.92'dir. Fiziksel saldırganlık alt ölçeği için Cronbach's alpha katsayısı; 0.88, düşmanlık alt ölçeği için; 0.82, öfke alt ölçeği için; 0.86 ve sözel saldırganlık alt ölçeği için; 0.68 olarak belirlenmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler, TRSM'deki grup terapi salonunda araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Araştırmacı tarafından veri toplama araçları hastalara okundu ve cevaplar kaydedildi. Veri toplama araçlarının uygulanması yaklaşık 15-20 dakika sürdü. Araştırmada, deney ve kontrol grubu için ön test formlarının (Tanıtıcı Özellikler Formu, Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği) uygulanması Haziran 2022'de, son test formunun (Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği) uygulanması ise Aralık 2022'de tamamlandı.

3.6. Hemşirelik Girişimi

Deney grubuna uygulanan BDT Temelli Psikoeğitim, Eğitim Kitapçığı Destekli İnteraktif Eğitim şeklinde araştırmacı tarafından grup eğitimi şeklinde gerçekleştirildi. BDT Temelli Psikoeğitimi uygulayacak olan araştırmacı, Prof. Dr. Murad Atmaca tarafından 21 Aralık 2019/19 Ocak 2020 tarihinde verilen "Uygulamalı Bilişsel Davranışçı Terapi Eğitimi" adlı eğitim programına katılmış ve katılım belgesini almıştır (Ek-5).

Deney grubundaki bireylere ilk oturumda, Mardin /Artuklu ve Kızıltepe TRSM’de eğitimin yapılabileceği grup terapisi salonunda, araştırmacı tarafından BDT Temelli Psiko eğitim programı hakkında bilgi verildi. Bilgilendirme sonrası deney grubundaki bireylere ön testler (Tanıtıcı Özellikler Formu, Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği) uygulanıp, bireylerle BDT temelli psiko eğitim günleri belirlendi. Her bir grup eğitime katılmayı kabul eden üye sayısına göre max 10 kişi olacak şekilde 4 grup oluşturuldu. Eğitim haftada iki gün farklı saatlerde (Pazartesi ve Perşembe) 4 hafta boyunca (8 oturum) grup eğitimi şeklinde araştırmacı tarafından verildi. Her oturum ortalama 90 dakika (10 dk ara) sürdü. Ayrıca, çeşitli nedenlerle oturumlara katılmayan veya programın belirlenen gün ve tarihlerine uymakta zorluk yaşayabilecek bireyler için telafi oturumları düzenlendi. Kontrol grubuna ise herhangi bir eğitim verilmedi. Araştırma sürecinde kontrol ve deney grubundaki hastalar farmakolojik tedavilerine, doktor kontrollerine ve izlemelerine devam etti.

3.7. BDT Temelli Psiko eğitim Oturumlarının İçeriği

Tablo 3.1. Psiko eğitim Programı

Psiko eğitim Programı	
1.Oturum: Tanışma/ Ön testlerin Uygulanması	2. Oturum: Şizofreni ve Agresyon
<ul style="list-style-type: none"> *Eğitimcinin ve üyelerin birbirini tanınması ve benzerliklerini fark etmesi *Üyelere eğitimin genel hedeflerinin ve sürecinin tanıtılması *Grup kurallarının belirlenmesi *Psiko eğitimin ne olduğu, verilecek olan eğitimin amacı ve güven ilişkisinin önemi vurgulanacak. *Uygulanacak ölçekler hakkında bilgi verilecek ve ölçekler uygulanacak. 	<ul style="list-style-type: none"> *Şizofreni hastalığını tanınması, *Şizofreni hastalığı nedir?/ne değildir?, Etiyolojisi, Epidemiyolojisi, Hastalığın başlangıç belirtileri, Gidiş ve seyri, Prodrom belirtiler, Tedavi yöntemlerinin anlatılması *Agresyonu tanımlama, şizofreni ve agresyon arasındaki ilişkiyi anlama, Agresyonun tedavisi, Agresyon ile baş etme stratejileri öğrenme
3. Oturum: Bilişsel Davranışçı Terapi ve ABC Modeli	4. Oturum: Otomatik Düşünceler ve Alternatif Düşünce Üretme
<ul style="list-style-type: none"> *Bilişsel davranışçı Terapi modelinin sunulması *Temel BDT yaklaşımının anlaşılması *BDT’nin ABC modelinin sunulması *Düşünce kayıt formunun sunulması 	<ul style="list-style-type: none"> *Otomatik düşünceleri (olumlu/olumsuz) fark edip ifade edebilmek *Otomatik düşünceleri destekleyen ve onlara karşı olan kanıtları fark edip incelemek *Düşüncelerin gerçekliğini ve işlevselliğini sorgulamak
5. Oturum: Bilişsel Hatalar	6. Oturum: Agresyona Karşı Farkındalık Oluşturma
<ul style="list-style-type: none"> *Bilişsel hataları öğrenme *Yaptığımız bilişsel hataları farkedebilme 	<ul style="list-style-type: none"> *Agresyonu ve buna yönelik oluşan bedensel ve davranışsal tepkilerini fark etme
7. Oturum: Agresyon ile Baş Etme	8. Oturum: Değerlendirme/Son Testlerin

Yöntemleri ve Gevşeme Egzersizi	Uygulanması
*Agresyon ile baş etme stratejilerini öğrenme *Gevşeme egzersizini yapabilme	*Oturumların genel değerlendirilmesinin yapılması *Son testlerin uygulanması

I. Oturum: Tanışma

Oturumun Amaçları

- Eğitimi ve üyelerin birbirini tanıması ve benzerliklerini fark etmesi
- Üyelere eğitimin genel hedeflerini ve süreci tanıtmak
- Grup kurallarını belirlemek
- Psikoeğitimin ne olduğu, eğitimin amacı ve güven ilişkisinin önemini vurgulamak
- Uygulanacak ölçekler hakkında bilgi vermek ve ölçekleri uygulamak.

Kullanılan Teknik ve Egzersizler:

- Düz anlatım.

II. Oturum: Şizofreni Hastalığı ve Agresyon Hakkında Bilgi Verme

Oturumun Amaçları

- Şizofreni hastalığını tanımlama,
- Şizofreni hastalığı nedir?/ne değildir? etiyojisi, epidemiyolojisi, hastalığın başlangıcı, belirtileri, seyri ve erken uyarıcı belirtiler, inatçı belirtiler, tedavi yöntemlerini kavrama,
- Agresyonu tanımlama, şizofreni ve agresyon arasındaki ilişkiyi anlama, agresyonun tedavisinin nasıl olduğunu öğrenme ve agresyon ile baş etme teknikleri hakkında bilgi verme.

Kullanılan Teknik ve Egzersizler

- Düz anlatım, sunum, tartışma, ev ödevi

Süreç

Bir önceki oturuma dair geri bildirim alınması ve özetlenmesi:

- Katılımcılara eğitime başlamadan önce duygusal durumları, nasıl hissettikleri ve anlatmak istedikleri bir durum olup olmadığı soruldu.
- Grup üyelerine ile önceki hafta yapılan tanışma oturumuyla ilgili akıllarına takılan bir şey olup olmadığı soruldu.
- Bir önceki eğitimin kısa bir özeti yapıldı, grup kuralları tekrarlandı.

Oturumun İçeriği ve Yapılanlar:

- Şizofreni nedir?, Şizofreni niçin meydana gelir?, Nasıl belirtiler gösterir?, Nasıl tedavi edilir?, Şizofreni tanısı almış bireyler ne gibi sorunlar yaşarlar? Şizofreni hastalığı ve tedavisinde doğru bilinen yanlışlar nelerdir?,
- Agresyon nedir?, Nedenleri nelerdir?, Şizofreni ve Agresyon arasındaki ilişki nedir? ve Agresyonun tedavisi nasıldır? Agresyon ile baş etme yöntemleri nelerdir? Başlıkları altında grup üyelerine sözlü ve görsel sunum yapıldı.

Eğitimin “hastalığın tedavisi” bölümünde tedavinin hastalık için önemine ve agresyon kısmına vurgu yapılarak işlendi. Tedaviye uyum ve uyumsuzluğun sonuçları katılımcılara aktarıldı. Katılımcılara söz hakkı tanınarak anlatılanlar doğrultusunda yaşadıkları benzer durumları (belirtiler, hastalığa neden olan durum, tedaviye uyum ve agresyon konularında) örneklendirmeleri istendi ve sokratik sorgulama yöntemiyle düşünce ve davranışlarının olumlu/olumsuz yönlerine farkındalık oluşması sağlandı. Ayrıca grup üyeleri tedaviye uyum ve agresyon ile ilgili durumlarını ifade ederken “o an ne düşündünüz”, “nasıl hissettiniz”, “ne yaptınız” ve “başka neler yapabiliydiniz?”, “Doktorunuz/terapistiniz böyle bir durumda size ne yapmanızı önerirdi?” gibi sokratik sorgulamalar ile bilişsel bir sorgulamanın ilk basamaklarına geçiş yapıldı. Eğitimin sonunda alıştırmalar yapılarak konu pekiştirilmeye çalışıldı ve ev ödevi verildi.

***Alıştırma 1:** “Şimdi dilerseniz konuştuklarımızı daha iyi anlayabilmek için sizin rahatsızlanmanıza neler neden olmuş olabilir bunun üzerinde duralım.” (164).*

Üyeler anlatılan bilgiler doğrultusunda kendilerinin yaşadığı belirtiler ve nedenleri için cesaretlendirildi. Paylaşılan bilgiler tahtaya yazıldı. Üyelerin verdiği bilgilerin benzerlik ve farklılıklarına odaklanılarak karşılıklı paylaşımlara devam edildi.

***Alıştırma 2:** “Şimdi dilerseniz konuştuklarımızı daha iyi anlayabilmek için sizin tedavide yaşadığınız problemler ve nedenleri üzerinde duralım.”*

Üyelerin tedavide yaşadığı problemleri anlatması için cesaretlendirildi. Bunun sebepleri üzerine tartışıldı, sokratik sorgulama yapıldı.

***Alıştırma 3:** “Şimdi dilerseniz konuştuklarımızı daha iyi anlayabilmek için sizin yaşadığınız agresyon ve nedenleri ile bunlarla nasıl baş ettiğiniz konusu üzerinde duralım.”*

Üyelerin yaşadıkları agresyon durumlarını, bu durum karşısında sergiledikleri davranışı anlatmaları konusunda cesaretlendirildi. Agresyon durumunun üstesinden

gelebilmek için ne tür baş etme yöntemleri kullandıkları bu yöntemlerden sonuç alıp almadıkları konusunda karşılıklı konuşuldu.

Oturumun özetlenmesi:

Oturum, eğitimi ve katılımcıların birlikte katılımı ile özetlendi. Katılımcıların oturumda verilenlerle ilgili bilgilendiği gözlemlendi ve oturum sonlandırıldı.

Ödev: Herkesin bir sonraki seansa kadar kendi rahatsızlığınıza neden olduğunu düşündüğü etmenleri, tedaviye uyum sorunu olan nedeni ve yaptığı davranışı, agresyona neden olan durumu, gösterdiği tepki ve baş etme yöntemini kaydetmesi istendi. Bunun için aşağıda verilen formlardan yararlandı.

Rahatsızlığımın Nedenleri Formu
-Dayanıklılığımı Zedeleyen(yatkınlık) Faktörler: Hangi özelliklerim ya da karşılaştığım durumlar bu rahatsızlığa yatkın olmama neden oldu?
1.
2.
-Karşılaştığım stresler: Rahatsızlığım hangi olaylar sonucunda ortaya çıktı?
1.
2.

Şekil 3.2. Rahatsızlığımın Nedenleri Formu (164)

Tedaviye Uyumsuzluk Nedenleri ve Sergilenen Davranış Formu
1.Nedeni: Davranış:
2. Nedeni: Davranış:

Şekil 3.3. Tedaviye Uyumsuzluk ve Sergilenen Davranış Formu

Agresyonun Nedenleri, Gösterilen Davranış ve Başetme Yöntemi Formu

1. Nedeni:

Davranış:

Başetme Yöntemi:

2. Nedeni:

Davranış:

Başetme Yöntemi

Şekil 3.4. Agresyonun Nedenleri, Gösterilen Davranış ve Başetme Yöntemi Formu

III. Oturum: Bilişsel Davranışçı Terapi ve ABC Modeli

Oturum Amaçları

- Bilişsel Davranışçı Terapi modelinin sunulması
- Temel BDT yaklaşımının anlaşılması
- BDT'nin A-B-C modelinin sunulması
- Duygu-düşünce-davranış kayıt formunun sunulması

Kullanılan Teknik ve Egzersizler

- Düz anlatım, sunum, tartışma, sokratik sorgulama, duygu –düşünce-davranış kayıt formu, örneklendirme ve ödev

Süreç

Bir önceki oturuma dair geri bildirim alınması ve özetlenmesi:

- Katılımcılara eğitime başlamadan önce nasıl oldukları, nasıl hissettikleri ve anlatmak istedikleri bir durum olup olmadığı soruldu.
- Grup üyelerine bir önceki eğitimde akıllarına takılan bir konu olup olmadığı soruldu.
- Bir önceki eğitimin kısa bir özeti yapıldı ve bu hafta yapılacak eğitimin içeriği kısaca anlatıldı.
- Ev ödevleri kontrol edildi ve yorumlandı.

Oturumun içeriği ve yapılanlar:

Bilişsel davranışçı terapinin ne olduğu, ilkeleri ve A-B-C modeli hakkında bilgilendirme yapıldı. Katılımcıların konuyu kavramsallaştırmaları adına tahtada A-B-C modeli çizimi yapılarak anlatıldı ve örneklendirmeler yapıldı.

A Durum/Olay/Yaşantı	B Düşünce	C Duygu	C Davranış
Anneyle yaşanan tartışma sonrası 'onu bıçakla' sesinin duyulması	Tehlikeli bir insanım	Öfke, Üzüntü	Odadan dışarı çıkma

Şekil 3.5. BDT'nin ABC Modeli (165)





Alıştırma 1: “Her durumda aklımızdan bir düşünce geçer. Her düşünce farklı bir duygu ve davranışa neden olur. Arkadaşım bana selam vermeden geçtiğinde aklımdan “beni görmezden geldi” diye geçirirsem bir daha ona selam vermem. Ama “herhalde acelesi vardı beni görmedi” diye düşündüğümde yoluma devam ederim. Çünkü arkadaşımın gerçekte neden bana selam vermediğini bilmiyorumdur. Beni görmezden geldiğine ilişkin gerçekçi kanıtlarım yoktur. Böyle düşününce herhangi olumsuz bir duygu hissetmem (üzüntü, hayalkırıklığı, öfke vs) veya arkadaşlarıma olan davranışlarımı değiştirmem.” “Sizce bu düşünceden hangisi gerçekçidir, hangisi işimize yarar? Peki hangisi işimize yaramaz? İşe yaramayan/gerçekçi olmayan düşünce olumsuz sonuçlar doğurduğu için işimize yaramayan düşünceyi değiştirmek duygularımızda ve davranışlarımızda da olumlu sonuçlar ortaya çıkarır” (164).

