

**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**



**KABUL VE KARARLILIK TERAPİSİ TEMELLİ
DANIŞMANLIĞIN ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERİN AİLE
ÜYELERİNDE RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR
KENDİNİ DAMGALAMA VE PSİKOLOJİK ESNEKLİK
ÜZERİNE ETKİSİ**

Doktora Tezi

Ercan TUNÇ

Danışman

Doç. Dr. Oya Sevcan ORAK

Bu Tez TÜBİTAK 1002-A Hızlı Desek Programı kapsamında 222S781 Proje Kodu ile desteklenmiştir.

SAMSUN
2023

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Hazırladığım Doktora tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin Kaynaklar'da gösterilenlerden oluştuğunu, her unsurun enstitü yazım kılavuzuna uygun yazıldığını ve TÜBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Yönetmeliği'nin 3. bölüm 9. maddesinde belirtilen durumlara aykırı davranılmadığını taahhüt ve beyan ederim.

Etik Kurul Gerekli mi?

Evet ☒ (Gerekli ise ekler kısmına ekleyiniz)

Hayır ☐

24/07/2023
Ercan TUNÇ

TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI

Tez Başlığı: KABUL VE KARARLILIK TERAPİSİ TEMELLİ DANIŞMANLIĞIN ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERİN AİLE ÜYELERİNDE RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR, KENDİNİ DAMGALAMA VE PSİKOLOJİK ESNEKLİK ÜZERİNE ETKİSİ

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışması için şahsım tarafından 14.06.2023 tarihinde intihal tespit programından alınmış olan özgünlük raporu sonucunda;

Benzerlik oranı : % 6

Tek kaynak oranı : % 3 çıkmıştır.

24/07/2023
Doç. Dr. Oya Sevcan ORAK

ÖZET

KABUL VE KARARLILIK TERAPİSİ TEMELLİ DANIŞMANLIĞIN ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERİN AİLE ÜYELERİNDE RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR, KENDİNİ DAMGALAMA VE PSİKOLOJİK ESNEKLİK ÜZERİNE ETKİSİ

Ercan TUNÇ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Ana Bilim Dalı

Doktora, Temmuz/2023

Danışman: Doç. Dr. Oya Sevcan ORAK

Amaç: Bu araştırmanın amacı, kabul ve kararlılık terapisi temelli danışmanlığın şizofreni tanılı bireylerin aile üyelerinde ruhsal hastalığa yönelik inançlar, kendini damgalama ve psikolojik esneklik üzerine etkisini belirlemektir.

Materyal ve Metot: Bu araştırma tek kör randomize kontrollü deneysel tasarımda yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Samsun ilinde bulunan iki Toplum Ruh Sağlığı Merkezi tarafından takip edilen şizofreni tanısına sahip 403 bireyin aile üyeleri oluşturmuştur. Araştırmada güç analizi yapılmış, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 25 deney grubu, 25 kontrol grubu aile üyesi ile araştırma tamamlanmıştır. Araştırmaya başlamadan önce etik kurul izni, kurum izni ve aile üyelerinin gönüllü onayları alınmıştır. Deney grubundaki aile üyelerine kabul ve kararlılık terapisi temelli online danışmanlık programı, haftada bir oturum olmak üzere toplamda altı oturum uygulanmıştır. Araştırmada öntest ve son test ölçümleri için “Sosyo-Demografik Özellikler Formu”, “Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği”, “Aileler için Kendini Damgalama Ölçeği” ve “Psikolojik Esneklik Ölçeği” uygulanmıştır. Verilerin analizinde çarpıklık ve basıklık katsayısı, yüzdelik ve frekans dağılımı, Ki-kare testi, Bağımsız gruplar t testi ve Pillai’s Trace testi kullanılmıştır. Araştırmada randomizasyonu korumak ve uygulanan programın etkisini gerçek sınırlar içerisinde değerlendirebilmek için Intention to Treat analizi yapılmıştır.

Bulgular: Aile üyeleri kontrol değişkenleri açısından incelendiğinde, deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Kabul ve Kararlılık Terapisi temelli online grup danışmanlık programı, deney grubundaki aile üyelerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği puan ortalamalarını %65,4 düzeyinde, Aileler için Kendini Damgalama Ölçeği puan ortalamalarını %48 düzeyinde, Psikolojik Esneklik Ölçeği puan ortalamalarını ise %66 düzeyinde anlamlı ve geniş bir etki oluşturarak azaltmıştır ($p<0,001$).

Sonuç: Araştırma sonucunda, deney grubundaki aile üyelerine uygulanan Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Online Danışmanlık Programı’nın aile üyelerinin ruhsal hastalığa yönelik inançları, kendini damgalama ve psikolojik esneklik düzeyleri üzerinde olumlu etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Aile üyesi, Kabul ve kararlılık terapisi, Kendini damgalama, Online danışmanlık, Psikiyatri hemşireliği, Psikolojik esneklik, Ruhsal hastalığa yönelik inanç, Şizofreni

ABSTRACT

THE EFFECT OF ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY-BASED COUNSELING ON BELIEFS TO MENTAL ILLNESS, SELF-STIGMATIZATION AND PSYCHOLOGICAL FLEXIBILITY ON FAMILY MEMBERS OF INDIVIDUALS DIAGNOSED WITH SCHIZOPHRENIA

Ercan TUNÇ

Ondokuz Mayıs University
Institute of Graduate Studies

Department of Nursing

Ph.D., July/2023

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Oya Sevcin ORAK

Aim: The aim of this study is to determine the effect of acceptance and commitment therapy-based counseling on beliefs about mental illness, self-stigma and psychological flexibility on family members of individuals with schizophrenia.

Materials and Methods: This study was conducted in a single-blind randomized controlled experimental design. The population of the study consisted of family members of 403 individuals with a diagnosis of schizophrenia followed by two Community Mental Health Centers in Samsun. Power analysis was performed in the study, and the study was completed with 25 experimental group and 25 control group family members who met the inclusion criteria. Ethics committee permission, institutional permission, and voluntary consent of family members were obtained before starting the study. Acceptance and commitment therapy based online counseling program was applied to family members in the experimental group, one session per week, in total six sessions. In the research, “Socio-Demographic Characteristics Form”, “Scale of Beliefs Regarding Mental Illness”, “Scale of Self-Stigma for Families” and “Scale of Psychological Flexibility” were applied for pretest and posttest measurements. In the analysis of the data, skewness and kurtosis coefficient, percentile and frequency distribution, Chi-square test, Independent groups t test and Pillai's Trace test were used. Intention to Treat analysis was performed in order to preserve randomization and to evaluate the effect of the applied program within real limits.

Results: It was determined that there was no statistically significant difference between the experimental and control groups when family members were examined in terms of control variables ($p>0.05$). Acceptance and Commitment Therapy-based online group counseling program reduced it by creating an effect the experimental group's family members' Scale of Beliefs Towards Mental Illness mean score with 65.4%, Scale of Self-Stigma for Families mean score with 48%, and Scale of Psychological Flexibility mean score with 66% ($p<0.001$).

Conclusion: As a result of the research, it was concluded that the Acceptance and Commitment Therapy Based Online Counseling Program applied to the family members in the experimental group had a positive effect on the family members' beliefs about mental illness, self-stigma and psychological flexibility levels.

Keywords: Family member, Acceptance and commitment therapy, Self-stigma, Online counseling, Psychiatric nursing, Psychological flexibility, Belief in mental illness, Schizophrenia

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, tez çalışmamın planlanmasında, yürütülmesinde ve tamamlanmasında yardım ve desteklerini sürekli hissettiğim tez danışman hocam Sayın Doç. Dr. Oya Sevcan ORAK'a,

Doktora tez çalışmamda deneyimlerini aktaran ve çalışma sürecinde önemli katkılar sunan değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCİ ve Sayın Prof. Dr. Bozkurt KOÇ'a,

Doktora tezimin danışmanlık programının içeriğini belirlemede katkıları nedeniyle Sayın Doç. Dr. Kaasım Fatih YAVUZ'a,

Doktora derslerim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren hocam Sayın Doç Dr. Serap GÜLEÇ KESKİN'e,

Tez çalışmamın ilerlemesinde destek ve yardımları için başta değerli dostlarım Öğr. Gör. Mehmet Şükrü ARSLAN ve Alp ARSLAN olmak üzere çalışma arkadaşlarım Arş. Gör. Dr. Güven SONER ve Öğr. Gör. İbrahim ERENŞOY'a,

Çalışma sürecinde güler yüzleri ve sabırlarıyla karşılaştığım Pelitköy ve Gazi TRSM hemşirelerine,

Çalışmama katılım göstererek değerli zamanlarını benimle paylaşan aile üyelerine çok teşekkür ederim.

Ayrıca bu günlere gelmemde büyük paya sahip olan, beni yetiştiren, hayatım boyunca desteklerini hissettiğim canlarım, annem Sevim TUNÇ'a, babam Ünal TUNÇ'a, abilerim Oğuz TUNÇ'a ve Erkan TUNÇ'a,

Son olarak benimle hayatlarını paylaşan, anlayışlarını, emeklerini ve sevgilerini bir an olsun esirgemeyen biricik eşim Filiz TUNÇ'a ve can oğlum Yekta TUNÇ'a paha biçilemez derecede minnet duyduğumu belirtmek isterim.

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL VE ONAYI.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Şizofreni	5
2.1.1. Epidemiyolojisi	5
2.1.2. Etiyolojisi	6
2.1.3. DSM V Tanı Kriterleri	7
2.1.4. Şizofrenide Belirtiler ve Özellikleri.....	8
2.1.5. Hastalık Süreci	10
2.1.6. Tedavi	11
2.2. Şizofreni Tanılı Bireylerin Aile Üyelerinde Yaşantısal Problemler	11
2.2.1. Aile Üyelerinin Şizofreniye Yönelik İnançları ve Kendini Damgalama Süreci...12	
2.2.2. Aile Üyelerinde Psikolojik Esneklik Düzeyi	14
2.3. Kabul ve Kararlılık Terapisinde Kavramsal Çerçeve	16
2.3.1. Temel Kavramsal Çerçeve: İlişkisel Çerçeve Kuramı	18
2.3.2. Psikopatoloji Sürecinde İşlevsel Bağlamsalılık	19
2.4. Kabul ve Kararlılık Terapisine Dayalı Danışmanlık.....	20
2.4.1. An ile Esnek Temas.....	21
2.4.2. Değerlere Temas	22
2.4.3. Değer Odaklı Davranışlarda Kararlılık	22
2.4.4. Bağlamsal Benlik	23
2.4.5. Bilişsel Ayrışma	24
2.4.6. Kabul.....	24
2.5. Şizofreni Tanılı Bireylerin Aile Üyelerinde Psikiyatri Hemşireliği Süreci.....	26
3. MATERYAL VE METOD	29
3.1. Araştırmanın Türü	29
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	29
3.4. Randomizasyon ve Körleme.....	31
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	32
3.6. Veri Toplama Araçları	32
3.6.1. Sosyo-Demografik Özellikler Formu	32
3.6.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği.....	33
3.6.3. Aileler için Kendini Damgalama Ölçeği.....	33
3.6.4. Psikolojik Esneklik Ölçeği	33
3.6.5. Oturum Katkı Değerlendirmesi	34
3.7. Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Danışmanlığın Uygulanması.....	34
3.7.1. Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Online Danışmanlık Grup Oturumları.....	37
3.8. İstatistiksel Değerlendirme	39
3.9. Araştırmanın Etik Uygunluğu	40
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	41

4. BULGULAR.....	42
4.1. Araştırma Bulguları.....	42
4.2. Oturum Katkı Değerlendirme Bulguları	47
5. TARTIŞMA.....	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	54
6.1. Sonuç	54
6.2. Öneriler	54
KAYNAKLAR	56
EKLER	68
Ek 1. G-Power Analizi	68
Ek 2. Sosyo-Demografik Özellikler Formu.....	69
Ek 3. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği	71
Ek 4. Aileler için Kendini Damgalama Ölçeği	72
Ek 5. Psikolojik Esneklik Ölçeği.....	73
Ek 6. Oturum Katkı Değerlendirmesi.....	75
Ek 7. Araştırmacı Katılım Belgeleri	76
Ek 8. KKT Temelli Online Grup Danışmanlık Programının Kapsam Geçerliliği	79
Ek 9. KKT Temelli Online Grup Danışmanlık Programı	80
Ek 10. Ölçek İzinleri	85
Ek 11. Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurul İzni	86
Ek 12. Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni	87
Ek 13. Kurum İzni.....	88
Ek 14. Online Uygulama Grubu Fotoğraf Örneği	89
ÖZGEÇMİŞ	90

SİMGELER VE KISALTMALAR

BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
İB	: İşlevsel Bağlamsalcılık
İÇ	: İlişkisel Çerçeve
KKT	: Kabul ve Kararlılık Terapisi
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Şizofrenide etiyolojik faktörler.....	6
Şekil 2.2. Psikolojik Esneklik ve Psikolojik Katılık modeli (Karakuş ve Akbay, 2020)	15
Şekil 3.1. Araştırmanın CONSORT akış diyagramı	30
Şekil 3.2. Araştırma akış planı	36



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.1. Araştırmanın değişkenleri	32
Tablo 3.2. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler	40
Tablo 4.1. Deney ve kontrol grubundaki aile üyelerinin tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması	43
Tablo 4.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ölçüm puanlarının gruplar arası karşılaştırması	44
Tablo 4.3. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği puanlarına ilişkin karışık ölçümler için iki faktörlü ANOVA sonuçları	44
Tablo 4.4. Aileler için Kendini Damgalama Ölçeği ölçüm puanlarının gruplar arası karşılaştırması	45
Tablo 4.5. Aileler için Kendini Damgalama Ölçeği puanlarına ilişkin karışık ölçümler için iki faktörlü ANOVA sonuçları	45
Tablo 4.6. Psikolojik Esneklik Ölçeği ölçüm puanlarının gruplar arası karşılaştırması	46
Tablo 4.7. Psikolojik Esneklik Ölçeği puanlarına ilişkin karışık ölçümler için iki faktörlü ANOVA sonuçları	47
Tablo 4.8. KKT temelli online grup danışmanlık programı oturumlarının aile üyelerine sağladığı katkı düzeylerinin dağılımı	48

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Şizofreni, genellikle bireylerin erken yaşam dönemlerinde başlayan, kalıcı semptomları olan, sağlığın yanı sıra sosyal, mesleki ve ekonomik alanlarda ciddi yıkımlara yol açan ruhsal bir bozukluktur (APA, 2020). Şizofreni gibi ruhsal bir probleme sahip olan bireyler, aile üyelerini de fiziksel ve ruhsal sağlıkla ilgili olumsuz deneyimlere maruz bırakabilmektedir. Özellikle aynı evde yaşamak, bireyin doğrudan bakım ihtiyacı olsa dahi bakım verenin sağlık riskini daha fazla sıkıntıya uğratabilmektedir (Hsiao vd., 2020; Foulkes, 2022). Araştırmalar, ailede şizofreni tanılı bireylere bakım verenlerin, bakım vermeyenlere ve ailede kronik tıbbi hastalığı olan bireylere bakım verenlere göre daha fazla zorlandıklarını göstermektedir (Gupta vd., 2015; Stanley vd., 2017). Dolayısıyla şizofreni tanılı bireylerin aile üyeleri tarafından yaşanan zorlukların belirlenmesi oldukça önemlidir.

