



**FARKINDALIK TEMELLİ PSİKOEĞİTİMİN
ŞİZOFRENİ HASTALARININ İÇGÖRÜ VE
İLAÇ UYUMUNA ETKİSİ**

Nurdan ÇETİN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**Tez Danışman
Doç. Dr. Rukye AYLAZ**

Doktora Tezi-2017

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

**FARKINDALIK TEMELLİ PSİKOEĞİTİMİN ŞİZOFRENİ
HASTALARININ İÇGÖRÜ VE İLAÇ UYUMUNA ETKİSİ**

Nurdan ÇETİN

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Doktora Tezi**

**Tez Danışman
Doç. Dr. Rukuye AYLAZ**

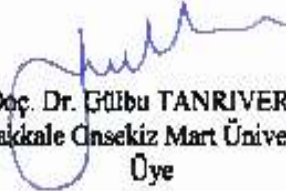
**MALATYA
2017**

KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; Nurdan ÇETİN'in "Farkındalık Temelli Psikoeğitimin Şizofreni Hastalarının İlgörü ve İlaç Uyumuna Etkisi" konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 03/04/2017


Doç. Dr. Rukye AYLAZ
İnönü Üniversitesi
Tez Danışmanı
Jüri Başkanı


Doç. Dr. Gülbu TANRIVERDİ
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Üye


Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ
Gaziantep Üniversitesi
Üye


Yrd. Doç. Dr. Seyhan ÇITLIK SARITAŞ
İnönü Üniversitesi
Üye


Yrd. Doç. Dr. Tuba UÇAR
İnönü Üniversitesi
Üye

ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../2017 tarih ve 2017/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	2
1.2. Araştırmanın Hipotezleri	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Şizofreni.....	3
2.1.1. Tanımı ve Epidemiyolojisi.....	3
2.1.2. Etiyolojisi.....	3
2.1.3. Tanı	4
2.1.4. Belirti ve Bulgular	5
2.1.5. Gidiş ve Sonlanım.....	7
2.2. Şizofreni Tedavisi	8
2.2.1. Şizofreninin Tedavisinde Temel İlkeler	8
2.2.2. Şizofrenide İlaç Tedavisi	8
2.2.3. Şizofrenide Psikososyal Tedaviler.....	9
2.2.3.1. Şizofreni ve Farkındalık Temelli Terapiler	9
2.3. Şizofreni ve İç Görü.....	10
2.4. Şizofreni ve Tedaviye Uyum	11
2.5. Şizofreni, Psiko eğitim ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü	12
3. MATERYAL VE METOT	15
3.1. Araştırmanın Türü.....	15
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	15
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	16
3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	16
3.5. Araştırmada Dışlama Kriterleri	17
3.6. Veri Toplama Araçları	17
3.7. Verilerin Toplanması	18

3.8. Hemşirelik Girişimi	19
3.8.1. Girişim Materyali.....	20
3.9. Araştırmanın Değişkenleri	25
3.10. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	27
3.11. Araştırmanın Etik İlkeleri	28
3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	28
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA	37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	42
KAYNAKLAR	43
EKLER.....	50
EK 1. ÖZGEÇMİŞ.....	50
EK 2. TANITICI BİLGİ FORMU	51
EK 3. BECK BİLİŞSEL İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ	52
EK 4. TIBBİ TEDAVİYE UYUM ORANI ÖLÇEĞİ.....	53
EK 5. ŞİZOFRENİ HASTALARI İÇİN EL KİTAPÇIĞI.....	54
EK 6. MEDİTASYON CD'Sİ	66
EK 7. FARKINDALIK TEMELLİ STRES AZALTMA PROGRAMI KATILIM BELGESİ.....	67
EK 8. MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU	68
EK 9. ESKİŞEHİR KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ İZİN FORMU	69
EK 10. BALIKESİR KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ İZİN FORMU	71
EK-11. TIBBİ TEDAVİYE UYUM ORANI ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ	73
EK-12. BECK BİLİŞSEL İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ.....	74

TEŞEKKÜRLER

Doktora eğitimim boyunca tezimin tüm aşamalarında desteğini ve emeğini esirgemeyen, deneyimlerini paylaşan sayın hocam, danışmanım Doç.Dr. Rukuye AYLAZ'a çalışmam süresince her türlü yardım ve desteğini gösteren, değerli komite üyelerim Sayın Yrd.Doç.Dr Seyhan ÇITLIK SARITAŞ'a, Sayın Yrd.Doç.Dr. Tuba UÇAR'a,

Tez çalışmama katılan tüm hastalarım ve uygulamama olanak sağlayan, desteklerini esirgemeyen Balıkesir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi sorumlu hekimi Sayın Dr. Umut KARASU ve tüm ekibine....

Lisansüstü eğitimimin her aşamasında tam destek aldığım, beni her zaman sabırla ve anlayışla karşılayan eşim Mehmet ÇETİN ve kızıma teşekkür ederim.

ÖZET

Farkındalık Temelli Psikoeğitimin Şizofreni Hastalarının İçgörü ve İlaç Uyumuna Etkisi

Amaç: Bu araştırma, farkındalık temelli oluşturulan psikoeğitim programının şizofreni hastalarının iç görüşü ve ilaç uyumu üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal Metot: Araştırma öntest- sontest kontrol gruplu gerçek deneme modelinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Balıkesir ve Eskişehir il merkezlerinde bulunan Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine kayıtlı 369 şizofreni hastası oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini, evreni bilinen minimal örneklem büyüklüğü formülüne göre belirlenen ve randomize örnekleme yöntemiyle seçilen 55 deney, 80 kontrol grubundan olmak üzere 135 hasta oluşturmuştur. Veriler Şubat-Nisan 2016 tarihleri arasında toplanmış ve verilerin elde edilmesinde Tanıtıcı Bilgi Formu, Beck Bilişsel İç Görüş Ölçeği, Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği kullanılmıştır. Deney grubundaki hastalara araştırmacı tarafından Balıkesir Toplum Ruh Sağlığı Merkez’inde 8 oturumluk psikoeğitim programı uygulanmıştır. Kontrol grubundaki hastalara herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzdelik, ortalama, standart sapma, ki-kare, bağımlı gruplarda t testi, bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

Bulgular: Beck Bilişsel İç Görüş Ölçeği son test puan ortalaması, deney grubundaki hastalarda 4.89 ± 6.05 , kontrol grubundaki hastalarda 1.68 ± 5.67 tespit edildi. Beck Bilişsel İç Görüş Ölçeği son test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($p < 0.05$). Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği son test puan ortalaması, deney grubundaki hastalarda 1.76 ± 0.42 , kontrol grubundaki hastalarda 1.50 ± 0.50 olarak tespit edildi. Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği son test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($p < 0.05$).

Sonuç: Farkındalık temelli oluşturulan psikoeğitim programı şizofreni hastalarının bilişsel iç görüşü düzeyini ve tıbbi tedaviye uyumlarını artırmada etkili olmuştur.

Anahtar kelimeler: Farkındalık, psikoeğitim, şizofreni, bilişsel içgörü, tedaviye uyum.

ABSTRACT

The Effect of Mindfulness-Based Psychoeducation on Insight and Drug Compliance of Schizophrenia Patients

Objective: This research was conducted to determine the effect of mindfulness-based psychoeducation program on insight and drug compliance of schizophrenia patients.

Material Methods: This research was conducted in a real experimental model with pre-test and post-test control groups. The population of research consists of 369 schizophrenic patients registered to Community Mental Health Centers located in the provincial centers of Balıkesir and Eskişehir. The sample of the study consisted of 135 patients, which was determined according to the formula for minimal sample size with known population and randomized sampling method, fifty-five patients were selected from the experimental group, and 80 from the control group. Data was collected between February and April 2016 by using Descriptive Information Form, BCIS and MARS. Eight sessions of psychoeducation were applied to patients in the experimental group by researcher in the Balıkesir Community Mental Health Center. No intervention was applied to the control group. Number, percentage, average, standard deviation, chi-square, dependent-independent samples t-test were used in the analysis of the data.

Results: The mean of the post-test scores of BCIS was determined as 4.89 ± 6.05 for the patients of the experimental group, and as 1.68 ± 5.67 for the patients of the control group. The difference between post-test score means of BCIS was statistically significant ($p < 0.05$). The mean of the post-test scores of MARS was determined as 1.76 ± 0.42 for the patients of the experimental group, and 1.50 ± 0.50 for the patients of the control group. The difference between post-test score means of MARS was statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion: The mindfulness-based psychoeducation program has been effective in improving the level of cognitive insight and the medical care compliance of schizophrenic patients.

Keywords: Mindfulness, psychoeducation, schizophrenia, cognitive insight, treatment compliance.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders
SPSS	: Statistical Package for Social Science
ICD	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
BBİGÖ	: Beck Bilişsel İç Görü Ölçeği
TTUOÖ	: Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği
BCIS	: Beck Cognitive Insight Scale
MARS	: Medication Adherence Rating Scala

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2.1. Şizofreninin Belirti ve Bulguları	6
Şekil 2.2. Şizofrenide Gidiş Göstergeleri	7
Şekil 3.1. Farkındalık Temelli Psikoeğitim Programı Uygulama Planı	21
Şekil 3.2. Araştırma Uygulama Planı	29



TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. Farkındalık Temelli Psikoeğitim Programının İçeriği	22
Tablo 3.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması..	26
Tablo 3.3. Araştırma Verilerinin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	27
Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	30
Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların BBİGÖ Toplam ve Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	32
Tablo 4.3. Deney Grubundaki Hastaların BBİGÖ Toplam ve Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	33
Tablo 4.4. Kontrol Grubundaki Hastaların BBİGÖ Toplam ve Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	34
Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların TTUÖÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması	35
Tablo 4.6. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların TTUÖÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	36

1. GİRİŞ

Şizofreni klinik belirtileri, sınırları ve seyri bakımından çeşitlilik gösteren; her toplumda ve her türlü sosyo-ekonomik ortamda en sık görülen ruhsal bozukluklardandır (1). Dünya Sağlık Örgütü 2014 verilerine göre dünya çapında 21 milyondan fazla kişiyi etkileyen şizofreni; hastalarda ilaç uyumunu bozan, yeti yitimine neden olan, tedavi maliyeti yüksek, kronik seyirli hastalıklardan biridir (2, 3). Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre şizofreninin yaşam boyu yaygınlık oranı bin kişide 8.9 olarak belirlenmiştir (4).

Şizofreninin tedavisinde ilaçlarla sağaltım zorunludur ancak tek başına yeterli değildir. Tedavide farmakolojik ve psikososyal sağaltım yaklaşımları birlikte kullanılmalıdır (1, 5). Günümüzde şizofrenide kullanılan psikososyal tedavi yaklaşımlarının başlıca biçimleri; bilişsel davranışçı terapi, psikoeğitim, aile müdahaleleri, sosyal beceri eğitimi, olgu yönetimi, uyumlandırma programları şeklindedir (6, 7). Son yıllarda psikotik bozuklukların tedavisinde öne çıkan psikososyal yaklaşımlardan biride farkındalık temelli terapilerdir. Bu terapi yönteminde danışanın farkındalığını artırmak için dikkati şimdiki ana odaklanma, yargısızlık, kabullenme ve kendini gözlemleme gibi teknikler kullanılır (8).

Psikoeğitim, eğitim yöntem ve tekniklerinin ruhsal hastalıkların tedavisinde kullanıldığı bir süreç olup; şizofrenide ilaç tedavisinin ayrılmaz bir parçasıdır. Birey ya da grup halinde yapılandırılarak, hasta ve yakınlarının gereksinimlerine göre; süreli bir eğitim şeklinde uygulanabilir. Psikoeğitimde genel olarak; hastalık hakkında bilgi vererek iç görüyü artırma, yanlış inanç ve tutumları değiştirebilme, erken belirtileri tanıma, ilaç uyumunu artırma, stresli yaşam olaylarına karşı birey ve aileyi hazırlama, baş etme becerilerini geliştirme ve toplumsal işlevselliği arttırabilme amaçlanır (9).

Literatür incelendiğinde geçmişten günümüze şizofreni hastalarının önemli bir bölümünde iç görü kaybı (10-13) ve tedaviye uyum sorunu yaşandığı görülmektedir (14-18). Yapılan çalışmalarda iç görü ve tedaviye uyum arasında pozitif yönde bir ilişki belirlenmiş olup (19, 20) hastalardaki ilaç tedavisine uyumsuzluğun en önemli nedenlerinden biri olarak iç görü yoksunluğu bildirilmiştir (21-24). İlaç tedavisine uyumsuzluğun diğer nedenleri arasında; hastalığın inkarı, ilaç yan etkileri, sosyal ve çevresel desteğin yetersiz olması, ekonomik güçlükler, hastalık ve tedavi hakkında yetersiz bilgilenme, kültürel inançlar gibi etmenler yer almaktadır (25, 26). Şizofreni

gibi ağır ruhsal bozukluklarda uzun süreli ilaç kullanımı gerekir ve hastanın ilaç tedavisine uyumu hastalığın seyrini etkiler. İlaç tedavisine uyumsuzluk, hastalık belirtilerinin alevlenmesine, relapsa ve yaşam kalitesinin bozulmasına neden olur (27).

Ülkemizde psikiyatri hastaları akut dönemde ağırlıklı olarak hastanede yatırılarak tedavi edilmekte; taburculuk sonrası yeni yapılanmakta olan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) tarafından takip altına alınmakta ancak toplum içinde gereken ruhsal, sosyal ve tıbbi desteği istenen düzeyde alamamaktadır (27). Bu bağlamda ruh sağlığı ekibinin içerisindeki psikiyatri hemşirelerine önemli sorumluluklar düşmektedir. Ruh sağlığı alanında çalışan hemşireler psikososyal tedaviler içinde yer alan; terapiler ve ruhsal eğitim programları ile hastayı biyopsikososyal açıdan destekleyebilirler. Ülkemizde rutin tedavi programları içerisinde psikoeğitimsel müdahalelerin, terapilerin beklenen düzeyde yapılmadığı ve bu uygulamaları yapan psikiyatri hemşirelerinin de sayıca oldukça az olduğu görülmektedir. Oysaki psikiyatri hemşireleri sağlık hizmetlerinin her basamağında hastaya ruhsal eğitim, danışmanlık ve destek vermede etkili bir konuma sahiptirler. Bu nedenle günümüzde şizofreninin tedavisinde halen engel oluşturan iç görü yetersizliği ve ilaç uyumsuzluğunun giderilmesinde psikiyatri hemşireleri tarafından uygulanan psikoeğitimsel müdahaleler önem kazanmaktadır (28).

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma farkındalık temelli oluşturulan psikoeğitim programının şizofreni hastalarının iç görü ve ilaç uyumu üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

1.2. Araştırmanın Hipotezleri

1. Farkındalık temelli psikoeğitim sonucunda iç görü deney grubunda kontrol grubuna göre yüksektir.

2. Farkındalık temelli psikoeğitim sonucunda ilaç uyumu deney grubunda kontrol grubuna göre yüksektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

2.1.1. Tanımı ve Epidemiyolojisi

Şizofreni genç yaşlarda başlayan, insanı kişiler arası ilişkilerden ve gerçeklerden kopararak, kendine has bir dünyada yaşatan; duygu, düşünce ve davranışlarda ciddi bozukluğa neden olan ağır bir ruhsal hastalıktır. Akut alevlenme dönemleriyle seyreden kronik bir hastalık olması nedeniyle, bireyin işlevselliğini ve yaşam kalitesini önemli ölçüde bozar (1, 6).

Şizofreni her türlü toplumda en sık görülen ruhsal hastalıklardandır. Sıklık ve yaygınlığına ilişkin veriler ülkeden ülkeye, araştırmadan araştırmaya değişken olmakla birlikte; genel popülasyonda görülme sıklığı yaklaşık % 1 civarındadır (1, 29). Kadın ve erkek arasında hastalığın sıklığı ve yaygınlığı bakımından ciddi fark olmamakla beraber; kadınlarda başlangıç yaşı daha geç ve seyri daha iyidir. Şizofreni erkeklerde 15-25 yaş arasında başlarken, kadınlarda 25-35 yaşları arasında başlar. Hastalık her toplumda ve bütün sosyal sınıflarda görülür. Sosyo-ekonomik yönden düşük ya da düzensizlik gösteren kesimlerde daha sık görüldüğüne ilişkin veriler olmasına rağmen neden sonuç ilişkisi henüz kurulamamıştır (1, 6).

2.1.2. Etiyoloji

Şizofreninin nedenleri kesin olarak bilinmemekle birlikte; kalıtsal geçişin, beyindeki yapısal ve işlevsel değişikliklerin, psikososyal etmenlerin hastalığın oluşmasında önemli rolü olduğu bilinmektedir (1).

Şizofreni biyolojik kökenli bir beyin hastalığıdır. Beyinde sinir hücreleri arasında iletişimi sağlayan dopamin ve serotonin gibi aracı maddelerin miktarında ve etki düzeneğindeki bozukluklar hastalığın oluşmasına neden olabilir (5).

Günümüzde hastalığın kalıtsal geçişine ilişkin yapılan çalışmalardan elde edilen veriler şizofrenik özelliklerin kalıtıldığını destekler niteliktedir. Ancak genetik geçişin türü, biçimi, sorumlu genler henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Genel olarak toplumda her 100 kişiden birinde hastalık gelişebilir ve ailede şizofren biri varsa bu oran %4-10'a yükselmektedir (1, 30).

Psikososyal açıdan değerlendirildiğinde; askere gitmek, çok okumak, çok üzölmek, doğum yapmak hastalığın nedeni değildir fakat bunların her biri hastalığın oluşmasına katkı sağlayan psikolojik tetikleyicilerdir. Ayrıca çocukluk dönemi yaşantıları ve aile tutumu da hastalık üzerinde etkisi olan önemli faktörlerdir (1, 30).

2.1.3. Tanı

Günümüzde şizofreni tanısı konulması için teknik olarak herhangi bir laboratuvar ya da görüntöleme yöntemi mevcut değildir. Tanı koymak için beyin görüntöleme ve gen araştırmaları halen sürmektedir ancak tanı yalnızca psikiyatri uzmanları tarafından en az 6 aylık süre içerisinde iyi bir klinik analiz ile koyulmaktadır (31).

Kronik ruhsal bozuklukların sınıflandırılmasında küresel çapta iki ayrı sınıflandırma dizgesi mevcuttur. İlki Amerikan Psikiyatri Birliğı tarafından oluşturulan DSM (Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders) dizgesi ikincisi de Avrupa psikiyatrisinin etkisiyle DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından oluşturulan uluslararası geçerliliğı olan ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) tanı dizgesidir (1).

DSM-5'e göre şizofreni tanı ölçütleri;

A. Aşağıdaki belirtilerden ikisinden her biri, bir aylık bir sürenin önemli bir bölümünde bulunur. Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.

1. Sanrılar
2. Varsanılar
3. Dağınık konuşma
4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni.
5. Negatif belirtiler

B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir bölümünde iş, kişiler arası ilişkiler gibi bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır.

C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer ve bu altı aylık evre A tanı ölçütünü karşılayan en az bir aylık belirtileri kapsamalıdır.

D. Şizoaffektif bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da bipolar bozukluk dışlanır.

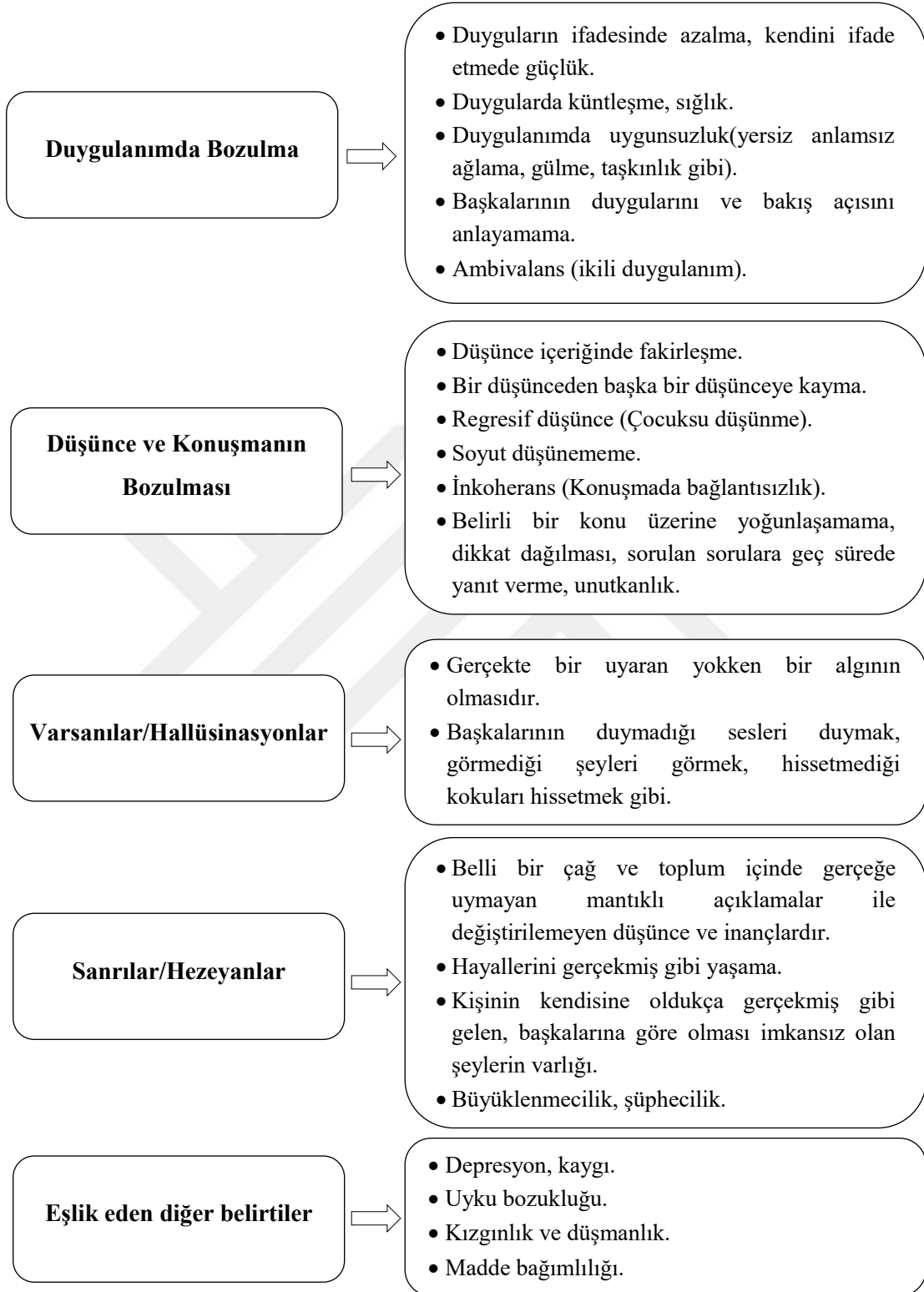
E. Bu bozukluk, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı koyulabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur (32).