Alıştırma 2: “Şizofreni tanısı almış bir bireyin uzun süredir kullandığı ilaçlarını iki hafta boyunca almamıştır. Bunun sonucu hastalığının kötüleşmesi sonucu “Ben hiç iyileşemeyeceğim” diye düşünmüş. Bu kişi sizce “Ne hissediyor?” (Kaygı, suçluluk, yetersizlik, çaresizlik vb.) üyelerin cevap vermesi beklenir ve devam edilir. “..... hissettiği için ne yapmış olabilir?”(Hastanın doktor kontrollerini bırakması, ilaçları kullanmayı tamamen bırakması, hiçbirşey iyi olmayacak diye düşünüp kendi içine kapanması, sosyal yaşamından geri çekilmesi). Üyelerin cevap vermesi beklenir ve devam edilir. Başka bir hasta da aynı sorunu yaşadı ve “İlaçlarımı almamam nedeniyle durumum kötüleşti ama bu benim hep böyle olacağım anlamına gelmez, ilaçlarımı tekrar almaya başlayıp ve düzenli kullanırsam durumum düzelir ve daha iyi bir yaşam sürebilirim” şeklinde düşündü. Bu kişi sizce “Ne hissediyor?” (Umutlu, Azimli vb.) üyelerin cevap vermesi beklenir. “..... hissettiği için ne yapmış olabilir?”(Hasta ilaçlarını içmediği için bunları yaşamış olabileceğini düşünür, ilaçlarını unutmamak için alarm kurar, doktor kontrolüne gider bu konuda destek ister vb.)” üyelerin cevap vermesi beklendi (166).

Alıştırma 3: “Eşiniz/Sevgiliniz/Anneniz/Kız kardeşiniz (Erkek grup üyeleri için) ya da Babanız/erkek kardeşinizi/Eşiniz/Sevgilinizi (Kadın grup üyeleri için) yolda yürürken tanımadığınız bir erkek/kadın ile konuştuğunu gördünüz. Bu durumda “Ne hissedersiniz” (Öfke, kızgınlık, üzüntü vs) üyelerin cevap vermesi beklenir. “Davranışınız nasıl olurdu” (Beni aldatıyor/yakınıma zarar verecek/benden habersiz nasıl yabancılarla konuşur diye düşünüp adama/kadına fiziksel zarar verirdim sözlü hakaret ederdim, bağırıp çağırırdım ya da sinirden kendime fiziksel zarar verirdim). Aynı durum da düşündüğünüz şey “tanımadığım bir akrabasıdır, çocukluk arkadaşıdır, yol tarifi soruyordur” olsaydı “Ne hissedersiniz” (huzurlu, sakinlik, merak vs) böyle hissettiğiniz ve düşündüğünüz için “davranışınız nasıl olurdu” (yanlarına gidip selam verirdim, bende tanıştırdım, yolu tarif ederdim vs)”.

Verilen örneklerle olaylara karşı oluşan düşüncelerimizin duygularımızı ve duygularımızın da davranışlarımızı nasıl etkilediği vurgulandı. Daha sonra iki farklı durum örneği ile evde yalnız başına uzanırken arka odadan pencere sesi gelmesi, yolun karşısında küfreden birisi var katılımcılara “ne düşündükleri”, “nasıl hissettikleri”, “bu durum karşısında ne yapacakları” soruldu. Üyelerden yaşadıkları bir durumu örneklendirmeleri istendi. Duygu-düşünce- davranış kayıt formu tanıtıldı. Eğitimin sonunda grup üyelerinden kısa bir özet istendi geri bildirim alındı ve eğitim sonlandırıldı. Ev ödevi verildi.

Ödev: Bir sonraki eğitime kadar oturumda yapılan alışımlardan yola çıkılarak günlük hayatta karşılaştıkları durum ya da olay karşısında kendilerini gözlemlemeleri ve forma yazmaları istendi. Form grup üyelerine dağıtıldı ve nasıl yapmaları gerektiği açıklandı.

Duygu Düşünce Davranış Formu					
					
Etrafımda ne oluyordu?	Nasıl hissediyordum?	Ne düşünüyordum?	Ne yapıyordum?	İşe yaradımı?	Başka ne yapabilirdim?

Şekil 3.6. Duygu Düşünce Davranış Formu (167)

IV. Oturum: Otomatik Düşünceler ve Alternatif Düşünce Üretme

Oturumun Amaçları

- Otomatik düşünceleri (olumlu/olumsuz) fark edip, ifade etmesi
- Otomatik düşünceleri destekleyen ve onlara karşı olan kanıtları fark edip, incelemesi
- Düşüncelerin gerçekliğini ve işlevselliğini sorgulaması

Kullanılan Teknik ve Egzersizler

- Düz anlatım, alternatif düşünce kayıt formu, otomatik düşünce formu, alıştırma, sokratik sorgulama, tartışma

Süreç

Bir önceki oturuma dair geri bildirim alınması ve özetlenmesi:

- Katılımcılara eğitime başlamadan önce nasıl oldukları, nasıl hissettikleri ve anlatmak istedikleri bir durum olup olmadığı soruldu.
- Grup üyelerine bir önceki eğitimde akıllarına takılan bir konu olup olmadığı soruldu.
- Bir önceki eğitimin kısa bir özeti yapıldı ve bu hafta yapılacak eğitimin içeriği kısaca anlatıldı.
- Ev ödevleri kontrol edildi ve yorumlandı.

Oturumun içeriği ve yapılanlar:

Eğitime otomatik düşünceler konu anlatımı ile başlandı. Olumlu ve olumsuz otomatik düşüncelerden bahsedildi ve olumsuz otomatik düşünceler üzerinde duruldu. Olumsuz otomatik düşüncelerin saptanması (O anda zihnimde ne geçiyordu?, O anda kendi kendime ne söylüyordum?, O anda zihninizi görseniz neler izlerdiniz?, O anda zihninizi okuyabilseydiniz ne okurdunuz?, O an da bir hayal canlandı mı zihnimde? , Yaşadığım bu durumda en kötü şey ne olabilir? ile konu anlatımına devam edildi (168). Örneklerle konunun kavramsallaştırılması sağlandı ve üyelerin kendi hayatları ile ilgili örnek vermesi teşvik edildi. Otomatik düşünceleri inceleme formu tanıtıldı.

Tarih-Yer, Olay-Durum	Duygu	Otomatik Düşünceler	Düşünce İşleme Özellikleri	Davranışlar	Otomatik Düşünceyle İlgili İncelemeler	Gerçekçi/İlgili Düşünceler	Yeni Duygu
ÖRNEK: Akşam evde otururken ayrıldığı eşinin eşyasını görme	Üzüntü- (80) Karamsarlık (90)	İlişkiyi yürütemedim Asla iyi giden bir ilişkim olmayacak *	Aşırı genelleme Felaketleştirme	Alkol alma	Daha önce iyi giden ilişkilerim oldu Bu ilişkim kötü gitmiş olabilir Bu ilişkinin kötü gitmesi sadece benimle ilgili değildi, Ayrılığımızın asıl nedeni eşimin anlayışsız ve aşırı talepkar olmasıydı, benden önce de ilişkileri sorunluydu Yeni ilişkilerim olabilir	İlişkinin bitmesi büyük ölçüde eşime bağlı sebeplerle ilgiliydi, bu gelecekte bana ne olacağımı göstermez. Bu ilişki benim için zararlı olan ve sürmemesi daha iyi olan bir ilişkiydi	Karamsarlık 60

Şekil 3.7. Otomatik Düşünceleri İnceleme Formu (169)

Bir sonraki adımda olumsuz düşüncelere karşı sorulabilecek sokratik sorular ve bunların işlevsel düşüncelerle değiştirilmesi üzerinde duruldu. Sokratik sorgulama ile düşünce hatalarını sorgulamak ve bu düşüncelerin yerine daha işlevsel düşünceleri yerleştirmek için sorulabilecek sorular (“*Sizce bu doğru mu? Kanıt olarak hangi davranışları göstere bilirsiniz?*”) soruldu. Örnek durumlar üzerinden düşüncelerin nasıl sorgulanacağı üyelere açıklandı. Alternatif/Gerçekçi düşünce oluşturma; otomatik sokratik sorgulama sürecinde, düşünce incelenmesinde ve kanıt incelemenden sonra yapıldı (169). Katılımcılarla beraber “Yaşanan durum veya olayın başka bir açıklama şekli, sonucu olabilir mi?” veya “Bu olay başka bir biçimde yorumlanabilir mi?” sorularının cevapları tartışıldı. Olan biteni daha iyi açıklayan alternatif bir düşünce ya da yorum araştırıldı (170). Bu teknikte, katılımcıların olumsuz bir olayla ilgili olarak farklı alternatif düşünceler veya bakış açıları geliştirmeleri için çalışıldı. Alternatif düşünce süreciyle hastaya yöneltilen soruların yardımıyla, farklı bakış açıları geliştirmeleri sağlandı (171).

Tahta, olumsuz düşünceler ile olumlu ve işlevsel düşünceler/Alternatif düşünce diye ikiye ayrıldı.

Olumsuz Otomatik Düşünce	Olumlu ve İşlevsel Düşünceler
<ul style="list-style-type: none"> - Eşime karşı üstüme düşenleri yapmadım, ona karşı hep soğuk oldum, hep kendimi düşündüm, kötü birisiyim. -Ya sunumumu beceremezsem -Aksilikler zaten hep beni bulur. - Asla iyileşmeyeceğim. -Delireceğim. 	<ul style="list-style-type: none"> -Eşime ölmeden önce küsmemiş olmayı isterdim ama bu beni kötü, bencil bir eş yapmaz. -Yoğun kaygı duysam bile sunumumu tamamlarım, herkes beğenmese bile beğenecek birçok çalışan olur. -Başka insanların da işlerinin ters gittiği zamanlar oluyordur. Bu bana özel bir durum değildir. - İlaçlarını alarak ve Psikoterapi görerek iyileşen çok sayıda insan var, ben de elimden geleni yapıyorum, pekâlâ onlardan biri olabilirim. -Delirmek daha farklı birşey. Ben deli değil endişeliyim ve korkuyorum. Vücudumu ve düşüncelerimi kontrol etmekte zorlanıyorum fakat bu deli olduğum anlamına gelmiyor.

Şekil 3.8. Olumsuz Otomatik Düşünce/Olumlu ve İşlevsel Düşünceler (172)

Alıştırma 1: “Sabah kahvaltıdan sonra ilaçlarınızı aldınız ve öğlen saatlerinde baş ağrısı ve karın ağrınız oluştu. Bu durumun aldığınız ilaçlardan kaynaklı olduğunu düşündünüz ve sonuç olarak kimseye danışmadan günlük kullanmanız gereken ilaç alımınızı bıraktınız. Bu düşünceniz sizce ne kadar gerçekçiydi? Buna ilişkin kanıtınız var mıydı? Aklınıza gelen düşünce dışında durumu başka nasıl açıklayabilirdiniz? Peki bu açıklamanın sonuçları nasıl olabilirdi? Doktorunuza danışmış olsaydınız size ne yapmanızı söylerdi?”

Alıştırma 2: “Arkadaşlarımızla birlikte otururken karşıdaki iki arkadaşımızın sessiz bir şekilde bir şeyler konuşup güldüklerini görürsek (arada göz teması da oluyor) bizim hakkımızda konuştuklarını düşünebiliriz. Böyle bir durumda sinir, öfke, kızgınlık gibi duygular hissedebiliriz. Peki hakkımızda konuştukları dışında farklı nasıl düşünebilirdik? Farklı düşündüğümüzde nasıl hisseder ve nasıl davranış gösterirdik?”

Üyelerin verdiği yanıtlar tartışıldı. Kanıta dayalı olasılıklar ele alındığında sonucun nasıl değiştiği üzerinde duruldu. Üyelerden yaşadıkları bir durumu düşünmeleri, bu durumdaki düşüncelerini, bu düşünceye ne kadar inandıklarını sorgulamaları, bu düşüncelerine ilişkin kanıtları değerlendirmeleri ve bu düşünceye alternatif olarak başka ne düşünebileceklerini bulmaları istendi. Eğitim alternatif

düşünce kayıt formu kayıt formu tanıtılarak ve içeriğin kısa bir özeti yapılarak sonlandırıldı.

Alternatif Düşünce Kayıt Formu							
Durum	Ne düşündüm	Belirti neydi?	Sıkıntı düzeyi (10 Puan)	Düşünceye ne kadar inandım? (%)	Başka ne düşünebilirdim?	Sıkıntı düzeyi(10 Puan)	Şimdi ne kadar inanıyorum? (%)

Şekil 3.9. Alternatif Düşünce Kayıt Formu (164)

Ödev: Bir sonraki oturuma kadar günlük hayatta yaşadıkları en az bir durumla ilgili otomatik düşüncelerini bulmaları ve bu düşüncenin gerçekliğini araştırmaları istendi. Eğer bu düşüncüyü destekleyen bir kanıt bulamazlarsa, en az bir alternatif düşünce üretmeleri istendi.. Bunun için eğitimde anlatılan “Alternatif Düşünce Kayıt Formu” ve “Otomatik Düşünce Formu” kullanıldı.

V. Oturum: Bilişsel Hatalar

Oturumun Amaçları

- Bilişsel hataları öğrenme
- Yaptığımız bilişsel hataları fark edebilme

Kullanılan Teknik ve Egzersizler

- Düz anlatım, örneklendirme, alıştırma,

Süreç

Bir önceki oturuma dair geri bildirim alınması ve özetlenmesi:

- Katılımcılara eğitime başlamadan önce nasıl oldukları, hissettikleri ve anlatmak istedikleri bir durum olup olmadığı soruldu.
- Grup üyelerine bir önceki eğitimde akıllarına takılan bir konu olup olmadığı soruldu.
- Bir önceki eğitimin kısa bir özeti yapıldı ve bu hafta yapılacak eğitimin içeriği kısaca anlatıldı.
- Ev ödevleri kontrol edildi ve yorumlandı.

Oturumun içeriği ve yapılanlar:

Eğitimin başında “Bilişsel hata nedir?, Bilişsel hata alt türleri” konularında bilgiler verildi ve örneklendirmeler yapıldı. Ardından alıştırma yapılarak konu pekiştirildi. Alıştırma da bazı otomatik düşünce örnekleri okundu ve grup üyelerinden

bunların hangi bilişsel hata türü olduğunu söylemeleri istendi. Eğitimin sonunda kısa bir özet yapıldı, geri bildirim alındı, eğitim sonlandırıldı.