Şizofreni tanısına sahip bireylerin aile üyelerinin genellikle öfke, üzüntü, utanç ve suçluluk gibi zorlayıcı duygular deneyimledikleri, bunların temelinde ise ruhsal hastalığa yönelik inançlar gibi bilişsel süreçlerin etkili olduğu bilinmektedir (Bilgen vd., 2020). Aile üyelerinden birinin şizofreni tanısı alması, onların toplumun diğer üyeleri tarafından dışlandıklarını hissetmelerine sebep olmaktadır. Özellikle bireylerin hastaneye yatış süreçlerinin güvenlik birimleri aracılığıyla gerçekleşmesi, ailenin diğer üyelerinin şizofreni ile ilgili kalıcı ve olumsuz bilişsel düşüncelere sahip olmalarına neden olmaktadır. Aileler, hem ruhsal problemin sorumluluğunu kendilerine atfedip suçluluk duymakta hem de bu süreçte şizofreni tanılı yakını olma durumu nedeniyle kendini damgalamaktadır (Köroğlu ve Hocaoglu, 2017; Koçak ve Taylan, 2018).

Yaşanılan bu olumsuzluklar, aile üyelerinde psikolojik esnekliğin ölçütleri olan an ile temasın etkili olmamasına ve bireysel değerler doğrultusunda davranışları şekillendirebilme becerilerinin yitirilmesine neden olabilmektedir (Cansız vd., 2019). Ayrıca psikolojik esneklik, damgalama sürecini açıklamaya da yardımcı olabilmektedir. Bu bağlamda psikolojik esneklik düzeyi düşük bir kişinin şizofreni tanılı bir bireyi değerlendirirken “*öngörülemez, kontrol dışı*” gibi düşüncelere inanma olasılığı artabilmekte, bu düşünceler ile birleşebilmektedir (Han vd., 2020). Bilgen vd. (2020) şizofreni tanılı bir bireye bakım veren ailelerin, hastalığa yönelik

orta düzeyde olumsuz inançlara sahip olduğunu belirtmiştir. Diğer bir araştırmada ise şizofreni tanısına sahip akrabaların, bireylerin toplumdan kaçınma eğilimine neden olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Mannarini vd., 2020). Jansen vd. (2017) çalışmasında şizofreni tanılı bireylere bakım verenlerin psikolojik esneklik düzeyi ile bakım yükü arasında negatif yönde ilişki olduğu saptanmıştır. Literatürdeki bu veriler doğrultusunda aile üyelerinin bilişsel alanda çeşitli zorluklar ile karşılaştıkları, baş edebilmelerine yönelik çeşitli davranışlar sergiledikleri düşünülmektedir. Aile üyelerinin deneyimledikleri olumsuz süreçler ile baş edebilmelerinde psikiyatride kullanılan terapi uygulamalarının etkisi oldukça önemlidir (Cai vd., 2015; McFarlane, 2016; Laws vd., 2018).

İkinci dalga olarak nitelendirilen bilişsel ve davranışsal terapi yöntemlerinin günümüzdeki şekli olan Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT), üçüncü dalga terapi modeli olarak nitelendirilmektedir. Bilişsel ve davranışsal süreçlere dayalı olan KKT, merkezinde psikolojik esnekliği barındıran ve ilişkisel çerçeve (İÇ) kuramına dayalı bir modeldir (Twohig, 2012; Gloster vd., 2020). Modelde İÇ, insan bilişinin olaylar arasında ilişki kurarak çıkarımda bulunduğu görüşüne dayanmaktadır (Fletcher ve Hayes, 2005). Ayrıca KKT’de İÇ, bireylerin ilişkisel bağlam olarak tanımlanan mevcut şartlarda (çevre, zaman vb.) deneyimledikleri zorlukları anlamalarına ve işlevsel bağlamda (değer odaklı) hareket etmelerini sağlamaya odaklanmaktadır (Yavuz, 2015). Bu yöntemle bireyler, kendi değerlerine uygun olarak hareket edebilmekte ve hayatlarında anlamlı olarak ifade edilen değerleri doğrultusunda değişiklikler yapabilmektedir (Fletcher ve Hayes, 2005; Twohig, 2012; Yavuz, 2015). Psikolojik esnekliğin oluşumunda ise anda olma, değerlerin belirlenmesi, belirlenen değerler doğrultusunda eyleme geçme, kabul, ayrışma ve bağlamsal benlik olmak üzere toplamda altı alandan yararlanılır (Stockton vd., 2019; Gloster vd., 2020).

Modele göre psikolojik esneklik, bireylerin modeldeki alanlara özgü becerilerini artırmaları ve yaşantılarında deneyimlemeleri ile mümkündür. Kişinin duygulara açık olması, düşüncelerinin ise yalnızca kendi ürünü olduğunun bilincinde olması hedeflenir. Bu süreçte duygu ve düşüncelere yönelik dıştan değerlendirme becerisine sahip olmak önemlidir (Yavuz, 2015; Vatan, 2016; Çiçek ve Tanhan, 2020). Model ile çeşitli duygusal ve bilişsel problemlerden kaynaklı işlevsiz davranış sürecinden değer odaklı ve işlevli eylemler sürecine geçiş nedeniyle öznel iyilik

halinin olumlu etkilenmesi amaçlanır (Stenhoff vd., 2020). Bireylerin kontrolü dışında olan ve onları olumsuz etkileyen durum veya olay örgülerine açık olmaları, anlamlı bir yaşam sürdürebilmelerinde etkilidir (Kul ve Türk, 2020). Yapılan çalışmalarda insanın değer odaklı eylemlerine temas etmesi ile olumlu hissetmesi arasında güçlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Yavuz, 2015; Ercengiz ve Şar, 2018; Baş ve Dirik, 2019).

Psikiyatri hemşirelerinin şizofreni sürecinin yönetiminde merkezde oldukları bilinmektedir. Özellikle psikiyatri hemşirelerinin aile üyelerinin kontrolü dışında olan, onları olumsuz etkileyen şizofreni sürecini etkili yönetebilmeleri gerekir (Bilgen vd., 2020). Bu kapsamda psikiyatri hemşirelerinin şizofreni tanısına sahip yakını olan aile üyelerinin ruhsal hastalığa yönelik olumsuz inançlarını ve kendini damgalama düzeylerini KKT grup danışmanlığı temelinde uygulamaları önemlidir. Böylece aile üyelerinin KKT'nin altı alanını etkin kullanabilmeleri ile sürecin getirdiği olumsuz inançlarına, kendini damgalama tutumlarına ve psikolojik esneklik düzeylerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir (Ercengiz ve Şar, 2018; Baş ve Dirik, 2019; Kul ve Türk, 2020). Bu nedenle psikiyatri hemşireleri, aile üyelerinin kabul ve farkındalığa dayalı becerilerini artırarak aile ilişkilerinin de değer odaklı şekillenmesini sağlayabilir. Özellikle psikiyatri hemşirelerinin KKT temelli grup danışmanlığı uygulamaları ile aile üyelerinin gruptaki diğer bireylere deneyim aktarımı yoluyla öğrenme, model alma ve yeni beceriler geliştirme gibi süreçlerde faydalar sağlayabileceği de yapılan çalışmalarla desteklenmiştir (Şükrü vd., 2018; Varma vd., 2018).

Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde, şizofreni tanısı almış bireylere çok sayıda danışmanlık uygulamalarının yapıldığı görülmekle birlikte bu grubun aile üyelerine yönelik yapılan araştırmaların sayıca nispeten daha az olduğu anlaşılmaktadır (Cai vd., 2015; McFarlane, 2016; Laws vd., 2018; Morimoto vd., 2018; Vaessen vd., 2019; Hodann-Caudevilla vd., 2020). Ayrıca şizofreni tanılı bireylerin aile üyelerine uygulanan farklı modeller temelinde danışmanlık yapılmış çalışmalara, KKT temelli danışmanlık modeliyle yapılmış çalışmalara göre daha sık rastlandığı belirlenmiştir (Cai vd., 2015; McFarlane, 2016). Bununla birlikte şizofreni tanılı bireylerin aile üyeleri ile KKT temelli yapılmış çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir (Komala vd., 2018; Moghbel Esfahani ve Haghayegh, 2019; Buanasari vd., 2020). Ancak şizofreni tanılı bireylerin aile üyelerine yönelik KKT

temelli grup danışmanlığı şeklinde, online platformda yapılan ve mevcut araştırma değişkenlerinin incelendiği bir çalışma sonucuna rastlanmamıştır. Tüm bu bilgiler ışığında bu araştırmanın özgün nitelikler taşıdığı, elde edilecek sonuçların ulusal ve uluslararası literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, KKT temelli danışmanlığın şizofreni tanılı bireylerin aile üyelerinde ruhsal hastalığa yönelik inançlar, kendini damgalama ve psikolojik esneklik üzerine etkisini belirlemektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H₀ Hipotezi: Şizofreni tanılı bireylerin aile üyelerine uygulanan KKT temelli online grup danışmanlığı, deney grubundaki aile üyelerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlar, kendini damgalama ve psikolojik esneklik puan ortalamalarını etkilemez.

H_{1a} Hipotezi: Şizofreni tanılı bireylerin aile üyelerine uygulanan KKT temelli online grup danışmanlığı, deney grubundaki aile üyelerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlar puan ortalamalarını azaltır.

H_{1b} Hipotezi: Şizofreni tanılı bireylerin aile üyelerine uygulanan KKT temelli online grup danışmanlığı, deney grubundaki aile üyelerinin kendini damgalama puan ortalamalarını azaltır.

H_{1c} Hipotezi: Şizofreni tanılı bireylerin aile üyelerine uygulanan KKT temelli online grup danışmanlığı, deney grubundaki aile üyelerinin psikolojik esneklik puan ortalamalarını artırır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

Şizofreni, genellikle bireyleri erken yaşam dönemlerinde etkilemesiyle bilinir. Mevcut semptomların kalıcı olması, bireylerin fiziksel ve ruhsal dayanıklılık düzeylerini de etkilemektedir. Sosyal, mesleki ve ekonomik alanlarda da ciddi yıkımlara yol açan ruhsal bir bozukluktur. Sıklıkla karmaşık pozitif ve negatif semptomlar ile varlığını sürdüren, kronik ve kişinin yapabilirlik düzeyinde aksaklıklara yol açan bir bozukluktur (Townsend ve Morgan, 2018; APA, 2020).

Psikiyatrik bir bozukluk olarak kabul edilen şizofrenide pozitif ve negatif belirtiler arasında ayrımlar bulunmaktadır. Şizofrenideki bu ayrım klinik gözlemlere dayalıdır ve bozukluğun semptom alanları açısından tanımlanmasına izin verir (Galderisi vd., 2018; Correll ve Schooler, 2020; Foulkes, 2022; Chatterjee, 2023). Şizofrenide akıl yürütme, planlama, soyut düşünme ve problem çözmede önemli eksiklikler görülmektedir. Ayrıca işleyen bellek, dikkat, işlem hızı, görsel ve sözel öğrenme alanlarında bozulmalar da şizofrenide kanıtlanmış diğer faktörler olarak söylenebilir (Townsend ve Morgan, 2018; Tripathi vd., 2018; Guo vd., 2019). Şizofreni bozukluğunun daha iyi anlaşılması için diğer yönleriyle ele almada yarar vardır.

2.1.1. Epidemiyolojisi

Şizofreninin toplumlarda yayılma hızının yaşanan coğrafya ve zaman periyodundan bağımsız bir şekilde olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte bozukluğun 100 bin kişi başına 8 ile 43 arasında değiştiği söylenebilir (Orrico-Sánchez vd., 2020). Şizofreninin epidemiyolojisini araştıran çalışmalardan birinde dünyada bu bozukluğun yaşam boyu yaygınlığının %0,3-0,7 arasında olduğu bildirilmiştir (Townsend ve Morgan, 2018; Cho vd., 2020; Shrivastava ve De Sousa, 2020).

Cinsiyete göre değerlendirildiğinde, kadınlarda ve erkeklerde görülme oranının benzerlik göstermesine rağmen kadınlarda daha geç yaşta başlaması ve semptomlarının mevcut tedavilere daha hızlı, daha eksiksiz yanıt vermesi nedeniyle erkeklere göre belirli avantajlara sahip olduklarından bahsedilebilir (Seeman, 2019; Foulkes, 2022).

2.1.2. Etiyolojisi

Şizofreni bozukluğunun meydana gelmesinde rol oynayan çeşitli faktörler Şekil 2.1’de belirtilmiştir.



Şekil 2.1. Şizofrenide etiyolojik faktörler

Şizofreni sürecinde *genetik faktörlerin* bozukluğun oluşumunda önemli bir etken olduğu bilinmektedir. Şizofreni tanısına sahip bireylerin akrabalarının, genel topluma göre hastalığa yakalanma olasılığının çok daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ebeveynlerden birinin şizofreni tanısı alması çocukların da şizofreni geliştirme olasılığını %5-6 arasında etkilemektedir (Chen vd., 2018; Prata vd., 2019; Foulkes, 2022). Ebeveynlerin ileri yaşlarda çocuk sahibi olmalarının da çocuklarda şizofreni için risk faktörü oluşturduğu bildirilmiştir (Fountoulakis vd., 2018). Doğum öncesi dönemde annenin viral enfeksiyonlara maruz kalmasına bağlı *dokusal faktörler*, şizofreniye yakalanma riskini artırabilmektedir (Kulaga ve Miller, 2021). Beyindeki otoimmün antikorların etkisi, bu antikorların, nörotoksik bir virüsten (özellikle doğum öncesi toksoplazma gondii’ye maruz kalma) enfeksiyonu takiben en azından bazı şizofreni vakalarının gelişiminden sorumlu olabileceği bildirilmiştir (Xiao vd., 2018; Momtazmanesh vd., 2019; Fond vd., 2020).