2.1.4. Belirti ve Bulgular

Şizofrenide tanı koydurucu tek bir belirti yoktur; bireyin duygu, düşünce, davranış ve bilişsel yetilerini etkileyen çok çeşitli belirtiler kümesi vardır. Öğrenme, muhakeme etme, kendine bakım, çalışma, insan ilişkileri ve yaşam becerileri gibi birçok alanda yetersizliğe neden olarak toplumsal yaşamda sorunlara yol açar. Hastalığa ilişkin belirtilerde ve işlevsellikte bireyden bireye büyük farklılıklar görülmektedir. Şekil 2.1’de şizofreniye ilişkin temel belirti ve bulgular yer almaktadır (1, 5).

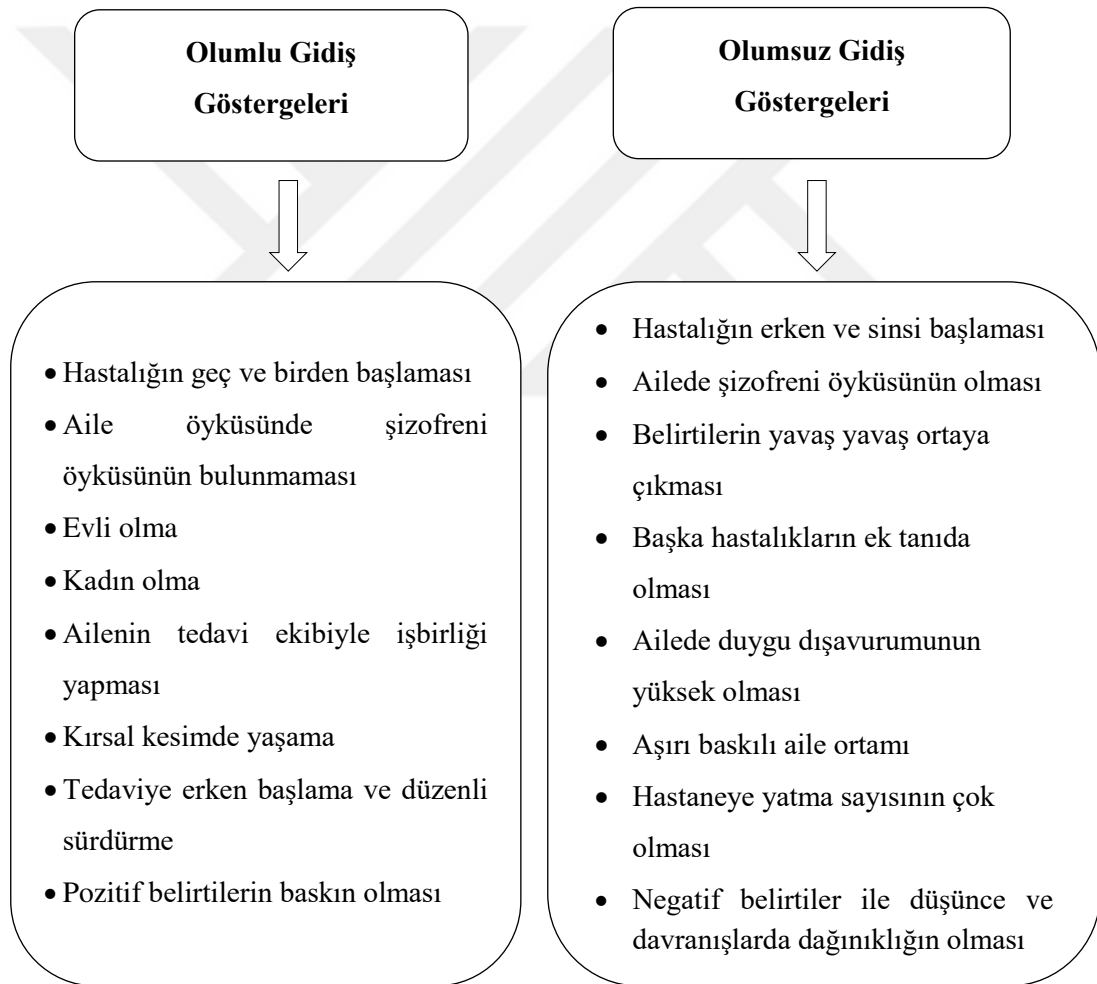
Şekil 2.1. Şizofreninin Belirti ve Bulguları



2.1.5 Gidiş ve Sonlanım

Şizofreninin seyri hastadan hastaya farklılık gösterir. Psikotik alevlenmeler ve arada iyileşmelerle giden süreğen bir hastalıktır. Tanıdan sonraki ilk 5 yıl içerisindeki belirti örüntüsü hastalığın gidişi hakkında bilgi verir. Hastaların % 50-70’inde tedaviyle önemli ölçüde iyiye gitme görülür. Ancak “Hastalığı tamamen yenme” gibi bir düşünce doğru olmaz (5, 6, 30). Şizofreniye ilişkin gidiş göstergeleri Şekil 2.2’de yer almaktadır (1).

Şekil 2.2. Şizofrenide Gidiş Göstergeleri



2.2. Şizofreni Tedavisi

2.2.1. Şizofreninin Tedavisinde Temel İlkeler

1. Şizofreninin tedavisinde temel hedef yalnızca belirtilerinin yatıştırılması değil, hastalığın yıkıcı etkilerinin önüne geçilerek toplumsal uyumun en iyi düzeyde sağlanmasıdır.

2. Tedavide her hasta biyopsikososyal bütünlük içinde bireysel olarak değerlendirilmelidir.

3. Şizofreni hastası ile tedavi ekibinin terapötik bir bağ kurabilmesi için ilk görüşmede hastaya karşı güven veren, açık ve saygılı bir yaklaşım sergilenmelidir.

4. Tedaviye mutlaka hastanın ailesi dahil edilmeli; hastalık hakkında eğitim verilmeli ve ailenin hastadan (eğitime, işe dönme, evlenme gibi) beklentisini düşürmesi, bir süreliğine erteleme yönünde açıklamalar yapılmalıdır.

5. İlk psikoz atağı geçiren genç hastaların hastaneye yatırılarak tedavi görmesi tercih edilir.

6. Akut dönem yatıştıktan sonra şizofreni hastasının tedavisine son verilmemeli; ilaçlar, psikososyal tedaviler ve rehabilitasyon hizmetleri ile hasta yıllarca izlenmelidir.

7. Şizofreninin tedavisinde hastane temelli yaklaşım yerine toplum temelli yaklaşım uygulanmalı, hastalar kendi toplumsal, ailesel çevresine yakın ortamlarda insanca yaşamalı, toplumdan uzaklaştırılmamalıdır (1).

2.2.2. Şizofrenide İlaç Tedavisi

Şizofreni’de ilaç tedavisi 1950’lerde kloropromazinin keşfi ile başlamış, giderek daha başka ilaçların kullanıma girmesi ile psikiyatri hastaları akıl hastanelerinden çıkarak toplum içine girmiştir. Tedavide ilaçlar en başta gelen sağaltım araçlarıdır. Şizofreninin tedavisinde majör olarak antipsikotikler kullanılmaktadır. Ancak antipsikotiklere yanıt vermeyen, dirençli hastalarda benzodiyazepin ve antikonvülsan ilaçlar kullanılabilir. Ayrıca lityum antipsikotik yanıtı güçlendirmekte etkin kullanılan ilaçlar arasındadır (1, 33). İlaçlara yanıt bireyden bireye büyük farklılıklar göstermektedir. Şizofreninin oluşumunda biyopsikososyal birçok etmen yer almaktadır. Bu nedenle ilaçla tedavide bireysel yaklaşım zorunludur. Her hastanın antipsikotik ilaç başlanmadan önce ayrıntılı tıbbi öyküsünün, soy geçmişinin öğrenilmesi, tam fizik,

nörolojik ve ruhsal muayenesinin yapılması, boy, kilo ve yaşam bulgularının kaydedilmesi gerekmektedir. Antipsikotik ilaçların özellikle varsanı, hezeyan, düşünce ve davranışlarda dağınıklık gibi pozitif belirtileri söndürdüğü bilinmektedir. Tedavide kullanılan antipsikotik ilaçların etkisi kısa sürede görülmez. İlaçların etkilerinin tam olarak görülebilmesi için 4-6 hafta gerekebilir. Bu nedenle tedavi başladıktan sonraki birkaç gün içinde olumlu sonuç alınmazsa hemen ilaç değiştirme yoluna gidilmemelidir (1). İlaç seçimi yapılırken; eğer hasta geçmişte antipsikotik kullanılmış ve yarar görmüş ise genelde aynı ilaca devam edilir. Ancak öyküde herhangi bir ilaç kullanımının bulunmadığı durumlarda antipsikotik seçimi hastanın bireysel durumuna ve yan etki profili temeline dayanır (6).

Antipsikotik ilaçların ekstrapiramidal (akut distoni, akatizi, geç disknezi), uykululuk, hareketlerde yavaşlama, aritmi, hiperlipidemi, ortostatik hipotansiyon, ağız boğaz kuruluğu, görme bulanıklığı, taşikardi, kabızlık, işeme zorluğu, ejakülasyon gecikmesi ve ereksiyon güçlüğü gibi yan etkileri vardır (1, 5).

2.2.3. Şizofrenide Psikososyal Tedaviler

Şizofrenide psikososyal tedaviler; hastaneler, toplum ruh sağlığı merkezleri, gündüz hastaneleri, ev veya sosyal kulüpler gibi birçok yerde yapılabilir. Bu tedavilerdeki temel amaç, kişinin bağımsız yaşaması için çeşitli beceriler, kazanımlar geliştirmesini sağlamaktır. Şizofrenide kullanılan psikososyal tedavilerin başlıca biçimleri; psikoeğitim, aile müdahaleleri, sosyal beceri eğitimi, olgu yönetimi, birey ya da grup terapileri, uyumlandırma programları şeklindedir (6, 7).

2.2.3.1. Şizofreni ve Farkındalık Temelli Terapiler

Son yıllarda ruh sağlığı alanında kullanılan psikososyal yaklaşımlardan biri de farkındalık temelli terapilerdir. Bu terapilerin kökenleri doğu kültürüne dayanmaktadır. Farkındalık; Budist içgörü (vipassana) meditasyonu türlerinden biridir. Doğuda uzun yıllardan beri kullanılan bazı psikoterapi ekolleri, farkındalık temelli terapilerle paralel özellikler taşımaktadır. Farkındalık kavramının; Batı'daki psikoterapi yaklaşımlarında kullanılmaya başlanması ise yaklaşık 30 yıllık bir geçmişe uzanmaktadır. Günümüzde psikoterapi yöntemi kanıta dayalı birçok araştırmaya zemin oluşturmaktadır (34-36). Psikoterapi ekolleri açısından bakıldığında farkındalık temelli

terapiler, bilişsel ve davranışçı terapiler kapsamında ele alınmaktadır ve bu terapiler depresyon, psikoz, yeme bozukluğu, kaygı bozukluğu gibi birçok psikolojik soruna yönelik kullanılabilir (8).

Farkındalık psikoterapi uygulamalarında yöntem olarak ilk kez John Kabat-Zinn tarafından kullanılmıştır. Bu uygulamada farkındalık, kronik ağrı hastalarına, hastalıktan kaynaklanan stresin azaltılmasına yönelik bir beceri olarak öğretilmiştir. Farkındalık dikkati şimdiki ana odaklayarak, duygu ve düşüncelerin gözlemlenmesine dayanan bir zihin pratiğidir. En yalın haliyle yargısız bir şekilde dikkati şimdiki ana odaklamaktır (36, 37). Kabat-Zinn tarafından farkındalığa ilişkin yedi temel tutum sıralanmıştır. Bunlar yargılayıcı olmama, sabırlı olma, güvenme, her şeyi sanki ilk kez oluyormuş gibi görmeye istekli olma (acemi zihni), hırslanmama, olduğu gibi kabul ve oluruna bırakmadır. Bu tutumlar farkındalık temelli terapilerde kullanılan meditasyon tekniklerinin temelini oluştururlar (38, 39).

Farkındalık temelli terapiler arasında en çok bilinen yöntem Farkındalık Temelli Stres Azaltma programıdır. Bu program Kabat-Zinn tarafından geliştirilmiştir. Program yaklaşık 30 kişiye varan gruplarda, 8-10 hafta süre ile gerçekleştirilir. Bu süre içerisinde danışanlara beden tarama meditasyonu, oturma meditasyonu, soluklanma ve nefes meditasyonu gibi çeşitli meditasyon teknikleri öğretilerek pratikte uygulanması sağlanır. Ayrıca tüm program boyunca katılımcılara ev ödevleri ve alıştırmalar verilerek öğrendiklerini günlük yaşamda pratiğe dökmeleri beklenir. Tüm farkındalık egzersizlerinde katılımcıların dikkatlerini şimdiki ana vermeleri, zihinlerinde olup biten tüm düşünce, duygu ve duyumları yargısızca dışarıdan gözlemleri, onları fark etmeleri ama o düşünce ve duyguların içinde kaybolmamaları istenir (36).

Literatür incelendiğinde ülkemizde şizofrenler üzerinde yapılan farkındalık temelli müdahale çalışmalarına rastlanmamıştır. Ancak yurt dışı yayınlarda farkındalık temelli müdahalelerin şizofrenlerde anksiyete, duygu düzenleme, negatif semptomlar, disfonksiyonel tutumlar ve hastalık hakkındaki farkındalıkları gibi çeşitli konularda çalışıldığı görülmüştür (34, 40-42).

2.3. Şizofreni ve İç Görü

İç görü çok yönlü bir kavram olmasına karşın; en basit haliyle kişinin kendi sorunlarını ve kendi iç dünyasını anlama becerisi olarak tanımlanabilir. Temel psikiyatri kitapları incelendiğinde; hastanın ruhsal durumu hakkında bilgi veren önemli bir

kavram olarak karşımıza çıkar (43). Geçmişten günümüze birçok araştırmacı tarafından incelenmiştir. 1980 öncesi yapılan çalışmalarda iç görünün olmayışı psikotik bozukluklar için olmazsa olmaz bir şart olarak vurgulanırken, psikoz ve nevroz ayrımının yapılabilmesinde de temel olmuştur. İlerleyen yıllarda iç görü birçok yönüyle ele alınıp tanımlanmış ve klinik uygulamada kullanılmak üzere iç görüye ilişkin çeşitli ölçme araçları geliştirilmiştir (43-46).

Literatürde iç görü klinik ve bilişsel iç görü olarak tanımlanmıştır. Klinik iç görü bireyin hastalığının ve belirtilerinin farkında olması, sorunlarını anlama kapasitesi olarak tanımlanırken (43) bilişsel iç görü ise; kişinin çarpıtılmış düşünceleri ve hatalı yorumlarını değerlendirebilmesi ve bunların sonuçlarına ilişkin bilişsel akıl yürütebilme yeterliliğidir (46, 47).

İç görü azlığı/eksikliği şizofreni hastalarının çoğunluğunda görülen önemli bir sorundur (43). İç görü yokluğu şizofreni için önemli bir belirti, aynı zamanda hastalığın tanınması, gidişi ve tedavisinin değerlendirilmesinde anahtar bir ölçüttür (48, 49). Ülkemizde Dikeç ve Kutlu'nun şizofreni hastalarında tedaviye uyumu inceledikleri çalışmada hastaların iç görü düzeylerinin düşük olduğu (50), Umut ve arkadaşlarının şizofrenlerde tedaviye uyum, iç görü ve agresyon arasındaki ilişkiyi inceledikleri bir başka çalışmada da, hastaların yalnızca %13.5'inin ruhsal bozukluğun sıklıkla farkında oldukları bulunmuştur (19).

Literatür incelendiğinde şizofrenide iç görünün bipolar bozukluk gibi ağır ruhsal bozukluklara nazaran daha düşük olduğu belirtilmiştir (13, 51). Ayrıca geçmişten günümüze yapılan birçok çalışmada iç görü eksikliği ile tedaviye uyum arasındaki ilişki göze çarparken, iç görü eksikliğinin tedaviye uyumsuzluğun temel nedenlerinden biri olduğu vurgulanmıştır (13, 51-54).

2.4. Şizofreni ve Tedaviye Uyum

Uyum sözlük anlamı olarak, bireyin çevresel koşul ve etkenleri benimsemesi ya da çevreyle bütünleşmesi olarak ifade edilir (55). Bir olay ya da durum karşısında olumlu tavır takınma ve kabullenmeyi içerir. Hemşire kuramcılardan Roy; insanı değişen çevresiyle devamlı etkileşim halinde olan ve tüm değişimlere biyopsikososyal açıdan uyum sağlamaya çalışan bir varlık olarak tanımlamıştır (56).

Tedaviye uyum; hastanın sağlıkla ilgili önerileri kabul etmesi ve buna uygun şekilde davranması olarak tanımlanır. Önerilen ilaçları doğru dozda ve doğru zamanda

kullanma, kontrollere düzenli gitme, tedavi programını tamamlama tedaviye uyumun temel bileşenleridir (57). Tedaviye uyumsuzluk ise; reçete edilen ilaçları önerilen şekilde kullanmamak, kontrollere gitmemek ya da aksatmak, tedavi programını tamamlamamak gibi olumsuz davranışları içerir (58).

Psikiyatrik hastalıklarda tedaviye uyumsuzluk diğer tıbbi hastalıklara göre daha yüksektir (57). Demirkol'un yaptığı çalışmada psikiyatri hastalarının tedaviye uyumsuzluk oranı %16.7 ile %68.8 oranında değişmekteyken, Kelleci'nin psikiyatri kliniğinde yatan hastalarla yaptığı çalışmada; hastaların yalnızca 1/5'inin ilaç uyumu iyi düzeyde bulunmuştur (27, 59). Tedaviye uyumsuzluk belirtilerin alevlenmesine, hastalık şiddetinin ve tedavi masraflarının artmasına, relapsa ve aynı zamanda kişilerin psikiyatrik tedaviye olan inancının azalmasına, yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır (27, 60).

İlaçla tedavi şizofreninin sağaltımında temel unsur olmasına rağmen şizofrenide tedaviye uyumsuzluk oldukça yaygındır. Dikeç'in şizofreni hastalarının tedaviye uyumunu incelediği çalışmada hastaların %85.1'inin tedaviye uyumu düşük bulunmuştur (50). Chan ve arkadaşlarının şizofreni spektrumundaki hastalarla yaptıkları diğer bir araştırmada da tedaviye uyumsuzluk oranı %43.8'dir (18). Ülkemizde Tel'in 2-5 yıllık tanı almış şizofrenlerle yaptığı çalışmada ise hastaların ilaçlarını düzensiz kullandıkları, doktor izni olmadan tedaviyi bıraktıkları, kontrollere düzensiz gittikleri saptanmıştır (61).

Psikiyatrik bozukluklarda tedaviye uyumu etkileyen birçok faktör vardır. Özellikle hastalığın inkarı, iç görü eksikliği ve ilaç yan etkileri ruhsal bozukluklarda tedaviye uyumu önemli ölçüde bozar (26). Tedaviye uyumsuzluğun diğer nedenleri arasında; ilaç kullanımına ilişkin kaygılar, ilaç yan etkileri, günlük kullanılan ilaç sayısı, hastaya tedavi konusunda yapılan baskılar, zorla ilaç başlama, hastalığın seyri, eşlik eden tıbbi hastalığın olması, tedaviye ilişkin yetersiz bilgilendirme, ailede ruhsal hastalık öyküsünün olması, ekonomik güçlükler, kültürel inançlar, yetersiz sosyal destek gibi etkenler bulunmaktadır (25, 59, 62).