Alıştırma 1:

OTOMATİK DÜŞÜNCELER	DÜŞÜNCE HATALARI
“..... yere gitme teklifimi kabul etmedi. Benimle beraber olmak istemiyor.” (.....)	Felaketleştirme (F) Zihin okuma (Z)
“Terapistimi sınırlendirdim. Benim basit bir insan olduğumu düşünüyor.” (.....)	Kişiselleştirme (K)
“Gittikçe kötüleşiyorum ve dibe batacağım.” (.....)	Mükemmeliyetçilik (M)
“Gece uyuyamadım. Hastalığım iyice ilerliyor.” (.....)	Ya olursa (Y)
“Sevdiklerim bana acıdıkları için benimle beraberler.” (.....)	Olmalı (O)
“Elime aldığım her şeyi berbat ederim, hiçbir işi doğru dürüst yapamam.” (.....)	Aşırı genelleme (G)
“Kimse bana saygı duymuyor.” (.....)	Etiketleme (E)
“Beni görmeden geçti. Her halde onu kızdıracak bir şey yaptım.” (.....)	Seçici Algılama (SA)
“Beni sevmeyi söylediği bir daha hiç sevmez.” (.....)	Küçümseme (KÜ)
“Anneme yardım edebilirdim. Ben bencil bir insanım.” (.....)	Ya hep Ya Hiç (YY)
“Ya delirirsem.” (.....)	
“Asla kimseyi üzmemeliyim.” (.....)	

Şekil 3.10. Otomatik Düşünceler/Düşünce Hataları Alıştırması (173)

VI. Oturum: Agresyona Karşı Farkındalık Oluşturma

Oturumun Amaçları

- Agresyonu ve buna yönelik oluşan bedensel ve davranışsal tepkilerini fark etme

Kullanılan Teknik ve Egzersizler

- Düz anlatım

Süreç

Bir önceki oturuma dair geri bildirim alınması ve özetlenmesi:

- Katılımcılara eğitime başlamadan önce nasıl oldukları, nasıl hissettikleri ve anlatmak istedikleri bir durum olup olmadığı soruldu.
- Grup üyelerine bir önceki eğitimde akıllarına takılan bir konu olup olmadığı soruldu.
- Bir önceki eğitimin kısa bir özeti yapıldı ve bu hafta yapılacak eğitimin içeriği kısaca anlatıldı.

Oturumun içeriği ve yapılanlar:

Agresyonun herkes tarafından hissedilebilen, güçlü fakat kontrol edilebilen bir davranış olduğu bizi öfkeli edilecek bir duygu yaşadığımızda fiziksel/fizyolojik, duygusal, davranışsal tepkiler verdiğimiz anlatıldı. Bu tepkiler sunuldu ve kendilerinde agresyon durumunda hangilerinin görüldüğü konuşuldu.

Fiziksel Belirtiler		Duygusal Tepkiler	Davranışsal Tepkiler
Kas gerilimi artması, Kaşları çatma, Dişler gıcırdatma, Yumrukları sıkma, Yüzün kızarması, El ve ayakta titreme hissi, Uyuşma hissi, Vücutta seğirmeler	Nefes almakta zorluk, Tıkanma hissi Terleme, Kontrol kaybı, Sıcaklık hissi, Burundan soluma, Dudakları ısırma, Baş ağrısı Beynin zonklaması	Sıkıntı, Şiddet, Gücenme, Üzüntü, Suçluluk, Korku Hayal Kırıklığı Hiddet, İntikam duygusu	Alkol ve ilaç kullanımı, Yeme bozuklukları, Sigara kullanımı, İntihar eylemi İş yapamaz hale gelme, Memnuniyetsizlik, İlişkilerin zayıflaması, Kaza yapma Mahkemelik olaylar yaşama

Şekil 3.11. Agresyonda Görülen Belirtiler (174)

Eğitimin devamında agresyonun Bilişsel modelin ABC'sine dayandırılarak devam edildi. Agresyonumuzu arttıran ya da azaltan durumun ABC modelinde anlatıldığı üzere olay ya da duruma getirdiğimiz yorumlar (B) olduğu vurgulandı ve örneklendirme yapılarak anlatılmak istenen kavramsallaştırıldı.

Örnek 1; *“Değer verdiğiniz birisiyle tartıştınız ve o da size vurmaya kalkıştı.”* (Olay). *Bu olayda sizi sinirlendiren sevdiğiniz kişi tarafından “sizden böyle bir şeyi nasıl bekleyebilir, tartışmada size sarf ettiği sözler/küfürler, sizin verdiğiniz değeri size göstermemesi ya da saygısızlık gördüğünüzü düşünmeniz” olabilir (Beni öfkeli ediren*

neydi?). Bu düşünceyle zihninizden 'ben bunu hak etmedim, bir daha asla konuşmayacağım, bu işin peşini bırakmayacağım, benim değerimi bilmedi' geçebilir (Öfkelenmiş an zihninden neler geçiyordu?). Bu durumda "Üzüntü, kızgınlık, kırgınlık," hissedebilirsiniz (Öfkelenmişimde hangi duyguları hissettim?) ve vücudunuzda fiziksel olarak "baş ağrısı, kalp çarpıntısı, ellerinizin titrediğini, yumruklarınızı sıkıştığınızı, dudaklarınızı ısırığınızı" hissedebilirsiniz (Öfkelenmişimde fiziksel olarak vücudumda neler hissettim)."

Yukarıda verilen örneğin, gönüllü grup üyelerinden birisine aynı durumu yaşadığını gözleri kapalı bir şekilde hayal etmesi ve sorulara cevap vermesi istendi. Grup üyesine "siz olsaydınız ne düşünürdünüz?", "nasıl hissederdiniz?", "ne yapardınız?", "vücudunuzda hissettiğiniz bedensel tepkileriniz neler oldu?" şeklinde soruldu. Daha sonra aynı durumu tekrar etmesi istendi ve burada olaya getirdiği yorumda alternatif düşünceler oluşturması istendi. Aynı sorular tekrar soruldu. İkinci yapılan alıştırmaya ile bir önceki alıştırmaya arasında "duygu, düşünce ve bedensel tepkilerinde fark oldu mu?" diye soruldu. Daha sonra grup üyelerinden günlük yaşamda yaşadıkları durumlardan yola çıkarak "Sizi öfkeliyen/sinirlendiren bir şey yapıldığında nasıl tepki veriyorsunuz? Tepkiniz sonrası ne oluyor?" sorularak, bunları etkileri üzerine tartışıldı. Tahtaya bir çizelge çizildi "Sizi Öfkeliyen Davranışları Nelerdir? Bu Durumlarda Ne Hissediyorsunuz? Ne Yapıyorsunuz?" soruları soruldu ve tahtaya öfkelenmişimde: "zihninden geçen-duygularım-vücudumda hissettiklerim-davranışlarım" yazıldı (175). Daha sonra "Öfke Gözlem Formu" tanıtıldı.

TAHTA				
			Öfkelenmişimde	
Öfkeliyen Olay	Zihninden Geçenler	Duygularım	Vücudumda Hissettiklerim	Davranışlarım
Örnek Eşim aldığı hediyeyi beğenmedi küçümsedi.	Onun için o kadar uğraştım, ona değer verdim aldım ama hala kıymetimi bilmiyor	Öfke Kızgınlık Kırgınlık	Kalbim hızlı hızlı attı Başım ağrıdı Terledim, sıcak bastı Kaslarımın gerildiğini hissettim	Sen bir pisliksin diye ona bağırdım Sinirden elimi duvara vurdum Hediyeyi geri aldım Küstüm

Şekil 3.12. Öfke anında zihinden geçenler, duygular, vücutta hissedilenler, davranışlar çizelgesi

Ödev: Bir sonraki oturuma kadar üyelerin “*Öfke Gözlem Formu*”nu örnekten faydalanarak doldurmaları istendi.

ÖFKE GÖZLEM FORMU				
Neye/Kime Öfkelendim?	Beni Öfkelendiren Neydi?	Öfkelendiğim An Zihnimden Neler Geçiyordu?	Öfkelendiğimde Hangi Duyguları Hissettim?	Öfkelendiğimde Fiziksel Olarak Vücutumda Neler Hissettim?
<i>Örnek olay: Arkadaşlarım bana haber vermeden sinemaya gitmişler.</i>	<i>Beni önemsememeleri, yokmuşum gibi davranmaları</i>	<i>Hep bunu yapıyorlar, beni çağırmaları gerekirdi, beni önemsemiyorlar</i>	<i>Kırgınlık, kızgınlık, yalnızlık</i>	<i>Kalbim hızlı hızlı attı, başımın ağrıdığını hissettim, kaslarımın gerildiğini hissettim.</i>

Şekil 3.13. Öfke Gözlem Formu (175)

VII. Oturum: Agresyon ile Baş Etme Yöntemleri ve Gevşeme Egzersizi

- Agresyon ile baş etme stratejilerini öğrenme
- Gevşeme egzersini yapabilme

Kullanılan Teknik ve Egzersizler

- Düz anlatım, gevşeme egzersizi,

Süreç

Bir önceki oturuma dair geri bildirim alınması ve özetlenmesi:

- Katılımcılara eğitime başlamadan önce nasıl oldukları, hissettikleri ve anlatmak istedikleri bir durum olup olmadığı soruldu.
- Grup üyelerine bir önceki eğitimde akıllarına takılan bir konu olup olmadığı soruldu.
- Bir önceki eğitimin kısa bir özeti yapıldı ve bu hafta yapılacak eğitimin içeriği kısaca anlatıldı.
- Ev ödevleri kontrol edildi ve yorumlandı.

Oturumun içeriği ve yapılanlar:

Bir önceki eğitimde agresyonu ve buna bağlı olarak bedeninde meydana gelen değişimleri fark etmeyi, öğrenen grup üyelerine bu durumu hangi yöntemlerle kontrol edebilecekleri anlatıldı. Eğitimimizde bu yöntemlerden biri olan gevşeme egzersizi kullanıldı ve nasıl uygulandığı bireylere öğretildi. Egzersizler yaptırıldı.

Uygulama: “Gevşeme egzersizi için önce rahat edeceğiniz bir pozisyonda oturun. Arkanıza dayanın, gözlerinizi kapatın ve dikkatinizi solunumunuz üzerinde yoğunlaştırın. Bir elinizi karnınıza diğer elinizi göğsünüzün üzerine yerleştirin. Burnunuzdan yavaş ve doğal bir şekilde nefes alın karnınızın yükseldiğini fark edin. Aldığınız nefesi tutabildiğiniz kadar içinizde tuttuktan sonra yavaşça ağzınızdan verin. Nefesi verirken de karnınızın şişkinliğinin indiğini hissedin. Boyun ve omuz kaslarınızı olabildiğince gevşetin. Bunu 15-20 dakika tekrar ederek yapalım. Kısa bir zaman içinde gerginliğin vücudunuzdan kayıp gittiğini fark edeceksiniz.”

Bir iki saniye aralıklarla aynı alıştırma uygulandı. Egzersizi uygun yapamayan grup üyelerine nasıl yapmaları gerektiği tekrar gösterildi. Bu egzersizi istedikleri her ortamda kendilerini huzursuz, agresif hissettiklerinde yapabilecekleri ve bir sonraki oturuma kadar her gün tekrar etmeleri istendi (164).

VIII. Oturum: Değerlendirme/Son Testlerin Uygulanması:

- Oturumların genel değerlendirmesini yapmak,
- Grubun sonlanmasına hazırlamak,
- Son testleri uygulamak

Kullanılan Teknik ve Egzersizler

- Düz anlatım

Süreç

Bir önceki oturuma dair geri bildirim alınması ve özetlenmesi:

- Katılımcılara eğitime başlamadan önce nasıl oldukları, nasıl hissettikleri ve anlatmak istedikleri bir durum olup olmadığı soruldu.
- Grup üyelerine bir önceki eğitimde akıllarına takılan bir konu olup olmadığı soruldu.
- Bir önceki eğitimin kısa bir özeti yapıldı ve bu hafta yapılacak eğitimin içeriği kısaca anlatıldı.

Oturumun içeriği ve yapılanlar:

Eğitimin son oturumu olduğu belirtilerek, genel değerlendirme yapıldı. Eğitimi sürecinde kendilerinde ne gibi değişiklikler olduğu soruldu ve eğitimin hayatlarının diğer alanlarına nasıl uygulanabileceği tartışıldı. Gruba veda etmekle ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşmaları sağlandı. Son testler uygulandı.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Şizofreni tanılı bireylerin tedaviye uyum ve agresyon düzeyleridir.

Bağımsız Değişken: BDT Temelli Psikoeğitim programıdır.

Kontrol Değişkenleri: Hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitimi, çalışma durumu, gelir düzeyi, ailede ruhsal hastalık öyküsü, hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi ve kullanılan ilaçlardır.

Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması Tablo 3.2 de verilmiştir.

Tablo 3.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Kontrol Grubu		Deney Grubu		Test ve Önemlilik
	S	%	S	%	
Yaş Grupları					
18-28	12	30.0	6	18.2	$X^2=7.081$ $p=0.067$
29-39	15	37.5	7	21.2	
40-50	8	20.0	16	48.5	
51-65	5	12.5	4	12.1	
Cinsiyet					
Kadın	15	37.5	9	27.3	$X^2=0.857$ $p=0.455$
Erkek	25	62.5	24	72.7	
Medeni durum					
Evli	16	40.0	14	42.4	$X^2=0.834$ $p=0.511$
Bekar	24	60.0	19	52.6	
Eğitim durumu					
İlköğretim	21	52.5	14	42.4	$X^2=1.669$ $p=0.796$
Ortaöğretim	16	40.0	15	45.5	
Yükseköğretim	3	7.5	4	12.1	
Çalışma durumu					
Evet	4	10.0	4	12.1	$X^2=0.690$ $p=0.351$
Hayır	36	90.0	29	87.9	
Gelir düzeyi					
Kötü	14	35.0	13	39.4	$X^2=1.530$ $p=0.592$
Orta	20	50.0	14	42.4	
İyi	6	15.0	6	18.2	
Ailede ruhsal hastalık öyküsü					
Var	21	52.5	22	66.7	$X^2=1.499$ $p=0.242$
Yok	19	47.5	11	33.3	
Hastalığın başlangıç yaşı					
18-28	37	92.5	24	72.7	$X^2=5.422$ $p=0.066$
29-39	3	7.5	9	27.2	
Hastalık süresi					
0-5 yıl	5	12.5	5	15.2	$X^2=0.773$ $p=0.431$
6-11 yıl	9	22.5	9	27.3	
12 yıl ve üzeri	26	65.0	19	57.6	
Kullanılan ilaçlar					
Antipsikotik	22	55.0	17	51.5	$X^2=1.748$ $p=0.387$
Antipsikotik ve Antidepresan	18	45.0	16	48.4	

Araştırmada kontrol değişkenliği bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$), grupların homojen olduğu belirlendi.

3.9. Verilerin İstatiksel Analizi

Verilerin analizi için SPSS 24.0 istatistik programı kullanılmıştır ve anlamlılık düzeyi için $p<0.05$ değeri kabul edilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile analiz edilmiştir. Normal dağılıma uyan veriler için kullanılan istatistiksel yöntemler tablo 3.3’ de verilmiştir.