Şizofreni, beyindeki dopamine bağlı sinirsel aktivitenin fazlalığından kaynaklanabilmektedir. Bu aşırı aktivite, dopaminin sinir sisteminde artan üretimi veya salınımı, artan reseptör duyarlılığı, normalden fazla dopamin reseptörü veya bu mekanizmaların birbirleri ile birleşiminden kaynaklı olabilmektedir (Sonnenschein vd., 2020; Shrivastava ve De Sousa, 2020). Şizofreniye yatkınlıkta diğer *biyokimyasal faktörler*den de söz etmek mümkündür. Norepinefrin, serotonin, asetilkolin, gama-aminobütirik asit gibi nörotransmitterlerde ve prostaglandin, endorfin gibi sinir sistemi düzenleyicilerde mevcut anormalliklerin bu bozuklukta etkili olduğu belirtilmiştir (Bansal ve Chatterjee, 2021; Chatterjee, 2023). Ventriküler genişlemenin en tutarlı bulgu olarak saptanmasına rağmen beynin bazı bölgelerinde görülen atrofiler de şizofreniyi düşündüren *anatomik faktörler*dendir. Beyin görüntüleme sürecinde gözlenen hipokampus hacmindeki azalma, ilk psikotik epizoda geçiş riskini işaret edebilmektedir (Hu vd., 2020; Noor vd., 2020).

Şizofreninin sosyal sınıf ile ilişkili olduğunu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalara göre şizofreni, yetersiz barınma olanakları, düzensiz ve yetersiz beslenme, doğum öncesi bakımın işlevsizliği, stresli durumlarla başa çıkmak için kaynak azlığı ya da yokluğu, yoksulluk ve ilişkili yaşam tarzını değiştirmede umutsuzluk yaşama gibi *sosyokültürel faktörlerin* bir sonucu olarak meydana gelebilmektedir (Chidarikire vd., 2020; Hunter vd., 2020; Wang vd., 2020; Kalinowska vd., 2021; Tan ve Lal, 2022). Şizofreniye neden olan ve organik faktörler ile açıklanamayan süreçler, bazı *psikososyal faktörler* ile ilişkili olabilmektedir. Bozukluğun başlangıç sürecinde belirlenen problemler, sanrı ve halüsinasyonların stresli yaşam olayları ile ilişkili olması hastalığın etiyolojisinde psikososyal etkenlerin olabileceğini düşündürmektedir (Gomes vd., 2019; Wambua vd., 2020; Foulkes, 2022).

2.1.3. DSM V Tanı Kriterleri

- Aşağıdakilerden iki veya daha fazlasından her biri, bir aylık (daha kısa olabilir) zamanla önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin ilk üç maddeyi taşıması gerekmektedir.
- Sanrılar (düşünce bozuklukları)
- Varsanılar (halüsinasyonlar)

- Dağınık konuşma biçimleri (konudan konuya sapmalar veya anlaşılma konuşma süreçleri)
- Önemli derecede dağınık davranışların veya katatonilerin olması
- Negatif belirtiler
- Bozukluğun başlangıcı itibarıyla geçen sürenin önemli bir kesiminde meslek, kişiler arası ilişkiler ya da kişisel bakım gibi temel alanlarda işlevsellik seviyesi, bozukluğun başlangıcından önce olan seviyenin fark edilebilircesine altındadır.
- Bulgular, en az altı ay sürmektedir. Bu evre, ilk tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (veya daha kısa süreli) belirtileri kapsamalıdır. Negatif belirtilerle veya bu hastalığın ilk tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirti biçimleriyle kendisini gösterebilmektedir.
- Şizoaftif bozukluk veya psikoz özellikleri olan depresyon bozukluğu ve bipolar bozukluk dışlanır.
- Bozukluk, bir maddenin (kötüye kullanılabilen madde türleri) veya diğer sağlık durumlarının etkilerine bağlı değildir.
- Otizm bozukluğu kapsamında çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni bozukluğu tanısının verilebilmesi için başka belirtilere ek olarak belirgin düşünce bozuklukları veya varsanılar en az bir aylık (veya daha kısa) bir süreyle mevcutsa şizofreni tanısı da konulabilmektedir (APA, 2014).

2.1.4. Şizofrenide Belirtiler ve Özellikleri

Şizofrenide belirtiler, pozitif ve negatif olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Pozitif belirtiler: sanrılar, dil bozukluğu, algısal değişiklikler olarak sınıflandırılabilir. *Sanrılar*, kişinin zekâsı veya kültürel geçmişi ile tutarsız olan yanlış kişisel inançlardır. Birey, yanlış veya mantıksız olduğuna dair açık kanıtlara rağmen bu inançlara sahip olmaya devam eder. Sanrılar, içeriklerine göre alt bölümlere ayrılmaktadır (Townsend ve Morgan, 2018; Shrivastava ve De Sousa, 2020; Foulkes, 2022). Bunlar; perseküsyon sanrıları, grandiyöz sanrılar, referans sanrıları, kontrol edilme sanrıları ve nihilistik sanrılardır (Bighelli vd., 2018; Carrà vd., 2019; Feyaerts vd., 2021).

Şizofrenide ifade etme ve söylem özellikleri, düşünce içeriği ile yakından ilişkilidir. *Dil bozukluğu*, genellikle, tümceler ve cümleler arasında anlam akışının ve referansların tutarlılığının sürdürülmesi olan semantik/söylem tutarlılığı ve bağdaşıklık düzeyinde ortaya çıkar. Bu bozuklukta yaygın olarak görülen konuşma (dil) bozukluklarının özellikleri neolojizm, klang çağrışımları, kelime salatası ve ekolali olarak sınıflandırılabilir (Brown ve Kuperberg, 2015; Townsend ve Morgan, 2018; Corcoran ve Cecchi, 2020).

Şizofreni bozukluğunda *algısal değişiklikler*, üç temel faktör ile ilişkilendirilmiştir. Bunlar; halüsinasyonlar (varsanılar), illüzyonlar (yanılsamalar) ve ekopraksi bozuklukları olarak tanımlanmaktadır (Klein vd., 2020; Foulkes, 2022). Halüsinasyonlar, gerçekte olmayan ancak birey tarafından beş duyu organı aracılığıyla algılanan yanlış duyumsamalardır (Sommer vd., 2018; Shrivastava ve De Sousa, 2020; Rogers vd., 2021; Foulkes, 2022). İllüzyonlar, kaynağı mevcut olan ancak gerçekte yanılsama düzeyi bireysel faktörlere göre değişiklik gösteren yanlış algılama durumu olarak tanımlanabilir. Şizofreni bozukluğunda algılama sürecinde bozulmaya bağlı illüzyon sıklığı artış göstermektedir (Ferroni vd., 2019). Ekopraksi, başkaları tarafından yapılan hareketleri amaçsızca taklit etmek şeklinde tanımlanmaktadır (Rudolph vd., 2022).

Şizofrenide negatif belirtiler: duygulanımda bozulma, isteksizlik, kişilerarası etkileşimde ilgi veya beceri eksikliği, içgörü eksikliği, enerji eksikliği, anhedoni ve soyut düşünme yetisinde bozulma olarak sınıflandırılabilir. *Duygulanımda bozulma*, bir bireyin duygu durumu veya duygusal ritmiyle ilişkili bozukluğu ifade etmektedir. Bunlar; uygunsuz duygulanım, sakın ya da düz duygulanım ve apati duygulanım biçimleridir. Uygunsuz duygulanım, bireyin duygusal ritmi ya da durumunun o anki koşullar ile uygun olmaması (yakınını kaybeden genç bir kadının gülmesi gibi) durumudur. Sakın ya da düz duygulanım, duygusal ritmin çok zayıf olması şeklinde tanımlanır. Apati, şizofreni tanısı almış bireylerin genellikle çevreye karşı bir kayıtsızlık veya ilgisizlik göstermesidir (Osoegawa vd., 2018; Strauss vd., 2018; Gracia-García vd., 2021).

Şizofreni bozukluğunda amaca yönelik aktiviteyi başlatamama, *isteksizlik* ile yakından ilişkilidir. Şizofreni tanısı alan bireyde bu durum; yetersiz ilgi, motivasyon eksikliği, kişisel hijyen ve görünüm de dahil olmak üzere günlük yaşam aktivitelerinin ihmal edilmesi veya belirli bir durumda mantıklı hareket tarzı

seçememe gibi sonuçlara yol açabilmektedir (Azadi vd., 2019; Shrivastava ve De Sousa, 2020; Foulkes, 2022). *Kişilerarası etkileşimde ilgi veya beceri eksikliği*, şizofreni sürecinin akut evresinde sosyal ve kültürel olarak kabul edilebilir olmayan çeşitli davranışların segilenmesi veya sosyal ilişkilerde kararsızlık, ilişkilerden tamamen çekilmek olarak ifade edilmektedir (Pardede ve Ramadia, 2021). *İçgörü eksikliği*, semptomların başkaları tarafından açıkça fark edilse dahi herhangi bir hastalığa veya bozukluğa sahip olmanın farkında olmama durumudur (Little ve Bell, 2021).

Enerji eksikliği, günlük yaşam aktivitelerini yürütme veya başkalarıyla etkileşim kurmayı sürdürme konusunda gerekli enerjiden yoksun olmaktır (Krynicky vd., 2018). *Anhedoni*, zevk alamama durumunu ifade etmektedir. Bu durum, bazı bireyleri intihar girişimine teşvik eden ve şizofreni bozukluğunda da yaygın görülen ruhsal bir semptomdur (Sagud vd., 2019).

Şizofreni tanısı almış bazı bireylerde *soyut düşünme yetisinde bozulma* görülebilmektedir. Örneğin, “damlaya damlaya göl olur” gibi sözlerin soyut anlamlarını veya metaforları açıklamakta büyük zorluk çekebilirler (Townsend ve Morgan, 2018; Mutlu vd., 2021).

2.1.5. Hastalık Süreci

Psikotik atak öncesinde meydana gelen dejeneratif (yıkım) sürecin hastalığın seyrinde derin etkileri bulunmaktadır. Hastalık öncesi dönemde genellikle zekâ ve davranışsal işlevsellik, hastalık sonrasında ise sosyal ve mesleki alanlarda olumsuz sonuçlara yol açtığı bildirilmiştir (Loch, 2019; Foulkes, 2022). Diğer yandan hastalığın seyrinin özellikle negatif belirtiler ile güçlü ilişkisi olduğu görüşü yaygındır (Rund, 2018; Shrivastava ve De Sousa, 2020; Chatterjee, 2023). Şizofrenide negatif belirtilerin sosyal yeti yitimiyle ilişkili olduğu, bu durumun birey için sosyal çevresini oluşturan diğer bireylerle olan olumlu süreçlere de engel oluşturduğu bildirilmiştir (Loch, 2019; Maatz vd., 2022).

Şizofreni süreci ile birlikte ilaç kullanımında işlevsiz davranışların ve aile destek mekanizmasının yeterli olmaması nedeniyle bozukluğun süreci olumsuz etkilenmektedir. Bu süreçte tanı alan bireylerin sıklıkla eşyaları çöpe atma, yeni eşyalar alma davranışını ve alkol kullanımını artırma, ailesine şiddet davranışları sergileme gibi eylemlere yöneldikleri vurgulanmaktadır (Aktaş vd., 2020). Buradan

hareketle bozukluğa yönelik tedavi yöntemlerinin hastalık sürecinde etkili olması önemlidir.

2.1.6. Tedavi

Şizofreni tanısı alan bireylerin tedavisi, genel olarak medikal ve psikososyal olmak üzere iki grupta sınıflandırılmaktadır. Medikal tedavilerden antipsikotikler, bu grubun öncüsü olsa da şizofreni bozukluğuna yönelik psikososyal girişimlerin tedavi sürecindeki yeri oldukça önemlidir. Genellikle şizofreni tanılı bireylere medikal ve psikososyal yaklaşımın birlikte yer aldığı tedavi yöntemi uygulanmaktadır. Tedavi sürecinin amacı; semptomları (pozitif ve negatif) azaltmak, bireylerin yaşam kalitesini artırmak ve bozukluğun yıkıcı etkilerini yok etmektir (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018; Shrivastava ve De Sousa, 2020; Yıldız, 2021). Medikal tedavide temelde antipsikotikler kullanılmaktadır. İlaç tedavisine ek olarak bazı durumlarda Elektro-Konvulsif Tedavi yöntemi de uygulanmaktadır (Nucifora Jr vd., 2019). Psikososyal tedavide kullanılan yöntemler ise grup terapisi, aile terapisi, davranış terapisi, bilişsel terapi ve bilişsel davranışçı terapi (BDT) şeklinde ifade edilebilir (Bekiroğlu ve Özden, 2021; Bellack, 2022; Chatterjee, 2023). Ancak psikiyatri biliminin dinamik gelişim süreci ile birlikte yeni nesil psikososyal yaklaşımların da tedavi seçenekleri arasında yer aldığı bilinmektedir. Bu tedavi seçeneklerine meditatif temelli tedaviler, bilinçli farkındalık temelli girişimler ve KKT gibi terapi modelleri örnek olarak gösterilebilir (Çetin ve Aylaz, 2018; Sabe vd., 2019; Gloster vd., 2020).

2.2. Şizofreni Tanılı Bireylerin Aile Üyelerinde Yaşantısal Problemler

Şizofreni bozukluğu sürecinde hastalığın tekrarlamasının nedenlerinden biri de stresli aile hayatına bağlı sorunlardır. Bu süreçte aile üyeleri, duygularını kontrol etmede güçlük çekebilmektedir. Bu nedenle aileler, şizofreni bozukluğuna sahip yakınlarına bakım vermede zorluklar yaşamaktadır. Şizofreni sürecinde bakım verme alanında yetersizlik, çeşitli stres faktörlerinden etkilenmektedir. Aileler için stres kaynakları bakım yükü, şizofreniye yönelik algılar, damgalanma ve çevresel destek eksikliği gibi faktörlerden oluşabilmektedir (Fitryasari vd., 2018; Townsend ve Morgan, 2018; Chatterjee, 2023).