2.5. Şizofreni, Psikoeğitim ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Eğitim, kişinin davranışlarında kendi yaşantısı yoluyla, kasıtlı olarak bir değişim yaratma süreci olarak tanımlanır (63). Psikoeğitim ise; psikiyatrik literatürde hasta, aile ve bakım verenlere; genelde gruplar halinde ve yapılandırılmış olarak verilen sistematik

bilgiyi tanımlamak için kullanılan bir kavramdır (28, 64). Ruh sağığı alanında psikoeğitim programları genel olarak, hastanın gereksinimlerini ve önceliklerini doğrultusunda, hastalık hakkında bilgi verme, bireyin baş etme becerilerini artırma, var olan destek mekanizmalarını harekete geçirme ve aileyi tedaviye dahil etme gibi konular üzerine temellenir (9).

Psikoeğitim grupları, kişilere bilgi ve beceri kazandırarak ruhsal sorunlar yaşamasını önlemek ya da sorunlarla daha iyi baş edebilmesini sağlamak maksadıyla oluşturulan gruplardır (64, 65). Grup içerisinde kendi sorunlarıyla yüzleşmek, aynı sorunların başkalarında da olduğunu görmek, bireylerin sorunlarını daha farklı bir bakış açısıyla ele almasına ve çözüm arayışına yol açarken, aynı zamanda hastalığa ilişkin farkındalık kazanmalarına da vesile olur. Psikoeğitim gruplarının temel amacı; hastalığın doğası hakkında bilgi vermek, yanlış inanç ve bilgileri tartışmak, erken belirtileri tanıyarak ve ilaç uyumunu artırarak relapsı önlemek, hasta ve tedavi ekibi arasındaki işbirliğini güçlendirmek, hastayı sosyal haklarından haberdar etmek, baş etme becerilerini artırmak, yaşamında gerçekçi ve ulaşılabilir hedefler koymasına yardımcı olmak, duygu ve düşüncelerini paylaşması için cesaretlendirmektir (65). Tüm bu amaçların yanı sıra hastayla terapötik bağ kurmak ve ona emosyonel destek olmak psikoeğitim sürecinin en temel hedefidir (66).

Günümüzde ruhsal hastalıkların sağaltımında yalnızca ilaç tedavisinin yeterli olmadığı ve ilaç tedavisine ek olarak psikososyal müdahalelerinde uygulanması gerektiğı görüşü benimsenmiştir (9). İlaç tedavisine ek olarak yapılan psikososyal müdahaleler tedavinin etkinliğini artırmaktadır (67). Literatür incelendiğinde psikiyatri hemşireleri tarafından şizofreni hastalarına verilen psikoeğitim çalışmalarının etkili olduğu görülmüştür (34, 35, 50, 68).

Ülkemizde şizofreni gibi ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar yalnızca akut dönemde yatırılarak tedavi edilmekte taburculuk sonrası yeterli düzeyde izlem yapılmamaktadır. Akut dönem sonrası hastalığın yıkıcı etkileriyle toplum içinde yalnız kalan bireyler gereken tıbbi ve toplumsal desteğı alamamaktadır (27). Şizofreni doğası gereğı farkındalığı azaltan, yeti yitimine yol açarak sosyal ve toplumsal uyumu bozan, nökslerle devam eden kronik bir hastalık olması sebebiyle hastaların hayatında birçok güçlüğü neden olmaktadır. Genel olarak şizofreni hastalarının yaşadığı güçlükler iç görü azlığı, tedaviye uyum sorunları, madde kullanımı, öz kıyım girişimleri, damgalanma, sosyal ve mesleki becerilerin kaybı gibi geniş bir yelpazeye dağılmaktadır (28). Tüm bu

güçlüklerle mücadelede, hastanın ruhsal ve toplumsal anlamda desteklenmesinde psikiyatri hemşireleri doğrudan rol alabilirler.

Avrupa Psikiyatri Hemşireleri Turku Beyannamesi'ne göre Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireleri, akıl sağlığını ve esenliğini geliştiren hasta eğitimlerini ve hastalık ve iyileşmeyle ilişkili psikoeducitimsel aktiviteleri, bakımın sürekliliğini sağlamak amacıyla sadece klinik ortamda değil; mümkün olan her hasta ortamında, tüm toplum içinde uygulamakla sorumludurlar. Ayrıca ilaç tedavisinden en üst düzeyde yarar sağlamak ve hastalığın tekrarlamasını önlemek için hastanın tedaviye uyumunun sağlanması, tedaviye uyumun önündeki engellerin kaldırılması psikiyatri hemşirelerinin en temel görevleri arasındadır. Aynı zamanda Amerikan Hemşireler Birliği; psikiyatri hemşirelerinin ruhsal hastalıkları önleme, tedavi etme ve geliştirmede psikoeducitimi kullanabileceklerini vurgulamıştır (69, 70). Bu bağlamda günümüzde şizofreninin tedavisinde halen engel oluşturan iç görü yetersizliği ve ilaç uyumsuzluğunun giderilmesinde psikiyatri hemşireleri aktif rol almalıdır. Bireylerin gereksinimlerine göre; mümkün olan her yer ve zamanda hasta ortamında, sürekliliği olan psikoeducitimi programları ile hastaların tedaviye uyumlarını artırarak, toplum içinde daha bağımsız ve engelsiz yaşamaları sağlanabilir (28). Ayrıca psikiyatri hemşireliğinin ileri düzey rollerinden biri olan psikoeducitimin düzenli olarak toplum içerisinde uygulanması, hemşireliğin bağımsız yönünü daha görünür kılmak açısından da önemlidir (71).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma ön test- son test kontrol gruplu gerçek deneme modeli olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma hizmet verdiği hasta popülasyonunun sosyodemografik ve kültürel özelliklerinin benzerlikleri nedeniyle; Balıkesir ve Eskişehir il merkezlerinde bulunan Toplum Ruh Sağlığı Merkez'lerinde Eylül 2015 ile Şubat 2017 tarihleri arasında yürütüldü.

Araştırmanın yürütüldüğü merkezler incelendiğinde; Balıkesir TRSM'de 2 doktor, 4 hemşire, 1 sosyal hizmet uzmanı görev yapmaktadır. Merkezde başta ruhsal toplumsal beceri eğitimi olmak üzere hastalara bakım planı ve risk değerlendirme formları doğrultusunda çeşitli eğitimler verilmekte; grup terapileri ve bireysel terapiler uygulanmaktadır. Kendi bünyesinde cam boyama, kokulu taş sabun, ebru ve yemek pişirme atölyeleri mevcut olup; KPSS sınavına girecek hastalar için haftanın 4 günü KPSS kursu hizmeti verilmektedir. Ayrıca hastaların kendisinin birebir tüm sorumluluğunu alarak çalıştırıldığı Mavi At isimli bir kafe mevcut olup; Balıkesir TRSM'ye bağlı olarak tüm halka hizmet vermektedir. Merkezde mutfak, yemekhane, TV salonu, bilgisayar odası, kütüphane, eğitim odası ve çok amaçlı salon bulunmaktadır.

Eskişehir TRSM'de ise 1 doktor, 1 sosyal hizmet uzmanı, 1 psikolog ve 2 hemşire görev yapmaktadır. Merkezde el işi ve resim olmak üzere 2 atölye, mutfak, yemekhane, TV salonu, bilgisayar odası, kütüphane, eğitim odası ve çok amaçlı salon bulunmaktadır. Her iki TRSM'de de hastalar her sabah servisle belirli bir güzergah üzerinden evlerinden alınarak merkeze getirilmekte ve akşam aynı güzergah üzerinden evlerine servisle bırakılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Balıkesir ve Eskişehir il merkezlerinde bulunan TRSM'lere kayıtlı şizofreni hastaları oluşturdu. Bu merkezlerde 2015 yılı verilerine göre; Balıkesir TRSM'ye kayıtlı 191, Eskişehir TRSM'ye kayıtlı 178 olmak üzere toplam 369 şizofreni hastası bulunmaktadır. Araştırmanın örneklem büyüklüğünü saptamada evrendeki birey sayısı bilinen örneklem genişliği formülü kullanıldı ve minimal örneklem büyüklüğü 188 olarak belirlendi. Örneklem seçilirken;

$$n = \frac{N \times (t1 - \alpha)^2 \times (p \times q)}{d^2 \times (N - 1) + (t1 - \alpha)^2 \times (p \times q)}$$

formülü kullanıldı.

Hastalara uygulanan farkındalık temelli psikoeğitim programında, deney ve kontrol grubunun birbirini etkilememesi için deney grubunu Balıkesir TRSM'ye kayıtlı hastalar, kontrol grubunu Eskişehir TRSM'ye kayıtlı hastalar oluşturdu. Araştırmanın veri toplama aşamasına başlamadan önce 94 hastanın deney, 94 hastanın da kontrol grubuna alınması planlandı ve örneklemin seçiminde basit rastgele örnekleme yöntemi kullanıldı. Ancak Balıkesir TRSM'ye kayıtlı deney grubundan 39 hasta; aktif olarak KPSS, yemek, cam boyama, ebru kursuna devam etme ve TRSM'ye ulaşım güçlükleri, maddi sıkıntılar vb. özel nedenlerle; Eskişehir TRSM'ye kayıtlı kontrol grubundan ise 14 hasta; il dışına taşınma, ulaşım güçlükleri ve bakım verme zorunluluğu nedeniyle araştırmadan ayrıldı. Belirtilen nedenlerden dolayı araştırma deney grubundan 55, kontrol grubundan da 80 hasta ile tamamlandı.

3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- ✓ 18 ile 65 yaş arasında bulunmak
- ✓ Okuryazar olmak
- ✓ İletişime ve işbirliğine açık olma
- ✓ Son bir yıldır DSM-5 ölçütlerine göre şizofreni tanısı almış olmak

3.5. Araştırmada Dışlama Kriterleri

- ✓ Akut alevlenme dönemi içindeki hastalar
- ✓ Aktif olarak alkol ya da psikoaktif madde kullanımı bulunan hastalar
- ✓ Zekâ geriliği ya da demans gibi iş birliğini ve iletişimi olanaksız kılan zihinsel durumu bulunan hastalar

3.6. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, şizofreni hastalarının sosyo-demografik özelliklerini ve hastalık öykülerine ilişkin bilgilerini içeren Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-2), Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (EK-3), Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (EK-4) kullanıldı.

Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-2):

Araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak oluşturulan bilgi formu hastaların sosyo-demografik özelliklerini içeren 8 ve hastalık öyküsüne ilişkin bilgileri içeren 3 olmak üzere toplam 11 sorudan oluşmaktadır. Tanıtıcı bilgi formunda yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, birlikte yaşadığı kişiler, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumunu nasıl algıladığı, hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı ve ilaç kullanma süresine ilişkin sorular yer almaktadır (14, 72, 73).

Beck Bilişsel İç Görü Ölçeği (BBİGÖ) (EK-3):

Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Aslan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (44, 74). Ölçek, 15 sorudan oluşan dördümlük likert tipi bir ölçektir. Her bir maddenin puanlaması 0-1-2-3 şeklinde yapılmıştır. Ölçeğin kendini ifade etme (1, 3, 4, 5, 6, 8, 12, 14, 15'nci maddeler) ve kendinden eminlik (2, 7, 9, 10, 11, 13'ncü maddeler) olmak üzere iki alt boyutu vardır. Kendini ifade etme alt boyutu duygu ve düşünceleri açıklayabilme, daha yansız hareket edebilme ve başkalarından gelen geri bildirimleri dikkate alabilme gibi özellikleri kapsarken; kendinden eminlik alt boyutu ise bireylerin kendi yargısına, davranışlarına ve davranışlarının sonuçlarına aşırı güvenmeleri, başkalarından gelen geribildirimlere kapalı olmaları gibi olumsuz özellikleri içermektedir. Kendini ifade etme alt boyut puanı yükseldikçe bireyin duygu ve düşüncelerini açıklayabilme, daha yansız hareket edebilme gibi becerileri artarken, kendinden eminlik alt boyut puanı yükseldikçe kendi yargısına ve davranışlarına aşırı güvenme, dışardan gelen geri bildirimlere kendini kapatma gibi özelliklerinde artış olmaktadır. Bileşik indeks kendini ifade etme alt

ölçeğinden kendinden eminlik puanının çıkarılmasıyla hesaplanmaktadır. Toplam ölçek puanı minimum -18, maximum +27'dir. Ölçekten alınan düşük puan iç görünün düşük, yüksek puan ise iç görünün yüksek olduğunu gösterir. Aslan ve arkadaşlarının çalışmasında alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları sırasıyla kendini ifade etme 0.56 ve kendinden eminlik 0.50 düzeyinde bulunmuştur (74). Bu çalışmada ise alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları sırasıyla kendini ifade etme 0.67 ve kendinden eminlik 0.68'iken, toplam ölçek Cronbach alfa katsayısı 0.69 olarak belirlenmiştir.

Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (TTUOÖ) (EK-4):

Thompson ve arkadaşları tarafından Morisky Uyum Anketi ve İlaç Tutum Envanteri (Drug Attitude Inventory-DAI) birleştirilerek geliştirilmiştir (75). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliği Koç tarafından yapılmıştır (14). Ölçek hastanın son bir hafta içerisindeki tedaviye uyum davranışları ve tutumu değerlendirilmekte olup ölçekte Evet/Hayır şeklinde cevap verilecek 10 soru bulunmaktadır. Ölçekteki her bir soruya verilen uyumlu cevaplar 1, uyumsuz cevaplar ise 0 olarak değerlendirilmektedir. Toplam ölçek puanı minimum 0, maximum 10'dur. Ölçekten alınan düşük puan tedaviye uyumun zayıf, yüksek puanlar ise tedaviye uyumun yüksek olduğunu göstermektedir. Koç'un çalışmasında 1-7 arasında puan alanların tedaviye uyumlarının zayıf, 8-10 arasında alanların ise yüksek olduğu belirtilmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur (14). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.63 olarak belirlenmiştir.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri Şubat-Nisan 2016 tarihleri arasında toplandı. Veriler, Balıkesir TRSM ve Eskişehir TRSM'nin eğitim odasında sessiz, sakin bir ortamda; araştırmacı tarafından birebir okunarak ve verilen cevaplar formlara işaretlenerek ortalama 30 dakika süreyle dolduruldu. Deney ve kontrol grubuna ön test olarak Tanıtıcı Bilgi Formu, Beck Bilişsel İç görü Ölçeği, Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği uygulandı. Deney grubuna 4 hafta süreyle toplam 8 oturum şeklinde farkındalık temelli psikoeğitim uygulandıktan sonra, deney ve kontrol grubundan son test verileri toplandı.

3.8. Hemşirelik Girişimi

Araştırmanın hemşirelik girişimini uygulama aşamasına başlamadan önce psikoeğitim programını farkındalık terapisine temellendirmek amacıyla; araştırmacı 8 haftalık Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programına katılarak Farkındalık terapisinin temel eğitimini aldı (EK-7).

Araştırmada öncelikli olarak Balıkesir ve Eskişehir il merkezinde bulunan TRSM'lere kayıtlı şizofreni hastalarının dosyaları incelenerek, hastalara ait bilgiler kriterlere uygunluk yönünden değerlendirildi. Kriterlere uygun olan bireyler telefon ile aranarak araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra TRSM'ye davet edilerek hazırlık oturumu yapıldı. Bu oturumda, hastalara çalışmanın amacı ve önemi, psikoeğitim programının içeriği, süresi anlatılarak, hastaların programdan beklentileri öğrenildi. Hazırlık oturumu sonrası araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarla ilk oturum için gün/saat belirlenerek, uygulamaya başlandı.

Araştırmacı tarafından oluşturulan ve literatür doğrultusunda hazırlanan (5, 36, 39, 76) şizofreni hastalarının iç görü ve ilaç uyumunu arttırmayı amaçlayan farkındalık temelli psikoeğitim programı, Balıkesir TRSM'nin eğitim odasında, deney grubundaki hastalara dört hafta boyunca; psikoeğitim programı içerisinde verilen ev ödevleri ve alıştırmaların yapılabilmesi amacıyla pazartesi ve cuma günleri olmak üzere haftada iki gün toplam sekiz oturum şeklinde uygulandı. Hastalar programa interaktif eğitim yöntemine göre 8-12 kişilik gruplar halinde alındı. Her oturum; hastaların durumu göz önüne alınarak 30'ar dakikalık süre ile ikiye bölünerek, arada 10 dakika dinlenme ile toplam 70 dakikalık sürede gerçekleştirildi. Bütün psikoeğitim programı süresince ve her oturum sonrası ilave sorusu olan hastalar ile birebir görüşülerek danışmanlık ve destek verildi. Ayrıca çeşitli nedenlerle oturumlara katılamayan ya da programa (gün/tarih olarak) uymakta güçlük çeken hastalar için telafi grupları oluşturuldu ve telafi oturumları düzenlenerek 4 hafta boyunca araştırmaya devam etmeleri sağlandı.

Araştırmada Farkındalık Terapisinin meditasyon teknikleri psikoeğitim programının bel kemiğini/iskeletini oluşturdu. Beden ve nefes, beden tarama, farkındalık hareketi ve üç dakikalık soluklanma teknikleri psikoeğitim programı süresince; uygulamalı olarak her oturumda gerçekleştirildi. Beden ve nefes ve üç dakikalık soluklanma meditasyonu, hastalara rahat kıyafetler ile sandalye üzerinde oturarak uygulanırken, beden tarama ve farkındalık hareketi yoga matı/kilim üzerinde yatarak araştırmacının direktifleri doğrultusunda yaptırıldı. Bu meditasyon tekniklerini

kullanılarak; hastaların dikkatini şimdiki ana verebilmeleri, içsel olarak kendi yaşantılarını, bedenlerini, duygularını, düşüncelerini gözlemleyebilmeleri, yargısız ve acele etmeden davranabilmeleri, kendilerini olduğu gibi kabul edebilmeleri, kendi fiziksel ve ruhsal sınırlarını keşfedebilmeleri, hastalık belirtilerini, sürecini, tedavisini ve hastalığın yaşamlarında oluşturduğu etkiyi tanıma ve tanımlayabilmeleri, hastalıkla baş etme becerilerini geliştirebilmeleri hedeflenmiş olup; bu yolla şizofreni hastalarının iç görü ve ilaç uyumunu artırma amaçlandı (36, 39, 76).

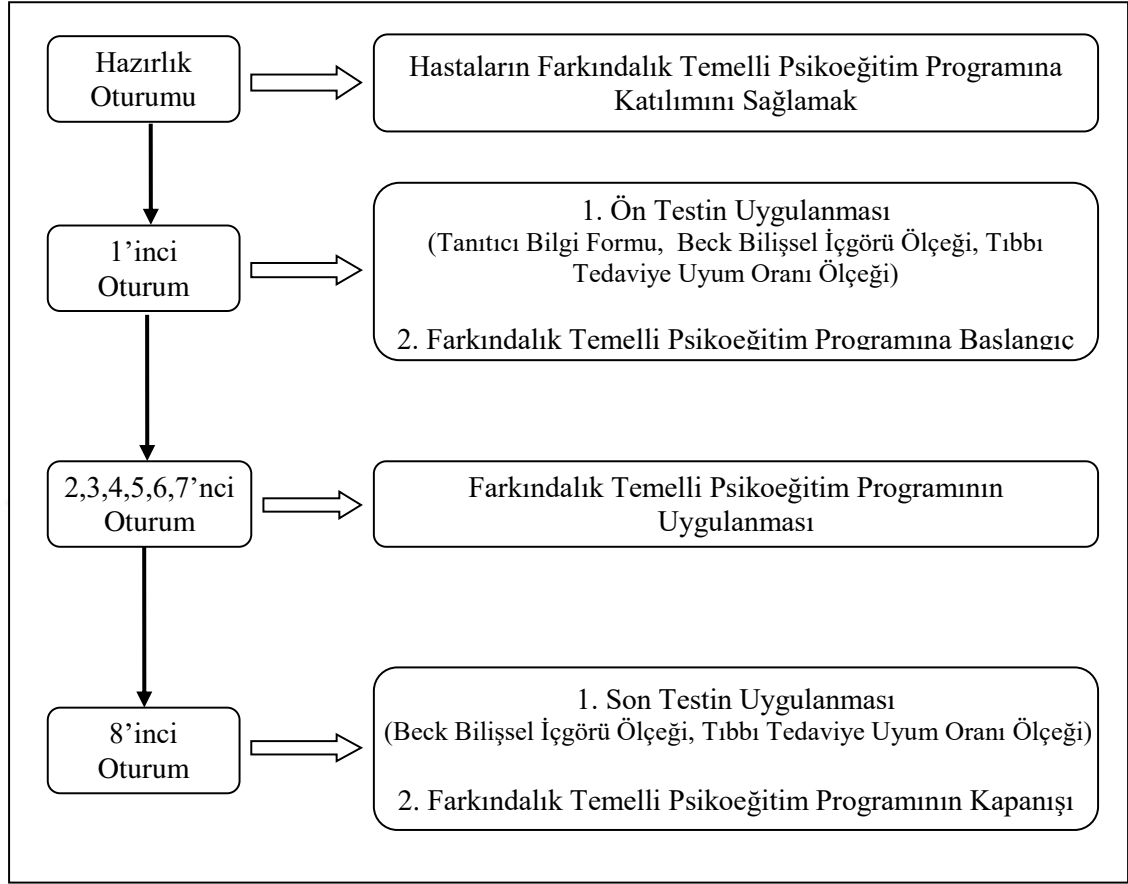
Ayrıca psikoeğitim programı içinde hastalarla kuru üzüm ve kar küresi uygulaması gerçekleştirildi. Kuru üzüm uygulamasında her hastaya 1-2 adet kuru üzüm verilerek beş duyusunu kullanarak tam bir dikkatle daha önce hiç yemediği gibi kuru üzümü yemesi istendi. Her hasta önce kuru üzümü eline aldı izledi, dokusunu hissetti, kokladı, kulağına götürdü parmak arasında gezdirerek sesini işitti, daha sonra ağzına aldı, belli bir süre ağzında çiğnemedi tuttu, hissetti ve hiç olmadığı kadar yavaş bir şekilde üzümü yedi. Bu uygulamada ki temel amaç otomatik davranışları fark etmek ve dikkati tam bir bilinçle kullanmaktı. Kar küresi uygulamasında ise, zihnimizde gezinen ve bizi meşgul eden düşünceler kar küresi içinde dolaşan kar taneciklerine benzetildi. Kar küresi çalkalandı ve her hastanın eline verilerek dikkatle incelemesi istendi. Daha sonra 2-3 dakika kar küresi sabit bir yerde hareketsiz durdu ve tüm grubun kar küresi içindeki kar taneciklerinin çöküşünü izlemesi istendi. Buradaki amaç ise; zihnimizin neden meditasyona ihtiyaç duyduğunu ve düşüncelerin meditasyon sırasında kar taneleri gibi yere çöktüğünü, böylelikle zihnimizin meditasyon sırasında berraklaştığını vurgulamaktı (76).