Tablo 3.3. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

	Kontrol ve Deney Grubu
Tanıtıcı Özellikler ve Ölçekler ile tanıtıcı özelliklerin karşılaştırılması	<ul style="list-style-type: none">• Yüzdeler dağılım• Aritmetik ortalama• Ki-kare testi• Standart sapma
MTUÖ ve BPSÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması	<ul style="list-style-type: none">• Bağımsız gruplarda <i>t</i> testi
MTUÖ, BPSÖ’nin eğitim öncesi ve eğitim sonrası toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	<ul style="list-style-type: none">• Bağımlı gruplarda <i>t</i> testi

3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülebilmesi için İnönü Üniveristesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu’ndan onay (EK-6) ile araştırmanın yapılacağı ilgili kurumlardan yasal izinler (EK-7) ve ölçekler için geliştiren araştırmacılardan izinler (EK-8) alınmıştır. Çalışmaya dahil edilen bireylere çalışmanın amacı, bilgilerin gizliliği ve bu bilgilerin farklı bir amaçla başka bir yer ya da kurumda kullanılmayacağı, çalışmadan istedikleri zaman ayrılma hakkına sahip oldukları gibi açıklamalar yapılarak katılımcılardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

Araştırmada “Bilgilendirilmiş Onam İlkesi” (EK-9), “Gönüllülük İlkesi” ile “Gizliliğin Korunma İlkesi” yerine getirilmiştir.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Hastaların TRSM’ne uzakta yaşamalarından kaynaklı gidiş gelişlerde sorun yaşamaları, antipsikotik ilaç kullanımına bağlı erken uyanamama, kendini halsiz

hissetme durumundan katılmak istememeleri, dikkatlerini toplamakta güçlük çektiklerinden eğitime devam etmek istememeleri, TRSM’ de kayıtlı olan numaralara kullanılmadığından dolayı ulaşılamaması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.



4. BULGULAR

Araştırmanın analizinden elde edilen veriler çalışmanın hipotezleri doğrultusunda sunuldu. Kontrol ve Deney Grubundaki Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı Tablo 4.1. de verilmiştir.

Tablo 4.1. Kontrol ve Deney Grubundaki Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Kontrol Grubu		Deney Grubu	
	S	%	S	%
Yaş				
18-28	12	30.0	6	18.2
29-39	15	37.5	7	21.2
40-50	8	20.0	16	48.5
51-65	5	12.5	4	12.1
Cinsiyet				
Kadın	15	37.5	9	27.3
Erkek	25	62.5	24	72.7
Medeni durum				
Evli	16	40.0	14	42.4
Bekar	24	60.0	19	52.6
Eğitim durumu				
İlköğretim	21	52.5	14	42.4
Ortaöğretim	16	40.0	15	45.5
Yükseköğretim	3	7.5	4	12.1
Çalışma durumu				
Evet	4	10.0	4	12.1
Hayır	36	90.0	29	87.9
Gelir düzeyi				
Kötü	14	35.0	13	39.4
Orta	20	50.0	14	42.4
İyi	6	15.0	6	18.2
Ailede ruhsal hastalık öyküsü				
Var	21	52.5	22	66.7
Yok	19	47.5	11	33.3
Hastalığın başlangıç yaşı				
18-28	37	92.5	24	72.7
29-39	3	7.5	9	27.2
Hastalık süresi				
0-5 yıl	5	12.5	5	15.2
6-11 yıl	9	22.5	9	27.3
12 yıl ve üzeri	26	65.0	19	57.6
Kullanılan ilaçlar				
Antipsikotik	22	55.0	17	51.5
Antipsikotik ve Antidepresan	18	45.0	16	48.4

Deney grubundaki tanıtıcı özellikler dağılımına bakıldığında katılımcıların %48.5'inin 40-50 yaş, %72.7'sinin erkek, %52.6'sının bekar, %45.5'inin ortaöğretim mezunu, %87.9'unun çalışmadığı, %42.4'ünün gelir düzeyinin orta, %66.7'sinin ailesinde ruhsal hastalık öyküsünün olduğu, %72.7'sinde hastalığın başlangıç yaşının

18-28 yaş, %57.6'sında hastalığın 12 yıl ve üstü var olduğu ve %51.5'inin sadece antipsikotik ilaç kullandıkları görülmektedir.

Kontrol grubundaki tanıtıcı özellikler dağılımına bakıldığında ise katılımcıların %37.5'inin 29-39 yaş, %62.5'inin erkek, %60'ının bekar, %52.5'inin ilköğretim mezunu, %90'ının çalışmadığı, %50'sinin gelir düzeyinin orta, %52.5'inin ailesinde ruhsal hastalık öyküsünün olduğu, %92.5'inin hastalık başlangıç yaşı 18-28, %65'inin 12 yıl ve üstü hastalığın olduğu ve %55'inin sadece antipsikotik ilaç kullandığı görülmektedir.

Deney ve kontrol gruplarındaki ön test tedaviye uyum ve saldırganlık ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2. Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin ön test tedaviye uyum ve saldırganlık ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (S=73)

ÖN TEST			
Saldırganlık Alt Boyutları	Deney Grubu (s=33) ($\bar{X}\pm S.S$)	Kontrol Grubu (s=40) ($\bar{X}\pm S.S$)	*Test ve Önemlilik
Fiziksel saldırganlık	22.78±6.88	24.67±4.65	$t=-1.465$ $p=0.180$
Öfke	19.57±5.46	20.22±3.23	$t=-0.630$ $p=0.003$
Düşmanlık	24.39±5.93	24.45±5.44	$t=-0.048$ $p=0.962$
Sözel saldırganlık	13.75±3.50	13.77±2.87	$t=-0.023$ $p=0.814$
BPSÖ Puan	80.51±19.38	84.22±12.13	$t=-0.997$ $p=0.038$
MTUÖ Toplam Puan	2.75±1.25	2.05±1.33	$t=2.315$ $p=0.868$

*Bağımsız gruplarda t testi

Deney ve kontrol grubunun ön test tedaviye uyum ve saldırganlık ölçek alt boyutları toplam puan karşılaştırmasında (Tablo 4.2) deney grubundaki şizofrenil tanıli bireylerin saldırganlık alt boyutları; fiziksel saldırganlık puan ortalaması 22.78±6.88, öfke puan ortalaması 19.57±5.46, düşmanlık puan ortalaması 24.39±5.93, sözel saldırganlık puan ortalaması 13.75±3.50 ve BPSÖ toplam puan ortalaması 80.51±19.38 olduğu, kontrol grubundaki hastaların ise fiziksel saldırganlık puan ortalaması 24.67±4.65, öfke puan ortalaması 20.22±3.23, düşmanlık puan ortalaması 24.45±5.44,

sözel saldırganlık puan ortalaması 13.77 ± 2.87 ve BPSÖ toplam puan ortalaması 84.22 ± 12.13 olduğu belirlendi. İki grup arasında ön test BPSÖ toplam puan farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Deney ve kontrol grubu ön test MTUÖ toplam puan ortalaması deney grubunda 2.75 ± 1.25 , kontrol grubunda 2.05 ± 1.33 olarak belirlendi. İki grup arasında MTUÖ toplam puan farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p > 0.05$) ve gruplar arası MTUÖ toplam puan ortalamalarının birbirine benzer olduğu belirlendi. Kontrol grubunun saldırganlık ölçek alt boyutlarından fiziksel saldırganlık ve öfke alt boyutlarının deney grubuna göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmüştür. Saldırganlık alt boyutu olan öfke alt boyutunun deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Kontrol grubunun saldırganlık toplam puanı deney grubundan daha yüksek olup iki grup arasında ölçek toplam puanı arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin son test tedaviye uyum ve saldırganlık alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4.3. Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin son test tedaviye uyum ve saldırganlık alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

SON TEST			
Saldırganlık Alt Boyutları	Deney Grubu (s=33) ($\bar{X} \pm S.S$)	Kontrol Grubu (s=40) ($\bar{X} \pm S.S$)	*Test ve Önemlilik
Fiziksel saldırganlık	18.60±5.14	23.45±5.34	$t=1.148$ p=0.001
Öfke	19.30±4.51	21.40±3.88	$t=3.197$ p=0.001
Düşmanlık	21.42±5.85	26.60±4.48	$t=4.126$ p=0.001
Sözel saldırganlık	13.78±2.92	14.15±2.88	$t=1.147$ p=0.001
BPSÖ Toplam Puan	73.12±15.28	85.60±11.72	$t=1.373$ p=0.001
MTUÖ Toplam Puan	3.57±0.66	2.17±1.36	$t=6.148$ p=0.001

*Bağımsız gruplarda t testi

Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin son test tedaviye uyum ve saldırganlık alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında (Tablo 4.3) deney grubunun saldırganlık alt boyutları; fiziksel saldırganlık puan ortalaması 18.60 ± 5.14 , öfke puan ortalaması 19.30 ± 4.51 , düşmanlık puan ortalaması 21.42 ± 5.85 , sözel

saldırıcılık puan ortalaması 13.78 ± 2.92 ve BPSÖ toplam puan ortalaması 73.12 ± 15.28 olduğu, kontrol grubundaki hastaların ise fiziksel saldırıcılık puan ortalaması 23.45 ± 5.34 , öfke puan ortalaması 21.40 ± 3.88 , düşmanlık puan ortalaması 26.60 ± 4.48 , sözel saldırıcılık puan ortalaması 14.15 ± 2.88 ve BPSÖ toplam puan ortalaması 85.60 ± 11.72 olduğu belirlendi. Gruplar arası BPSÖ ortalama toplam puan farkının istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p=0.001$). Deney grubu MTUÖ son test toplam puan ortalamasının 3.57 ± 0.66 , kontrol grubunun ise 2.17 ± 1.36 olduğu belirlendi ve gruplar arası MTUÖ ortalamasının toplam puan farkı istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu ($p=0.001$).

Deney grubu ile kontrol grubu arasında fiziksel saldırıcılık, öfke, düşmanlık, sözel saldırıcılık alt boyutları son test puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). MTUÖ toplam puanı deney grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Kontrol grubunun fiziksel saldırıcılık, öfke, düşmanlık, sözel saldırıcılık alt boyutlarının puan ortalamasının deney grubundan yüksek olduğu görülmüştür.

Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin ön test ve son test tedaviye uyum ve saldırıcılık alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.4. Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin ön test ve son test tedaviye uyum ve saldırganlık alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (S=70)

Gruplar	Saldırganlık Alt Boyutları	Ön Test	Son Test	*Test ve Önemlilik
		($\bar{X} \pm S.S$)	($\bar{X} \pm S.S$)	
Deney Grubu (s=33)	Fiziksel saldırganlık	22.78±6.88	18.60±5.14	$t=5.966$ p=0.001
	Öfke	19.57±5.46	19.30±4.51	$t=0.355$ p=0.725
	Düşmanlık	24.39±5.93	21.42±5.85	$t=2.985$ p=0.001
	Sözel saldırganlık	13.75±3.50	13.78±2.92	$t=-0.049$ p=0.961
	BPSÖ Toplam Puan	80.51±19.38	73.12±15.28	$t=3.353$ p=0.001
	MTUÖ Toplam Puan	2.75±1.25	3.57±0.66	$t=1.252$ p=0.001
Kontrol Grubu (s=40)	Fiziksel saldırganlık	24.67±4.65	23.45±5.34	$t=1.968$ p=0.058
	Öfke	20.22±3.23	21.40±3.88	$t=-1.931$ p=0.061
	Düşmanlık	24.45±5.44	26.60±4.48	$t=-1.814$ p=0.077
	Sözel saldırganlık	13.77±2.87	14.15±2.88	$t=-0.865$ p=0.392
	BPSÖ Toplam Puan	84.22±12.13	85.60±11.72	$t=-0.873$ p=0.388
	MTUÖ Toplam Puan	2.05±1.33	2.17±1.36	$t=0.488$ p=0.628

*Bağımlı gruplarda *t* testi

Deney grubu MTUÖ test öncesi puan ortalaması 2.75±1.25, test sonrası puan ortalaması 3.57±0.66, BPSÖ test öncesi puan ortalaması 80.51±19.38, test sonrası puan ortalaması ise 73.12±15.28 olarak bulunmuştur. Deney grubu MTUÖ ön test-son test toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Aynı şekilde BPSÖ ön test-son test toplam puan arasındaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Deney grubunda BPSÖ'nin fiziksel saldırganlık ve düşmanlık alt boyutlarında ön test ve son test toplam puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Deney grubundaki şizofreni tanılı bireylerin ön test ve son test tedaviye uyum ve saldırganlık alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında (Tablo 4.4) fiziksel saldırganlık, öfke

ve düşmanlık alt boyutlarının ölçek puan ortalamasının son testte azaldığı görülmektedir. Deney grubu BPSÖ'nin toplam puanının test sonrası puanının test öncesine göre azaldığı, MTUÖ toplam puanının test sonrası puanının test öncesi puanına göre arttığı görülmüştür.

Kontrol grubu MTUÖ test öncesi puan ortalaması 2.05 ± 1.33 , test sonrası puan ortalaması 2.17 ± 1.36 , BPSÖ test öncesi puan ortalaması 84.22 ± 12.13 , test sonrası puan ortalaması ise 85.60 ± 11.72 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda BPSÖ ve MTUÖ test öncesi- test sonrası ortalama toplam puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$). Kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylerin ön test ve son test tedaviye uyum ve saldırganlık alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında (Tablo 4.4), BPSÖ alt boyutlarından fiziksel saldırganlıkta puan ortalamasının son testte ön teste göre azaldığı ancak test öncesi- test sonrası ortalama puan arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$). Kontrol grubunda öfke, düşmanlık, sözel saldırganlık alt boyutlarında son testte puan ortalamalarının ön teste göre arttığı görülmüştür ve bu alt boyutların ön test-son test ortalama toplam puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$). Kontrol grubunda BPSÖ ve MTUÖ toplam puan ortalamaları test sonrası test öncesine göre artmıştır.

Elde edilen veriler doğrultusunda deney ve kontrol grubu MTUÖ ve BPSÖ ön test-son test puan ortalama değerlerindeki değişim karşılaştırıldığında BDT temelli psikoeğitimin şizofreni tanılı bireylerde tedaviye uyumu arttırdığı ve saldırganlık düzeyini azalttığı görülmüştür.