Aile üyeleri, finansal alanlar gibi bakım vermenin somut problemlerini deneyimlerken hastalık ile ilgili algılama durumlarına bağlı bireysel alanlarda da

zorluklar yaşamaktadır. Bakım verenler için hasta bir kişinin karşılanmamış beklentileri, zihinsel yüklerinin temel nedeni olarak görülmektedir. Şizofreni süreci, genellikle aile ilişkileri üzerinde olumsuz bir etkisi olan bu beklentileri karşılamayı zorlaştırmaktadır (Shiraishi ve Reilly, 2019; Chatterjee, 2023).

Stres de aile üyelerinin sıklıkla yaşadığı problemlerden biridir. Özellikle aile üyelerinin bakım vermeye ayırdıkları zaman ve çaba, yaşanan stres düzeyini artıran faktörlerdendir. Bunların dışında tedavi ve semptomları yönetmeyle ilgili sorumlulukların önemli stresörler olduğu bilinmektedir. Şizofreni süreci ile ilgili olumsuz algıları ve buna bağlı negatif bilişsel değerlendirmeleri, genç yaş grubunda bakım verici olma, yakın geçmişte teşhis edilmiş şizofreni bozukluğu tanısı almış bir yakınına sahip olmaları ve yetersiz sosyal destek, ailelerin yaşantısal problemleri arasında gösterilebilmektedir (Lerner vd., 2018).

Aile üyelerinin şizofreniye yönelik inançları, kendini damgalama ve psikolojik esneklik düzeylerinin bu süreç ile baş etmede etkili faktörler olabileceği düşünülmektedir (Moghbel Esfahani ve Haghayegh, 2019; Bilgen vd., 2020; İnan vd., 2021).

2.2.1. Aile Üyelerinin Şizofreniye Yönelik İnançları ve Kendini Damgalama Süreci

Şizofreni tanısı alan bireylerin aile üyeleri, tanı alma sürecinin yönetilmesinde önemli rol almaktadır. Bu nedenle bireylerin bozukluğa yönelik belirtileri kadar ailelerinin de inanç sistemlerinin sağlık profesyonelleri tarafından dikkatle belirlenmesi gerekmektedir (Tarakita vd., 2019). Şizofreni gibi ruhsal bozukluğu bulunan bireylerin aile üyeleri, psikiyatrik yardım alma sürecinden önce çeşitli aşamalar geçirebilirler. Bu süreçler, tanı alan yakının önceki iyi olma haline yeniden dönmesi ve kontrol kazanması gibi alanlar ile ilgili bilişsel aşamalardan oluşmaktadır. Aileler, olayları çeşitli nedenlere bağlayarak bu nedenleri yok etmeye yönelik çözümler geliştirme çabası içerisine girebilmektedir (Kim vd., 2021). Gelişmiş ülkelerde şizofreninin nedeninin sosyal etkenlere bağlı olduğu düşünülürken gelişmekte olan ülkelerde bu bozukluğun genellikle doğa üstü güçler, medikal ajanlar, stres ve gen faktörlerinden kaynaklandığı belirtilmektedir (Zolezzi vd., 2018; Caplan, 2019). Yapılan bir araştırmada da ailelerin şizofreninin nedenini

cin çarpma, stres, biyolojik kaynaklı ve bir sınav olarak çile çekme gibi nedenlere bağladıkları belirlenmiştir (Kundakcı ve Karaca, 2022).

Şizofreni tanısı alan bireylerin sıklıkla tehlikeli ve ne zaman ne yapacağı konusunda bilinmeyen özelliklere sahip olduklarının düşünülmesi de toplumlarda yaygın olarak karşılaşılan bir durumdur. Tüm bu süreçler, şizofreniye yönelik inançların tanı alan bireylere ek olarak aile üyelerinin de maruz kalmasına neden olabilmektedir. Aile üyeleri, bozukluğa bağlı olumsuz inançlara bağlı damgalanma deneyimlerini sıklıkla yaşamaktadır. Bu süreçte aileler; kendini değersiz hissetme, hayal kırıklığına uğrama, utanç duyma, endişelenme, yalnız hissetme, umutsuzluğa kapılma, çaresizlik ve suçluluk gibi olumsuz duygulara sahip olabilmektedir (Yüksel vd., 2022).

Toplumun bireyi/bireyleri damgalaması durumunda oluşan bu duygular, ailelerin de damgalamaya yanıt olarak kendilerinin damgalama sürecine girmelerine neden olabilmektedir. Kendini damgalama veya içselleştirilmiş damgalanma terimi, bir bireyin önceki sosyal kimliğinin (oğul, erkek kardeş, kız kardeş, arkadaş gibi sosyal rolleri içeren) giderek değersizleştirilmiş ve damgalanmış bir kendine bakış açısıyla değiştirildiği dönüşüm sürecini tanımlamaktadır. Bu süreçte kendini damgalayan kişi, toplumsal damgalamanın ötesine geçerek onunla hemfikir olur ve bunu kendisine uygular (Dubreucq vd., 2021). Örneğin, ebeveynler için ruhsal bozukluğu olan bir çocuğa sahip olmak, genlerin kendilerince aktarıldığı düşüncesine bağlı bir tutum geliştirmelerine ve kendini damgalamalarına neden olabilir. Ayrıca çocuklarına iyi ebeveyn olamamaya bağlı düşünceler geliştirmelerine ve bu durumun gizlenmesi gerektiğine yönelik inançlar gelişmesine de yol açabilir (Yıldız vd., 2019). Bu örnekte de görüldüğü gibi ailelerin şizofreniye yönelik inançları ve kendini damgalama süreçlerinin birbirleri ile güçlü ilişkili olduğunu göstermektedir.

Şizofreni tanılı bireylerin ailelerinin kendini damgalama konusuna yönelik yapılan bir kalitatif araştırmada, görüşme yapılan ailelerden biri “...yani çok uzun bir süre suçluluk duygusu içinde yaşadım. Suçluluk duygusu çok ağır bir duygu... Oğlumun bu hale gelmesinin sebebi benim duygusu bu...” şeklinde kendini damgalamaya yönelik ifadelerle yer vermiştir (İnan vd., 2021).

Aile üyelerinin günlük yaşamlarının çeşitli alanlarında damgalanmayı deneyimledikleri ve buna bağlı çeşitli olumsuzluklar yaşadıkları bilinmektedir. Bu

durumdan etkilenmeyi en aza indirmek için özellikle aile üyelerini odağına alan kültürel boyutta müdahalelerin geliştirilmesi gerekmektedir (Yin vd., 2020). Ailelerin şizofreni sürecinde deneyimlediği stresörlere dayanıklı olmaları ya da onların hayatta kalma ve ne yapacaklarını belirleyebilmede sağlam olabilmek becerileri, şizofreniden muzdarip aile üyelerine bakım kalitesini etkileyebilmektedir (Fitryasari vd., 2018).

2.2.2. Aile Üyelerinde Psikolojik Esneklik Düzeyi

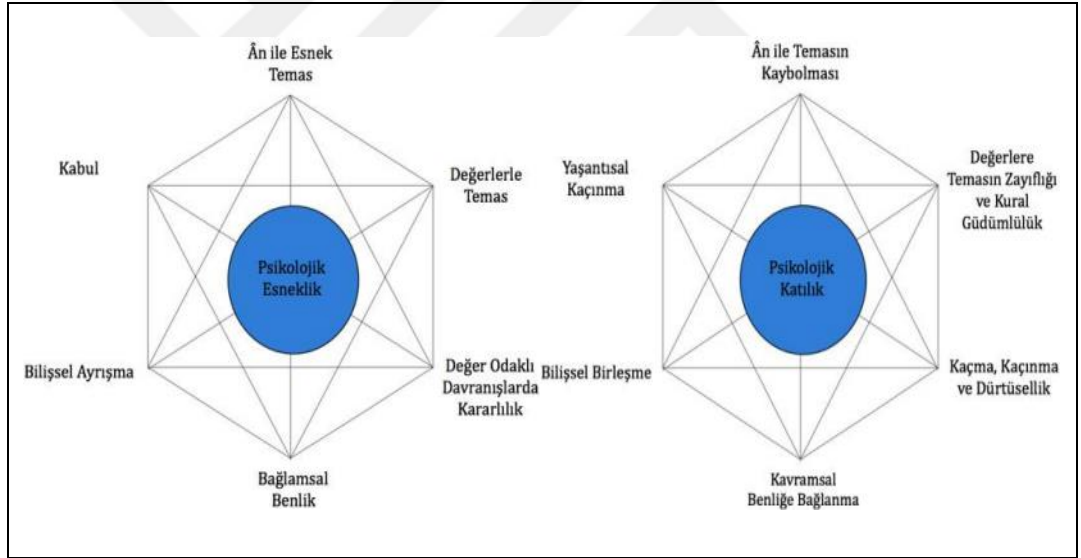
Bakım verenler, yakını olduğu bireylerin sağlığını ve kendi duygularını yönetmekte zorluklar yaşadıkça aile için daha olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Aile üyesi için şizofreni gibi kronik bir bozukluğa sahip yakınına sürekli yardım sağlamak, stresli ve zorlu bir deneyimdir (Cohn vd., 2020). Bu nedenle aile üyeleri, risk faktörleri (şizofreniye yönelik olumsuz tutum, çaresizlik, anksiyete vb.) ile psikolojik dayanıklılık vb. koruyucu beceriler aracılığıyla baş edebilmekte, çözüm stratejileri geliştirebilmektedir (Fitryasari vd., 2018). Dolayısıyla psikolojik esnekliğin de ailelerin baş edebilme düzeylerini etkileyebilen bir beceri olduğu söylenebilir.

Psikolojik esneklik; an ile esnek temas etme, değerlerle temas etme, belirlenen değerler doğrultusunda eyleme geçmede kararlılık, kabul, ayrışma ve bağlamsal benlik alanlarından oluşmaktadır. Psikolojik katılık ise an ile temasın kaybolması, değerlere temasın zayıflığı, kaçma ve dürtüsellik, yaşantısal kaçınma, bilişsel birleşme ve kavramsal benliğe bağlanma ile tanımlanmaktadır (Stockton vd., 2019; Gloster vd., 2020; Levin vd., 2020). Psikolojik esneklik ve psikolojik katılığa yönelik alanlar Şekil 2.2’de gösterilmiştir. Psikolojik esneklik aracılığıyla bireyler, bu alanlara yönelik becerilerini yaşantısal deneyimleri ile birleştirerek işlevli hayata doğru yolculuğa girebilmektedir. Psikolojik esneklik modelinde bireyin duygu ve düşüncelerine açık olması ile kendisi için anlamlı olan hayata yönelik davranışlar sergilemesi beklenmektedir. Bu beceriye sahip birey, olumsuz durumlarda yaşanan an ile bağlantıyı kesmeden zihnin düşünce sürecini ve işleyişini bilinçli farkındalıkla tarafsız bir gözlem yapabilmektedir (Çiçek ve Tanhan, 2020; Doorley vd., 2020; Levin vd., 2020).

Psikolojik katılıkta ise esneklik durumunun aksine işlevsiz bir hayata sürüklenmenin kaçınılmaz olduğu ifade edilmektedir. Psikolojik katılık ile birey, duygu ve düşüncelerine açık olması yerine kaçınma tutumları sergilemekte ve

dürtüsel davranmaktadır. Ayrıca yaşanan an ile temasını kaybetmesi nedeniyle geçmiş ya da gelecek yaşantı senaryolarına takılı kalabilmektedir. Kendilik sürecini tarafsız gözlemleme yerine bilişsel birleşmelerinin de etkisi ile olaylara tek taraflı yaklaşımlar sergilemektedir (Hayes, 2019; Levin vd., 2020; Ong vd., 2020; Tarbox vd., 2020; Tyndall vd., 2020).

Şizofreni tanısı almış yakını olan aile üyeleri, bu sürecin getirdiği olumsuz düşünceler ve duygularını sıklıkla deneyimlemektedir. Zihinlerinde “tehlikeli” olarak kodlanan bu bozukluğun kendilerinde yetersizlik ve çaresizlik gibi duygulara yol açtığı belirlenmiştir. Aile üyelerinin sıklıkla bu bozuklukla ilgili kendini damgalama sürecine de girdikleri bildirilmektedir (Shiraishi ve Reilly, 2019; Yin vd., 2020; Dubreucq vd., 2021; Yüksel vd., 2022). Yaşanılan bu süreçte aile üyeleri çeşitli baş etme davranışları sergilemektedir (Avcıoğlu vd., 2019; Köroğlu ve Hoccoğlu, 2019; Ertem, 2020; İnan vd., 2021).



Şekil 2.2. Psikolojik Esneklik ve Psikolojik Katılık modeli (Karakuş ve Akbay, 2020)

Baş etme stillerini işlevli ya da işlevsiz olarak ayırmak, yararlı olabilmektedir. İşlevli baş etme stilleri, problemlere aktif çözüm yolları bulmada destek aramak ve çözüme odaklı eylemler sergilemek gibi yöntemlerle olabilmektedir. Stres yaratan durumların görmezden gelinmesi ise psikolojik esneklik anlayışının aksine kaçınma olarak görülebilmekte, modelin kabul alanının aksi olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla işlevsel olmayan baş etme stili olarak söylenebilmektedir. Plan yapma da sorunlara eylem süreci ile yaklaşmayı ve mevcut sorunlarla nasıl en iyi başa çıkılabileceği ile ilgili süreci içermektedir. Yapılan bir çalışmada aile üyelerinin genellikle aktif problem odaklı

başa çıkma tutumlarının olduğu belirtilmiştir (Köroğlu ve Hocaoglu, 2019). Diğer bir çalışmada ise şizofreni tanısı almış bireylerin ebeveynlerinin hem psikolojik esnekliğin doğasına aykırı olan kaçınma yoluyla baş etme stilleri kullandıkları hem de model ile uyumlu aktif stratejiler geliştirdikleri gözlemlenmektedir. Bu çalışmada kaçınıcı stratejiler olarak ebeveynlerin şizofreni tanı alma sürecinde duygusal yük ve sosyal kabul görmeme ile baş etmede gizleme ve içe çekilme yöntemlerini kullandıkları, aktif stratejiler olarak ise bozukluk sürecini gizlememek ve işlevli mücadelede bulundukları belirtilmiştir (İnan vd., 2021).