3.8.1. Girişim Materyali

Araştırmada girişim materyali olarak eğitim kitapçığı (EK-5) ve meditasyon CD'si (EK-6) kullanıldı. Araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak oluşturulan eğitim kitapçığı şizofreni, belirtileri, tedavisi, antipsikotik ilaç tedavisi ve yan etkileri, hastalığa ilişkin uyarıcı işaretler ve dikkat edilmesi gereken hususlar hakkında bilgi içermektedir (1, 5, 6, 30).

Araştırmacı tarafından hazırlanan meditasyon CD'si ise; farkındalık terapisinin temel teknikleri olan beden ve nefes meditasyonu, beden tarama meditasyonu ve üç dakikalık soluklanma meditasyonunu içermektedir (76).

Şekil 3.1. Farkındalık Temelli Psikoeğitim Programı Uygulama Planı



Tablo 3.1. Farkındalık Temelli Psikoeğitim Programının İçeriği

HAZIRLIK OTURUMU

Amaç:

1. Hastaların Farkındalık Temelli Psikoeğitim Programına katılımını sağlamak
2. Araştırmanın amacını, programın içeriğini ve süresini tanıtmak
3. Hastaların programdan beklentilerini öğrenmek

1. OTURUM

Amaç:

1. Hastalarda bilişsel iç görüyü geliştirmek.
2. Hastaların günlük faaliyetlere ilişkin farkındalığını oluşturmak.
3. Hastaların otomatik davranışlarını fark etmesini sağlamak.
4. Ön test verilerini toplamak.

Gündem:

1. Gündemin açıklanması ve ön testin uygulanması
2. Kuru üzüm uygulaması
3. Otomatik pilot ve farkındalık
4. Şizofreni nedir?
5. Şizofreninin nedenleri nedir?
6. 4 dakikalık beden ve nefes meditasyonu ve sonrasında deneyimlerin paylaşılması
7. Meditasyon CD'sinin ve eğitim kitapçığının dağıtılması
8. 1 dakika sessizlik ile kapanış

Alıştırmalar ve Ev Ödevleri

1. Hafta içinde bir öğünü farkındalıkla yiyiniz (Yemek yerken her zaman oturduğunuz sandalyeye değil farklı bir sandalyeye ya da farklı bir yere oturun).
2. Günde bir kez dilediğiniz bir zaman beden ve nefes meditasyonunu yapınız.

2. OTURUM

Amaç:

1. Hastalarda bilişsel iç görüyü geliştirmek.
2. Hastaların günlük faaliyetlere ilişkin farkındalığını sürdürmek.
3. Hastaların dikkatlerini nefes üzerinde tutarak şimdiki ana odaklanmalarını ve zihinlerinde olanları fark etmelerini sağlamak.
4. Hastalarla meditasyonun neden gerektiği üzerinde kritik yapmak.

Gündem:

1. Bir önceki oturumun özetlenmesi ve gündemin açıklanması
2. Kar küresi uygulaması (Dağılan zihin ve meditasyon neden gerekli?)
3. Beden ve nefes meditasyonu
3. Alıştırma ve ev ödevlerinin tartışılması
4. Şizofreninin belirtileri nelerdir?
5. Beden ve nefes meditasyonu ve sonrasında deneyimlerin paylaşılması
6. 1 dakika sessizlik ile kapanış.

Alıştırmalar ve Ev Ödevleri

1. Günlük faaliyetlerinizin farkında olunuz (diş fırçalamak, çöpü dışarı çıkarmak, banyo yapmak, vücudunuzu kurulamak, giyinmek, alış veriş yapmak, bulaşık yıkamak vb. bir şeyi tam bir farkındalıkla yapınız).

2. Günde bir kez dilediğiniz bir zaman beden ve nefes meditasyonunu yapınız.

3. Şizofreninin hangi belirtilerini yaşadınız? Bir kağıda not ediniz?

3. OTURUM

Amaç:

1. Hastalarda bilişsel iç görüyü geliştirmek.
2. Hastaları antipsikotik ilaç tedavisinin uygulanmasının nedenleri, etkileri ve düzenli kullanmanın getireceği faydalar hakkında bilgilendirerek ilaç uyumlarını artırmak.
3. Hastaların günlük faaliyetlere ilişkin farkındalığını sürdürmek.
4. Hastaların dikkatlerini bedenın tüm parçaları üzerinde gezdirmelerini ve bedenlerini gözlemleyebilmelerini sağlamak.

Gündem:

1. Bir önceki oturumun özetlenmesi ve gündemin açıklanması
2. Beden ve nefes meditasyonu
3. Alıştırma ve ev ödevlerinin tartışılması
4. Şizofreni nasıl tedavi edilir? Antipsikotik ilaç tedavisinin uygulanmasının nedenleri, etkileri ve düzenli kullanmanın getireceği faydalar nelerdir?
5. Beden tarama meditasyonu ve sonrasında deneyimlerin paylaşılması
6. 1 dakika sessizlik ile kapanış

Alıştırmalar ve Ev Ödevleri

1. Sırasıyla bir gün beden ve nefes meditasyonunu diğer gün beden tarama meditasyonunu uygulayınız.

2. Gün içinde rastgele zamanlarda o anın farkında olunuz. Otomatik pilota mısınız? Fark ediniz.

4. OTURUM

Amaç:

1. Hastaları antipsikotik ilaçları uygun yöntemlerle kullanma ve yan etkileri hakkında bilgilendirerek ilaç uyumlarını artırmak.
2. Hastaların günlük faaliyetlere ilişkin farkındalığını sürdürmek.
3. Hastaların dikkatlerini bedenleri üzerinde tutarak şimdiki ana daha fazla odaklanabilmelerini, içsel olarak bedenlerini, duygularını, düşüncelerini gözlemleyebilmelerini sağlamak.

Gündem:

1. Bir önceki oturumun özetlenmesi ve gündemin açıklanması
2. Beden tarama meditasyonu
3. Alıştırma ve ev ödevlerinin tartışılması
4. Antipsikotik ilaçları uygun yöntemlerle kullanma ve yan etkileri nelerdir?
5. Beden tarama meditasyonu ve sonrasında deneyimlerin paylaşılması
6. 1 dakika sessizlik ile kapanış

Alıştırmalar ve Ev Ödevleri

1. Sırasıyla bir gün beden ve nefes meditasyonunu diğer gün beden tarama meditasyonunu uygulayınız.

2. İlaçlarınızı nerede muhafaza edersiniz? Nasıl alırsınız? Bir kağıda not ediniz?

3. Antipsikotik ilaçların hangi yan etkilerini yaşadınız? Bir kağıda not ediniz?

5. OTURUM

Amaç:

- 1.Hastaları antipsikotik ilaçların yan etkileri ve yan etkilerle baş etme hakkında bilgilendirerek ilaç uyumlarını artırmak.
2. Hastaların günlük faaliyetlere ilişkin farkındalığını sürdürmek
3. Hastalarda dikkati beden ve nefes üzerinde tutarak şimdiki ana daha fazla odaklanabilmek.
4. Hastalarla fiziksel ve duygusal sınırları keşfedebilmek.

Gündem:

1. Bir önceki oturumun özetlenmesi ve gündemin açıklanması
2. Beden tarama meditasyonu
3. Alıştırma ve ev ödevlerinin tartışılması
4. Antipsikotik ilaçların yan etkileri ve yan etkilerle baş etme.
5. Farkındalık hareketi meditasyonu ve sonrasında deneyimlerin paylaşılması
6. 1 dakika sessizlik ile kapanış

Alıştırmalar ve Ev Ödevleri

1. Sırasıyla bir gün beden taraması meditasyonu diğer gün farkındalık hareketi meditasyonunu uygulayınız.

6. OTURUM

Amaç:

1. Hastaları şizofreniye ilişkin uyarıcı işaretler ve bunlarla baş etme hakkında bilgilendirerek hastalığa ilişkin baş etme becerilerini ve farkındalıklarını artırabilmek.
2. Hastaların günlük faaliyetlere ilişkin farkındalığını sürdürmek.
3. Hastaların şizofreninin bedenleri, duyguları, düşünceleri ve yaşamları üzerine olan etkisini fark edebilmelerini sağlamak.
- 4.Hastaların acele etmeden yargısız düşünebilmelerini sağlamak.

Gündem:

1. Bir önceki oturumun özetlenmesi ve gündemin açıklanması
2. Farkındalık hareketi meditasyonu
3. Alıştırma ve ev ödevlerinin tartışılması
4. Şizofreniye ilişkin uyarıcı işaretler ve bunlarla baş etme
5. Üç dakikalık soluklanma meditasyonu ve sonrasında deneyimlerin paylaşılması
6. 1 dakika sessizlik ile kapanış

Alıştırmalar ve Ev Ödevleri

1. Sırasıyla bir gün beden ve nefes meditasyonunu diğer gün farkındalık hareketi meditasyonunu uygulayınız.
2. Her gün Üç dakikalık soluklanma meditasyonunu yapınız.
3. Uyarıcı işaretlerden daha önce hangilerini yaşadınız? Bir kağıda not ediniz?

7. OTURUM

Amaç:

- 1.Hastaları şizofreniye ilişkin dikkat edilmesi gereken hususlar hakkında bilgilendirmek.
2. Hastaların günlük faaliyetlere ilişkin farkındalığını sürdürmek.
3. Hastaların şizofreninin bedenleri, duyguları, düşünceleri ve yaşamları üzerine olan etkisini fark edebilmelerini sağlamak.

Gündem:

1. Bir önceki oturumun özetlenmesi ve gündemin açıklanması
2. Farkındalık hareketi meditasyonu
3. Alıştırma ve ev ödevlerinin tartışılması
4. Hastalığa ilişkin dikkat edilmesi gereken hususlar
5. Üç dakikalık soluklanma meditasyonu ve sonrasında deneyimlerin paylaşılması
6. Bir dakikalık sessizlik ile kapanış

Alıştırmalar ve Ev Ödevleri

1. Sırasıyla bir gün beden ve nefes meditasyonunu diğer gün farkındalık hareketi meditasyonu uygulayınız.
2. Her gün Üç dakikalık soluklanma meditasyonunu yapınız.

8. OTURUM**Amaç:**

1. Farkındalık Temelli Psikoeğitim Programını değerlendirmek.
2. Son test verilerini toplamak.
3. Farkındalık Temelli Psikoeğitim Programı içerisinde öğrenilen meditasyon tekniklerini hastaların günlük hayatta devam ettirebilmesini sağlamak.

Gündem:

1. Gündemin açıklanması
2. Hastalar tarafından Farkındalık Temelli Psikoeğitim programının değerlendirilmesi
3. Beden tarama meditasyonu
4. Hastalar ile Farkındalık Temelli Psikoeğitim Programı içerisinde öğrenilen meditasyon tekniklerinin günlük hayatta nasıl devam ettirilebileceğinin tartışılması.
5. Son test verilerinin toplanması.
6. 1 dakika sessizlik ile kapanış.

Kontrol grubuna herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Son test uygulandıktan sonra eğitim kitapçığı ve meditasyon CD'si kontrol grubu hastalarına da verilmiştir.

3.9. Araştırmanın Değişkenleri

- **Bağımlı Değişken:** Şizofreni hastalarının içgörü düzeyi ve ilaç uyumu
- **Bağımsız Değişken:** Farkındalık temelli oluşturulan psikoeğitim programı
- **Kontrol Değişkenleri:** Hastanın yaşı, cinsiyet, medeni durumu, çocuk varlığı, birlikte yaşadığı kişiler, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu, son bir yılda yatış sayısı, hastalık süresi ve ilaç kullanma süresidir.

Tablo 3.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Kontrol Değişkenleri	Deney Grubu (S=55)		Kontrol Grubu (S=80)		X ²	p
	S	%	S	%		
Yaş						
21-31 yaş	14	25.4	15	18.8	0.805	0.938
32-42 yaş	20	36.4	24	30		
43 ve üzeri yaş	21	38.2	41	51.2		
Cinsiyet						
Kadın	18	32.7	25	31.3	2.901	0.089
Erkek	37	67.3	55	68.7		
Medeni Durum						
Evli	26	47.3	18	22.5	0.18	0.893
Bekar	29	52.7	62	77.5		
Çocuk Varlığı						
Var	30	54.5	24	30	0.26	0.871
Yok	25	45.5	56	70		
Birlikte Yaşadığı Kişiler						
Yalnız	8	14.5	19	23.7	1.799	0.773
Aile	43	78.2	56	70		
Bir Yakını ile	4	7.3	5	6.3		
Eğitim Durumu						
İlkokul	23	41.8	25	31.3	4.852	0.847
Ortaokul	12	21.8	25	31.3		
Lise	10	18.2	22	27.4		
Yüksekokul/Üniversite	10	18.2	8	10		
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	6	10.9	7	8.8	0.825	0.364
Çalışmıyor	49	89.1	73	91.2		
Ekonomik Durumunu Nasıl Algıladığı						
Düşük	24	43.6	34	42.5	4.619	0.329
Orta	30	54.5	40	50		
Yüksek	1	1.9	6	7.5		

Hastalık Süresi (Yıl)						
1-14	33	60	40	50	1.657	0.798
15-29	15	27.3	35	43.7		
30 ve üzeri	7	12.7	5	6.3		
Son Bir Yılda Yatış Sayısı						
Hiç Yatmamış	27	49.1	43	53.8	3.263	0.515
1 ve 2 kez	20	36.4	31	38.7		
3 ve üzeri	8	14.5	6	7.5		
İlaç Kullanma Süresi(Yıl)						
1-12	33	60.0	44	55	0.163	0.922
13-25	13	23.6	31	38.7		
26 ve üzeri	9	16.4	5	6.3		

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların kontrol değişkenlerinin karşılaştırılması Tablo 3.2.'de görülmektedir. Deney ve kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, birlikte yaşadığı kişiler, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumunu nasıl algıladığı, hastalık süresi, son bir yılda yatış sayısı, ilaç kullanma süresi (kontrol değişkenleri) açısından istatistiksel olarak önemli bir fark yoktur ve her iki grubun benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 3.2.).

3.10. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verilerinin istatistiksel analizi SPSS (Statistical Package for Social Science) 17 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Tablo 3.3. Araştırma Verilerinin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Değişkenler	Kullanılan istatistik yöntem
• Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre değerlendirmesi	• Yüzdelik, ortalama ve standart sapma
• Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması	• Ki- kare
• Deney ve kontrol gruplarının puan ortalamalarının karşılaştırılması	• Bağımsız gruplarda t testi
• Deney ve kontrol gruplarının kendi içinde puan ortalamalarının karşılaştırılması	• Bağımlı gruplarda t testi

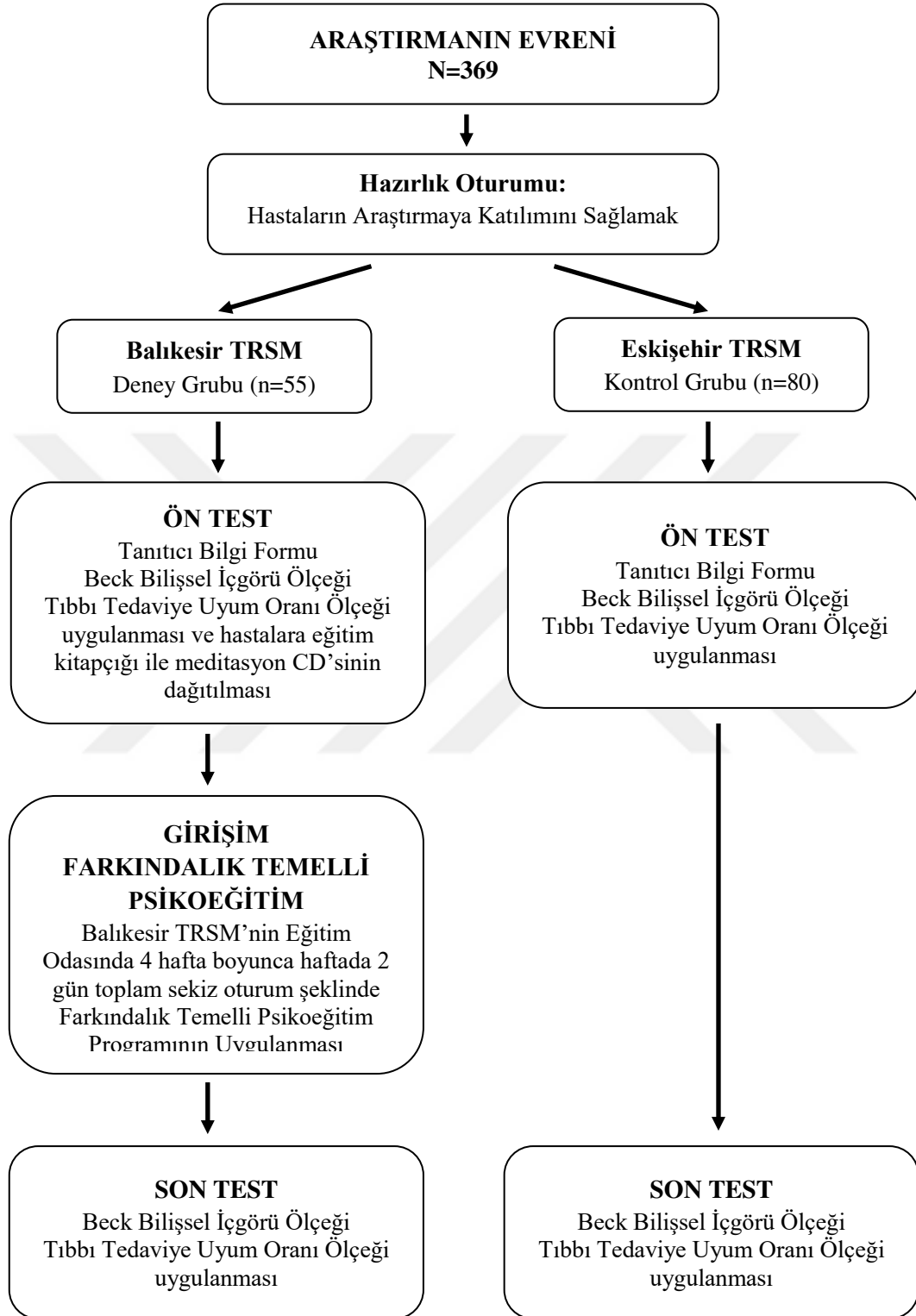
3.11. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmalarda insan olgusunun kullanımı bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden “bilgilendirilmiş onam” koşulu etik ilke olarak yerine getirildi. Araştırmaya katılan bireyler, araştırmaya katılıp katılmamakta özgür oldukları ve araştırmadan istedikleri zaman ayrılabilirler konusunda bilgilendirildi. Araştırmaya katılacak bireylere, bireysel bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı konusunda açıklama yapıp “gizlilik ilkesine” uyuldu. Malatya İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu Başkanlığı’ndan etik onay alındı (EK-8). Ek olarak Eskişehir (EK-9) ve Balıkesir İli Kamu Hastaneler Birliğı Genel Sekreterliğı’nden yazılı izin alındı (EK-10). Ayrıca kontrol grubuna son test uygulandıktan sonra eğitim kitapçığı ve meditasyon CD’si verildi.

3.12. Araştırmanın sınırlılıkları ve genellenebilirliğı

Araştırmanın farklı illerdeki TRSM’ler de yapılmış olması ve son test ölçümünün sadece bir kez yapılarak, izlemin yapılmaması çalışmanın sınırlılıklarındandır ayrıca bu araştırmanın bulgularından elde edilen sonuçlar sadece çalışma grubuna genellenebilir.

Şekil 3.2. Araştırma Uygulama Planı



4. BULGULAR

Bu bölümde şizofreni hastalarına verilen farkındalık temelli psikoeğitimin hastaların iç görü ve ilaç uyumu üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular sunulmuştur.