5. TARTIŞMA

Şizofreni tanılı bireylerde bilişsel davranışçı terapi temelli psikoeğitimin tedaviye uyum ve agresyona etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Bu araştırmada, psikoeğitim öncesi kontrol ve deney grubundaki şizofreni tanılı bireylerin gruplar arası Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (MTUÖ) toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 4.2). Bu veriler iki grubun tedaviye uyum düzeyi bakımından homojen olduğunu göstermektedir. Deney ve kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylerin, eğitim öncesi almış oldukları tedaviye uyum toplam puan ortalamasına bakıldığında MTUÖ'nden alınabilecek yüksek puan dikkate alınarak tedaviye uyumlarının orta düzeyde olduğu söylenebilir. Üstün ve ark. yaptıkları çalışmalarında bir TRSM'deki şizofreni tanılı bireylerin herhangi bir rehabilitasyon programına katılmadan önceki tedaviye uyum düzeylerinin orta olduğu görülmüştür (176). Kalkan ve Kavak Budak, Altun ve ark., Yıldırım Üşenmez ve ark.'nın araştırmalarında da şizofreni tanılı bireylerin tedaviye uyumlarının orta düzeyde olduğu bulunmuştur (11,177,178). Şizofreni tanılı bireylerin tedaviye uyum düzeyini etkileyen birçok faktör vardır ancak en sık karşılaşılan nedenlerden biri antipsikotik ilaçların yan etkileridir. Hastaların birçoğu kullandıkları ilaçların tedavilerinde ne kadar önemli olduğunu bilmekte fakat ilaçların yaratmış olduğu yan etkilerden dolayı ilaç uyumlarının bozulduğunu belirtmektedirler. Ayrıca ilaçların hastalarda halsizlik, yorgunluk, dikkat problemleri ve unutkanlık yaratması tedaviye uyumlarının orta düzeyde olmasının nedeni olarak düşünülebilir (179,180). Bu araştırmada tedaviye uyum düzeyi ile elde edilen veriler literatür ile benzerlik göstermektedir.

Bu araştırmada şizofreni tanılı bireylerin psikoeğitim sonrası kontrol ve deney grubundaki gruplar arası MTUÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ($p=0.001$, Tablo 4.3) Psikoeğitim sonrası deney grubunun MTUÖ son test puan ortalamasının ön test puan ortalamasına (Tablo 4.2) göre yükseldiği ve iki grup son test puan ortalamasının deney grubunda daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı şekilde deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin ön test-son test MTUÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında (Tablo 4.4) deney grubunun ortalama puanının arttığı kontrol grubunda ise ortalamanın değişmediği görülmektedir.

Deney grubunda verilen psikoeğitimin ön test- son test toplam puan farkı arasında istatistiksel olarak önemli olduğu ($p=0.001$), kontrol grubunda ise ölçek toplam puan farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Bu sonuçlar BDT temelli verilen psikoeğitimin tedaviye uyum konusunda faydalı bir girişim olduğunu göstermektedir. Yazla ve ark. TRSM'ne aktif katılım gösteren 50 psikoz hastasına tedavi uyumuna yönelik terapi programı uygulamışlardır. Program psikoz hastalarının motivasyonel, bilişsel davranışçı yaklaşım ve psikoeğitim yöntemi ile birlikte bireylerin tedaviye yönelik inançlarını düzenlemektedir. 8 seanslık terapi sonunda son test puan ortalamalarının ön teste göre yükseldiği ve ön test-son test ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.01$). Çalışma, psikozlu hastalara uygulanan tedaviye uyum terapisinin bireylerde tedaviye uyumunu arttırdığını göstermiştir (181). Invanna ve ark. Tayland'daki şizofreni popülasyonlarında ilaç uyumunu arttırmaya yönelik müdahalelerin etkinliği inceledikleri sistematik bir derlemede, şizofreni tanılı bireylerde tedavi uyumunu arttırmak için BDT ve motivasyonel görüşme teknikleriyle gerçekleştirilen bireysel danışmanlığın, kontrol grubuna kıyasla ilaç uyum davranışını arttırdığını ve zaman içinde ilaç uyumunu sürdürdüğünü ortaya koymuştur (182). Ertem ve ark., Chien ve ark., Harmancı ve Budak çalışmalarında motivasyonel görüşme tekniklerini, Çetin ve Aylaz ise farkındalık temelli psikoeğitim girişimiyle yaptıkları çalışmalarını ön test- son test deneysel model olarak yürütmüşlerdir. Araştırmaların sonucunda deney grubunun son test ölçek puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuş ve iki grup arasındaki ölçek puan farkı arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırmalardan farkındalık temelli ve motivasyonel görüşme tekniklerine dayalı psikoeğitimin şizofreni hastalarında tedavi uyumunu arttırdığı görülmüştür (13,14,183,184). Tatu ve Demir, Shehu ve ark., Agu, Thanekar ve ark., araştırmalarında şizofreni tanılı bireylerde psikoeğitim müdahalesinin tedavi uyumunun üzerindeki etkisini araştırdıkları çalışmalarında deney grubunun son test puan ortalamasının ön test puan ortalamasına göre arttığı ve her iki grup arasında ölçek puan ortalama farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bulmuşlardır. Araştırmalarda şizofreni tanılı bireylere verilen psikoeğitimin tedaviye uyumları üzerinde uyumu artırıcı etkisi olduğu gösterilmiştir (15,16,185,186). Bu araştırmada da benzer şekilde oturumlarda uyguladığımız, eğitimci-hasta arasında güven ilişkisinin kurulması, katılımcılara şizofreni hastalığı hakkında bilgi verilmesi, tedavisinde ilaçların önemi, yan etkileri ve bunlarla nasıl

başedebileceği, tedaviye yönelik olumsuz otomatik düşünceleri ve alternatif düşünce oluşturma tekniklerinin katılımcıların tedaviye uyumu arttırdığını söyleyebiliriz.

Deney gruplarının girişimsel müdahale sonrası tedavi düzeylerindeki bu artış, araştırma hipotezlerinden olan **‘H1: Şizofreni tanılı bireylerde bilişsel davranışçı temelli verilen psikoeğitim tedaviye uyum düzeyini artırır.’** hipotezini doğrulamaktadır. Literatürde davranışçı girişimler ve psikoeğitimin şizofreni tanılı bireylerde tedavi uyumunu arttırmada etkili olduğu görülmektedir. Şizofreni tanılı bireylere BDT temelli psikoeğitimin verildiği bu çalışmada; hastaların tedavi inançlarını ve ilaç alma konusundaki tereddütlerini belirlemesini, bilişsel yeteneklerinin yeniden yapılandırılması, otomatik düşüncelerini keşfetmeleri ve bunlara alternatif düşünce oluşturma becerisi kazandırmaları ile hastalara ilaçlarını yönetme konusunda pratik sağlayarak tedaviye uyumu iyileştirdiği düşünülebilir.

Bu çalışmada psikoeğitim öncesi deney ve kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylerin gruplar arası Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ) toplam puan ortalaması kontrol grubunda deney grubuna göre daha yüksektir. Gruplar arası BPSÖ toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$, Tablo 4.2). Bu veriler iki grubun saldırganlık düzeyi bakımından homojen olmadığını göstermektedir. Hem deney hem de kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylerin eğitim öncesi almış oldukları saldırganlık ölçek toplam puan ortalamasına bakıldığında, BPSÖ'nden alınabilecek yüksek puan dikkate alınarak saldırganlık düzeylerinin orta olduğu söylenebilir. Gürkan ve ark. çalışmalarında, suç işlemiş ve işlememiş şizofreni hastalarının sosyodemografik verileri, psikopati ve saldırganlık düzeylerini karşılaştırmış çalışmanın sonucunda suç işleyen ve işlemeyen şizofreni tanılı bireylerin saldırganlık ölçek toplam puan ortalamasının düşük düzey olduğu görülmüştür (187). Araya ve ark. şizofreni tanılı bireylerin saldırgan davranışlarının yaygınlığı ve ilişkili faktörler üzerine yaptıkları çalışmalarında katılımcıların dörtte üçünün saldırgan davranışları olmadığını belirlemişlerdir. Çalışmalarında uygulanan ölçek sonucu değerlendirmesinde katılımcıların saldırganlık düzeylerinin düşük olduğunu söyleyebiliriz (188). Pachi ve ark. yaptıkları çalışmalarında saldırganlık ölçek puan ortalamasını yüksek bulmuşlar ve bu değer aynı zamanda genel popülasyona göre de daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (189).

Ülkeler arasındaki prevalans farklılıkları, şizofreni hastalarının tedaviye iyi uyum göstermemeleri, hastaların saldırganlıklarını inkâr etmesi araştırmalar sonucu agresyon düzeyleri arasındaki farklılıkların çeşitli yordayıcıları olduğu ve bunların

saldırganlık düzeylerini etkilediğini söyleyebiliriz. Semptomları ve agresif davranışları, özellikle de fiziksel saldırganlığını reddeden hastaların, kendi kendine uygulanan anketlerde daha düşük puanlara sahip olduğu görülmüştür (190).

Literatürde şizofreni tanılı bireylerde saldırganlık ile ilgili çalışmalar olmasına karşın, BDT temelli psikoeğitimin saldırganlık üzerine etkisini inceleyen çalışma yok denecek kadar azdır. Araştırmanın sonuçları en yakın literatürle tartışılmaya çalışılmıştır.

Bu çalışmada psikoeğitim sonrası deney ve kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylerin gruplar arası BPSÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ($p=0.001$, Tablo 4.3) Psikoeğitim sonrası deney grubunun BPSÖ son test puan ortalamasının ön test puan ortalamasına (Tablo 4.2) göre azaldığı ve iki grup son test puan ortalamasının deney grubunda daha düşük olduğu bulunmuştur. Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin ön test-son test BPSÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında (Tablo 4.4) deney grubunun psikoeğitim sonrası ortalama puanının azaldığı, kontrol grubunun ortalamasının çok düşük bir oranda yükseldiği görülmektedir. Deney grubunda verilen psikoeğitimin ön test- son test toplam puan farkı arasında istatistiksel olarak önemli olduğu ($p=0.001$), kontrol grubunda ise ölçek toplam puan farkının istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Bu sonuçlar BDT temelli verilen psikoeğitimin şizofreni tanılı bireylerde saldırganlık konusunda faydalı bir girişim olduğunu göstermektedir. Araştırma sürecinde katılımcılara verilen olumsuz otomatik düşünceleri tanıma ve başatma stratejileri ile gevşeme egzersizi eğitimlerinin bireylerin günlük hayatlarında agresyonlarını kontrol edebilmelerini sağladığını söyleyebiliriz. Jones ve Harvey çalışmalarında şizofreni hastalarına nörobilişsel, sosyal-bilişsel ve günlük işlevsel becerileri hedefleyen beceri temelli yaklaşımları birleştiren geniş spektrumlu bir yaklaşım uygulamışlardır. Bu müdahalelerin adli ortamlar da dahil olmak üzere birçok ortamda şizofreni hastalarında şiddeti azalttığı gösterilmiştir. Şizofreni tanılı hastalarda ki şiddet ve saldırganlıktaki azalmalar; şiddet içeren düşünce ve davranışların azalması, fiziksel ve şiddet içeren saldırıların azalması, yıkıcı ve saldırgan davranışların azalması gibi çeşitli şekillerde ortaya çıkmıştır. Yapılan girişimin etkilerini, problem çözmedeki gelişmeler ve alternatif stratejiler kullanma becerisindeki artışla ilişkili olabileceği belirtilmiştir (191). Buanasari ve ark. agresif davranışları olan şizofreni hastalarından seçilmiş dört vaka olgu serisi yöntemi kullanarak çalışmalarını yürütmüşlerdir. Agresif davranışları olan dört şizofreni hastasına kabul ve kararlılık terapisi (ACT), aile

psikoeğitimi (FPE) ve geleneksel tedavi (TAU), Stuart Stres-Adaptasyon Modeli kullanılarak altı hafta boyunca eğitim verilmiştir. Çalışma, eğitim sonrası hastaların bilişsel, duygusal, fizyolojik, davranışsal ve sosyal açıardan saldırgan davranış semptomlarında azalma ile öfkeyi kontrol etme, sorunlarını kabul etme ve terapiye bağlanma becerilerinde artış olduğunu göstermiştir. Bu araştırmanın sonuçları, çalışmaya katılan tüm hastaların saldırgan davranış semptomlarında önemli bir azalma ve öfkeyi kontrol etme becerisinde bir artış gösterdiğini ortaya koymuştur (25). Fitriani ve ark., kontrol grubu olmayan yarı deneysel çalışmalarında şiddet davranışı riski olan şizofreni hastalarının BDT aldıktan sonra belirti ve semptomların girişim sonrası değerlerinin girişim öncesi değerlerine göre anlamlı bir şekilde düştüğü grlmştir. Bu araştırma, BDT müdahalelerinden önce ve sonra şiddet riskli davranış belirtileri puanlarında anlamlı farklılıklar olduğunu ortaya koymuştur ($p<0.05$) (24).

Deney gruplarının girişimsel müdahale sonrası saldırganlık düzeylerindeki azalma, araştırma hipotezlerinden olan '**H₂: şizofreni tanılı bireylerde bilişsel davranışçı temelli verilen psikoeğitim agresyon düzeyini azaltır.**' hipotezini doğrulamaktadır.