Mevcut konu ile ilgili bir çalışmada, bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde kayıtlı ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerinin rol, iletişim, duygusal tepki verme, eylem kontrolü gibi alanlarda psikolojik esnekliğin odağına aykırı (işlevsiz) tutumlar sergiledikleri belirlenmiştir (Ertem, 2020). Ayrıca bir çalışmada da şizofreni tanılı kardeşi olan bireylerin bu süreçle baş etmede zorluklar yaşadıkları, süreç içerisinde dolaylı başa çıkma stratejilerini kullanarak şizofreni tanılı kardeşe yaşamının baskılarından kurtulmak için fiziksel veya zihinsel olarak çevrelerinden kaçtıkları belirtilmiştir (Avcıoğlu vd., 2019). Tüm bunlar, şizofreni tanılı bireylerin aile üyelerinin psikolojik esneklik modeli temelinde bazı alanlarda sorunlar yaşadıklarını düşündürmektedir.

2.3. Kabul ve Kararlılık Terapisinde Kavramsal Çerçeve

Teorisinin ve müdahalelerinin kaynağını oluşturan kavramsal çerçevesinin açıklığa kavuşturulması ile başlayan KKT'de bilimsel uğraşların nereye odaklanacağı, gerçeği nasıl tanımlayacağı ve hedeflerine ne zaman ulaştığının nasıl bilineceği gibi temel sorular yanıtlanmaktadır. Tüm bunlar tedavi sürecinin geliştirilmesine yardımcı olmaktadır (Hayes vd., 2012; Levin vd., 2020).

Davranışçılık akımında KKT, üçüncü dalga terapileri arasında yer alır. Birinci ve ikinci dalga davranışçılık terapilerinin etkilerini sürdürürken aynı zamanda bireyin iç dünyasına daha çok odaklanarak daha bütüncül bir yaklaşım sunmaktadır (Luoma vd., 2007; Levin vd., 2020). Birinci dalga davranışçılık terapileri, özellikle 1950'ler ve 1960'lar boyunca geliştirilmiş olup davranışların belirli neden-sonuç ilişkileri ile ele alındığı bir terapi yaklaşımıdır. Bu yaklaşıma göre, insanların problemleri, çevresel etkenlerden kaynaklanmaktadır ve çözümler de bu çevresel faktörlerin değiştirilmesiyle mümkündür (Thoma vd., 2015; Levin vd., 2020). Bu yaklaşıma

örnek olarak Joseph Wolpe tarafından geliştirilen sistematik desensitizasyon terapisi verilebilir (Wolpe, 1961).

İkinci dalga davranışçılık terapileri, 1970'lerden itibaren geliştirilmiş olup, BDT olarak adlandırılır. Bireylerin düşüncelerinin ve inançlarının problemlerinin kaynağı olduğu bakış açısına sahip BDT, düşünce kalıplarını değiştirip davranışlarda pozitif değişiklikler yapmayı hedefler (Brown vd., 2011). Bu yaklaşıma örnek olarak, Aaron Beck tarafından geliştirilen bilişsel terapi verilebilir (Knapp ve Beck, 2008). Üçüncü dalga davranışçılık terapileri ise 1980'lerden itibaren gelişmiş, bireyin düşünce kalıplarının değiştirilmesi yerine onların düşüncelerini kabul etmelerini ve bilinçli bir farkındalıkla deneyimlemelerini teşvik eder. Bunlar, KKT ve şema terapi gibi yaklaşımları içermektedir (Taylor vd., 2017; Arch vd., 2022).

Birbirleri arasında (KKT, BDT) çeşitli farklılıkları bulunmasına rağmen her iki terapi modeli de bilişsel davranışçı terapi ekolünün üyeleridir (Arch ve Craske, 2008). Bireylerin sorunlarını çözmek için zihinsel süreçlerini değiştirmeyi hedefleyen BDT; bireylerin düşüncelerini ve inançlarını analiz etmelerini, yanlış inançlarını tespit etmelerini ve olumsuz düşüncelerini daha gerçekçi, yapıcı ve olumlu bir şekilde değiştirmelerini sağlamayı amaçlamaktadır. Böylece bireylerin problemlerini daha objektif bir şekilde ele almalarına yardımcı olmaktadır (Leichsenring vd., 2006; Yavuz, 2015).

İçsel deneyimlere odaklanan ve değerlere göre davranışların belirlenmesine yardımcı olan KKT, “bireylerin zihinsel veya duygusal acı çekmeleri durumunda bu acıya karşı koymanın veya acıdan kaçmanın aksine acıyı kabul etmenin daha uygun olduğu” bakış açısına sahiptir. Yani bireylerin duygularını, düşüncelerini ve hislerini kabul etmelerini teşvik ederek bu duyguların hayatlarını yönlendirmelerine izin verme durumu bulunmaktadır. Bu terapi, bireylerin değerlerine göre eylemlerini şekillendirmelerine yardımcı olmaktadır (Arch ve Craske, 2008; Larmar vd., 2014). Ancak her iki terapide de bireylerin kendilerini daha iyi anlamalarını sağlamak ve yaşamlarını daha iyi yönlendirmelerine yardımcı olmak hedeflenmektedir. Bununla birlikte ikisinde de bireylerin zihinsel süreçleri ve içsel deneyimleri ele alınarak onların daha iyi hissedebilmeleri için kendilerini geliştirmelerini teşvik etmektedir. Ayrıca iki terapi modelinde de bireylerin yaşamlarında gerçek değişimler yaratmak için farkındalık ve davranışsal değişiklikleri içeren uygulamalar kullanılmaktadır (Arch ve Craske, 2008).

Üçüncü dalga davranışçılık terapileri ya da yeni kuşak bilişsel-davranışçı terapiler olarak adlandırılan yaklaşımların hem deneysel verileri hem de yaygınlığı düşünüldüğünde öncül yaklaşımın KKT olduğu söylenebilir. Deneysel verilerle destekli, davranışçı ekolden gelen bir psikoterapi yöntemi olan KKT, psikopatoloji ve insan davranışını bütüncül olarak açıklayan kavramsal teorik çerçevelere sahiptir (Yavuz, 2015; Levin vd., 2020).

2.3.1. Temel Kavramsal Çerçeve: İlişkisel Çerçeve Kuramı

İnsanlar, olayları ve yaşanan durumları fiziksel özellikleri (büyüklük, renk vb.) ile ilişkilendirme yoluyla yapabilmektedir. Hatta hayvanların da ilişkilendirme davranışını yapabildikleri bilinmektedir. Ancak insan biliş sisteminin fiziksel durumlara ek olarak soyut çıkarımlarda (iyi, mutlu, saygın vb.) bulunması, insanı diğer türlerden ayıran bir özelliktir. İlişkilendirmeler, pekiştirme ile yakından ilişkili olup bağlamsal yapı tarafından şekillendirilmektedir. Temelde erken çocukluk dönemi ile başlayan İÇ, bu dönemin dil gelişiminin merkezini oluşturmaktadır (Fletcher ve Hayes, 2005; Cassidy vd., 2010).

Psikopatolojinin açıklığa kavuşturulmasında İÇ, merkezi oluşturan ve anlaşılması gereken öneme sahiptir. Bu noktada bağlamlardan biri ilişkisel bağlam iken diğeri ise işlevsel bağlam olarak ayrılabilir (Yavuz, 2015; Levin vd., 2020). İlişkisel bağlam KKT'ye göre kişinin deneyimlediği duygusal, sosyal ve çevresel faktörlerin etkisi altında kaldığı durumlardaki düşünceleri ve hisleri ifade eden bilişsel ve davranışsal süreçtir. İlişkisel bağlam, kişinin iç dünyası ve deneyimleriyle ilgilidir. İşlevsel bağlam ise kişinin amacına uygun davranışlar sergilemesi ve değerlerine göre hareket etmesi için gereken bilişsel ve davranışsal durumlar olarak ifade edilebilir. İşlevsel bağlam, kişinin değerleri doğrultusunda dış dünyadaki hedeflerine ve amaçlarına yönelik davranışları ile ilgilidir (Hayes, 2004). Ayrıca İÇ, bireyin çıkarımları doğrultusunda yapılaşmaktadır. Dolayısıyla psikoterapi veya medikal ajanlar ile değiştirilmeleri veya ortadan kaldırılmaları oldukça zordur. Sadece ilişkilendirilen kaynağın bireydeki etkisi azaltılabilmektedir (Yavuz, 2015). İşlevsel bağlam, ilişkisel bağlam sonucunda etkilendiği için işlevsel bağlama yönelik KKT müdahalelerinin birey üzerindeki etkisinin azaltılması önemlidir (Twohig, 2012). Örneğin KKT müdahalesi ile bir psikiyatri hemşiresi, “şizofreni tanısı olan yakınımın utanıyordum” çıkarımında bulunan aile üyesine “benim şizofreni tanısı

olan yakınımdan utanıyorum şeklinde düşüncem var” gibi işlevsel bağlam müdahalesinde bulunabilir.

Sonuç olarak İÇ açısından KKT, bireylerin ilişkisel bağlamda deneyimlediği zorlukları anlamalarına ve işlevsel bağlamda hareket etmelerini sağlamaya odaklanmaktadır. Müdahale sürecinde, bireylerin ilişkisel bağlamda deneyimledikleri zorluklarla başa çıkmak için işlevsel bağlama uygun davranışlar sergilemeleri öğretilmektedir. Bu yöntemle bireyler, kendi değerlerine uygun olarak hareket edebilmekte ve hayatlarında anlamlı değişiklikler yapabilmektedir (Fletcher ve Hayes, 2005; Twohig, 2012; Yavuz, 2015; Levin vd., 2020).

2.3.2. Psikopatoloji Sürecinde İşlevsel Bağlamsalcılık

İşlevsel bağlamsalcılık (İB) radikal davranışçılığın güncel bir hali olarak kabul edilmektedir. Bireylerin davranışlarının sürekli olarak sosyal ve fiziksel çevreleri tarafından şekillendirildiğini İB varsaymaktadır. Bu nedenle, insana ait problemleri basit açıklamalara indirgemek yerine, insanları bulundukları çevreleri içinde anlamaya çalışmaktadır (Yavuz, 2015). Örneğin, şizofreni gibi karmaşık bir problemi “kimyasal dengesizlik” gibi basit bir açıklamayla ele almak anlamsızdır. Dolayısıyla durumsal bağlamlarımız, her davranışımızın anlamını vermektedir. Bu nedenle davranış bağlamından kopararak incelemenin anlamsız olduğu görülmektedir (Boone vd., 2015). Bu durumun daha iyi anlaşılabilmesi için örnek vermek fayda sağlayabilir. Örneğin, şizofreni tanısına sahip yakını olan bir aile üyesi, bir psikiyatriste gitmek için yürüme eylemini gerçekleştiriyor. Eğer bu aile üyesi değerleri (iyi bir ebeveyn olmak vb.) çerçevesinde yürüyüş eylemini gerçekleştiriyorsa yürümek, sadece bir yerden diğerine gitmekle sınırlı kalmayacak aynı zamanda bu değerlere bağlılığın diğer bir ifade ile işlevli bir davranışın sonucu olacaktır. Ayrıca İB bakış açısına göre, değerler odağında temasta bulunmak yürümenin “işlevi” olarak kabul edilmektedir. Ancak, aile üyesi yadırgayıcı bir çevrede yaşıyorsa yürüme eyleminin kaçınma gibi farklı bir işlevi olabilir. İhtimallerden diğeri de aile üyesi, akrabaları ve komşuları tarafından doğrudan veya dolaylı olarak “ilgisiz” mesajını almış olmasıdır. Bu durumda psikiyatriste doğru yürümek artık kültürel bir zorunluluğu yerine getirmenin bir yolu olarak işlev görür.

Davranışın işlevi, bağlam tarafından şekillenmektedir. Her ne kadar örneklerdeki davranış benzer görünse de, işlevleri farklıdır. Aynı zamanda değer

odaklı değilse de işlevsiz olarak nitelendirilmektedir. Buna göre İB, bir davranışı değerlendirirken o davranışın içinde bulunduğu bağlamdan farklı ele alınamayacağını savunmaktadır. Bu nedenle bir davranışın incelenmesi ya da değerlendirilmesi için bağlamsal değişkenlerin mutlaka netleştirilmesi gerekmektedir (Boone vd., 2015; Yavuz, 2015; Levin vd., 2020).

2.4. Kabul ve Kararlılık Terapisine Dayalı Danışmanlık

Bilişsel birleşmenin ve deneyimsel kaçınmanın işlevsiz rolünü vurgulayan KKT, psikolojik esnekliğin aksine psikolojik katılıkla temsil edilen psikopatolojinin işlevsiz davranışlara neden olduğunu konu alan anlayışa sahiptir. Genellikle KKT, şimdiki anda etkisini sürdüren özel deneyimlerden kaçınmaya ihtiyaç duymadan bu deneyimlerle sözleşmeli olma yeteneği olarak tanımlanabilmektedir (Bennett ve Oliver, 2019; Stockton vd., 2019; Tyndall vd., 2020; Levin vd., 2020).

Terapötik süreç KKT’de iki ilke ile özetlenebilir: Birincisi, değerlerin açıklığa kavuşturulmasını ve bu değerlere uygun eylemleri teşvik etmek; diğeri ise korkulan özel durumlar mevcut iken değerli yaşama giden yolda düşüncelerden ayrışmayı teşvik etmektir. Tedavi sürecinde KKT ile semptomlarda azalma veya bilişsel değişiklikler meydana gelebilse de bunların birincil hedef olmadığı unutulmamalıdır. Bunun yerine KKT, bireylerin değerlerine uygun davranmalarını sağlamak için durumların veya süreçlerin işlevlerini değiştirmeyi amaçlamaktadır (Bennett ve Oliver, 2019; Hayes, 2019; Ong vd., 2020).

Bu terapi ile yapılan danışmanlıkların çeşitli alanlardaki psikopatolojik süreçlerde ve psikiyatrik bozukluklarda önemli derecede etkili olduğu belirlenmiştir (Bloy vd., 2021; Mak vd., 2021; Hoffmann vd., 2021; Thompson vd., 2021). Psikiyatri dışı alanlarda da bu danışmanlık modelinin kullanımı gün geçtikçe yaygınlaşmaktadır (Bennett ve Oliver, 2019; Li vd., 2021; Prudenzi vd., 2021; Van de Graaf vd., 2021).