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Deney Grubu (S=55)		Kontrol Grubu (S=80)	
	S	%	S	%
Yaş Grupları				
21-31 yaş	14	25.4	15	18.8
32-42 yaş	20	36.4	24	30
43 ve üzeri yaş	21	38.2	41	51.2
Cinsiyet				
Kadın	18	32.7	25	31.3
Erkek	37	67.3	55	68.7
Medeni Durum				
Evli	26	47.3	18	22.5
Bekar	29	52.7	62	77.5
Çocuk Varlığı				
Var	30	54.5	24	30
Yok	25	45.5	56	70
Birlikte Yaşadığı Kişiler				
Yalnız	8	14.5	19	23.7
Aile	43	78.2	56	70
Bir Yakını ile	4	7.3	5	6.3
Eğitim Durumu				
İlkokul	23	41.8	25	31.3
Ortaokul	12	21.8	25	31.3
Lise	10	18.2	22	27.4
Yüksekokul/Üniversite	10	18.2	8	10
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	6	10.9	7	8.8
Çalışmıyor	49	89.1	73	91.2
Ekonomik Durumunu Nasıl Algıladığı				
Düşük	24	43.6	34	42.5
Orta	30	54.5	40	50
Yüksek	1	1.9	6	7.5

Hastalık Süresi (Yıl)				
1-14	33	60	40	50
15-29	15	27.3	35	43.7
30 ve üzeri	7	12.7	5	6.3
Son Bir Yılda Yatış Sayısı				
Hiç Yatmamış	27	49.1	43	53.8
1 ve 2 kez	20	36.4	31	38.7
3 ve üzeri	8	14.5	6	7.5
İlaç Kullanma Süresi (Yıl)				
1-12	33	60.0	44	55
13-25	13	23.6	31	38.7
26 ve üzeri	9	16.4	5	6.3

Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1’de görülmektedir. Deney grubundaki hastaların %38.2’sinin 43 yaş ve üzerinde olduğu, %67.3’ünün erkek, %52.7’sinin bekar, %54.5’inin çocuğunun olduğu, %78.2’sinin ailesiyle birlikte yaşadığı ve %41.8’inin ilkokul mezunu olduğu belirlendi. Hastaların %89.1’inin çalışmadığı, %54.5’inin ekonomik durumunu orta seviyede algıladığı ve %60’ının 1-14 yıldır şizofreni hastası olduğu tespit edildi. Ayrıca hastaların %49.1’inin son bir yılda hastaneye hiç yatmadığı ve %85.5’inin 1-12 yıldır ilaç kullandığı saptandı.

Kontrol grubundaki hastaların %51.3’ünün 43 yaş ve üzerinde olduğu, %68.8’inin erkek, %77.5’inin bekar, %70’inin çocuğunun olmadığı, %70’inin ailesiyle birlikte yaşadığı tespit edildi. Hastaların %61.6’sının ilkokul ve ortaokul mezunu olduğu, %91.3’ünün çalışmadığı, %50’sinin ekonomik durumunu orta seviyede algıladığı, %50’sinin 1-14 yıldır şizofreni hastası olduğu belirlendi. Ayrıca hastaların %53.8’inin son bir yılda hastaneye hiç yatmadığı ve %55’inin 1-12 yıldır ilaç kullandığı saptandı (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların BBİGÖ Toplam ve Alt Boyutları
Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

BBİGÖ ve Alt Boyutları	Ölçeğin Uygulama Zamanları	Deney Grubu (S=55) $\bar{X} \pm SS$	Kontrol Grubu (S=80) $\bar{X} \pm SS$	Test ve Anlamlılık
Kendini İfade Etme	Ön Test	14.58±5.12	12.68±5.19	t = 2.09, p= 0.03*
	Son Test	14.94±5.26	13.00±5.25	t = 2.11, p= 0.03*
Kendinden Eminlik	Ön Test	10.70±3.57	10.41±4.29	t = 0.42, p= 0.67*
	Son Test	10.05±4.02	11.31±4.33	t = -1.70, p= 0.09*
Toplam Ölçek Puanı	Ön Test	3.87±6.24	2.27±5.44	t = 1.57, p= 0.11*
	Son Test	4.89±6.05	1.68±5.67	t = 3.13, p= 0.00*

*Bağımsız Gruplarda t Testi

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların BBİGÖ toplam ve alt boyutları ön test ve son test puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.2’de gösterildi. BBİGÖ alt boyutlarına göre ön test puan ortalamaları incelendiğinde; “Kendini İfade Etme” alt boyutu deney grubundaki hastalarda 14.58±5.12, kontrol grubundaki hastalarda 12.68±5.19 olarak tespit edildi. Deney ve kontrol grubundaki hastaların “Kendini İfade Etme” alt boyutu ön test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu (p<0.05). “Kendinden Eminlik” alt boyutu ön test puan ortalamaları deney grubundaki hastalarda 10.70±3.57, kontrol grubundaki hastalarda 10.41±4.29 olarak tespit edildi. Deney ve kontrol grubundaki hastaların “Kendinden Eminlik” alt boyutu ön test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulundu (p>0.05). BBİGÖ toplam ön test puan ortalamaları deney grubundaki hastalarda 3.87±6.24, kontrol grubundaki hastalarda 2.27±5.44 olarak tespit edildi. Deney ve Kontrol grubundaki hastaların BBİGÖ toplam ön test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulundu (p>0.05).

BBİGÖ alt boyutlarına göre son test puan ortalamaları incelendiğinde; “Kendini İfade Etme” alt boyutu deney grubundaki hastalarda 14.94 ± 5.26 , kontrol grubundaki hastalarda 13.00 ± 5.25 olarak tespit edildi. Deney ve kontrol grubundaki hastaların “Kendini İfade Etme” alt boyutu son test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($p < 0.05$). “Kendinden Eminlik” alt boyutu son test puan ortalamaları deney grubundaki hastalarda 10.05 ± 4.02 , kontrol grubundaki hastalarda 11.31 ± 4.33 olarak tespit edildi. Deney ve kontrol grubundaki hastaların “Kendinden Eminlik” alt boyutu son test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulundu ($p > 0.05$). BBİGÖ toplam son test puan ortalamaları deney grubundaki hastalarda 4.89 ± 6.05 , kontrol grubundaki hastalarda 1.68 ± 5.67 olarak tespit edildi. Deney ve Kontrol grubundaki hastaların BBİGÖ toplam son test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($p < 0.05$) (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Deney Grubundaki Hastaların BBİGÖ Toplam ve Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Deney Grubu	Ön Test (S=55) $\bar{X} \pm SS$	Son Test (S=55) $\bar{X} \pm SS$	Test ve Anlamlılık
Kendini İfade Etme	14.58 ± 5.12	14.94 ± 5.26	$t = -0.52, p = 0.60^*$
Kendinden Eminlik	10.70 ± 3.57	10.05 ± 4.02	$t = 1.30, p = 0.19^*$
Toplam Ölçek Puanı	3.87 ± 6.24	4.89 ± 6.05	$t = -1.57, p = 0.12^*$

* Bağımlı Gruplarda t Testi

Araştırma kapsamına alınan deney grubundaki hastaların BBİGÖ toplam ve alt boyutları ön test ve son test puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.3’de gösterildi. Deney grubundaki hastaların BBİGÖ ön test son test puan ortalamaları incelendiğinde; “Kendini İfade Etme” alt boyutu ön test puanının 14.58 ± 5.12 ’den, 14.94 ± 5.26 ’ya yükseldiği ancak ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlendi ($p > 0.05$). “Kendinden Eminlik” alt boyutu

ön test puanının 10.70 ± 3.57 'den, 10.05 ± 4.02 'ye düştüğü ancak ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptandı ($p > 0.05$). Deney grubundaki hastaların BBİGÖ toplam puanının 3.87 ± 6.24 'den 4.89 ± 6.05 'e yükseldiği ancak ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlendi ($p > 0.05$).

Tablo 4.4. Kontrol Grubundaki Hastaların BBİGÖ Toplam ve Alt Boyutları Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kontrol Grubu	Ön Test (S=80) $\bar{X} \pm SS$	Son Test (S=80) $\bar{X} \pm SS$	Test ve Anlamlılık
Kendini İfade Etme	12.68 ± 5.19	13.00 ± 5.25	$t = -0.64, p = 0.52^*$
Kendinden Eminlik	10.41 ± 4.29	11.31 ± 4.33	$t = -2.16, p = 0.03^*$
Toplam Ölçek Puanı	2.27 ± 5.44	1.68 ± 5.67	$t = 1.08, p = 0.28^*$

* Bağımlı Gruplarda t Testi

Araştırma kapsamına alınan kontrol grubundaki hastaların BBİGÖ toplam ve alt boyutları ön test ve son test puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4'de gösterildi. Kontrol grubundaki hastaların BBİGÖ ön test son test puan ortalamaları incelendiğinde; “Kendinden Eminlik” alt boyutu ön test puanının 10.41 ± 4.29 'dan, 11.31 ± 4.33 'e yükseldiği ve ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu ($p < 0.05$). “Kendini İfade Etme” alt boyutu ön test puanının 12.68 ± 5.10 , son test puanının 13.00 ± 5.25 , BBİGÖ toplam ön test puanının 2.27 ± 5.44 , son test puanının 1.68 ± 5.67 olduğu ve ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlendi ($p > 0.05$).

Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların TTUOÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması

	Ölçeğin Uygulama Zamanları	Deney Grubu (S=55) $\bar{X} \pm SS$	Kontrol Grubu (S=80) $\bar{X} \pm SS$	Test ve Anlamlılık
Tıbbi Tedaviye	Ön Test	1.45±0.50	1.41±0.49	t = -0.49, p= 0.62*
Uyum Ölçeği	Son Test	1.76±0.42	1.50±0.50	t = -3.44, p= 0.00*

* Bağımsız Gruplarda t Testi

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların TTUOÖ ön test ve son test puan ortalamalarına göre karşılaştırılması Tablo 4.5’de gösterildi. TTUOÖ ön test puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki hastalarda 1.45±0.50, kontrol grubundaki hastalarda 1.41±0.49 olarak tespit edildi. Deney ve Kontrol grubundaki hastaların TTUOÖ ön test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulundu ($p>0.05$).

TTUOÖ son test puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki hastalarda 1.76±0.42, kontrol grubundaki hastalarda 1.50±0.50 olarak tespit edildi. Deney ve Kontrol grubundaki hastaların TTUOÖ son test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların TTUÖÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

TTUÖÖ	Ön Test (S=55) $\bar{X} \pm SS$	Son Test (S=55) $\bar{X} \pm SS$	Test ve Anlamlılık
Deney Grubu	1.45±0.50	1.72±0.44	t = -4.13, p= 0.00*
Kontrol Grubu	1.42±0.49	1.50±0.50	t = -1.28, p= 0.20*

* Bağımlı Gruplarda T Testi

Araştırma kapsamında deney ve kontrol grubundaki hastaların TTUÖÖ ön test ve son test puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.6’da gösterildi. Deney grubundaki hastaların TTUÖÖ ön test puan ortalamasının 1.45±0.50, son test puan ortalamasının 1.72±0.44 olarak artış gösterdiği ve ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu ($p < 0.05$).

Kontrol grubundaki hastaların TTUÖÖ ön test puan ortalamasının 1.42±0.49, son test puan ortalamasının 1.50±0.50 olduğu ve ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlendi ($p > 0.05$) (Tablo 4.6).

5. TARTIŞMA

Şizofreni bireylerde duygu, düşünce, davranış ve bilişsel yetilerde hasara yol açan önemli bir hastalıktır. Duygu ve düşüncelerin kanseri olarak tanımlayabileceğimiz bu hastalık; beraberinde birçok psikososyal sorunu getirmektedir (1). Literatür incelendiğinde şizofreni hastalarının yaşadığı güçlükler arasında iç görü kaybı ve tedaviye uyum sorunu yıllardır üzerinde çalışılan önemli sorunlardandır (18, 43, 50, 61, 77-79). Yapılan çalışmalarla hastalığın yıkıcı etkileriyle mücadelede tek başına ilaçlarla tedavinin yeterli olmadığı, psikososyal tedavilere gereksinim olduğu belirlenmiş (1, 5) ve şizofreni hastalarına uygulanan psikososyal müdahalelerin, iç görü veya tedaviye uyumu artırdığı, hastalar üzerinde olumlu sonuçlar doğurduğu görülmüştür (34, 35, 50, 66, 80).

Farkındalık temelli oluşturulan psikoeğitim programının şizofreni hastalarının iç görü ve ilaç uyumu üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular ilgili literatür ile tartışılmıştır.

Deney grubundaki hastalara uygulanan psikoeğitim sonrası; BBİGÖ ön test toplam puan ortalaması 3.87 ± 6.24 , son test 4.89 ± 6.05 , kendini ifade etme alt boyutu ön test puan ortalaması 14.58 ± 5.12 son test 14.94 ± 5.26 olarak artış gösterdiği, kendinden eminlik alt boyutu ön test puan ortalamasının ise 10.70 ± 3.57 , son test 10.05 ± 4.02 olarak olumlu yönde düştüğü ancak ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu şizofreninin kronik seyirli bir hastalık olması, bireylerin düşünce, dikkat, algı, gerçeği değerlendirme gibi bilişsel işlevlerinde yıkıma yol açması sebebiyle araştırmaya katılan hastaların psikoeğitim programı süresince dikkatlerini şimdiki ana odaklama, zihinlerindeki düşünce ve duyguları yargısızca gözlemleme gibi farkındalık egzersizlerini yapmakta zorlanmaları, ayrıca meditasyon tekniklerini günlük yaşam içerisinde uygulama ve kendilerine verilen ev ödevlerini düzenli olarak yapma konusunda güçlük yaşamaları ile açıklanabilir. Kontrol grubundaki hastaların ise BBİGÖ toplam ve kendini ifade etme alt boyutu, ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir. Kendinden eminlik alt boyutu ön test puan ortalamasının 10.41 ± 4.29 , son test puan ortalamasının ise 11.31 ± 4.33 olarak olumsuz yönde yükseldiği, ön test son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır. Bu bulgular sonucunda kontrol grubunda herhangi bir değişiklik olmadığı belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların Beck Bilişsel İç Görü Ölçeği kendinden eminlik alt boyutu ön test ve son test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunurken, kendini ifade etme alt boyutu ön test ve son test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Deney ve kontrol grubundaki hastaların Beck Bilişsel İç Görü Ölçeği toplam ön test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsizken, son test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Bu bulgular, girişim öncesinde kendini ifade etme yönünden deney grubu hastalarının kontrol grubundaki hastalara göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğunu, girişim sonrasında deney grubu hastalarının kontrol grubuna göre kendini ifade etme ve bilişsel iç görü açısından daha iyi duruma geldiğini göstermektedir.

Yılmaz'ın şizofreni hastalarında farkındalık temelli psikososyal beceri eğitiminin işlevsel iyileşme ve iç görü düzeyine etkisi belirlemek amacıyla, 21 deney, 24 kontrol grubu hastası olarak tamamladığı çalışmada; deney grubundaki bireylerin bilişsel iç görü düzeyi son test puan ortalamalarının kontrol grubuna göre artma gösterdiği ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (81). Uchino ve arkadaşlarının Japonya'da şizofreni ve şizoaffektif bozukluk hastalarıyla psikoeğitimin damgalanma üzerine etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada; iç görü düzeyinde gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (82). Söğütü'nün Psikososyal Beceri Eğitimi (PSBE) programının Toplum Ruh Sağlığı Merkezi tarafından tedavisi ve takibi yapılan bir grup hastada uygulanması ve sağladığı yararların test edilmesi amacıyla yaptığı çalışmada; PSBE sonrası şizofreni hastaların iç görü düzeylerinde önemli düzeyde artış olduğu belirlenmiştir (83). Guo ve arkadaşlarının yurt dışında; yalnızca antipsikotik tedavi alan hastalarla antipsikotik tedaviye ilave olarak psikososyal müdahalede bulunan erken dönem şizofreni hastalarını karşılaştırdıkları, randomize kontrollü çalışmada da iç görü düzeyinde artış olduğu saptanmıştır (84). Chien ve Lee'nin Çin'de farkındalık temelli psikoeğitimin şizofreni hastaları üzerine etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmanın sonucunda, bireylerin hastalığa ilişkin iç görülerinde önemli bir artış olduğu belirlenmiştir (34). Yine Chein ve Thompson'ın farkındalık temelli psikoeğitimin şizofreni hastaları üzerine etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları, 2 yıllık takip çalışmanın sonucunda, hastaların şizofreniye ve tedavisine ilişkin iç görülerinde istatistiksel olarak önemli bir artış olduğu belirlenmiştir (35).

Araştırmada deney grubuna verilen farkındalık temelli psikoeğitimin hastaların bilişsel iç görüşünü artırdığı saptanmış ve bu sonuç yukarıda belirtilen çalışmalar ile benzer olarak değerlendirilmiştir (34, 35, 81-84). Ancak literatür incelendiğinde şizofreni hastalarının iç görüş düzeyini arttırmada etkisiz olan psikoeğitimsel çalışmaların olduğu da belirlenmiştir (72, 78, 79, 85, 86).

Khuory ve arkadaşlarının Kanada’da farkındalık, şevkat ve kabul temelli geliştirdikleri psikososyal müdahalenin, ilk atak psikoz hastalarında etkinliğini değerlendirdikleri çalışmada; hastaların duygularını düzenleme becerilerinin arttığı, psikososyal semptomlarının azaldığı ancak bilişsel iç görüşlerinin artmadığı belirlenmiştir (85). Sauvanaud ve arkadaşları tarafından Fransa’da şizofreni hastalarıyla yapılan bir psikoeğitim çalışması sonucunda; hastaların şizofreniye ilişkin farkındalıklarının hafif arttığı, iç görüş puan ortalamalarında artış olduğu ancak bunun istatistiksel olarak önemsiz bulunduğu saptanmıştır (79). Chan ve arkadaşları tarafından 2009 yılında şizofreni hastalarına ve ailelerine verilen psikoeğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla randomize kontrollü yapılan çalışmada da; ilk ölçümde iç görüş düzeyinde artış varken, 12 aylık takip sonrasında iç görüş düzeyinde istatistiksel olarak önemli bir artış sağlanamamıştır (78). Von Maffei ve arkadaşlarının şizofreni hastalarında, psikoeğitim içerisinde filmleri bir araç olarak kullandıkları müdahale çalışmasında da ilk ölçüm sonrası iç görüş düzeyinde önemli bir artış saptanırken, izlem sonrası ikinci ölçümde iç görüş düzeyinde istatistiksel olarak önemli bir artış belirlenememiştir (86).

Şizofreni hastalarına uygulanan psikoeğitimsel girişimler incelendiğinde çalışmaların ağırlıklı olarak hastalığa ve tedavisine ilişkin klinik iç görüşü artırmaya yönelik yapıldığı, bireylerin çarpıtılmış düşüncelerini, hatalı yorumlarını değerlendirebilmesi ve bunların sonuçlarına ilişkin akıl yürütebilme yeterliliği olarak tanımlanan bilişsel iç görüşü (43-45) ele alan çalışmaların sayıca azlığı dikkat çekmektedir.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların Beck Bilişsel İç Görüş Ölçeği son test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Bu sonuç **“Farkındalık temelli psikoeğitim sonucunda iç görüş deney grubunda kontrol grubuna göre yüksektir.”** hipotezini doğrulamaktadır.

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği ön test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur. Bu bulgu, deney ve kontrol grubunun girişim öncesinde

benzer nitelikte olduğunu göstermektedir. Deney ve kontrol grubunun tıbbi tedaviye uyum son test puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Deney grubundaki hastalara farkındalık temelli psikoeğitim verildikten sonra tıbbi tedaviye uyum puan ortalamalarının arttığı saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastalarda ise tıbbi tedaviye uyum ön test son test puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır.

Özkan'ın şizofreni hastalarına klinikte verilen psikoeğitimin ve taburculuk sonrası yapılan düzenli telepsikiyatrik izlemin hastaların sosyal işlevselliğine ve ilaç uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada; deney grubundaki hastaların eğitim ve telefon izlemi sonrası tedaviye uyum puan ortalamalarının arttığı, deney ve kontrol grubundaki hastaların tedaviye uyum puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (80).

Pitschel-Walz ve arkadaşlarının şizofreni hastalarına verilen psikoeğitimin etkisini belirlemek amacıyla Münih'te yapılan çalışmada, eğitim sonrası hastaların tedaviye uyumlarında artış olduğu saptanmıştır. Aynı çalışma sonucunda 9 aylık izlem sonrası ölçümlerde, hastaların %75'inin uyumlarının çok iyi seviyede olduğu belirlenmiştir (87).

Kronik şizofreni hastalarında Tedavi Uyum Programı'nın etkinliğini belirlemek amacıyla yapılan bir başka çalışmada da, uygulanan girişim sonrasında deney ve kontrol grubundaki hastaların ön test ve son test Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği toplam puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu saptanmıştır (72).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi tarafından tedavisi ve takibi yapılan bir grup hastada, Psikososyal Beceri Eğitimi (PSBE) programının sağladığı yararların incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada; PSBE sonrası şizofreni hastalarının ilaç uyumlarında önemli düzeyde artış olduğu belirlenmiştir (83).

VonMaffei ve arkadaşlarının, şizofreni belirtileri, tanısı, nedenleri, tedavisi, relaps öncesi erken uyarı işaretleri gibi bilgileri içeren her biri 17 şer dakikalık 6 filmi psikoeğitim programında bir araç olarak kullandıkları çalışma sonucunda da hastaların tedaviye uyumlarında önemli seviyede artış olduğu saptanmıştır (86).