Olumsuz düşünceler şizofreni hastalarının duygu ve davranışlarını önemli ölçüde etkilemektedir. şizofreni hastalarının yaşadığı olumsuz davranış ve duygular, yaşamlarında deneyimledikleri olayları yorumlamalarından kaynaklanmaktadır. BDT ile verilen tedavi, şizofreni hastalarının hastalık semptomlarını anlamalarına ve bu semptomların üstesinden gelmek için stratejiler kullanmalarına, öfkelerini kontrol edebilmeyi ve başa çıkma stretejileri geliştirebilmeyi (192), olumsuz davranışları uyarlanabilir bilişsel başa çıkma davranışlarına dönüştürmeye, saldırganlığa neden olan halüsinasyonlar ve sanrılar gibi psikotik deneyimleri anlamaya öncelik vermektedir. Bu kazanımlar ile şizofreni tanılı bireyler saldırgan davranışları azaltabilir duygularını sakin bir şekilde ifade edebilirler (21,22). Araştırmada deney grubuna verilen BDT temelli psikoeğitimin bu etkileri ile şizofreni tanılı bireylerde bilişsel ve davranışsal değerliklik sağlayarak saldırganlık düzeylerini azalttığını ve BDT'nin saldırganlığı azaltmada etkin bir yöntem olduğunu söyleyebiliriz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şizofreni tanılı bireylerde BDT temelli psikoeğitimin tedavi uyumu ve agresyona etkisini belirlemek amacıyla, ön test-son test kontrol gruplu yarı deneme modeli olarak yapılan araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- BDT temelli psikoeğitim öncesi, deney ve kontrol grubundaki şizofreni tanılı bireylerin tedaviye uyum düzeylerinin orta, saldırganlık düzeylerinin ise düşük olduğu,
- BDT temelli psikoeğitim sonrası, deney grubundaki şizofreni tanılı bireylerin tedaviye uyum düzeylerinde artış ve saldırganlık düzeylerinde düşüş, kontrol grubunda ise tedaviye uyum ve saldırganlık düzeylerinde değişiklik olmadığı,
- BDT temelli psikoeğitim sonrası grup içi karşılaştırma sonucu; deney grubunda ön test-son test MTUÖ puan farkı istatistiksel olarak önemli olduğu,
- BDT temelli psikoeğitim sonrası grup içi karşılaştırma sonucu; deney grubunda ön test-son test BPSÖ puan farkı istatistiksel olarak önemli olduğu,
- BDT temelli psikoeğitim sonrası grup içi karşılaştırma sonucu; kontrol grubunda ön test-son test MTUÖ puan farkı istatistiksel olarak önemli olmadığı,
- BDT temelli psikoeğitim sonrası grup içi karşılaştırma sonucu; kontrol grubunda ön test-son test BPSÖ puan farkı istatistiksel olarak önemli olmadığı,
- BDT temelli psikoeğitim sonrası gruplar arası karşılaştırma sonucu; deney grubu ile kontrol grubu arasında MTUÖ toplam puan farkı istatistiksel olarak önemli olduğu,
- BDT temelli psikoeğitim sonrası gruplar arası karşılaştırma sonucu; deney grubu ile kontrol grubu arasında BPSÖ toplan puan farkı istatistiksel olarak önemli olduğu,
- BDT temelli psikoeğitimin, şizofreni tanılı bireylerde tedaviye uyum düzeyini artırma ve saldırganlık düzeyini azaltmada etkisinin olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

⇒ Şizofreni hastalarında tedavi uyumunu artırma ve agresyonu azaltma amacıyla tedavi sürecinde BDT tekniklerine ve psikoeğitime yer verilmesi,

- ⇒ Psikiyatri hemşirelerine BDT eğitimi verilmesi hemşirelik uygulamalarında uygulanması,
- ⇒ TRSM hemşirelerinin tüm hastalara özellikle tedaviye uyumsuz ve şiddet riski taşıyan hastalara BDT ve psikoeğitim uygulaması,
- ⇒ Benzer çalışmaların azlığı ele alındığında tedaviye uyumu artırmak ve saldırganlığı azaltmak için uygulanan hemşirelik girişimlerinin etkinliğinin değerlendirildiği deneysel çalışmaların daha fazla yapılması,
- ⇒ BDT'nin tedaviye uyum ve agresyon üzerine etkisini araştıran daha çok deneysel çalışmaların yapılması ve etkinliğinin değerlendirilmesi için randomize kontrollü çalışmaların yapılması önerilebilir.



KAYNAKLAR

1. Öztürk O, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 15. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitapevi, 2018:189-243.
2. Kocal Y, Karakuş G, Sert D. Şizofreni: Etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2017, 26(2): 251-67.
3. Binbay T, Ulas H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Derg* 2011, 22: 40-52.
4. Uzun Ö, Battal S. Şizofreni. İçinde: Klinik psikiyatri, H. Aydın, A. Bozkurt (Çeviri editörleri). *Clinical Psychiatry*, Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan HI, Sadock BJ. 2. Baskı, Ankara, Güneş Kitabevi, 2005: 134-53.
5. Viveiros CP, Tatar CR, Dos Santos DVD, Stefanello S, Nisihara R. Evaluation of nonadherence to treatment among patients with schizophrenia attending psychosocial care centers in the south region of brazil. *Trends Psychiatry Psychother* 2020, 42 (3): 223-9.
6. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, Docherty JP. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry* 2009, 70 (Suppl 4):1-46.
7. Misdrahi D, Tessier A, Husky M, Lange AC, Vrijens B, Llorca PM, Baylé FJ. Evaluation of adherence patterns in schizophrenia using electronic monitoring (MEMS®): A six-month post-discharge prospective study. *Schizophr Res* 2018, 193:114-8.
8. Vega D, Acosta FJ, Saavedra P. Nonadherence after hospital discharge in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: A six-month naturalistic follow-up study. *Compr Psychiatry* 2021, 108: 152240.
9. Lieslehto J, Tiihonen j, Lähteenvuo M, Tanskanen A, Taipale H. Primary nonadherence to antipsychotic treatment among persons with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2022, 48 (3): 655-63.

10. Vega D, Acosta FJ, Saavedra P. Nonadherence after hospital discharge in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: A six-month naturalistic follow-up study. *Compr Psychiatry* 2021, 108: 152240.
11. ÖŞ Altun, SA Karakas, Z Öztürk, H Polat. An analysis of the relationship between social support levels and treatment compliance of individuals diagnosed with schizophrenia. *Perspectives Psychiatr Care* 2022, 58(2): 578-83.
12. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Helping People Change*. 3rd ed. New York, NY: The Guilford Press, 2013: 25-387.
13. Harmanci P, Budak FK. The effect of psychoeducation based on motivational interview techniques on medication adherence, hope, and psychological well-being in schizophrenia patients. *Clin Nurs Res* 2022, 31 (2): 202-16.
14. Ertem MY, Duman ZÇ. Effect of motivational interviews on treatment adherence and insight levels of patients with schizophrenia: randomized controlled study. *Perspect Psychiatr Care* 2019; 55 (1): 75–86.
15. Shehu A, Gommaa H, Usman US, Usman ST, AuwalLawan K. Effect of psycho-educational intervention on drug adherence and quality of life among patients with Schizophrenia in Jigawa State, Nigeria. *International Journal of Scientific Research Updates* 2022, 04 (01): 163-71.
16. Tatu M, Demir S. Effect of group psychoeducation on treatment adherence, quality of life and wellbeing of patients diagnosed with schizophrenia. *Issues Ment Health Nurs* 2020, 12: 1-11.
17. Li W, Yang Y, Hong L, An FR, Ungvari GS, Ng CH, Xiang YT. Prevalence of aggression in patients with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Asian J Psychiatr* 2020, 47: 101846.
18. Chen ZT, Wang HT, Chueh KH, Liu IC, Yang CM. An exploration of the sleep quality and potential violence among patients with schizophrenia in community. *Perspect Psychiatr Care* 2021, 57 (2): 648-54.
19. Aydin A, Kargin M, Çelebi E. Yatarak tedavi gören şizofreni hastalarının saldırganlıkla ilgili algıları: nitel bir çalışma. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2019, 20 (6): 597-604.
20. Aras Hİ. Şizofrenide şiddet. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2014, 6 (1): 45-55.

21. Wiedemann G, Klingberg S. Psychotherapy of positive symptoms in the treatment of patients with schizophrenia psychosis. *Nervenarzt* 2003, 74 (1): 76-84.
22. Liu Y, Yang X, Gillespie A, Guo Z, Ma Y, Chen R, Li Z. Targeting relapse prevention and positive symptom in first-episode schizophrenia using brief cognitive behavioral therapy: a pilot randomized controlled study. *Psychiatry Res* 2019, 272: 275-83.
23. Yates KF, Kunz M, Khan A, Volavka J, Rabinowitz S. Psychiatric patients with histories of aggression and crime five years after discharge from a cognitive behavioral program. *J Forens Psychiatry Psychol* 2010, 21:167-88.
24. Fitriani N, Keliat B, Wardani IY. The effects of cognitive behavior therapy and social skill training among schizophrenia with risk of violent behavior. *Open Access Maced J Med Sci* 2021, 29: 9 (T5): 35-9.
25. Buanasari A, Keliat BA, Susanti H. The application of acceptance commitment therapy (act) and family psychoeducation (fpe) to clients with schizophrenia and aggressive behavior. *Nurse Media Journal of Nursing* 2020, 10 (1): 11-21.
26. Addington J, Piskulic D, Marshall C. Psychosocial treatments for schizophrenia. *Curr Dir in Psychol Sci* 2010, 19: 260-3.
27. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2011, 6: CD002831.
28. Dülgerler Ş. Şizofrenik Bozukluk. İçinde: Çam O, Engin E (Editörler). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*, 3. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2021: 392-421
29. Panisha J, Karveb S, Candrillib SD, Dirania R. Association between adherence to and persistence with atypical antipsychotics and psychiatric relapse among US Medicaid-enrolled patients with schizophrenia. *J Pharm Health Serv Res* 2013, 4: 29-39.
30. Hayiroğlu S. Kas İskelet Sistemi Kökenli Kronik Hastalıklardan Fibromiyalji, Romatoid Artrit, Generalize Osteoartrit Ve Nöropatik Ağrıda Hastalık Algısının Önemi. Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Maltepe Üniversitesi, 2018.

31. Çakır F, İlhem C, Yener F. Kronik psikotik hastalarda taburculuk sonrası takip ve tedaviye uyum. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2010, 23 (1): 50-9.
32. Koroğlu A, Hocaoğlu ÇÇ. Şizofreninin aile üzerine olan etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2017, 7(3): 170-5.
33. Ertan T. Psikiyatrik hastalıkların epidemiyolojisi. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu: İstanbul, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 2008: 25-30.
34. Algönül Ö. Şizofreni Tanılı Hastalara Birincil Bakım Veren Bireylerin Duygu Dışavurumu Açısından Değerlendirilmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Işık Üniversitesi, 2017.
35. Angermeyer MC, Kühn L, Goldstein JM. Gender and the course of schizophrenia: differences in treated outcomes. *Schizophr Bull* 1990, 16 (2): 293-307.
36. Shenton ME, Dickey CC, Frumin M, McCarley RW. A review of MRI findings in schizophrenia. *Schizophr Res* 2001, 49: 1-52.
37. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev* 2008, 30: 67-76.
38. Krabbendam L, Van Os J. Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence-conditional on genetic risk. *Schizophr Bull* 2005, 31: 795-9.
39. Henquet C, Murray R, Linszen D, Van Os J. The environment and schizophrenia: the role of cannabis use. *Schizophr Bull* 2005, 31: 608-12.
40. Bebbington PE, Bhugra D, Brugha T, Singleton N, Farrell M, Jenkins R, Lewis G, Meltzer H. Psychosis, victimisation and childhood disadvantage: evidence from the 51 second british national survey of psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry* 2004, 185: 220-6.
41. Clarke MC, Tanskanen A, Huttunen MO, Cannon M. Sudden death of father or sibling in early childhood increases risk for psychotic disorder. *Schizophr Res* 2013, 143: 363-6.
42. Summakoğlu D, Ertuğrul, B. Şizofreni ve tedavisi. *Lectio Scientific* 2018, 2: 43-61.

43. Freedman R, Leonard S, Olincy A, Kaufmann AC. Evidence for the multigenic inheritance of schizophrenia. *Am J Med Genet* 2002,105: 794-800.
44. Janoutova J, Janackova P, Serý O, Zeman T, Ambroz P, Kovalova M, Varechova, K, Hosák L, Jiřík V, Janout V. Epidemiology and risk factors of schizophrenia. *Neuro Endocrinol Lett* 2016, 37: 1-8.
45. Townsend MC. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları. Özcan CT, Gürhan N (Çeviren). 6. Baskı, Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 2016: 258-327.
46. Işık E. *Güncel Şizofreni*, 1. Baskı. Ankara, Format Matbaacılık, 2006: 17-53.
47. Koroğlu E, Güleç C. *Psikiyatri Temel Kitabı*, 2. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2007: 184-205.
48. Koroğlu E. *Klinik Psikiyatri*, 2. Baskı. Ankara, HYB Yayıncılık, 2015: 102-10.
49. Misiak B, Stramecki F, Gawęda Ł, Prochwicz K, Szaśiadek MM, Moustafa AA, Frydecka D. Interactions between variation in candidate genes and environmental factors in the etiology of schizophrenia and bipolar disorder: a systematic review. *Mol Neurobiol* 2018; 55 (6): 5075-100.
50. Norton N, Williams HJ, Owen MJ. An update on the genetics of schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 2006, 19: 158-64.
51. Wang H, Xu J, Lazarovici P, Zheng W. Dysbindin-1 involvement in the etiology of schizophrenia. *Int J Mol Sci* 2017, 18 (10): 1-15.
52. Stuart GW. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* 10th ed. South Carolina, Elsevier, 2013: 344-80.
53. Cardno AG, Gottesman I. Twin studies of schizophrenia: from bow-and-arrow concordances to Star Wars Mx and functional genomics. *Am J Med Genet* 2000, 97 (1): 12-7.
54. Kotlicka-Antczak M, Gmitrowicz A, Sobow TM, Rabe Joblonska J. Obstetric complications and apgar score in early-onset schizophrenic patients with prominent positive and prominent negative symptoms. *J Psychiatry Res* 2001, 35: 249-57.
55. Işık E, Işık U. Şizofreni. İçinde: Işık E, Taner E, Işık U (editörler). *Güncel Klinik Psikiyatri*, 1. Baskı. Ankara, Asimetrik Paralel Yayıncılık, 2008: 81-115.

56. Brown S, Birtwistle J. People with schizophrenia and their families. Fifteen-year outcome. *Br J Psychiatry* 1998, 173: 139-44.
57. Ertuğrul A. Şizofreni etiyojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences* 2005,1 (12): 6-14.
58. Stahl SM, Alkın T. *Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi*, 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2012: 268-76.
59. Işık E, Coşkunol H, Evren C, Işık U. *Şizofreni ve Alkol Madde Bağımlılığı*, 1. Baskı. İstanbul, Sigma Publishing, 2015:15-190.
60. Özpoyraz N, Tamam L. *Şizofrenik bozukluk*, Galenos 1998, 1: 26-31.
61. Güdük M. Şizofreni Hastalarında Zihin Kuramı Becerilerinin Başa Çıkma Tutumları ve Sosyal İşlevsellik ile İlişkisi. Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul: Sağlık Bakanlığı, 2010.
62. Yavuz R. Şizofreni. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi; 6-7 Mart 2008; İstanbul, Türkiye.
63. Öztürk S. Şizofreni Hastalarında Yaşam Kalitesinin; Pozitif Belirtiler, Negatif Belirtiler, Depresyon ve İçgörü ile İlişkisi. Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Zonguldak: Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, 2010.
64. Güz H. Şizofreni ve cinsiyet: başlangıç yaşı ve sosyodemografik özellikler. *Klinik Psikiyatri* 2000, 3 (1): 27-33.
65. Baştuğ G. The Roles of Percieved Expressed Emotion of the Schizophrenic Patients and the Expressed Emotion of Their Caregivers on Symptom Severity and Quality of Life. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Ankara: Orta Doğu Teknik Üniversitesi, 2008.
66. Tandon R, Jibson M, Taylor SF, DeQuardo JR. The pathophysiology of positive and negative symptoms in schizophrenia. In: Shriqui C, Nasrallah HA (eds) *Contemporary Issues in the Treatment of Schizophrenia*, 1sted. Washington DC, Cambridge University Pres, 1995: 109-24.
67. Çetin M. Şizofreni tedavisinde gelinen nokta: tipik ve yeni antipsikotikler ne kadar başarılılar?. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics* 2010, 3 (2): 45-53.