İçerisinde, psikolojik katılığın aksine psikolojik esnekliği geliştirmeyi amaçlayan birbiriyle ilişkili altı bileşen bulunmaktadır. Bu bileşenlerde bireylerin beceri sağlayarak hayatlarına yansıtmaları sayesinde duygular, düşünceler veya olaylar ile daha etkili baş edebildikleri düşünülmektedir (Hayes, 2019; Stockton vd., 2019; Ong vd., 2020; Tarbox vd., 2020; Tyndall vd., 2020). Aşağıda bu bileşenlerin her biri başlıklar halinde verilmiştir.

2.4.1. An ile Esnek Temas

Şimdiki an ile esnek temas veya diğer bir ifadeyle şimdiki an farkındalığı, bilinçli farkındalık ile yaşanan zamana odaklanabilme becerisini tanımlamaktadır. An ile esnek temas anlayışı, bireylerin zamanının çoğunu henüz yaşamadığı hayali bir geleceği ya da değiştiremeyeceği bir geçmiş yaşantıyı düşünerek geçirdiği iddiasındadır. İnşa edilmiş geleceğe veya geçmişe aşırı odaklanmanın sonucu, doğrudan mevcut deneyimlerimizle bağlantımızı kaybettiğimiz anlamına gelmektedir (Ong vd., 2020; Tyndall vd., 2020).

Olumsuz yargılar, değerlendirmeler veya işlevsiz karşılaştırmalar olmaksızın bir kişinin doğrudan mevcut deneyimlerinin (anlık çevresel olaylar vb.) sürekli ve esnek farkındalığına güçlü bir vurgu yapan KKT, şu an ile teması teşvik etmektedir. Şimdiki an ile esnek temasta eksikliğin olması, yetersiz ya da işlevsiz olarak adlandırılan ruminatif düşünce (yoğun düşünce süreci) döngüsüne sıklıkla girilmesine neden olmaktadır. Dolayısıyla yaşamın zorluklarına takılıp kalan birey, mevcut yaşamın deneyimlerine engel oluşturan zihnin işlevsiz ve tekrarlı eylemi olan ruminasyon döngüsünde olacaktır (Kul ve Türk, 2020; Ong vd., 2020; Tarbox vd., 2020).

An ile esnek temas etme, çevresel süreçlere duyarlılığı artırmayı ve işlevsiz durumları zayıflatmayı amaçlamaktadır. Pratikte bu durum, anlık deneyimin farklı yönlerine dikkat çekmeyi ve güçlendirmeyi içermektedir (Bennett ve Oliver, 2019; Tarbox vd., 2020). Örneğin, şizofreni tanılı çocuğa sahip bir ebeveynin çocuk ile ilgili işlevsiz düşüncelere ve onların ürünü olan duygulara kapılmasının aksine mevcut yaşantıya odaklanarak çocuğun yardım çağrısına yanıt verebilir.

Şimdiki an ile ilgili uygulama yöntemleri, bireyin kendi katılımcı davranışına dikkat etmesi için eğitilmesini içermektedir. Bireyin dikkatinin dağıldığını fark ettiği durumlarda, dikkat etme davranışını şimdiki an uyaranlarına yönlendirir. Diğer bir ifadeyle bireyin kendi dikkat etme davranışına temas etmeyi öğrenmesi, geçmiş veya gelecek yaşantıların ürünlerinin bireyin kendi dikkatini şimdiki ana yeniden yönlendirmek için ayırt edici bir uyaran haline gelmesi aracılığıyla olur. Örneğin, otomobil kullananların alışkın olduğu bu tür durumlarda aniden yola bakmadığını fark ettiklerinde dikkatini tekrar yola yönlendirmesidir (Hofmann vd., 2019; Kul ve Türk, 2020; Levin vd., 2020; Tarbox vd., 2020).

2.4.2. Değerlere Temas

Değerler KKT’de “istenilen yaşam öğeleri” olarak tanımlanmaktadır. Değerler ile yaşamın devam eden eylemlerinin nitelikleri belirlenmektedir. Bu nitelikler, gerektiğinde rahatsız edici duygu, düşünce veya durumların varlığında dahi bireyleri onlar için anlamlı davranış kalıplarına katılmaya yönlendirebilmektedir (Gillard vd., 2018; Levin vd., 2020).

Hedeflerin aksine, değerlerin sonu yoktur ve bu nedenle davranış için sürekli bir rehber görevi görür. İnsanın yaşam sürecinin oluşumundaki eylemlerin anahtarı olan değerler, “zengin ve anlamlı bir hayat” geliştirmenin temel taşı olarak kabul edilmektedir. Psikolojik esnekliği artırmaya çalışan tedavi modelinin altı temel bileşeninden biri olan değerler, eylemlerde kararlılığı sürdürebilmeyi sağlayan bireysel ve güçlü inançlardır. Modelin diğer temel bileşenleri, bireylerin değerlerle tutarlı bir yaşam sürdürebilmelerinde gerekli davranışları ayarlamalarına yardımcı ya da kolaylaştırıcı rol üstlenmektedir (Engle ve Follette, 2018; Kul ve Türk, 2020).

Danışmanlıkta değerleri belirlemek ya da temas etmek, davranışı danışanlar için en önemli olan faaliyetlere katılmalarına yönlendirmenin yanı sıra değerlere yönelik davranışların artırılmasına yardımcı olmaktadır. Değerler ile ilgili konuşmak veya düşünmek, değerlerle ilgili eylemlerde bulunmanın duygusal ve algısal sonuçlarının zihin sürecine getirilmesine fırsat sağlamaktadır. Bu durum da değerlerle tutarlı davranışlar için bir pekiştirici rol üstlenmektedir. Terapide KKT terapistleri, bu durumu bilinçli bir şekilde danışanlarına değerlerini tanımlamalarını teşvik etmektedir. Değerler ile temas etmek, bireylerin zorlandıkları durum karşısında direnmelerinde ihtiyaç duydukları motivasyonu sağlamaktadır (Engle ve Follette, 2018; Tarbox vd., 2020).

2.4.3. Değer Odaklı Davranışlarda Kararlılık

Değer odaklı davranışlarda kararlılık, KKT’nin son süreçte kazanılması gereken önemli bir hedefidir. Bireyin belirtilen değerler doğrultusunda eyleme geçmesi ve değer odaklı eylemlerin sürekliliği önemlidir. Diğer beş davranışsal repertuarın tümü, bu alan için kişinin değerlere yönelik kararlı eylem kalıplarına girmesinde bir bağlam yaratmaya hizmet etmektedir (Gillard vd., 2018; Levin vd., 2020).

Danışmanlık sürecinde bireyin mevcut davranışlarının işlevinin (neye/nelere hizmet ettiği) tanımlanması ve temas edilerek eyleme geçilmesi teşvik edilebilir. Örneğin, şizofreni tanısı almış bir çocuğu olan anne “çocuğumun tanı alma sürecinde olan bitenlerden yıldı, yürütemeyeceğim” yerine kendi değerleriyle uyumlu olan şeylere “iyi bir anne olmak istiyorum ve bu süreç zor olsa bile anneler yardımcı olurlar” gibi değer farkındalığı sağlanarak değer odaklı eylemlere teşvik edilir. Uygulamada unutulmaması gereken konulardan biri de eylem hedeflerinin gerçekçi olmalarıdır. Eylem hedeflerinin belirlenme aşamasında bireyin kendi değerlerine yönelik kendi hedeflerini oluşturması önemlidir (Gillard vd., 2018; Kul ve Türk, 2020; Tarbox vd., 2020).

Değer odaklı eylem müdahaleleri, kısa vadeli psikolojik katılığı içeren kaçınmalara göre daha uzun vadeli olumlu pekiştireçlere (değerlere) yönelik repertuarları oluşturmaktadır. Örneğin, “dünyada herhangi bir şeyi yapabiliyor olsaydınız çocuğunuz için bu ne olurdu?” sorusuna ebeveyn, “çocuğumun kendini ifade edebilmesini ve güvende olmasını istiyorum” gibi bir yanıt verebilir. Burada önemli olan bu yanıtla yönelik değer destekli kararlı eylemlerin hayata geçirilmesi olacaktır (Yavuz, 2015; Bennett ve Oliver, 2019; Engle ve Follette, 2018; Gillard vd., 2018).

2.4.4. Bağlamsal Benlik

Bağlamsal benlik, bireyin tüm deneyimlerinin bağlamı (neye/nelere hizmet ettiği) olarak kendi farkındalığını tanımlamaktadır. Yani, bireyin davranışının dışsal ve içsel durumlardan farklı olduğunu gözlemleyebilmesidir. Diğer bir ifadeyle esnek bir perspektif alma repertuarı olarak da düşünülebilmektedir (Tarbox vd., 2020).

Bağlamsal benlik, bireyin o esnadaki deneyimlerinin ötesine geçmesi ile mümkün olabilmektedir. Kişi, çeşitli duygu, düşünce ve duyumlarından ziyade tüm bu deneyimlere dışarıdan bakan ve onları fark eden objektif bir birey konumundadır. Bağlamsal benliğin geliştirilmesinde uygulamada çeşitli metaforlar ve kendinelik egzersizleri uygulanmaktadır (Aslan ve Türk, 2022; Levin vd., 2020).

Uygulamada şizofreni tanılı çocuğu olan bir ebeveyn kendisini bir özellikle kavramsallaştırıyorsa bu durum değerler ile yönlendirilen davranışları engelleyebilmektedir. Örneğin, bu ebeveyn kendisini bir "aile palyaçosu" olarak tanımlayarak yıkıcı davranış örüntülerini savunuyorsa danışan, ebeveynin yaşamının

farklı zamanlarında veya farklı durumlarda kendini nasıl tanımlayabileceğini düşünmeyi öğretebilir (Yavuz, 2015; Tarbox vd., 2020).

Bağlamsal benlik, bir tren istasyonuna benzetilebilir. Bu istasyon sürekli yerindedir ancak trenlerin geliş gidişlerine tanıklık etmektedir. Şu anda burada olduğu gibi bireyin yaşadığı çeşitli olaylar olsa dahi tren istasyonu örneğindeki gibi asıl benliği/kendisi olduğu yerdedir. Sabit bir şekilde yerinde duran bu benliğin kendisini sadece başından geçen olaylar ile bütünleştirmesi, doğru bir yaklaşım değildir (Harris, 2016; Levin vd., 2020).

2.4.5. Bilişsel Ayrışma

Bilişsel ayrışma, bireylerin düşüncelerinin zihninin bir ürünü olduğunu fark etmesi ile sağlanabilmektedir. Bir bireyin sahip olduğu düşüncelerine belirli bir mesafeden bakabilme becerisinin artırılması, uygulamada fayda sağlamaktadır (Nalbant ve Yavuz, 2019).

Bilişsel ayrışmanın aksine birey bilişsel birleşme durumuna sahipse bu durum, psikolojik katılık olarak değerlendirilebilmektedir. Bilişsel birleşmede düşünceler, anılar vb. gibi özel olayların içeriğine göre hareket etme eğilimi bulunmaktadır. Böyle bir durumda bireyin mevcut düşünce veya anı gibi zihnin ürünü ile kendisine mesafe bırakma becerisinde yetersiz olması, sıklıkla deneyimsel kaçınmalarına neden olmaktadır. Yani değer odaklı eylemlerine engel oluşturmaktadır (Yavuz, 2015; Harris, 2016; Bennett ve Oliver, 2019). Şizofreni tanılı çocuğa sahip bir ebeveynin kendisini zihninin bir ürünü olan “işe yaramayan ebeveyn” düşüncesiyle birleştirmesi ile bu düşünceden kaçınmak için sıklıkla alkol kullanması, örnek olarak gösterilebilir.

Danışma sürecinde bilişsel ayrışma tekniklerinden biri, bireyin “Ben şuyum...” repertuarı yerine “Şu düşünceye sahibim...” şeklinde olabilir. Bu durumda birey, mevcut düşünceleri ile kendisi arasına bir mesafe koyabilme becerisine sahip olarak bilişsel birleşmesinin önüne geçebilmektedir (Kul ve Türk, 2020).

2.4.6. Kabul

Kabul, bireyin sahip olduğu acı veren anılarına, duygularına ve yaşantılarına kendisinde bir alan oluşturarak mücadeleye girmeden orada olmalarını sağlamaktır. Kabul etmek, acı veren anıları veya duyguları sevmek veya istemek anlamı taşımamaktadır. Burada önemli olan bireysel değerler ile uyumlu olarak

davranışlarda bulunarak kaçınmaya neden olabilecek kaynaklara açık olabilmektir (Hayes, 2019; Levin vd., 2020).

Psikolojik esnekliğin önemli bir ölçütü olan kabulün psikolojik katılıktaki temsilcisi ise deneyimsel/yaşantısal kaçınmadır. Yaşantısal kaçınmada bireyin değerleri veya hedeflerine yönelik eylemleri kısıtlayıcı özellik olmasına rağmen bireyler, sıklıkla yaşamlarında yaşantısal kaçınmayı deneyimlemeye eğilimlidir. Çünkü acı yaratan duygu veya anılardan kaçınmak birey için kısa vadede işlevli olarak algılanabilmektedir (Bennett ve Oliver, 2019; Doorley vd., 2020). Yaşantısal kaçınma ile bireyler, kendilerinde olumsuz durumlar (duygu/düşünce) oluşturan deneyimlere karşı temas etmede isteksiz olmaktadır. Bu deneyimlerin kendilerini etkileme biçimini, şiddetini veya sıklığını kontrol etmeye yönelik katı bir tutum sergileme çabasına girebilirler. Yaşantısal kaçınmalar, kısa vadede etkili bir yöntem olarak görülebilmelerine rağmen uzun vadede davranış repertuarında ve değer odaklı eylemlerde azalmaya neden olmaktadır (Hayes-Skelton ve Eustis, 2020; Levin vd., 2020).

Yaşantısal kaçınmanın tersi olarak ele alınan kabul durumunda içsel olumsuz deneyimlerle mücadeleye girmeden onlara yönelik açık ve istekli bir tutum hali bulunmaktadır. Bu durumda kabul ile hem davranışsal hem de psikolojik alanlarda istekli olma hali mevcuttur. İstekli olma hali, deneyimlere neden olan durumlar ile temas etmede ve değerler doğrultusunda eyleme geçmede bir duruşun sergilenmesidir (Kul ve Türk, 2020).