Yıldız ve arkadaşlarının Sosyal Beceri Eğitimi programının Belirtilerle Baş Etme ve İlaç Tedavisi Yaklaşımı modüllerini kullandığı çok merkezli çalışma sonucunda da şizofreni hastalarının ilaç tedavisine uyumlarının arttığı belirlenmiştir (67).

Bu araştırmada deney grubuna verilen farkındalık temelli psikoeğitimin hastaların tıbbi tedaviye uyum oranını artırdığı saptanmış ve bu sonuç yapılan diğer

alışmalar ile paralellik göstermektedir (67, 79, 83, 86, 87). Hastalara uygulanan psikoeğitim ile hastaların hastalığa ve tedaviye ilişkin çarpıtılmış düşüncelerinde, yanlış inançlarında değişim olduğu, hastalık ve tedavisi hakkında bilgilerinin arttığı, antipsikotik ilaçları kullanmada aktif rol aldıkları ve daha tutarlı davrandıkları düşünülebilir. Ayrıca psikoeğitim programının, grup oturumları şeklinde yapılanmasının grubun tedavi edici etkisinden dolayı, hastaların ilaç uyumlarının artmasında olumlu yönde etki sağladığı söylenebilir.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı leği son test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Bu sonuç **“Farkındalık temelli psikoeğitim sonucunda ilaç uyumu deney grubunda kontrol grubuna göre yüksektir.”** hipotezini doğrulamaktadır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Farkındalık temelli oluşturulan psikoeğitim programının şizofreni hastalarının iç görü ve ilaç uyumu üzerine etkisini belirlemek amacıyla ön test son test kontrol gruplu gerçek deneme modeli olarak gerçekleştirilen çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

- Farkındalık temelli oluşturulan psikoeğitim ile;
- Deney grubu hastalarının son test BBİGÖ toplam ve kendini ifade etme alt boyutu puan ortalamasında artış olmasına rağmen sonucun istatistiksel olarak önemli olmadığı,
- Deney grubu hastalarının son test BBİGÖ kendinden eminlik alt boyutu puan ortalamasında düşüş olmasına rağmen sonucun istatistiksel olarak önemli olmadığı,
- Deney ve kontrol grubu hastaları BBİGÖ toplam ve kendini ifade etme alt boyutu son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu,
- Deney grubu hastalarının tıbbi tedaviye uyumlarının istatistiksel olarak önemli düzeyde arttığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda:

- ❖ Toplum Ruh Sağlığı Merkez'lerinde şizofreni hastalarının bilişsel iç görü ve tedaviye uyumunu artırmaya dönük psikoeğitim programlarının rutin tedavi içine yerleştirilmesi,
- ❖ Toplum Ruh Sağlığı Merkez'lerinde psikiyatri hemşirelerinin psikososyal müdahaleleri planlama ve uygulamada aktif olarak rol alması,
- ❖ Şizofreni hastalarının bilişsel işlevselliğini ve bilişsel iç görüşlerini artırmaya dönük neler yapılabileceğini araştıran çalışmaların yapılması,
- ❖ Toplum Ruh Sağlığı Merkez'lerinde çalışan hemşirelerin farkındalık temelli eğitim almaları ve farkındalık temelli psikososyal müdahaleleri uygulayabilmeleri önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. Öztürk O, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I*, 11. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri, 2008: 242-322.
2. World Health Organization (WHO).
http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/ 05 Mayıs 2016
3. Çobanoğlu ZSÜ, Aker T, Çobanoğlu N. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunlar. *Düşünen Adam* 2003, 16(4): 211-8.
4. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Dr. Alptekin K. Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Derg* 2011, 22(1): 40-52.
5. Yıldız M. *Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi-Şizofreni Hastaları İçin*, 1. Baskı. Ankara, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları, 2011.
6. Uzun Ö, Battal S. Şizofreni. İçinde: *Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri*, Aydın H, Bozkurt A, (Çeviri Editörleri). *Kaplan & Sadock’s Concise Textbook of Clinical Psychiatry*. Sadock BJ, Sadock VA. 2. Baskı, Ankara, Güneş Kitapevi, 2005: 134-54.
7. Addington J, Piskulic D, Marshall C. Psychosocial treatments for schizophrenia. *Curr Dir Psychol Sci* 2010, 19: 260-3.
8. Çatak PD, Ögel K. Bir Terapi Yöntemi Olarak Farkındalık. *Nöro Psikiyatr Ars* 2010, 47: 69-73.
9. Alataş G, Kurt E, Tüzün Alataş E, Bilgiç V, Karatepe HT. Duygudurum Bozukluklarında Psikoeğitim. *Düşünen Adam* 2007, 20 (4): 196-205.
10. Markova IS, Berrios GE. The meaning of Insight in clinical psychiatry. *Br J Psychiatry* 1992, 160: 850-60.
11. Amador XF, Strauss DH. Poor insight in schizophrenia. *Psychiatr Q* 1993, 64: 305-18.
12. Vaz FJ, Bejar A, Casado M. Insight, psychopathology, and interpersonal relationships in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2002, 28: 311-17.
13. Ramachandran AS, Ramanathan R, Praharaj SK, Kanradi H, Sharma PS. A Cross-sectional, comparative study of insight in schizophrenia and bipolar patients in remission. *Indian J Psychol Med* 2016, 38: 207-12.

14. Koç A. Kronik Psikoz Hastalarında Tedavi Uyumunun ve Tedavi Uyumu ile İlişkili Etkenlerin Değerlendirilmesi. Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2006.
15. Uzun Ö, Hamurcu U, Cansever A, Anıl L. Şizofreni olgularında tedaviye uyum: üç yıllık doğal izlemede olanzapin, risperidon ve klasik antipsikotiklerin karşılaştırılması. *Güncel Psikiyatri ve Psikonörofarmakoloji* 2011,1(2): 5-9.
16. Karamustafalıoğlu KO, Dilbaz N, Işık E. Şizofrenide tedavi uyumu ve ketiapin XR. *Güncel Psikiyatri ve Psikonörofarmakoloji* 2011, 1(2): 21-7.
17. Karamustafalıoğlu KO, Karamustafalıoğlu N. Şizofrenide tedavi uyumu. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2012, 13(Ek 1): 1-3.
18. 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.
19. Umut G, Altun ZÖ, Danışmant BS, Küçükparlak İ, Karamustafalıoğlu N. Bir eğitim hastanesinde yatarak tedavi gören şizofreni hastalarında tedavi uyumu, içgörü ve agresyon ilişkisi. *Düşünen Adam* 2012, 25(3): 212-20.
20. Bitter I, Feher L, Tenyi T, Czobor P. Treatment adherence and insight in schizophrenia. *Psychiatr Hung* 2015, 30(1): 18-26.
21. Byerly MJ, Nakonezny PA, Lescouffair E. Antipsychotic medication adherence in schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 2007, 30: 427-52.
22. Tsang HWH, Fung KMT, Corrigan PW. Psychosocial and socio-demographic correlates of medication compliance among people with schizophrenia. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2009, 40: 3-14.
23. Beck EM, Cavelti M, Kvrgic S, Kleim B, Vauth R. Are we addressing the 'rightstuff' to enhance adherence in schizophrenia? Understanding the rol of insight and attitudes to wards medication. *Schizophrenia Results* 2011, 132: 42-9.
24. Kousalya K, Vasantha J, Ponnudurai R, Sumitkumar G, Ramalakshmi S, Saranya P, Chamundeeswari D, Reddy CM. Study on non-adherence and the effect of counselling in the pharmacological management of psychiatric patients. *Int J Pharma Bio Sci* 2012, 3(1): 102-9.
25. 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. Antalya: 2000.

26. Dilbaz N, Karamustafalıoğlu O, Oral T, Önder E, Çetin M. Psikiyatri polikliniğine başvuran şizofreni hastalarında tedaviye uyumun ve uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakol Bülteni* 2006, 16: 223-32.
27. Kelleci M, Ata EE. Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *Psikiyatri Hemşire Derg* 2011, 2(3): 105-10.
28. Babacan AG. Şizofrenide hasta ve ailelerin yaşadığı güçlükler. Psikoeğitim ve hemşirelik. *Hemşire Ar Ge Derg* 2006, 1(2): 23-34.
29. Çam O, Engin E. *Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*, 1. Baskı. İstanbul, Medikal Yayıncılık, 2014: 411-47.
30. Çoban A. *Şizofreni-Bin Parça Akıl*. 2. Baskı. İstanbul, Timaş Yayınları, 2009.
31. Yalom ID, Vinogradov S. Treating Schizophrenia. Çeviri: Kaya F. *Şizofreni Terapisi*, 1. Baskı. İstanbul, Prestij Yayınları, 2008.
32. Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal Sayımsal El Kitabı. Çeviri: Köroğlu E. *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*, 5. Baskı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2014.
33. Gülseren L, Erol A. Şizofrenide ilaç sağaltımı. *Klinik Psikofarmakol Bülteni* 2000, 10: 213-27.
34. Chien WT, Lee IYM, The mindfulness-based psychoeducation program for chinese patients with schizophrenia, *Psychiatric Services* 2013, 64: 376–9.
35. Chien WT, Thompson DR. Effects of a mindfulness-based psychoeducation programme for Chinese patients with schizophrenia: 2-year follow-up. *Br J Psychiatry* 2014, 205: 52–9.
36. Ögel K. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapilerde Üçüncü Dalga Farkındalık (Ayrımsama) ve Kabullenme Temelli Terapiler*, 2. Baskı. Ankara, HYB Yayıncılık, 2015: 58-168.
37. Kabat-Zinn J, Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clin Psychol* 2003, 10(2): 144-56.
38. Kabat-Zinn J, Full catastrophe living: Using the wisdom of your mind and body to face stress, pain, and illness. *Newyork: Delacorte Press*. 2009, 21: 451-3
39. Özyeşil Z. *Öz-Anlayış ve Bilinçli Farkındalık*, 1. Baskı. Ankara, Maya Akademi Yayınevi, 2011: 41-69.
40. Davis LW, Strasburger AM, Brown LF. Mindfulness: an intervention for anxiety in schizophrenia. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2007, 45(11): 23-9.
41. Khoury B, Lecomte T, Gaudiano BA, Paquin K. Mindfulness interventions for

- psychosis: a meta-analysis. *Schizophrenia Research* 2013, 150(1): 176-84.
42. Tabak NT, Horan WP, Green MF, Mindfulness in schizophrenia: Associations with self-reported motivation, emotion regulation, dysfunction attitudes, and negative symptoms. *Schizophrenia Research* 2015, 168(1-2): 537-42.
43. Aslan S, Altınöz AE. İçgörü kavramı ve şizofreni. *RCHP* 2010, 4:1-2.
44. Lewis A. The psychopathology of insight. *Br J Med Psychol* 1934, 14: 332-48.
45. Markova IS, Berrioz GE. The assessment of insight in clinical psychiatry: A newscale. *Acta Psychiatr Scand* 1992, 86: 159-64.
46. Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM. A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research* 2004, 68(3): 319-29.
47. Burton CZ, Vella L, Twamley EW. Clinical and cognitive insight in a compensatory cognitive training intervention. *Am J Psychiatr Rehabil* 2011, 14: 307-26.
48. Dankı DB, Dilbaz N, Okay İT, Telci Ş. Şizofreni tanısı olan hastalarda iç görünün aile öyküsü, pozitif ve negatif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Derg* 2007, 18(2): 129-36.
49. Akdoğan R, Türküm AS. Psikolojik Yardım Sürecinde Terapötik Bir Hedef Olarak İçgörü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2014, 6(4): 375-88.
50. Dikeç G, Kutlu Y. Bir grup şizofreni hastasında tedaviye uyum ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2014, 5(3): 143-8.
51. Novick D, Montgomery W, Treuer T, Aguado J, Kraemer S, Haro JM. Relationship of insight with medication adherence and the impact on outcomes in patients with schizophrenia and bipolar disorder: results from a 1-year European out patient observational stud. *BMC Psychiatry* 2015, 15: 189.
52. Cuffel BJ, Alford J, Fischer EP, Owen RR. Awareness of illness in schizophrenia and outpatient treatment adherence. *J Nerv Ment Dis* 1996, 184: 653-9.
53. Fenton WS, Blyler CR, Heinssen RK. Determinants of medication compliance in schizophrenia: Empirical and clinical findings. *Schizophr Bull* 1997, 23(4): 637-51.
54. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, 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.
55. Türk Dil Kurumu. Sözlükler
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=645

56. Velioğlu P. *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*, İstanbul, Alas Ofset, 1999: 256-7.
57. Ervatan SÖ, Özel A, Türkçapar H, Atasoy N. Depresif hastalarda tedaviye uyum: Doğal izlem çalışması. *Klin Psikiyatr Derg* 2003, 6(1): 5-11.
58. Çakır F, İnem C, Yener F. Kronik psikotik hastalarda taburculuk sonrası takip ve tedaviye uyum. *Düşünen Adam* 2010, 23: 50-9.
59. Demirkol ME, Tamam L, Evlice YE, Karaytuğ MO. Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Uyum. *Cukurova Med J* 2015, 40(3): 555-68.
60. Demirkol ME, Tamam L. Psikiyatrik bozukluklarda tedavi uyumu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2016, 8(1): 85-93.
61. 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.
62. Dilbaz N. Tedavi işbirliği ışığında şizofreni tedavisinde tedavi uyumu. Kronik ruhsal hastalıklarda tedavi işbirliği. Sigma publishing, İstanbul 2011: 12-26.
63. Ertürk S. *Eğitimde Program Geliştirme*. Ankara, Yelkentepe Yayın. 1972.
64. Tambağ H, Öz F. Grup psikoeğitiminin yaşlıların hemşirelik bakımında kullanılması. *Hacettepe Üniv Hemşire Fak Derg* 2014, 47-53.
65. Sabancıoğulları S. Ruhsal sorunu olan bireyin eğitimi: psikoeğitimsel yaklaşım. *Hacettepe Üniv Hemşire YO Derg* 2003, 10(1): 57-67.
66. Yurtsever ÜE, Kutlar T, Tarlacı N, Kamberyan K, Yaman M. Ruh hastalıkları tedavisinde psikososyal bir boyut: psikoeğitimsel bir model. *Düşünen Adam* 2001, 14(1): 33-40.
67. Yıldız M, Yazıcı A, Ünal S, Aker T, Özgen G, Ekmekçi H, Duy B, Torun F, Ünsal G, Coşkun S, Sipahi B, Çakıl G, Eryıldız M. Şizofreninin Ruhsal-Toplumsal Tedavisinde Sosyal Beceri Eğitimi Belirtilerle Baş etme ve İlaç Tedavisi Yaklaşımının Türkiye’de Çok Merkezli Bir Uygulaması. *Türk Psikiyatri Derg* 2002, 13(1): 41-7.
68. Özkan B, Erdem E, Özsoy Demirel S, Zararsız G. Şizofreni Hastalarına Verilen Ruhsaleğitim ve Telepsikiyatrik İzlemenin Hasta İşlevselliği ve İlaç Uyumuna Etkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2013, 14: 192-9.
69. Horatio: European Psychiatric Nurses. Turku Beyannamesi 2011
http://www.horatio-web.eu/downloads/The_Turku_Declaration-Turkish.pdf

70. Kneisl CR. Theoretical basis for psychiatric-mental health nursing. In: Kenisl CR, Wilson HS, Trigoboff E (eds). *Contmporary Psychiatric-MentalHealth Nursing*. New Jersey, Pearson Education Inc, 2004: 18.
71. Şengün F, Altıok HÖ, Üstün B. Kanıta dayalı bir uygulama: psikoeğitim. *Ege Üniv Hemşire YO Derg* 2011, 27(3): 66-74.
72. Dikeç G. Kronik şizofreni hastalarında tedaviye uyum programının etkinliği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2014.
73. Sönmez S. Şizofreni Hastalarında Psikoeğitim Grup Çalışmasının Pozitif ve Negatif Belirtiler, Sosyal İşlevsellik, Yeti Yitimi, İçgörü ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Araştırılması. Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Doktora tezi, İstanbul, 2009.
74. Aslan S, Türkçapar H, Güney E, Eren N, Akkoca Y, Uğurlu M, Karakaş G. Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği türkçe formunun şizofrenik hastalar için güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Klin Psikiyatr* 2005, 8: 186-96.
75. Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research* 2000, 42(3): 241-7.
76. Williams M, Penman D. Mindfulness. Çeviri: Duru E. *Farkındalık Çılgın Bir Dünyada Huzur Bulmak İçin Pratik Bir Rehber*, 1. Baskı. İstanbul, Pegasus Yayınları, 2014.
77. Sönmez Uçanay E. Şizofreni Hastalarında Dönerkapı Fenomeni Değişkenlerinin İncelenmesi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.
78. Chan SW, Yib B, Tso S, Cheng BS, Tam W. Evaluation of a psychoeducation program for Chinese clients with schizophrenia and their family caregivers. *Patient Educ Couns* 2009, 75(1): 67-76.
79. Sauvanaud F, Kebir O, Vlasie M, Doste V, Amado I, Krebs MO. Therapeutic benefit of a registered psychoeducation program on treatment adherence, objective and subjective quality of life: French pilot study for schizophrenia, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27658989> 05 Ocak 2017.

80. Özkan B. Şizofreni Hastası ve Bakım Vericisine Verilen Psikoeğitim ve Telepsikiyatrik İzlemin Hasta İşlevselliği ve İlaç Uyumu ile Aile Yüğü, Depresyon ve Duygu Dışavurumuna Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora tezi. Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2012.
81. Yılmaz E. Şizofreni Hastalarında Farkındalık Temelli Psikososyal Beceri Eğitiminin İşlevsel İyileşme ve İçgörü Düzeyine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2016.
82. Uchino T, Maeda M, Uchimura N. Psychoeducation may reduce self-stigma of people with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Kurume Med J* 2012, 59(1-2): 25-31.
83. Söğütlü L. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Şizofreni Hastalarına Psikososyal Beceri Eğitimi Uygulanması ve Sonuçları. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2014.
84. Guo X, Zhai J, Liu Z, Fang M, Wang B, Wang C, Hu B, Sun X, Lv L, Lu Z, Ma C, He X, Guo T, Xie S, Wu R, Xue Z, Chen J, Twamley E W, Jin H, Zhao J. Antipsychotic medication alone versus combined with psychosocial intervention on outcomes of early stage schizophrenia: a randomized, one-year study. *Arch Gen Psychiatry* 2010, 67(9): 895-904.
85. Khoury B, Lecomte T, Comtois G, Nicole L. Third-wave strategies for emotion regulation in early psychosis: a pilot study. *Early Interv Psychiatry* 2015, 9: 76-83.
86. VonMaffei C, Görges F, Kissling W, Schreiber W, Rummel-Kluge C. Using films as a psychoeducation tool for patients with schizophrenia: a pilot study using a quasi-experimental pre-post design. *BMC Psychiatry* 2015, 15: 93.
87. Pitschel-Walz G, Gsottschneider A, Froböse T, Kraemer S, Bäuml J, Jahn T. Neuropsychology of psychoeducation in schizophrenia: results of the Munich COGPIP study. *Nervenarzt* 2013, 84(1): 79-90.

EK-1**A. KİŞİSEL BİLGİLER**

Adı soyadı:	Nurdan ÇETİN
Doğum tarihi ve yeri:	11/09/1984 Eskişehir
Yabancı dil bilgisi:	İngilizce
Görev yeri:	2'nci Ordu İstihkam Alay K.lığı Revir Baştabipliği Altay Kışlası/ Malatya
İletişim bilgileri (e-posta / telefon):	e-posta: nrdnctn3066@hotmail.com Cep: 0 506 586 19 63

B. EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	GATA Hemşirelik Yüksek Okulu	2006
Y. Lisans	Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği	GATA Hemşirelik Yüksek Okulu	2011
Doktora	Hemşirelik	İnönü Üniversitesi	2013/2017

C. İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

Yıllar	Çalıştığı kurum	Görevi
2006-2007	GATA Beyin ve Sinir Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde	Hemşire
2007-2008	Ardahan Asker Hastanesi	Hemşire
2008-2009	Etimesgut Asker Hastanesi	Hemşire
2009-2011	GATA Hemşirelik Yüksek Okulu	Yüksek Lisans Öğrencisi
2011-2015 Mayıs	Malatya Asker Hastanesi	Hemşire
2015 Haziran itibariyle	2'nci Ordu İstihkam Alay K.lığı Revir Baştabipliği	Hemşire

EK-2

TANITICI BİLGİ FORMU

- 1- Kaç yaşındasınız?
- 2- Cinsiyetiniz nedir? 1- Kadın 2- Erkek
- 3- Medeni durumunuz nedir? 1- Evli 2- Bekar
- 4- Çocuk varlığı/ varsa sayısı?
- 5- Birlikte yaşadığınız kişiler kimlerdir?
- 1- Yalnız
2- Aile
3- Arkadaş
4- Bir Yakınım
- 6- Eğitim durumunuz nedir?
- 1- İlkokul
2- Ortaokul
3- Lise
4- Yüksekokul/Üniversite
- 7- Çalışma durumunuz?
- 1- Çalışıyor
2- Çalışmıyor
- 8- Ekonomik durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?
- 1- Düşük
2- Orta
3- Yüksek
- 9- Hastalık süreniz ne kadardır/ yıl?
- 10-Son bir yılda yatış sayınız nedir?
- 11-İlaç kullanma süreniz ne kadardır/ yıl?