68. Özütek Z. Şizofrenide aile ve hasta arasındaki etkileşimin hastalık belirtileri ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2005.
69. Kanlı AH. Pozitif ve negatif belirtilerle seyreden şizofreni hastalarında tedavi uyumu ve yaşam kalitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2018.
70. Turgut H, Yenilmez Ç. Akut dönemdeki şizofreni hastaları ve psikotik özellikli manik atak hastalarında sosyodemografik ve klinik özelliklerin sanrı türleriyle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2013, 14 (4): 291-301.
71. Songur E. Çocukluk Çağı Başlangıçlı Şizofreni. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Seminer, 28 Mart 2015; Tokat, Türkiye.
72. Işık E. *Şizofreni*, 2. Baskı. Ankara, Kent Matbaacılık, 1997: 20-210.
73. Dülgerler Ş. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerine Verilen Psiko eğitim Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2004.
74. Çetin M. Treatment of schizophrenia: past, present and future. *Klinik Psikofarmakol Bülteni* 2015, 25 (2): 95-9.
75. Davis KL, Kahn RS, Ko G, Davidson M. Dopamine in schizophrenia: a review and reconceptualization. *Am J Psychiatry* 1991, 148 (11): 1474-86.
76. Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, McGlashan TH, Miller AL, Perkins DO, Kreyenbuhl J. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. American psychiatric association; steering committee on practice guidelines. *Am J Psychiatry* 2004, 161 (2): 1-56.
77. Sevinçok L. Şizofrenide psikososyal tedaviler. *Şizofreni Dizisi* 2000, 3 (1): 72-80.
78. Üçok A, Atlı H, Çetinkaya Z, Kandemir PE. Şizofreni hastalarında bütüncül yaklaşımlı grup tedavisinin yaşam kalitesine etkisi: bir yıllık uygulama sonuçları. *Nöro psikiyatr Ars* 2002, 39 (2-3-4): 113-8.
79. Yüksel ÇT, Oflaz F. Antipsikotik ilaç kullanan bir grup yatan hastada ilaç yönetimi eğitiminin değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2012, 3 (2): 67-74.

80. Demiralp M, Oflaz F. Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2007, 8: 132-9.
81. Aker T, Sungur MZ. *Şizofrenide Psikososyal Tedaviler-V: Şizofrenide Bireysel ve Davranışçı Terapi Yöntemleri*, 1. Baskı. İstanbul, PAREM Yayınevi, 2001: 10-68.
82. Gökler I. Şizofrenide Bilişsel Davranışçı Tedavi Yaklaşımları. İçinde: Savaşır I, Soygüt G, Kabakçı E (editörler). *Bilişsel Davranışçı Terapiler*, 3. Baskı. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2003: 12-320.
83. Beck AT, Rector NA, Stolar N, Grant P. *Schizophrenia: Cognitive Theory, Research, And Therapy*, 1st ed. New York & London, The Guilford Press, 2009: 1-470.
84. Turkington D, Martindale B, Bloch-Thorsen GR. Schizophrenia. In: Gabbard GO, Beck JS, Holmes J (Eds.). *Oxford Textbook of Psychotherapy*, New York, Oxford University Press, 2005:115-340.
85. Mortan Sevi O, Tekinsav Sütcü S. *Şizofrenide Değerlendirme ve Bilişsel Davranışçı Grup Terapileri: Klinisyenlere Yönelik Bir Rehber*, 1. Baskı. Ankara, Nobel Yayınevi, 2020: 52-8.
86. Yıldız M, Yüksel AG, Erol A. Şizofrenide ruhsal ve toplumsal beceri eğitimi uygulaması grup eğitimi deneyimleri. *Türkiye’de Psikiyatri* 2005, 7 (1): 25-32.
87. Güçray SS, Çekici F, Çolakkadioğlu O. Psiko-eğitim gruplarının yapılandırılması ve genel ilkeleri. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2009, 5 (1): 134-53.
88. Şengün F, Altıok HÖ, Üstün B. Kanıta dayalı bir uygulama: psikoeğitim. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2011, 27 (3): 66-74.
89. Duman ZÇ, Aştı N, Üçok A, Kuşçu MK. Şizofreni hastalarına ve ailelerine “bağımsız ve sosyal yaşam becerileri topluma yeniden katılım programı” uygulaması, izlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2007, 8 (2): 91-101.
90. Kelleci M, Ata EE. Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2001, 2 (3): 105-10.
91. Varcolis E. *Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing*, 8th ed. Elsevier, 2018: 1307-58.

92. Yıldız M. *Şizofreni Hastaları İçin Ruhsal Beceri Eğitimi*, 1. Baskı. Ankara, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları, 2011: 6-12.
93. Heinssen RK, Liberman RP, Kopelowicz A. Psychosocial skills training in schizophrenia. A controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 2000, 57: 277-83.
94. Yıldız M. *Şizofreni*, 2. Baskı. İstanbul, Sena Ofset, 2005: 42-55.
95. Uçok A, Polat A, Çakır S, Genç A. One year outcome in first episode schizophrenia predictors of relapse. *European Archives of Psychiatry Clinic Neuroscience* 2006, 256 (1): 37-43.
96. Bilge A, Ekitli BE, Embel N, Kaya FG, Hira-Turan SK, Oğullu MK. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ndeki şizofreni hastalarına uygulanan öncü belirtileri tanıma ve baş etme eğitiminin içgörü düzeyi ve yaşam kalitesine etkisi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi* 2016, 7: 52-68.
97. Breitborde NJ, Moreno FA, Mai-Dixon N, Peterson R, Durst L, Bernstein B, Byreddy S, McFarlane WR. Multifamily group psychoeducation and cognitive remediation for first-episode psychosis: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2011, 11: 9.
98. Rummel- Kluge C, Kissling W. Psychoeducation in schizophrenia: New developments and approaches in the field. *Curr Opin Psychiatry* 2008, 21 (2): 168-72.
99. Nasr T, Kausar R. Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: A randomized controlled trial. *Ann Gen Psychiatry* 2009, 8: 1-7.
100. Lukens EP, McFarlane WR. Psychoeducation as evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy. *Brief Treat Crisis Interv* 2004, 4 (3): 205-25.
101. Gümüş AB. Şizofrenide hasta ve ailelerin yaşadığı güçlükler, psiko eğitim ve hemşirelik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2006, 8 (1): 23-34.
102. Erkoç Ş, Göğüş AK., Kültür S, Soygür H, Sevinçok L, Işık T, Yurdakul S. Şizofreni Tanılı Hastalarda Bir Yıllık Çok Merkezli İzleme Çalışması. Çalışmaya Alınan Hastalarda Tedaviye Uyum. 37. Ulusal Psikiyatri Kongre Kitabı; 2 Ekim 2001; İstanbul, Türkiye.

103. Muslu S. Şizofrenide Sosyal Desteğin ve Aile Tutumunun Hastanın Tedaviye Uyum Üzerindeki Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2010.
104. Watson AC, Corrigan P, Larson JE, Sells M. Self-stigma in people with mental illness. *Schizophr Bull* 2007, 33 (6): 1312-8.
105. Tsang H, Fung KM, Chung R. Self stigma and stages of change as predictors of Treatment adherence of individuals with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2010, 180 (1): 10-5.
106. Ünal S, Çakıl G, Elya Z. Taburculuk sonrası tedaviye gelmeyen psikotik hastaların özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2006, 7: 69-75.
107. Üstünsoy Çobanoğlu ZS, Aker T, Çobanoğlu N. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. *Düşünen Adam* 2003, 16 (4): 211-8.
108. Üresin Y, Baran E. Tedavide hızlı salınımlı ve uzatılmış salınımlı formülasyonların farkları. *Klinik Psikofarmakol Bülteni* 2011, 21 (1): 26-32.
109. McCann TV, Clark E, Lu S. The self-efficacy model of medication adherence in chronic mental illness. *J Clin Nurse* 2008, 17 (11c): 329-40.
110. Eker SS, Akkaya C, Cangür Ş, Sarandöl A, Deniz G, Kırılı S. Oral antipsikotik kullanımına eklenmiş depo antipsikotik tedavisinin şizofreni hastalarının tedaviye uyumları üzerine etkisi. *Klinik Psikofarmakol Bülteni* 2009, 19 (3): 273-8.
111. Novick D, Haro JM, Suarez D, Perez V, Dittmann RW, Haddad PM. Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. *Psychiatry Res* 2010, 176: 109-13.
112. Budak FK, Yılmaz E. The effect of yoga on clinical insight and medication adherence in patients with schizophrenia - a randomized controlled trial. *Eur J Integr Med* 2019, 30 (16): 100949.
113. Kavak F, Yılmaz E. The effect of hope on the treatment adherence of schizophrenia patients. *J Turgut Ozal Medic Cent* 2018, 25 (3): 1-4.

114. Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J, Weiden PJ. Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2000, 51: 216-22.
115. Byerly MJ, Nakonezny PA, Lescouffler E. Antipsychotic medication adherence in schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 2007, 30: 437-52.
116. Barnes TRE, Drake R. Pharmacological strategies for relapse prevention in schizophrenia. *Specific Community Treatments* 2007, 6 (9): 351-6.
117. Kao YC, Liu YP. Compliance and schizophrenia: the predictive potential of insight into illness, symptoms, and side effects. *Compr Psychiatry* 2010, 51 (6): 557-65.
118. Kleinman VB, Levine SZ, Roe D, Shnitt D, Weizman A, Poyurovsky M. Adherence to antipsychotic drug treatment in early-episode schizophrenia: A six-month naturalistic follow-up study. *Schizophr Res* 2011, 130 (1-3): 176-81.
119. Boyd MA. *Psychiatric Nursing: Contemporary Practice*, 4th ed. China, Lippincott Williams & Wilkins, 2008: 31-45.
120. Barkhof E, Meijer CJ, de Sonnevile LM, Linszen DH, Haan L. The effect of motivational interviewing on medication adherence and hospitalization rates in nonadherent patients with multi-episode schizophrenia. *Schizophr Bull* 2013, 39 (6): 1242-51.
121. Sungur M. *Şizofrenide Tedavi İşbirliğini Artırmada Teknikler (LEAP) ve Tedavide Bilişsel Davranışçı Yaklaşımlar. Kronik Ruhsal Hastalıklarda Tedavi İşbirliği. Uzman Görüşleri*. İstanbul, Sigma Publishing, 2011: 26-32.
122. Ascher-Svanum H, Faries DE, Zhu B, Ernst FR, Swartz MS, Swanson JW. Medication adherence and long-term functional outcomes in the treatment of schizophrenia in usual care. *J Clin Psychiatry* 2006, 67: 453-60.
123. Bressington D, Mui J, Gray R. Factors associated with antipsychotic medication adherence in community-based patients with schizophrenia in Hong Kong: A cross sectional study. *Int J Ment Health Nurs* 2012, 22 (1): 35-46.
124. Roberts DL, Velligan DI. Medication adherence in schizophrenia. *Drug Discov Today: Ther Strateg* 2011, 8 (1-2): 11-5.

125. Chan KWS, Hui LMC, Wong HYG, Lee HME, Chang WC, Chen YHE. Medication adherence, knowledge about psychosis, and insight among patients with a schizophrenia-spectrum disorder. *J Nerv Ment Dis* 2014, 202: 25-9.
126. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Beckband SC, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry* 2002, 63 (10): 892-909.
127. DiBonaventura M, Gabriel S, Dupclay L, Gupta S, Kim EA. Patient perspective of the impact of medication side effects on adherence: results of a cross-sectional nationwide survey of patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2012, 12: 20.
128. Yang J, Ko YH, Paik JW, Lee MS, Han C, Joe SH, Jung IK, Jung HG, Kim SH. Symptom severity and attitudes toward medication: Impacts on adherence in outpatients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2012, 134 (2-3): 226-31.
129. Nosé M, Barbui C, Tansella M. How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review. *Psychol Med* 2003, 33 (7): 1149-60.
130. Üçok A, Polat A, Çakır S, Genç A. One year outcome in first episode schizophrenia. Predictors of relapse. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006, 256 (1): 37-43.
131. Koç A. Kronik psikoz hastalarında tedavi uyumunun ve tedavi uyumu ile ilişkili etkenlerin değerlendirilmesi. Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2006.
132. Dilbaz N, Karamustafalıoğlu O, Oral T, Önder E, Çetin M. Psikiyatri polikliniğe başvuran şizofreni hastalarında tedaviye uyumun ve uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakol Bülteni* 2006, 16 (4): 223-32.
133. Demirkol ME, Tamam L, Evlice YE, Karaytuğ MO. Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumu. *Cukurova Med J* 2015, 40 (3): 555-68.
134. Aker T, Üstünsoy S, Kuğu N, Yazıcı A. Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum ve İlaç Tedavisine Uyumsuzluğu Değerlendirme Ölçeği. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı; 3 Ekim 2000; Antalya, Türkiye.

135. Dikeç G, Kutlu Y. Bir grup şizofreni hastasında tedaviye uyum ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2014, 5 (3): 143-8.
136. Tel H, Doğan S, Özkan B, Çoban S. Hasta yakınlarına göre kronik psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedaviye uyumu. *Psikiyatri Hemşire Derg* 2010, 1 (1): 7-12.
137. Çetinkaya DZ. Şizofreni tanılı bireylere ve ailelerine topluma yeniden katılım programı uygulaması ve izleme çalışması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2003.
138. Jonker EJ, Goossens PJ, Steenhuis IH, Oud NE. Patient aggression in clinical psychiatry: Perceptions of mental health nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2008, 15 (6): 492-9.
139. Açıkgöz E, Özbaş Gençarslan D. Ruhsal hastalıklarda agresyon. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi* 2019, 1 (1): 61-5.
140. Hasta D, Güler EM. Saldırganlık: Kişilerarası ilişki tarzları ve empati açısından bir inceleme. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2013, 4 (1): 64-104.
141. Yalçın Ö, Erdoğan A. Şiddet ve agresyonun nörobiyolojik, psikososyal ve çevresel nedenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2013, 5 (4): 388-419.
142. Bozkurt M, Evren C, Yılmaz A, Can Y, Çetingok S. Aggression and impulsivity in different groups of alcohol and heroin dependent inpatient men. *Klinik Psikofarmakol Bulteni* 2013, 23: 335-44.
143. Ata EE, Kelleci M. Psikiyatri kliniğinde yatan bir grup hastada saldırganlık potansiyeli ve etkileyen bazı etkenler. *NPAKADEMİ* 2012, 1 (1): 7-15.
144. Ural C, Öncü F, Belli H, Soysal H. Adli psikiyatrik süreç içindeki şizofreni hastalarının şiddet davranışı değişkenleri: Bir olgu kontrol çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 2013, 24 (1): 17-24.
145. Bostan G, Kılıcıl E. Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu öğrencisi olan ve olmayan Ankara Üniversitesi öğrencilerinin saldırganlık boyutları. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi* 2008, 6: 133-40.