Kabul, caydırıcı uyaranların varlığında yaklaşma davranışı (kaçınmanın olmayışı) olarak düşünülebilir. Uygulamada kaçınma tutumu olan bireylere kabul eğitimi verilebilmektedir. Bu durumda önceden rahatsız edici olaylara yaklaşma yeteneği doğrudan çağrıştırılarak ve güçlendirilerek, olumsuz (değer odaklı olmayan) davranış repertuarlarını zayıflatmak önemlidir. Örneğin, şizofreni tanılı bir bireyin aile üyesinin kabul etme konusundaki eğitimi kapsamında uzun vadeli (değerlere yönelik) sonuçlar üretmeyi amaçlayan hedefler belirlenebilir. Böylece aile üyesi, tipik kaçınma davranışına girmesi yerine o anda rahatsız edici özel süreçlerle temasa geçer (Kul ve Türk, 2020; Tarbox vd., 2020).

Danışmanlık sürecinde bu şekilde söylem gösterilebilir: “Bunun seni korkuttuğunu görebiliyorum. Yanlış anlaşılma konusunda endişelisin. Bugün bu

durumla ilgili prosedürü birlikte yürütmeye ne dersiniz? Yalnız değilsin. Burada olacağım. Bu işte birlikteyiz.” Aile üyesi prosedürü yürütmeye başladığında, “Bunun kolay bir seçim olmadığını biliyorum. Davranışlarınızla, çocuğunuza yardım etmek için ne gerekiyorsa yapmaya hazır olduğunuzu gösteriyorsunuz ve bu oldukça harika. Bunu yapalım!” gibi bir söylemle olumlu pekiştirme yapılabilir. Tüm bu söylemler ile birlikte daha önce caydırıcı olan bir durum, sonrasında değerlerle tutarlı bir şekilde davranışların sergilenecek pekiştiricilerle birlikte olumsuz durum ile temas edilebilen bir fırsata dönüşebilmektedir (Stockton vd., 2019; Levin vd., 2020; Tarbox vd., 2020; Arch vd., 2022).

2.5. Şizofreni Tanılı Bireylerin Aile Üyelerinde Psikiyatri Hemşireliği Süreci

Psikiyatri hemşireliği girişimleri, yalnızca ruhsal tanı almış bireyler ile sınırlı değildir. Psikiyatri hemşireleri aileler, riskli gruplar ve topluma yönelik işlevsellik ile ilgili alanlarda da destekleyici roller üstlenmektedir. Terapötik ortamın oluşturulmasına yönelik yapılan aktivitelere ve iletişim sürecine odaklı yaklaşımlara yönelik uygulamalar nedeniyle psikiyatri hemşireliği, diğer genel klinik hemşireliğinden farklı rollere sahiptir (Şimşek Arslan ve Buldukoğlu, 2021).

Psikiyatri hemşireliğinde etkileşim sürecinin olumlu gerçekleşmesinde güven, perspektif alma, kabul ve takdir etme gibi terapötik alanlara temas etmenin önemli olduğu bilinmektedir. Tüm bu alanlar ile birlikte psikiyatri hemşireliğinin temelinde danışman rolünün olduğu belirlenmiştir. Eğitim toplantıları, iş ve uğraşı terapileri, sosyal aktivite toplantıları gibi yapılan faaliyetler ile psikiyatri hemşirelerinin danışmanlık rolüne ek olarak liderlik rolünün de bulunduğu gözlemlenmektedir (Raphael vd., 2021; Şimşek Arslan ve Buldukoğlu, 2021).

Psikiyatri hemşireleri, danışmanlık rollerine ışık tutan aile dayanıklılığı merkezli bakış açısını sıklıkla uygulamalarına yansıtmaktadır (Fitryasari vd., 2018; Sulaihah vd., 2020). Böylece hemşireler, yalnızca bakım verdikleri bireylere yönelik bakış açısından ziyade aile merkezli bakımı sağlayarak büyük resme odaklanabilmektedir. Aile merkezli bakış açısı sayesinde hasta bireyler, ailenin yansıması olarak düşünülebilir (Fitryasari vd., 2018).

Aile dayanıklılığı merkezli bakım, ailenin dayanıklılık özelliklerine odaklanmaktadır. Ailenin kriz esnasında fark edilmeyen güçlü yönlerini destekleme,

var olan potansiyelini günlük yaşamda uygulayabilmesini sağlama gibi durumlarda psikiyatri hemşirelerinin önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Çetinkaya Duman ve Sarı, 2021). Bu açıdan aile üyelerinin dayanıklılığının sağlanmasında önemli olan adımlardan biri de onların güçlü inanç sistemleri olan değerlerini fark ettirmek, bu doğrultuda eylemlere teşvik etmelerini sağlamaktır (Han vd., 2020). Bu doğrultuda grup ile birlikte yapılan uygulamaların özellikle dayanıklılık sürecinde etkili olduğu belirlenmiştir (Van't Noordende vd., 2019). Dolayısıyla benzer zorluklar ile mücadele veren diğer ailelerle temasın sağlanması sayesinde grupta yer alan üyelerin birbirlerinden öğrenmeleri yoluyla baş etme becerileri gelişebilmektedir (Farhall vd., 2020; Zhou vd., 2020). Grup destekli danışmanlık ile ailelerin birlikte olması, problemlere özgü becerilerin belirlenmesi, duygu ve düşüncelerin paylaşılması ile değerler fark edilerek aile süreçleri desteklenebilmektedir (Çetinkaya Duman ve Sarı, 2021). Tüm bunlar psikiyatri hemşireliği danışmanlık sürecinde aile üyelerinin grup yöntemiyle bir araya getirilmesi gerekliliğini düşündürmektedir.

Psikiyatri hemşirelerinin aile üyeleri ile danışmanlık yaparken çeşitli konularda farkındalıklarının olması önemlidir. Bireylerin sorunlarının belirlenmesi, var olan problemin fark edilmesi basamağıyla başlamaktadır. Fark edilme temelde mevcut duruma ağlama, kaçınma, normalden fazla ya da az tepki gösterme gibi davranışsal süreçlerde kendini göstermektedir (Kundakcı ve Karaca, 2022). Davranışsal alan ile ilgili olan bu fark etme sürecinde KKT, ABC davranış analizinin kullanılmasını desteklemektedir. Bu sayede bireyler problemi tanılama sürecinde birbirleriyle dinamik bağlantılı olan durumları fark edebilmektedir (Little vd., 2020). Psikiyatri hemşirelerinin bireyleri duygularının düşüncelerinden ayırt etmelerini sağlamaları da bu bağlamda oldukça önemlidir. Duyguların ve düşüncelerin tartışılması ile açığa çıkartılması duyarlılığın azaltılmasında etkili bir yöntemdir. Bireyler duygu ve düşüncelerini anlattıklarında onlar üzerindeki yoğun etkide ya da baskılamada hafifleme olacağı belirtilmektedir (Kundakcı ve Karaca, 2022). Modelde de ayrışma ve bağlamsal benlik alanlarında perspektif alma, duygu ve düşünceler ile yapılan egzersizler doğrultusunda ayrışma sağlama ile bu amaca hizmet etmektedir (Assaz vd., 2018; Godbee ve Kangas, 2022).

Psikiyatri hemşireleri, şizofreni tanılı yakını olan aile üyelerinin geçmiş ve geleceğe yönelik takıntılı oldukları durumları belirleyebilir. Aile üyelerinin bu kapsamda şimdiki zamanı deneyimleyebilme becerilerini artırmaları ile işlevli

eylemlerde bulunmaları sağlanabilir. Ayrıca mevcut problemlerin getirdiği duygu ve düşüncelere hazır bulunuşluluğun artırılması, aile üyelerinin baş etme becerilerini destekleyebilir (Bögels ve Emerson, 2019; Chien vd., 2019). Bu nedenle KKT ile kabul ve an'la esnek temas etme alanlarının uygulamaya dahil edilmesinin aile üyelerini güçlendirmede etkili olabileceğini düşündürmektedir (Han vd., 2020).



3. MATERİYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tek kör randomize kontrollü deneysel tasarımda yapılmıştır.

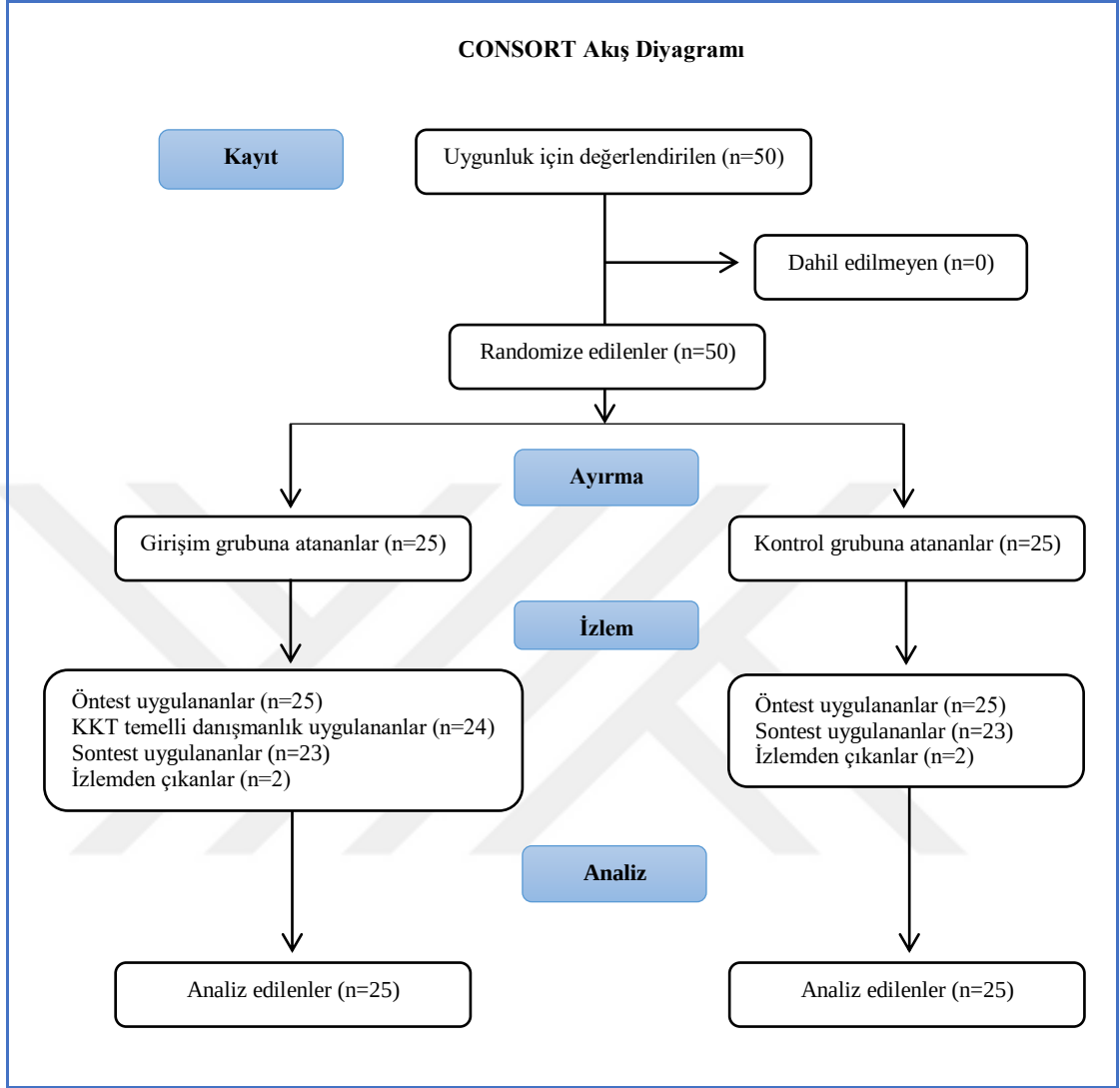
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 10.01.2021-24.07.2023 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın verileri 22.03.2023-06.06.2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma, Samsun Gazi Devlet Hastanesine bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) ve Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesine bağlı Pelitköy TRSM tarafından takip edilen şizofreni tanısına sahip bireylerin aile üyeleri ile online KKT grup oturumları şeklinde gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini belirtilen TRSM'ler tarafından takip edilen 403 (Gazi TRSM: 183; Pelitköy TRSM: 220) şizofreni tanısına sahip bireylerin birinci dereceden yakını olan aile üyeleri; örneklemi ise bu bireylerden araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem sayısı G*Power 3.1. programı kullanılarak hesaplanmıştır. Araştırma değişkenlerinden ruhsal hastalığa yönelik inançlar puan ortalaması 54.62 ± 16.40 (grup 1) ve 36.41 ± 14.13 (grup 2) olarak alınmıştır (Arslantaş vd., 2019). Bu değerlere göre %95 güven aralığı, %5 hata payı, 1.28 etki büyüklüğü ve % 95 evreni temsil etme gücüyle örneklem büyüklüğü 34 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın diğer değişkeni olan kendini damgalama puan ortalaması 50.89 ± 10.25 (grup 1) ve 37.30 ± 9.11 (grup 2) alınıp %95 güven aralığı, %5 hata payı, 1.49 etki büyüklüğü ve %95 güçle örneklem büyüklüğü 26 olarak belirlenmiştir (Duran ve Can Öz, 2022). Araştırmanın diğer değişkeni olan psikolojik esneklik puan ortalaması 19.60 ± 6.9 (grup 1) ve 31.80 ± 7.9 (grup 2) alınıp %95 güven aralığı, %5 hata payı, 1.83 etki büyüklüğü ve %95 güçle örneklem büyüklüğü 18 olarak belirlenmiştir (Proctor et al., 2018). Araştırmanın üç temel değişkeni için belirlenen örneklem sayılarından fazla olan 34 kişilik örneklem tercih edilmiştir (Ek 1). Araştırma kapsamında olası kayıplar düşünülerek %47 yedekle birlikte araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan 50 aile üyesi randomizasyon ile deney grubu (25 aile üyesi) ve kontrol grubuna (25 aile üyesi) ayrılmıştır. Araştırma, 46 aile üyesinin (23 deney, 23 kontrol olmak üzere) katılımı

ile tamamlanmıştır. Araştırmanın CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) akış diyagramı şekil 3.1’de belirtilmiştir.