EK-3

BECK BİLİŞSEL İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların nasıl hissettiğine ilişkin ifadeler vardır.

Lütfen sıralanan bütün cümleleri dikkatle okuyunuz.

Her bir ifade ile ne kadar aynı fikirde olduğunuzu karşısına uygun gelen alana **X işareti** koyarak belirtiniz.

	Hiç Katılmıyorum	Çok az Katılıyorum	Epeyce Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Bazen diğer insanların bana karşı tutumlarını yanlış anlıyorum.				
2. Yaşantılarımla ilgili yorumlarım kesinlikle doğrudur.				
3. Diğer insanlar olağandışı yaşantılarımın nedenlerini benim anladığımdan daha iyi anlayabilirler.				
4. Çok çabuk sonuca atlıyorum.				
5. Bana çok sahici görünen bazı yaşantılarım benim hayal gücüme bağlı olabilir.				
6. Gerçek olduğuna kesinlikle emin olduğum bazı fikirlerimin yanlış olduğu ortaya çıktı.				
7. Eğer bir şeyin doğru olduğunu hissediyorsam o şey doğrudur.				
8. Güçlü bir şekilde haklı olduğumu hissetsem bile; yanlış olabilir.				
9. Kendi sorunlarımın neler olduğunu bir başkasından çok daha iyi bilirim.				
10. İnsanlar benimle aynı fikirde değilse genellikle onlar yanlıştır.				
11. Yaşantılarımla ilgili diğer insanların kanaatlerine güvenemem.				
12. Eğer birisi inançlarımın yanlış olduğunu belirtirse; onun görüşünü dikkate almaya istekliyimdir				
13. Her zaman kendi yargıma güvenebilirim.				
14. İnsanların neden belli bir şekilde davrandıklarının sıklıkla birden fazla açıklaması vardır.				
15. Benim olağandışı yaşantılarım aşırı keyifsiz olmama ya da strese bağlı olabilir.				

EK-4

TIBBİ TEDAVİYE UYUM ORANI ÖLÇEĞİ (MARS)

Lütfen aşağıda soruları **geçen hafta içindeki ilaç kullanım** davranışınızı en iyi tanımlayacak şekilde cevaplandırınız?

Sorular	Evet	Hayır
1. Hiç ilaçlarınızı almayı unutunuz mu?		
2. İlaçlarınızı almak konusunda dikkatsiz misiniz?		
3. Kendinizi iyi hissettiğinizde bazen ilaç almayı bıraktığınız oluyor mu?		
4. Kendinizi daha kötü hissettiğinizde bazen ilaç almayı bıraktığınız oluyor mu?		
5. İlaçları sadece hasta olduğumda alıyorum.		
6. Vücudumun ve aklımın ilaç kullanımı ile kontrol edilmesi doğal değil.		
7. İlaçlarımı aldığımda düşüncelerim daha net oluyor.		
8. İlaç kullanmaya devam ederek hastalanmaktan korunabilirim.		
9. İlaçları aldığımda kendimi yasayan bir ölü gibi garip hissediyorum.		
10. İlaç almak beni yorgun ve tembel yapıyor.		

EK-5

ŞİZOFRENİ HASTALARI İÇİN EL KİTAPÇIĞI

ŞİZOFRENİ HASTALARI İÇİN EĞİTİM KİTAPÇIĞI



Hazırlayan
Uzm.Hem. Nurdan ÇETİN



İÇİNDEKİLER

1. ŞİZOFRENİ NEDİR?
2. ŞİZOFRENİNİN NEDENLERİ NEDİR?
3. ŞİZOFRENİNİN BELİRTİLERİ NELERDİR?
4. ŞİZOFRENİ NASIL TEDAVİ EDİLİR?
 - a. Şizofrenide İlaç Tedavisi
 - b. Şizofrenide Elektrokonvülsif Terapi
 - c. Şizofrenide Psikososyal Yaklaşımlar
5. ANTİPSİKOTİK İLAÇLARIN YAN ETKİLERİ VE YAN ETKİLERLE BAŞ ETME
6. ŞİZOFRENİYE İLİŞKİN UYARICI İŞARETLER VE BUNLARLA BAŞ ETME
7. HASTALIĞA İLİŞKİN DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR

1. ŞİZOFRENİ NEDİR?

Şizofreni (Psikoz) gerçeği değerlendirme yetisinin bozulduğu durumu anlatan bir ifadedir. Psikozda bireyin gerçekle bağının kopması, dış dünyayı ve kendisini daha önceden değerlendirdiğinden daha farklı bir şekilde değerlendirmesi söz konusudur.

Şizofreni **psikotik** yaşantılarla giden, insan ilişkilerinden ve gerçek dünyadan koparıp kendi iç dünyasına döndüren, bir beyin hastalığıdır. Şizofrenide **psikotik** yaşantılara bağlı olarak başkalarına garip gelen düşünce ve davranışlar ortaya çıkabilir. Bu **psikotik** durum gerçek dünya ile örtüşmeyen bir yaşantıdır. Aynen rüya gibi rüyada da çok anlamsız ya da garip yaşantılar olabilir. Psikoz rüyayı uyumkken yaşamak gibi bir durumdur. Örneğin kişinin başkaları görmediği halde kendisinin bir şeyler görmesi ya da ortada bir kumut olmadığı halde kendisini birilerinin izlediğini düşünmesi gibi algı ve düşünce yanılgıları olur. Düşünce ve algı yanılgılarının yanında bazı garip ve anlamsız hareketler, duyguların ifadesinde bozulma, konuşma ve dikkat bozuklukları gibi belirtiler görülebilir. Genellikle 15-25 yaşlarında başlayan ve alevlenmelerle seyreden; aynen

diyabet veya hipertansiyon gibi yaşam boyu süren bir hastalıktır.

2. ŞİZOFRENİNİN NEDENLERİ NEDİR?

Şizofreninin ortaya çıkışı tek bir nedene bağlı değildir.

Hastalığın oluşmasında genetik faktörlerin, beyindeki kimyasal değişikliklerin ve çevresel faktörlerin rolü vardır. Bu hastalıkta beyin bazı bölgelerinde sinir hücrelerinin işleyişlerinde sorunlar olduğu ifade edilmektedir. Yapılan çalışmalar, sinir hücreleri arasında iletişimi sağlayan aracı maddelerin miktarında ve etki düzeneklerinde bozukluklar olduğunu göstermektedir. Sonuçta şizofrenide; beyinde bir çeşit kimyasal dengesizlik olduğu bilinmektedir. Tedavide kullanılan ilaçlar da bu dengesizliği düzeltmek için verilmektedir.

Şizofreni hastalığında genetik gecis vardır. Genel toplumunda hastalanma riski %1 iken, ailede şizofreni varsa bu risk artmaktadır. Örneğin anne ya da babadan birinde şizofreni varsa çocukların hastalanma riski %12,5 - 13,8 arasındadır. Eğer hem annede hem de babada şizofreni varsa çocuklarda hastalanma riski daha da artmaktadır.

3/21

Hastalığın oluşmasında genetik faktörlerin rolü ağır basmakla birlikte; pek çok çevresel faktörde hastalığın oluşumuna katkı sağlamaktadır. Annenin gebelik sırasında maruz kaldığı enfeksiyonlar, yetersiz beslenme, psikolojik zorlanmalar, doğum sırasında yaşanan zorluklar bir bebeğin ilerde şizofreniye yakalanma riskini artırabilir.

Ayrıca yakınların kaybı, felaketler, iş sorunları gibi kişi için zorlayıcı yaşam olayları şizofreninin ortaya çıkması ya da hastalığın alevlenmesine yol açabilir. Fakat bu tür çevresel faktörler tek başına hastalığa neden olmazlar.

Şizofreni genetik yatkınlık zemininde çevresel faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan bir hastalıktır. Çevresel faktörler hastalığın nedeni olmaktan ziyade, hastalığın ortaya çıkmasına katkıda bulunup, tetiği ceken faktörlerdir.

Şizofreni kesinlikle şeytan ya da cin çarpması değildir. Bazı hastaların kendileri ya da aileleri hastalığın nedenini büyü, cin gibi doğaüstü güçlerle ilişkilendirmekte ve faydasız tedavi arayışı içine girmektedirler. Bu yaklaşım doğru değildir. Şizofreni tamamen bir beyin hastalığıdır. Genetik faktörler, beyindeki kimyasal dengesizlikler ve çevresel etmenler bu hastalığa yolaçmaktadır.

4/21

3. ŞİZOFRENİNİN BELİRTİLERİ NELERDİR?

Şizofreninin tipik bir başlangıç biçimi olmamakla birlikte, bazen aniden ve şiddetli bir tablo ile açığa çıkarken bazen de sinsi bir şekilde başlar. Bu yüzden belirtileri fark edilmeyen hasta uzun süre hekime başvurmayaabilir. Bu sinsi başlangıç döneminde sık görülen belirtiler;

- Duygusal tepkilerde azalma ve **küntlük**,
- İstekli yapılan eylemlere karşılığı azalması,
- Düşünme ve konuşmada fakirleşme,
- Kendi bedeni ve kendi düşünceleri ile aşırı uğraşma ve toplumdan çekilmedir.

Tüm bu belirtiler; tedavi ekibi tarafından negatif belirtiler olarak isimlendirilir. Aniden şiddetli bir tablo ile açığa çıktığında ise pozitif belirtiler belirir. Bunlar;

- Düşünce içeriğinin bozukluğu (Hezeyan)
- Algı bozukluğu (Varsanı)
- Düşünce ve davranışlarda dağınıklık
- Dikkat bozukluğudur.

a. Düşünce İçeriği Bozukluğu (Hezeyan):

Şizofrenide, bireyin yaşadığı çağ ve toplum içinde gerçeğe uymayan mantıklı açıklamalar ile değiştirilemeyen düşünceleri olur. Bu düşünceler gerçeğe örtüşmeyip, başkalarınca anlaşılmaz ve garip olarak görülürler.

5/21

Kendini büyük görme, kuşkuculuk, aşırı alınganlık, bedensel hastalık inancı gibi düşünceler olabilir. Düşünce içeriği bozukluğunun tipleri ve içerikleri:

- Kötülük göreceğine inanma
- Kıskançlık inançları
- **Günahkarlık** ya da suçluluk düşünceleri
- Büyükleme düşünceleri
- Bedensel rahatsızlığı olduğuna veya bedeninde bir şeylerin değiştiği, anormal olduğuna inanma
- Kontrol edildiğine inanma
- Kafasına düşüncelerin sokulduğuna, düşüncelerinin yayınladığı ve başkalarının düşüncelerini okuyabildiğine inanma.

Başkalarının anlamakta zorlandığı, garip bulduğu bu düşünceler, hastalar için çoğu zaman gerçek gibidir. Hastahğin tedavisindeki amaçlardan biri de hastaların düşünce içeriklerindeki bozukluğu fark edebilmelerini ve bu düşüncelerin hastalıktan kaynaklandığını anlamalarını sağlamaktır.

b. Konuşma İle İlgili Belirtiler:

Hastahğa bağılı olarak konuşmada düzensizlik, dağınıklık, hızlanma, yavaşlama, fakirleşme, çocuksuluk ve tekrarlar olabilir. Ayrıca konuşma amaçsız olup, çok konuşma ya da hiç konuşmama görülebilir. Konuşmadaki bu değişiklikler kişinin çevresiyle ilişki kurmasını zorlaştırabilir.

6/21

ç. Algılama Bozukluğu (Varsam):

Gerçekte ortada bir uyaran yokken bir algının olmasıdır. İşitme, görme, tat, koku, dokunma gibi beş duyu ile ilişkili algı bozukluğu olabilir. Başkalarının işitmediği ya da görmediği şeyleri hasta gördüğünü, işittiğini söyleyebilir. Psikoz nedeniyle bu belirtiler hasta tarafından gerçekmiş gibi algılanabilir.

Sizofrenide en çok işitmeyle ilgili algıda bozulma görülür. Bunlar olumsuz sözler, yön verici komudur, yorum yapan sesler şeklinde olabilir. Bu tür belirtiler ancak tedavi ile düzeltilebilir. Aynı düşünce içeriğindeki bozulmada olduğu gibi kişinin algılamadaki bozulmalarını fark edebilmesi ve bu belirtilerin hastalıktan kaynaklandığını anlaması önemlidir.

ç. Duygulanım:

Genel olarak şizofrenide, duygusal tepkilerde ve duyguların ifadesinde azalma görülür. Bu nedenle hastalar diğer insanlarla ilişki kurmakta güçlük yaşayabilir, olaylara duygusal tepki vermiyor, aldırma gibi görünebilirler. Ayrıca duygulanımda uygunsuzluk ve değişkenlik olabilir. Hasta bulunduğu duruma uygun duygusal tepkiler veremeyebilir.

d. İlgı ve Dikkat Özellikleri:

Bu hastalıkta kişi dikkat de azalma, dağınıklık ya da bir konuya yoğunlaşmada güçlük yaşayabilir.

7/21

e. Hareket ve Davranış Bozuklukları:

Genel davranış ve hareketlerde en sık ve önemli belirti; ağır ilgisizlik, istekli davranışlarda azalma ve toplumdaki çekilmedir. Hastanın doğası gereği dış dünyaya ilgisi azalan kişi diğer insanlara karşı soğukluk ya da güvensizlik hissederek kendi iç dünyasında yaşayabilir. Bunun yanı sıra hastaya bağlı olarak hareketlerde artma, kaçma isteği, anlaşılabilir hareketler, uygunsuz davranışlar açığa çıkabilir.

Ayrıca yukarıda saydığımız belirtilere eşlik eden şu belirtilerde görülebilir:

- Depresyon, mutsuzluk, çökkünlük, karamsarlık, intihar düşünceleri.
- Bunalım, korku, sinirlilik, asırı endişe hali.
- Kızgınlık, düşmanlık, çabuk öfkelenme, saldırgan davranışlar.
- Madde bağımlılığı, alkol, sigara, esrar ve bazı ilaçların bağımlılığı

4. ŞİZOFRENİ NASIL TEDAVİ EDİLİR?

Şizofreni her hastada farklı şekilde başlayıp, farklı seyirde ilerleyebilir. Bu nedenle tedavide bireysel yaklaşımlar zorunludur. Günümüz tedavilerinde; ilaçlar, EKT (elektrokonvülsif terapi) ve psikososyal yaklaşımlar kullanılmaktadır.

8/21

a. Şizofrenide İlaç Tedavisi:

Şizofrenide kullanılan ilaçlar psikoz giderici etkileri nedeniyle “anti-psikotik ilaçlar” olarak isimlendirilirler. Bu ilaçlar hastalarda psikozun yarattığı olumsuz etkileri gidermektedir. Antipsikotik ilaçlar beyindeki kimyasal dengesizliği gidererek hastalığı düzeltmektedir. Kullandığınız ilaçlara beyin sürekli ihtiyacı vardır. Bu nedenle uzun süreli kullanım önerilmektedir.

Antipsikotik ilaçların verilme amacı; düşünce içeriğinin ve algının bozulması, konuşma bozuklukları, davranış bozuklukları, içe kapanma, yoğunlaşma güçlüğü, uyku düzeninin bozulması gibi belirtileri geçirmek, ayrıca psikozun tekrarlamasını önlemektir. Antipsikotik ilaçların etki süreleri diğer ilaçlara göre farklıdır. Örneğin bronşit gibi bir hastalıkta antibiyotik tedavisini bir hafta on gün süreyle kullanmak önerilir. Bu sürede bronşit tedavi edilebilir. Şizofrenide ise kullanılan ilaçların etkisi kısa sürede görülmez. En az 3-4 hafta süreyle düzeli kullanım sonrası tam etkileri açığa çıkar ve şizofreninin belirtilerinde gerileme görülebilir. Bu nedenle ilk kez antipsikotik ilaç kullanmaya başlayan bir hasta 10 gün sonra belirtilerinin düzelmediğini düşünerek ilacı bırakmamalıdır. Ayrıca şizofreni ataklarla seyreden bir hastalık olması nedeniyle, psikozun tekrarlamasını önlemek ve hastanın iyilik halinin devamlılığını sağlamak için ilaçların düzenli ve sürekli kullanımı gerekmektedir. İlk atak sonrası (yani hastalığın ilk başladığı dönem sonrası) ilacı kullanmayan hastalarda 6-24 ay içinde hastalığın tekrarlama olasılığı %60-75’dir.

9/21

İlaçların kesilmesi hastalığın tekrarlamasına yol açabilir. Bu sebeple kendinizi iyi hissetseniz dahi doktorun önerisi dışında ilacınızı kesmeyiniz. İlaç kesilmesi ile belirtilerin yeniden ortaya çıkması arasında uzun süren bir sessizlik dönemi olabilir. İlaç kesildikten sonra belli bir süre iyi kalmak, iyilik halinin devam edeceği anlamına gelmez. Bu nedenle iyilik halinin devam etmesinin sürekli ilaç kullanımına bağlı olduğu unutulmamalıdır.

Kesinlikle kendi kendinize ya da başkalarından duyduğunuz bilgilerle ilacınızı kesmeyiniz veya değiştirmeyiniz. Bu size zarar verir.

Düzenli aralıklarla kontrole gidiniz ve ilaçlarınız hakkında aklınıza takılan tüm soruları sadece hekiminiz ve tedavi ekibinizle görüşünüz.

Şizofreninin tedavisinde antipsikotik ilaçların dışında, bu ilaçların yan etkilerini gidermek ve tedaviyi güçlendirmek amacıyla da yardımcı ilaçlar da verilmektedir. Bu nedenle tedavinizde birden fazla ilaç bulunabilir. Ayrıca tedavide kullanılan antipsikotik ilaçlar kesinlikle bağımlılık yapmazlar. İlaçları doğru kullanmak ve onlar hakkında doğru bilgi sahibi olmak önemlidir. Örneğin antipsikotik bir ilaç kullanan hasta olarak aynı zamanda farklı bir hastalık nedeniyle de ilaç kullanmak durumunda kalabilirsiniz. Bu tür durumları hekiminize bildiriniz ve ilaçların olası etkileri konusunda bilgi isteyiniz.

10/21

İlaç kullanmanın yararları:

- Sesleri, görüntüleri ve kendi kendinize konuşmayı giderir,
- Başkalarının inanmadıkları garip ya da yanlış inançları, düşünceleri azaltır.
- Gerginliği, kızgınlığı azaltır, sizi daha sakin yapar.
- Daha açık, net düşünmeye yardım ederler.
- Korkuları ve uykusuzluğu giderirler.
- Daha tutarlı konuşmaya yardım ederler.
- Daha uygun davranmanıza yardım ederler.
- Hastalığın tekrar alevlenmesini önler, hastaneye yatışı azaltırlar.

Antipsikotik ilaçları uygun yöntemlerle ve doğru kullanmak önemlidir. Doğru kullanımda temel ilkeler şunlardır:

- Doğru ilaç,
- Doğru doz (Doğru doz miktarı),
- Doğru zaman (Düzenli zaman aralığı),
- Doğru yol (Ağızdan ya da kalçadan),
- Doğru muhafaza.

11/21

Doğru muhafazada şu ölçütler önemlidir:

- Güvenli (Çocukların ulaşamayacağı yerde olmalı),
- Bayatlamayacak bir yer (Serin, kuru, güneş ışığından uzak),
- Kolay görülebilmeli ve bulunabilmeli (Hatırlanması ve Erişilebilirlik önemli),
- Günlük etkinliklerle bağlantılı olması (örneğin diş fırçalama, yemek yeme, giyinme gibi).

Uygun yöntemlerle kullanıma örnekler:

- İlaç kutusu kullanılabilir,
- İlaç takvimi oluşturulabilir.



ÖRNEK İLAÇ TAKVİMİ

İlaç Listesi ve Önerilen Doz	Alınacak Saat	Hangi Sıklıkta	İlacın Muhafaza Edildiği Yer
Noradol 5mg Günde 2 kez	09:00 21:00	Her gün	Buzdolabının yanındaki dolap
Akineton 2mg Günde 1 kez	09:00	Her gün	Buzdolabının yanındaki dolap

12/21

b. Şizofrenide Elektrokonvülsif Terapi:

Günümüzde artık çok sık uygulanmamakla beraber kısa süreli anestezi altında yapılan oldukça güvenli bir tedavi yöntemidir.

c. Şizofrenide Psikososyal Yaklaşımlar:

Şizofrenide kullanılan psikososyal tedaviler; bireysel ve destekeyici terapi yöntemleri, aile terapileri, psikoeğitim programları, beceri eğitimleri, mesleki ve toplumsal rehabilitasyondur.

Son yıllarda ruh sağlığı alanında kullanılan psikososyal yaklaşımlardan biri de **farlundaık temelli terapilerdir**. Farlundaık temelli terapiler psikoz, depresyon, kaygı bozulduğı gibi birçok ruhsal bozulduğun tedavisinde kullanılmaktadır. Bu terapi yönteminde beden ve nefes, beden tarama, farlundaık hareketi ve üç dakikalık soluklanma gibi meditasyon teknikleri kullanılmaktadır. Bu meditasyon tekniklerini kullanarak; **hastaların dikkatini şimdiki ana verebilmeleri, içsel olarak kendi yaşantılarını, bedenlerini, duygularını, düşüncelerini gözlemleyebilmeleri, yargısız davranabilmeleri, hastalık belirtilerini, sürecini, tedavisini ve hastalığın yaşamlarında oluşturduğu etkiyi tanıma ve tanımlayabilmeleri, hastalıkla baş etme becerilerini geliştirebilmeleri** amaçlanmaktadır.