146. Tutkun E, Güner BÇ, Ağaoğlu SA, Soslu R. Takım sporları ve bireysel sporlar yapan sporcuların saldırganlık düzeylerinin değerlendirilmesi. *Spor ve Performans Araştırmaları Dergisi* 2010, 1 (1): 23-9.
147. Günüşen NP. Öfke, saldırganlık ve psikiyatri hemşireliği. *Türkiye Klinikleri J Psikiyatr Nurs-Special Topics* 2016, 2 (2): 36-43.
148. Umut G, Öztürk Altun Z, Danışmant BS, Küçükparlak İ, Karamustafaloğlu N. Bir eğitim hastanesinde yatarak tedavi gören şizofreni hastalarında tedavi uyumu, içgörü ve agresyon ilişkisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2012, 25: 212-20.
149. Volavka J, Citrome L. Pathways to aggression in schizophrenia affect results of treatment. *Schizophr Bull* 2011, 37: 921-9.
150. Ahmed AO, Richardson J, Buckner A, Romanoff S, Feder M, Oragunye N, Ilnicki A, Bhat I, Hoptman MJ, Lindenmayer JP. Do cognitive deficits predict negative emotionality and aggression in schizophrenia?. *Psychiatry Res* 2018, 259: 350-7.
151. Emsley R, Alptekin K, Azorin JM, Canas F, Dubois V, Gorwood P, Haddad PM, Naber D, Olivares JM, Papageorgiou G, Roca M, Thomas P, Hargarter L, Schreiner A. Nurses' perceptions of medication adherence in schizophrenia: results of the ADHES cross-sectional questionnaire survey. *Ther Adv Psychopharmacol* 2015, 5 (6): 339-50.
152. Hagerty BM, Patusky KL. Mood Disorders: Depression, Bipolar, and Adjustment Disorders. In: Fortinash KM, Holoday Worret PA (eds). *Psychiatric Mental Health Nursing*, 5th ed. St. Louis, MO: Elsevier Mosby, 2012: 218-38.
153. Demirkıran F, Terakye G. Depresif hastaların ilaç tedavisine uyumları ve destekleyici hemşirelik uygulamalarının uyum düzeyine etkisi. *Kriz Dergisi* 2001, 9 (2): 29-39.
154. T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı http://ahmetsaltik.net/arsiv/2014/07/ULUSAL_RUH_SAGLIGI_EYLEM_PLANI_2011-2023.pdf Son Erişim Tarihi 23 Aralık 2022.

155. Okçin F. Kroner Stent Uygulanan Hastalara Verilen Planlı Sağlık Eğitiminin Hastaların Tedaviye Uyum Durumlarına Olan Etkisinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2000.
156. Yılmaz S. Psikiyatri Hastalarında İlaç Yan Etkileri ve İlaç Uyumu. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2004.
157. Nicolino SP, Vedana KG, Miasso AI, Cardoso L, Galera. Schizophrenia: adherence to treatment and beliefs about the disorder and the drug treatment. *Rev Esc Enferm USP* 2011, 45 (3): 706-13.
158. Öner S. Psikiyatri Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerde Hasta Agresyonuna Gösterilen Tepkiler ile Tükenmişlik Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Düzce: Düzce Üniversitesi, 2011.
159. Arguvanlı Çoban S. Agresyon Yönetimi Konusunda Verilen Eğitimin Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Bilgi ve Tutumlarına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2011.
160. Schwartz TL, Park TL. Assaults by patients on psychiatric residents: a survey and training recommendations. *Psychiatr Serv* 1999, 50 (3): 381-3.
161. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986, 24 (1): 67-74.
162. Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. *J Pers Soc Psych* 1992, 63 (3): 452-9.
163. Demirtaş Madran HA. Buss-perry saldırganlık ölçeği'nin türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi* 2012, 24 (2): 1-6.
164. Mortan Sevi O, Tekinsav Sütcü S. *Şizofrenide Değerlendirme ve Bilişsel Davranışçı Grup Terapileri: Klinisyenlere Yönelik Bir Rehber*, 1. Baskı. Ankara, Nobel Yayınevi, 2020: 67-98.
165. Kart A, Özdel K, Türkçapar MH. Şizofreni tedavisinde bilişsel davranışçı terapi. *Arch Neuropsychiatry* 2021, 58: 61-5.

166. Türkçapar MH. *Bilişsel Davranışçı Terapi. Temel İlkeler ve Uygulama*, 10. Baskı. İstanbul, Epsilon Yayınevi, 2022: 321-44.
167. Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği https://www.bilisseldavranisci.com/uploads/resimli_dusunce_kaydi.pdf Son Erişim Tarihi 20 Haziran 2022.
168. Ak M, Kırpınar İ, Atmaca M, Yüce AE, Güler Ö, Kesici Ş, Akkişi Kumsar N. *Klinik Uygulamada Bilişsel davranışçı Terapi-1*, 3. Baskı. Ankara, Nobel Yayıncılık, 2021: 8-220.
169. Türkçapar H. *Depresyon. Klinik Uygulamada Bilişsel-Davranışçı Terapi*, 3. Baskı. Epsilon Yayınevi, 2020: 236-70.
170. Beck JS. *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*, 2nd ed. New York ABD, Guilford Press, 2011: 166-97.
171. Lam D, Cheng L. Cognitive behaviour therapy approach to disputing automatic thoughts: A two-stage model. *J Adv Nurs* 1998, 27: 1143-50.
172. Akkoyunlu S, Türkçapar MH. Bir Teknik: Alternatif düşünce oluşturulması. *Int J Behav Consult Ther* 2013, 2: 53-9.
173. Psikonet https://www.pskonet.com/otomatik-dusunceler_nedir-154.html Son Erişim Tarihi 19 Aralık 2022.
174. Miçooğulları BO. *Öfke Kontrolü*, 1. Baskı. Ankara, Akademisyen Kitapevi, 2017: 14-90.
175. T.C. Adalet Bakanlığı <https://rayp.adalet.gov.tr/resimler/581/dosya/ofke-yonetimi-20-05-20214-38-pm.pdf> Son Erişim Tarihi 20 Haziran 2022.
176. G Üstün, L Küçük, S Buzlu. Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde uygulanan rehabilitasyon programlarına katılan ve katılmayan şizofreni hastalarının bazı sosyodemografik ve hastalıkla ilişkili özellikleri ile tedaviye uyumları ve öz-yeterlilikleri açısından tanımlanması. *J Psychiatric Nurs* 2018, 9 (2): 69-79.
177. Kalkan E, Kavak Budak F. The effect of insights on medication adherence in patients with schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care* 2020, 56 (1): 222-8.
178. Yıldırım Üşenmez T, Gültekin A, Erkan FM, Bayar BD, Can SY, Şanlı ME. The effect of mindfulness on medication adherence in individuals diagnosed with schizophrenia: A cross-sectional study. *Perspect Psychiatr Care* 2022, 58: 2585-91.

179. Meriç M, Ergün G. The determination of factor influencing medication adherence among patients with schizophrenia: a qualitative study. *Göbeklitepe Sağlık Bilimleri Dergisi* 2022, 5 (8): 98-104.
180. Velligan DI, Sajatovic M, Hatch A, Kramata P, Docherty JP. Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. *Patient Prefer Adherence* 2017, 3 (11): 449-68.
181. Yazla Asafow E, Karadere ME, Ölçüm Hİ. Psikoz olgularında tedavi uyumuna yönelik bir terapi programı uygulanması. *JCBPR* 2019, 8 (2): 94-9.
182. Inwanna S, Duangchan C, Matthews AK. Effectiveness of interventions to promote medication adherence in schizophrenic populations in thailand: a systematic review. *Intl J Environ Res Public Health* 2022, 19 (5): 2887.
183. Chien WT, Cheung EFC, Mui JHC, Gray R, Ip G. Adherence therapy for schizophrenia: randomized controlled trial. *Hong Kong Med J* 2019, 2 (1): 4-9.
184. Çetin N, Aylaz R. The effect of mindfulness-based psychoeducation on insight and medication adherence of schizophrenia patients. *Arch Psychiatr Nurs* 2018, 32 (5): 737-44.
185. Agu J. Increasing Medication Compliance Among African American Schizophrenic Males Using Psychoeducational Methods. United States- California, US: University of Massachusetts Global; 2021: 1-38.
186. Thanekar S, Pawar S, Dhembare A. Impact of psychoeducation on expressed emotion, family environment, drug adherence and illness outcome of individual with schizophrenia. *Natl J Profl Soc Work* 2021, 22 (1): 38-48.
187. S Gürkan, E Tatlıdil Yaylacı, Ç Özdemir, B Çatlı, Ş Yalçın Şahiner, D Gürkan, E Göka. Suç işlemiş ve işlememiş şizofreni hastalarının sosyodemografik verileri, psikopati ve saldırganlık düzeylerinin karşılaştırılması. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2019, 20 (3): 261-8.
188. Araya T, Ebnemelek E, Getachew R. Prevalence and associated factors of aggressive behavior among patients with schizophrenia at ayder comprehensive specialized hospital, ethiopia. *Biomed Res Int* 2020, 2020: 7571939.

189. Pachi A, Tselebis A, Ilias I, Tsomaka E, Papageorgiou SM, Baras S, Giotakis K. Aggression, alexithymia and sense of coherence in a sample of schizophrenic outpatients. *Healthcare* 2022, 10 (6): 1078.
190. Krakowski MI, Czobor P. The denial of aggression in violent patients with schizophrenia. *Schizophr Res*. 2012, 141: 228-33.
191. Jones M. Harvey P. Neurocognition and social cognition training as a treatment for violence and aggression in people with severe mental illness. *CNS Spectrums* 2020, 25 (2): 145-53.
192. Kim SJ, Jung DU, Moon JJ, Jeon DW, Seo YS, Jung SS, Lee YC, Kim JC, Kim YS. Relationship between disability self-awareness and cognitive and daily living function in schizophrenia. *Schizophr Res Cogn* 2021, 23: 100192.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş



EK-2. Tanıtıcı Özellikler Formu

1. Yaşınızı belirtebilir misiniz? a)18-28 b)29-39 c)40-50 d)51-65
2. Cinsiyetinizi belirtebilir misiniz? a)Kadın b)Erkek
3. Medeni durumunuzu belirtebilir misiniz? a)Evli b)Bekar
4. Eğitim düzeyinizi belirtebilir misiniz? a)Okur-yazar b) İlkokul c)Ortaöğretim d)Lise e)Üniversite
5. Gelir düzeyinizi belirtebilir misiniz? a)Kötü b)Orta c)İyi d)Çok iyi
6. Çalışma durumunuzu belirtebilir misiniz? a)Çalışıyor B) Çalışmıyor
7. Ailenizde ruhsal hastalık öyküsü var mı? a)Var B)Yok
8. Hastalığınızın başlangıç yaşı nedir? a)18-28 b)29-39 c)40 yaşve üstü
9. Hastalığınızın süresi nedir? a)0-5 yıl b)6-11 yıl c)12-17 yıl d)18 yıl ve üstü
10. Kullandığınız ilaçları belirtebilir misiniz? a)Antipsikotik b)Duygudurum Düzenleyici c)Antidepresan d)Antipsikotik+ Duygudurum düzenleyici e)Antipsikotik+Antidepresan

EK-3. Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (MTUÖ)

1- İlacınızı almayı unutuyor musunuz?

Evet () Hayır()

2-İlacınızı zamanında almayı unutuyor musunuz?

evet () Hayır()

3-Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaç almayı bırakıyor musunuz?

Evet () Hayır()

4-İlaç aldığınızda kendinizi kötü hissederseniz ilaç almayı bırakır mısınız?

Evet () Hayır()

EK-4. Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ)

Aşağıdaki her bir maddeyi okuyarak, bu madde sizin için her zaman doğru ise “ Tamamen Katılıyorum ”, genelde doğru ise Katılıyorum ”, emin değilseniz “ Kararsızım ”, genelde doğru değilse “ Katılmıyorum ”, hiçbir zaman doğru değilse “ Kesinlikle Katılmıyorum ” şeklinde işaretleme yapmanız rica olunur	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Bazı arkadaşlarım benim öfkeli biri olduğumu söylerler					
2. Gerekirse hakkımı korumak için şiddete başvurabilirim					
3. Birisi bana fazlasıyla iyi davrandığında “acaba benden ne istiyor” diye düşünürüm					
4. Arkadaşlarımın görüşlerine katılmadığım zaman bunu onlara açıkça söylerim					
5. Öfkeden deliye döndüğümde birşeyler kırıp dökerim					
6. İnsanlar benim görüşlerime katılmadıklarında onlarla tartışmaktan kendimi alıkoyamam					
7. Zaman zaman bazı olaylara/kişilere yönelik kızgınlığım uzun süre bitmek bilmez					
8. Bazen başkalarına vurma dürtümü kontrol edemiyorum					
9. Sakin yapılı biriyimdir					
10. Tanımadığım insanlar bana fazla yakın davrandıklarında onlara şüpheyle yaklaşırım					
11. Daha önce, tanıdığım insanları tehdit ettiğim oldu					
12. Çok çabuk parlar ve hemen sakinleşirim					
13. Birisi bana sataşursa kolaylıkla onu itip tartaklayabilirim					
14. İnsanlar sinirimi bozduklarında kolaylıkla onlar hakkında ne düşündüğümü söyleyebilirim					
15. Zaman zaman kıskançlık beni yiyip bitirir					
16. Bir insana vurmanın mantıklı bir gerekçesi olamayacağını düşünüyorum					
17. Bazen hayatın bana adaletsiz davrandığını düşünürüm					
18. Öfkemi kontrol etmekte zorluk çekerim					
19. Yapmak istediğim birşey engellendiğinde kızgınlığımı açıkça ortaya koyarım					

20. Zaman zaman insanların arkamdan güldüğü duygusuna kapılıyorum					
21. İnsanlarla sıkça görüş ayrılığına düşerim					
22. Birisi bana vurursa ben de karşılık veririm					
23. Bazen kendimi patlamaya hazır bir bomba gibi hissediyorum					
24. Diğer insanların her zaman çok iyi fırsatlar yakaladıklarını düşünüyorum					
25. Birisi beni iterse onunla kavgaya tutuşurum					
26. Arkadaşlarımın arkamdan konuştuklarını biliyorum					
27. Arkadaşlarım münakaşacı/tartışmayı seven biri olduğumu söylerler					
28. Bazen olmadık şeylere ortada mantıklı bir neden yokken aniden sinirlenir, tepki veririm.					
29. Çoğu insana kıyasla daha sık kavgaya karıştığımı söyleyebilirim.					

EK-5. BDT Sertifika



EK-6. Etik Kurul Onayı



EK-7. Kurum İzni



EK-8. Ölçek İzin



EK-9. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sizi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü bünyesinde doktora çalışmasına veri sağlamak amacıyla yürütülen “Şizofreni Tanılı Bireylerde BDT Temelli Psikoeğitimin Tedaviye Uyum ve Agresyona Etkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz.

Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığımız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayınız.

Bu formlardan elde edilecek kişisel bilgiler tamamen gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacı ile kullanılacaktır. Çalışmanın yürütülmesi, olası yan etkiler veya aklınızı herhangi bir soru kurcaladığında aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmanız yeterli olaca

Araştırmacı

Sevinç YAŞAR CAN