Ancak Farlundaık temelli terapiler **tek başına tedavide yeterli değildirler**. Bu gibi psikososyal yaklaşımlar; **antipsikotik** ilaç kullanımı ile birlikte uygulandığında hastalığı tedavi etmeye yardımcı olurlar.

5. ANTİPSİKOTİK İLAÇLARIN YAN ETKİLERİ VE YAN ETKİLERLE BAŞ ETME

a. Hafif belirtiler;

- Ağız kuruluğı
- Gözlerde ışığa hassasiyet
- Midede hazımsızlık
- Arada bir baş dönmesi
- Yorgunluk
- Ciltte kuruluk
- Kilo alma

b. Ağır belirtiler;

- Dil, yüz, göz, boyun, sırt ve ense kısmında kasılmaların olması
- Yerde duramama, uzun süre oturamama, sürekli dolaşma, sıkıntı ve tedirginlik hali
- Vücut kaslarında katılık, tükürük salgısına artma, hareketlerde yavaşlama, maske yüz ve tek düze konuşma.
- Ağız, dudak ve dil kaslarında istemsiz kasılmaların olması
- Gün içinde uyku hali

- Bulanık görme
- Ciddi kabızlık
- Deride döküntüler
- Cinsel isteksizlik, cinsel zorluklar
- İşeme zorluğu
- Kan basıncında düşme

ç. Yan etkilerle baş etmede neler yapabiliriz?

Gözlerde ışığa hassasiyete dönük güneş gözlüğü, şapka kullanımı ve uzun süre güneşe maruz kalmama önerilir.

Ağız kuruluğu için sıvı alımının artırılması, şekersiz sakız çiğneme ve tatlandırıcı kullanılabilir.

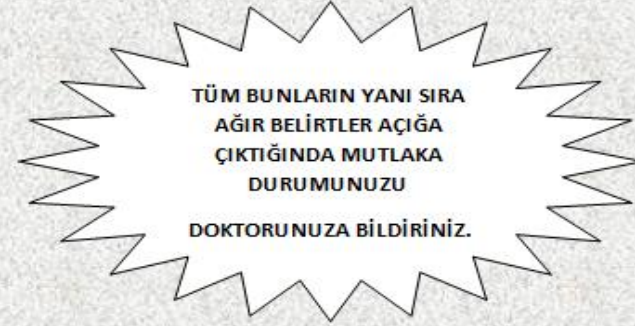
Midede hazımsızlık için soda ve kuru tuzlu şeyler ya da kızarmış ekme tüketilebilir.

Baş dönmesi durumunda hemen oturma, dinlenme ve kademeli olarak yavaşça ayağa kalkma önerilir.

Yorgunluk için gün içinde kısa süreli istirahatler yapılabilir. Ayrıca tüm ilaç dozunu mümkünse uyku öncesine kaydırmak için hekime danışılabilir.

Cilt kuruluğu için yumuşak sabun ve şampuan kullanımı ayrıca el ve vücut losyonu kullanılabilir.

Kilo alımını önlemek için düzenli egzersiz yapma, aşırı yemeyi azaltma ve diyet önerilir.



6. ŞİZOFRENİYE İLİŞKİN UYARICI İŞARETLER VE BUNLARLA BAŞ ETME

Hastalık hemen başlamadan önce, öncül belirtiler olarak ortaya çıkan belirtilere **uyarıcı işaretler** denir. Uyarıcı işaretler yeni bir alevlenme öncesi birkaç gün ya da birkaç hafta öncesinde açığa çıkabilirler. Alevlenmeler öncesinde yaşanan bu belirtiler trafik ışıklarında olduğu gibi bir tehlikenin gelmekte olduğunu haber veren uyarıcı işaretlerdir. Örneğin bir soğuk algınlığı öncesi vücudumuzda halsizlik, boğazımızda hassasiyet ve ağrı hissedebiliriz. Bunlar bir soğuk algınlığının yolda olduğunu haber veren uyarıcılardır. Tıpkı soğuk algınlığında olduğu gibi şizofrenide de (psikozda da) bazı öncü belirtiler vardır. Bunlar; **sıkıntı hissinde artma, kendini cökkün ya da değersiz hissetme, sinirlilik ve**

gerginlik, cabuk öfkelenme, dalgınlık, yoğunlaşma güçlüğü, uykuya dalmada güçlük, asırı uyuma, alınganlık, çok asırı hareketlilik, kendi düşünceleri ve bedenıyla asırı mesgul olma, istah değışiklikleri gibi belirtilerdir.

Soğuk algınlığı örneğinde kişi öncü belirtileri fark edip hastalanacağını hissettiğinde daha fazla dinlenerek, daha fazla sıvı ya da C vitamini alarak soğuk algınlığından korunmak için çeşidi tedbirler alabilir. Aynen psikozda da öncü belirtiler tanınıp buna karşıtedbir alınabilir.

Şizofrenide uyarıcı işaretler tanınp önceden bazı tedbirler alınırsa hastalığın alevlenmesi önlenabilir.

Peki neler yapabiliriz?

Hastanın çevresinde kendisine güvendiğı ve yargılayıcı olmayan bir ya da iki destek kişinin varlığı uyarıcı işaretlerin fark edilmesinde yardımcı olacaktır. Bazen uyarıcı işaretler hızla gelişip hastanın iç görüşünü (hastalığa ilişkin farlılıklarını) bozabilirler. Böyle durumlarda destek kişilerin varlığı önemlidir. Bu nedenle öncelikle hastanın çevresinde güvendiğı destek kişi ile uyarıcı belirtiler hakkında konuşması, hem fikir olması gerekir.

Ayrıca uyarıcı belirtiler açığa çıktığında ne yapılması gerektiğini gösteren **acil bir eylem planı** oluşturulmalıdır.

17/21



18/21

7. HASTALIĞA İLİŞKİN DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR

- İlaçlarınızı düzenli almayı aksatmamalıyız.
- Faydasız tedavi (hoca, medyum vb.) arayışlarından uzak durmalıyız.
- Düzenli aralıklarla kontrole gelip tedavi ekibiyle olan bağınızı koparmamalıyız.
- Hergün aynı saatte yatıp aynı saatte uyanmaya özen göstermelisiniz. Uykunuzun bir ritmi olmalıdır.
- Alkol ve madde kullanımdan uzak durmalısınız.
- Sigara, kullandığınız ilaçların emilimini azaltmaktadır. Bu nedenle olabildiğince azaltmalısınız.
- Kendinizde hastalığa ilişkin uyarıcı işaretler fark ettiğinizde hemen doktorunuz ile bağlantı kurmalısınız.
- Günlük yaşam aktivitelerinizi düzenli olarak yerine getirmelisiniz. Yaşamınızın bir rutini olmalıdır (Her gün aynı saatte kalkma, öğün atlamama, düzenli banyo yapma gibi)
- Her gün düzenli olarak gün ışığında yarım saat yürüyüş yapmalısınız.

19/21

- Aileniz dışında; arkadaşlarınızla olan ilişkilerinizi sürdürmelisiniz.
- İmkânınız varsa sinema, tiyatro gibi sosyal faaliyetlere katılmalısınız.
- Stresli yaşam olaylarından ve riskli davranışlardan kaçınmalısınız.
- Yaşamınızda sizi meşgul edecek bir işe ya da farklı bir faaliyet yer veriniz.
- Gönüllü dernek ya da vakıf gibi kuruluşlara üye olarak bu merkezlerde aktif rol alabilirsiniz.

BU PSİKOEĞİTİM PROGRAMI
BOYUNCA ÖĞRENDİĞİNİZ
FARKINDALIK TERAPİSİNİN
MEDITASYON TEKNİKLERİNİ
GÜNLÜK YAŞANTINIZA
KATMAYA ÇALIŞINIZ.



20/21

Kaynaklar:

1. Öztürk O, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I*. 11. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri, 2008, 242-322.
2. Yıldız M. Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi-Şizofreni Hastaları İçin, 1. Baskı. Ankara, Türkiye Sosyal Psikiyatri Demeği Yayınları, 2011.
3. Çoban A. Şizofreni-Bin Parça Akıl, 2. Baskı. İstanbul, Timaş Yayınları, 2009.
4. Uzun Ö, Battal S. Şizofreni. İçinde: Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri, Aydın H, Bozkurt A, (Çeviri Editörleri). Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry. Sadock BJ, Sadock VA. 2. Baskı, Ankara, Güneş Kitapevi, 2005: 134-154
5. Williams M, Penman D. *Mindfulness*. Çeviri: Duru E. Farkındalık Çılgın Bir Dünyada Huzur Bulmak İçin Pratik Bir Rehber, 1. Baskı. İstanbul, Pegasus Yayınları, 2014.



HAYATI HEP FARKINDA YAŞAMANIZ DİLEĞİYLE..

EK-6

MEDİTASYON CD'Sİ



FARKINDALIK TEMELLİ STRES AZALTMA PROGRAMI KATILIM BELGESİ



MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu)				
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı		
05.01.2016	1	2016/1-16		
Karar No:2016/1-16: Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu 05.01.2016 tarihinde Rektör Yardımcıları Toplantı odasında toplandı. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesinde Doç. Dr. Rukiye AYLAZ'IN sorumlu araştırmacı olduğu, Uzm. Hemşire Nurdan ÇETİN'İN “Farkındalık Temelli Psikoeğitimin Şizofreni Hastalarının İlgörü ve İlaç Uyumuna Etkisi” isimli çalışmasının Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığının onayı ile ilgili raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde çalışmada <u>herhangi bir etik kusur olmadığına</u>; oy birliği ile karar verildi.				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Prof.Dr. Nusret AKPOLAT Etik Kurul Başkanı Prof.Dr.Metin Fikret GENÇ Etik Kurul Başkan Yardımcısı Prof.Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Üyesi Prof.Dr. Behice ERCİ Etik Kurul Üyesi </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Prof.Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Üyesi Prof.Dr. N. Tülin POLAT Etik Kurul Üyesi Prof.Dr.İbrahim ŞAHİN Etik Kurul Üyesi </td> </tr> </table>			Prof.Dr. Nusret AKPOLAT Etik Kurul Başkanı Prof.Dr.Metin Fikret GENÇ Etik Kurul Başkan Yardımcısı Prof.Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Üyesi Prof.Dr. Behice ERCİ Etik Kurul Üyesi	Prof.Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Üyesi Prof.Dr. N. Tülin POLAT Etik Kurul Üyesi Prof.Dr.İbrahim ŞAHİN Etik Kurul Üyesi
Prof.Dr. Nusret AKPOLAT Etik Kurul Başkanı Prof.Dr.Metin Fikret GENÇ Etik Kurul Başkan Yardımcısı Prof.Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Üyesi Prof.Dr. Behice ERCİ Etik Kurul Üyesi	Prof.Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Üyesi Prof.Dr. N. Tülin POLAT Etik Kurul Üyesi Prof.Dr.İbrahim ŞAHİN Etik Kurul Üyesi			

EK-9

ESKİŞEHİR KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ İZİN FORMU

 T.C. Sağlık Bakanlığı	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU Eskişehir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği	ESKİŞEHİR İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - ESKİŞEHİR İLİ KİMYA İZLİM HİZMETLERİ 23.01.2016 17:43 - 84987131 - 663.08 - E.21
		 0000000000
Sayı : 84987131/663.08	Konu : Araştırma İzni/Nurdan ÇETİN	
DAĞITIM YERLERİNE		
İlgi: İnönü Üniversitesinin 17/12/2015 tarihli ve 50235129-25-6885-6882 sayılı yazısı		
İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü öğrencisi Nurdan ÇETİN'in doktora teziyle ilgili anket çalışmasının, gizlilik ve gönüllülük esasınca yapılması, sağlık tesisinin esas faaliyetini aksatmayacak biçimde yürütülmesi, araştırma sonucunun Genel Sekreterliğimiz bilgisi dışında ilan edilmemesi, araştırma uygulanması esnasında olabilecek fiziki zararların araştırma sahibi tarafından karşılanması kaydıyla Eskişehir Devlet Hastanesi ve Yunus Emre Devlet Hastanesi Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezlerinde (TRSM) yapılmasına müsaade edilmiştir. Gereği ile bilgilerinize arz/rica ederim.		
Dr.Erdinç ÖZKURT Genel Sekreter a. İdari Hizmetler Başkanı		
EKLER: 1- Komisyon Kararı 2-Fiziki zararları karşılama taahhüdü 3-Anket örneği		
DAĞITIM: -İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Ek 1 konuldu) -Eskişehir Devlet Hastanesi -Yunus Emre Devlet Hastanesi		
Arifiye Mah. Kıbrıs Şehitleri Cad. No: 37 Odunpazarı/ESKİŞEHİR Ayrıntılı bilgi için irtibat: Uzm. Seher KAYA Telefon: (0222) 3201012-42 (106) Fax: 0 (222) 3351542-1557 E-posta: seher.kaya@saglik.gov.tr		
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 093bf0fe-1746-4bd1-9188-23115a1397b4 kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.		



ESKİŞEHİR
KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ
ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME FORMU

Doküman No	EGT. FR. 18
Yayın Tarihi	02.05.2014
Revizyon Tarihi	-
Revizyon No	0
Sayfa No/Sayfa Sayısı	1/1

ARAŞTIRMA SAHİBİNİN	
Adı Soyadı	Nurdan ÇETİN
Kurumu / Üniversitesi	İnönü Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enst/Hemşirelik Böl
Araştırma Yapılacak İller	Eskişehir, Balıkesir
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	Eskişehir Devlet Hastanesi TRSM Yunus Emre Devlet Hastanesi TRSM
Araştırmanın Konusu	"Farkındalık Temelli Psikoeğitimin Şizofreni Hastalarının İlgörü ve İlaç Uyumuna Etkisi"
Üniversite / Kurum Talebi	(X) Var / () Yok
Veri Toplama Araçları	Tanıtıcı Bilgi Formu, Beck Bilişsel İlgörü Ölçeği, Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	Şubat 2016-Ocak 2017
Görüş İstenilecek Birimler	
KOMİSYON GÖRÜŞÜ	
Araştırmanın gizlilik ve gönüllülük esasınca yapılması, sağlık tesisinin esas faaliyetini aksatmayacak biçimde yürütülmesi, araştırma sonucunun Genel Sekreterliğimiz bilgisi dışında ilan edilmemesi, araştırma uygulanması esnasında olabilecek fiziki zararların araştırma sahibi tarafından karşılanması kaydıyla çalışmanın yapılmasına müsaade edilmiştir.	
Komisyon Kararı	Oybirliği / Oyçokluğu ile alınmıştır.
Muhalef Üyenin Adı ve Soyadı:	Gerekçesi

...../...../20..

KOMİSYON

Komisyon Başkanı
Uzm. Dr. Çetin AVCI
Tıbbi Hizmetler Başkanı

Üye
Dr. Erdiç ÖZKURT
İdari Hizmetler Başkanı

Üye
Doç. Dr. Nurullah UÇKUN
Mali Hizmetler Başkanı

Üye
Seher KAYA
Uzman

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 093b0fa-1746-4bd1-9188-23115a1397b4 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-10

BALIKESİR KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞ İZİN FORMU

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Balıkesir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği	BALIKESİR İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - BALIKESİR İLİ KHBGS EĞİTİM - ARGE BİRİMİ 28.01/2016 11:06 - 85163007 - 730.08.03 - E.1221  00018167343
Sayı : 85163007/730.08.03 Konu : Nurdan ÇETİN Anket Çalışması		
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına		
İlgi: 17/12/2015 tarihli ve 41848614/6883 sayılı yazınız.		
Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi Nurdan ÇETİN'in Doktora Tez konusu olan "Farkındalık Temelli Psikoeğitimin Şizofreni Hastalarının İlgörü ve İlaç Uyumuna Etkisi" konulu çalışmasını 15.02.2016 – 15.01.2017 tarihleri arasında Genel Sekreterliğimize bağlı Balıkesir Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde uygulayabilmesi için alınan 22.01.2016 tarih ve E.934 sayılı makam onayı yazımız ekindedir. Gereğini bilgilerinize arz ederim.		
Op.Dr.Hasan HOCAOĞLU Genel Sekreter		
EKLER: 1- Makam Onayı		
03.02.2016 256 Güvenli Elektronik İmza ile Etiler 28/01/2016 E.1221 Hasan Hoçaoğlu		
Balıkesir Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim ve AR-GE Birimi Y. ÜNEŞ kbb10.egitim@saglik.gov.tr 0 266 245 95 95 -2101 Bahçelievler Mah. Yüzüncüyıl Cad. 289. Sok Altıyıl/BALIKESİR		
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 62ef6ff2-7baf-44ea-a5f5-cf626d0ad8ed kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.		



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Balıkesir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

BALIKESİR İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - BALIKESİR İLİ KHBGS EĞİTİM - ARGE
BİRİMİ
22/01/2016 14:26 - 85163007 - 730.08.03 - E.934
00017917883

Sayı : 85163007/730.08.03
Konu : Nurdan ÇETİN Anket Çalışması

BALIKESİR İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi Nurdan ÇETİN' in "Farkındalık Temelli Psikoeğitimin Şizofreni Hastalarının İçgörü ve İlaç Uyumuna Etkisi" konulu Tez çalışmasını 15.02.2016 – 15.01.2017 tarihleri arasında Balıkesir Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde uygulayabilmesi, yapılacak anket çalışmasının hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, katılımın gönüllülük esasına dayanması, bilgi gizliliğine ve hasta mahremiyetine özen gösterilmesi, yapılacak çalışmanın sonucunun bir suretinin Genel Sekreterliğimize gönderilmesi ve kurumun bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla uygulayabilmesi hususunu olurlarınıza arz ederim

Dr. Sedat KAVAS
İdari Hizmetler Başkanı

OLUR
.../.../2016
Op.Dr.Hasan HOCAOĞLU
Genel Sekreter

EKLER:
1- NURDAN ÇETİN TEZ ÇALIŞMASI

Balıkesir Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim ve AR-GE Birimi Y. ÜNEŞ
kbb10.egitim@saglik.gov.tr 0 266 245 95 95 -2101
Bahçelievler Mah. Yüzüncüyıl Cad. 289. Sok Altıeylül/BALIKESİR

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 62ef6ff2-7baf-44ea-a5f5-cf626d0ad8ed kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-11

TIBBİ TEDAVİYE UYUM ORANI ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

17.02.2017

YNT: Ölçek İzin talebi Malatya'dan Nurdan Ben - Nurdan ÇETİN

YNT: Ölçek İzin talebi Malatya'dan Nurdan Ben

aysegul koc <agulkoc@hotmail.com>

B. 12. 2016 (Per) 21:09

Gelen Kutusu

Kime: Nurdan ÇETİN <nrdnctn3066@hotmail.com>;

İyi Akşamlar
MARS tedaviye uyum ölçeğini tezinizde kullanabilirsiniz.
Kolay gelsin, iyi çalışmalar

Samsung tablet tarafından gönderildi

----- Orjinal mesaj -----

Kimden: Nurdan ÇETİN <nrdnctn3066@hotmail.com>

Tarih: 06 12 2016 14:14 (GMT+02:00)

Alıcı: agulkoc@hotmail.com

Konu: Ölçek İzin talebi Malatya'dan Nurdan Ben

----- Orjinal mesaj -----

Kimden: Nurdan ÇETİN

Tarih: 06 12 2016 13:31 (GMT+02:00)

Alıcı: agulkoc@hotmail.com

Konu: Ölçek İzin talebi Malatya'dan Nurdan Ben

Merhaba Ayşegül hanım;

İsmim Nurdan ÇETİN. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığında doktora öğrencisiyim. Aynı zamanda askeri hemşire olarak çalışmaktayım. İzninizle geliştirdiğiniz Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı ölçeğini "**FARKINDALIK TEMELLİ PSİKOEĞİTİMİN ŞİZOFRENİ HASTALARININ İÇGÖRÜ VE İLAÇ UYUMUNA ETKİSİ**" konulu tez çalışmamda kullanmak istiyorum. Saygılarımla..

iyi çalışmalar diliyorum

EK-12

BECK BİLİŞSEL İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

Re: Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği Kullanım İzni

Selcuk Aslan <selcukaslan86@gmail.com>

1.6.2016 (Çar) 23:14

Kime:Nurdan ÇETİN <nrdnctn3066@hotmail.com>;

izin veriyorum.

2016-05-30 22:52 GMT+03:00 Nurdan ÇETİN <nrdnctn3066@hotmail.com>:

Merhaba hocam;

ben Nurdan ÇETİN. İnönü Üniversitesi doktora öğrencisiyim. bu sabah sizinle telefonda görüşmüştük. Beck Bilişsel İçgörü Ölçeğini kullanmak için izin istemiştim. Sizden onay aldığıma dair bana bir mail atabilir misiniz?

Saygılarımla..

--

Prof. Dr. Selçuk Aslan
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı
Bilişsel Davranışçı Psikoterapist, Supervizör ve Eğitici

0090 312 202 5413
OFİS: 468 22 88
KARUM İŞMERKEZİ 4. kat A-Blok 393

Prof. Dr. Selcuk Aslan
Gazi University, School of Medicine
Department of Psychiatry
ACT Certified supervisor and Trainer,
ACT certified CBT therapist.
06500 Ankara - Turkey
+90 0312 468 2288
+90 0312 467 3377