Şekil 3.1. Araştırmanın CONSORT akış diyagramı

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- TRSM tarafından takip edilen ve aktif hizmet alan şizofreni tanılı aile üyesi olanlar,
- Şizofreni tanılı aile üyesinin bakımında sorumluluk alanlar ve onunla aynı evde yaşayanlar,
- 18 yaşından büyük olanlar,
- Türkçe bilenler,
- Okur-yazar olanlar,

➤ Araştırma süreci boyunca online yürütülecek program için bir bilgisayara ve internete sahip olanlar, dahil edilme kriterleri kapsamındadır.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Tıbbi olarak belirlenmiş psikiyatrik bir hastalık tanısına sahip olanlar,
- Bilişsel fonksiyon yetersizliği olanlar (Araştırma içerisinde yer almasına engel olacak bilişsel yetersizliğin TRSM hekimi tarafından tanılanmış olması),
- Araştırma sürecine etki edebilecek bir fiziksel engeli olanlar (işitme, konuşma vb), çalışmadan dışlanma kriterleri kapsamındadır.

Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- Araştırma süreci içerisinde çalışmadan çıkmak isteyenler,
- Oturumların tamamına katılmayan deney grubundaki aile üyeleri, araştırmadan çıkarılma kriterleri kapsamındadır.

3.4. Randomizasyon ve Körleme

Araştırma sürecinde yanlılığı önlemek amacıyla randomizasyon gizlenerek randomize atama yapılmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 50 aile üyesinin gruplara (deney ve kontrol) yansız olarak atanması amacıyla bu bireylerin özelliklerini bilmeyen bir istatistik uzmanı tarafından research randomizer web sitesi kullanılmış ve basit rastgele randomizasyon yöntemiyle randomizasyon yapılmıştır (<https://www.randomizer.org>). Böylece Research Randomizer programı kullanılarak örneklem grubundan 25 aile üyesi deney grubuna, 25 aile üyesi de kontrol grubuna ayrılmıştır (Urbaniak ve Plous, 2013). KKT temelli danışmanlığın uygulaması başlayana kadar deney ve kontrol gruplarında hangi aile üyelerinin yer aldığı araştırma grubundaki aile üyelerinden gizlenerek katılımcılar körlenmiştir. Aile üyeleri deney ya da kontrol grubuna ait olma durumlarını bilmemektedir. Ayrıca verilerin değerlendirme sürecinde deney ve kontrol gruplarının verilerine kod verilerek (1'den 50'ye kadar, rastgele) istatistik uzmanının da körlemesi sağlanmıştır. Veri toplama sürecinde randomizasyon sonrası örneklemden ayrılanların analiz dışında bırakılmalarından kaynaklı randomizasyonun ortadan kalkmaması için veri toplama sürecinde ITT analizi kullanılmıştır (Partlak Günüşen ve Üstün, 2009).

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın değişkenleri ve özellikleri Tablo 3.1’de belirtilmiştir.

Tablo 3.1. Araştırmanın değişkenleri

Değişkenlerin Türleri	Değişkenlerin Özellikleri
Bağımlı Değişkenler	Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Kendini Damgalama Düzeyi Psikolojik Esneklik Düzeyi
Bağımsız Değişken	Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Danışmanlık
Kontrol Değişkenleri	Yaş Cinsiyet Medeni Durum Öğrenim Durumu Çalışma Durumu Algılanan Gelir Durumu Tanı Almadan İtibaren Geçen Süre Yakınıyla Birlikte Yaşama Süresi Bakım Verirken Destek Alınan Birinin Olma Durumu Uzmandan Psikolojik Yardım Alma Durumu Tanının Arasında Kan Bağı Olmayan Diğer Bireyler ile Paylaşma Durumu

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler “Sosyo-Demografik Özellikler Formu” (Ek 2), “Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği” (Ek 3), “Aileler için Kendini Damgalama Ölçeği” (Ek 4) ve “Psikolojik Esneklik Ölçeği” (Ek 5) kullanılarak toplanmıştır. Ayrıca aile üyelerinden her bir oturumun kendilerine sağladığı katkı düzeylerini belirlemek amacıyla “Oturum Katkı Değerlendirmesi” kullanılmıştır (Ek 6).

3.6.1. Sosyo-Demografik Özellikler Formu

Toplamda 9 soru içeren bu form, bireylerin konuyla ilgili bazı özelliklerini belirlemek amacı ile literatür taranarak oluşturulmuştur (Yıldız vd., 2019; Bilgen vd., 2020; Durmaz ve Okanlı, 2021). Formun içeriğinde bireylerin öğrenim durumları, medeni durumları, yaşları ve ekonomik durumları sorgulanmaktadır. Ayrıca ailede bulunan şizofreni tanılı bireyin tanı aldığından itibaren geçen süre, birey ile birlikte yaşama süresi, bakımdan sorumlu olma durumu ve psikososyal destek alma durumu gibi sorular da yer almaktadır.

3.6.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği

Hirai ve Clum (2000) tarafından geliştirilen, Bilge ve Çam (2008) tarafından Türkçe'ye geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan ölçek, ruhsal hastalığa yönelik farklı kültürel özelliklere sahip bireylerin olumsuz inançlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Ölçek toplamda 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma, utanma ve tehlikelilik olmak üzere toplamda üç alt ölçeği bulunmaktadır. Bu çalışmada ölçeğin toplam puanından yararlanılmıştır.

“Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği” altılı likert tipte olup, Tamamen katılmıyorum: 0, Çoğunlukla katılmıyorum: 1, Kısmen katılmıyorum: 2, Kısmen katılıyorum: 3, Çoğunlukla katılıyorum: 4, Tamamen katılıyorum: 5 şeklinde maddelerinin yanındaki ilgili puanlara göre hesaplanmaktadır. Ölkeden alınabilecek puan aralığı 0-105 arasında olup, ölçek ve alt ölçeklerden alınan yüksek puan ruhsal hastalığa yönelik olumsuz inancı ifade etmektedir. Cronbach alpha katsayısı 0,82 olan ölçek, kabul edilebilir düzeyde iç tutarlılık göstermiştir (Bilge ve Çam, 2008). Bu çalışmada Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri 0,993 olduğu belirlenmiştir.

3.6.3. Aileler için Kendini Damgalama Ölçeği

Yıldız ve arkadaşları (2019) tarafından geliştirilerek geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan ölçek, şizofreni tanılı bireylerin aile üyelerinin kendilerini damgalamalarını değerlendirmek için oluşturulmuştur. İçselleştirilmiş kalıp yargılar ve toplumdan çekilme, hastalığın gizlenmesi ve algılanan değersizlik olmak üzere toplamda 3 faktör ve 14 madde içeren ölçekten alınabilecek puanlar 14-70 arasında değişmektedir. Alınan yüksek puan, aile üyesinin kendini damgalama düzeyinin yüksekliğini göstermektedir. Bu çalışmada ölçeğin toplam puanından yararlanılmıştır.

Ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,88 iken bu çalışmada Aileler için Kendini Damgalama Ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri 0,981 olduğu belirlenmiştir.

3.6.4. Psikolojik Esneklik Ölçeği

Francis ve arkadaşları (2016) tarafından geliştirilen Psikolojik Esneklik Ölçeği'nin Türkçe formu, Karakuş ve Akbay (2020) tarafından geçerliği ve güvenirliği yapılarak oluşturulmuştur. Toplamda 28 maddeden ve beş alt boyuttan oluşan ölçek, 7'li likert tiptedir. Ölçeğin alt boyutları; değerler ve değer

doğrultusunda davranış, an'da olma, kabul, bağlamsal benlik ve ayrışmadır. Her bir boyut kendisine ait maddelerin toplanmasıyla ayrı ayrı değerlendirildiği gibi ölçekten toplam puan da elde edilebilmektedir. Bu araştırmada ölçeğin toplam puanından yararlanılmıştır.

Ölçeğin 2., 3., 5., 6., 8., 14., 18., 20., 22., 23., 24. ve 25. maddeleri tersten puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 28, en yüksek puan ise 196'dır. Ölçek değerlendirilmesinde alınan yüksek puanlar yüksek psikolojik esnekliği yansıtır. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,79 olarak bulunmuştur (Karakuş ve Akbay, 2020). Bu araştırmada Psikolojik Esneklik Ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri 0,987 olduğu belirlenmiştir.

3.6.5. Oturum Katkı Değerlendirmesi

Araştırmacı tarafından oturumların sonunda mevcut programın aile üyelerine sağladığı katkı düzeylerini derecelendirmek amacıyla kullanılmıştır. "Oturum Katkı Değerlendirmesi" ile oturumların sonunda aile üyelerinin ilgili oturumu 1'den (hemen hemen hiç katkı sağlamadı) 10'a (çok katkı sağladı) kadar numaralandırmaları istenmiştir (Hauser vd., 2009).

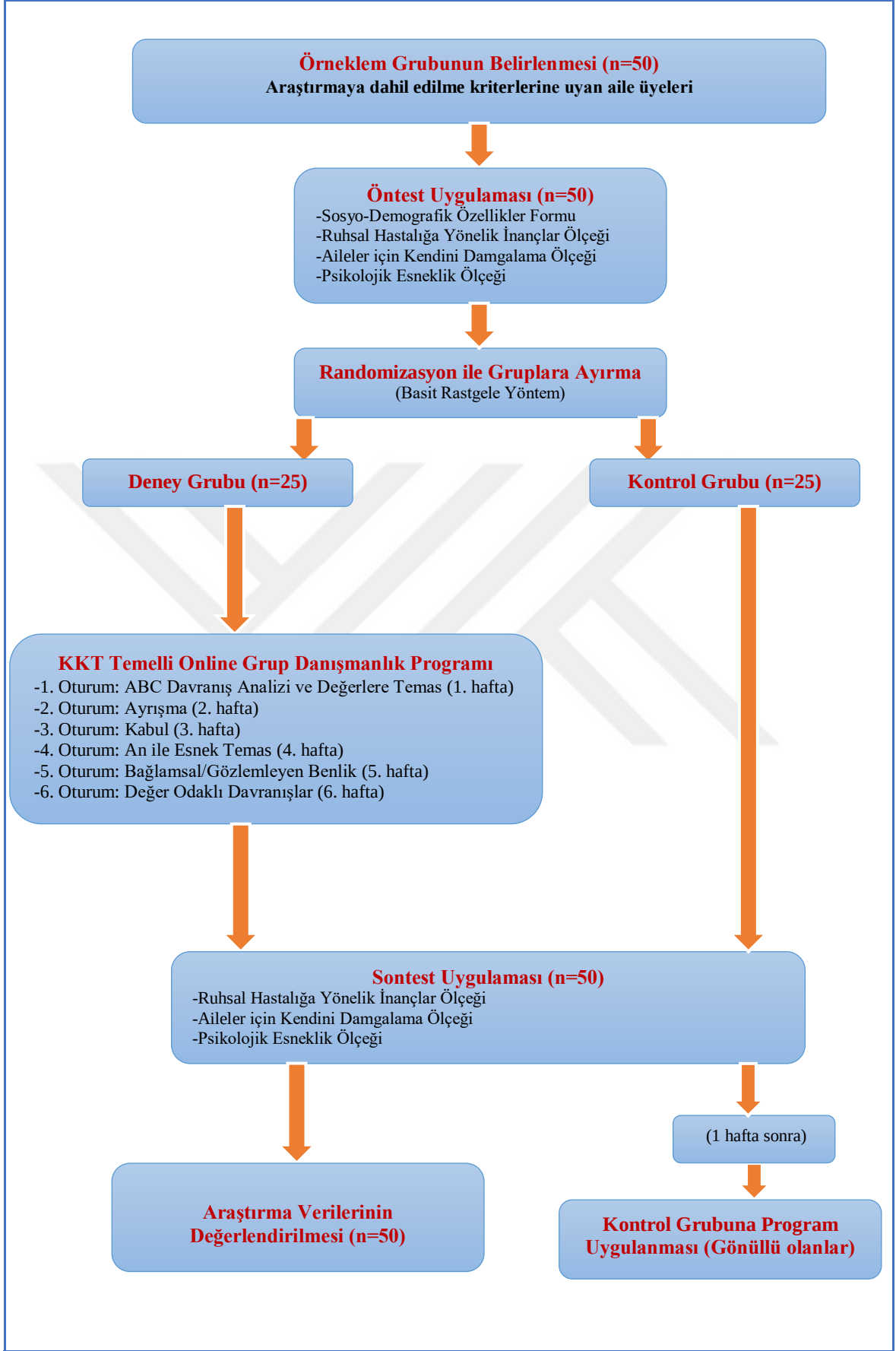
3.7. Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Danışmanlığın Uygulanması

Araştırma online grup terapi oturumları şeklinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya başlamadan önce gerekli kurum izinleri ve kişisel onamlar alınmıştır. KKT temelli danışmanlık uygulayacak olan araştırmacı, 36 saatlik KKT temel eğitim sertifikası, 60 saatlik KKT grup süpervizyonu eğitim programı sertifikası ve 464 saatlik Aile Danışmanlığı sertifikalarına sahiptir (Ek 7).

Araştırmaya katılan bireylere bilgilendirilmiş onay formu ile bilgi verilmiş, deney grubundan KKT oturumlarını tamamlamayanların ve her iki gruptan ön-testleri/son-testleri cevaplamayanların araştırmaya dâhil edilmeyeceği bildirilmiştir. Araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan aile üyeleri ise örneklem havuzuna alınmıştır. Sonraki aşamada aile üyelerine ön test ölçümleri uygulanmıştır. İçeriği planlanan online danışmanlık programının uygulama öncesinde deney ve kontrol grubunu oluşturan bireylere ön-test ölçümleri için "Sosyo-Demografik Özellikler Formu", "Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği", "Aileler için Kendini Damgalama Ölçeği" ve "Psikolojik Esneklik Ölçeği" Google-Form aracılığıyla uygulanmıştır.

Ön-testleri tamamlanan aile üyelerinden deney grubunu oluşturan bireylerle iletişime geçilmiş, araştırmacı ve aile üyeleri arasında işbirliği ile oturumlar için uygun tarihler/saatler belirlenmiştir. Deney grubu için haftada bir oturum yapılacak şekilde toplamda 6 oturumdan oluşan KKT temelli grup oturumu online olarak uygulanmıştır. Deney grubuna uygulanan oturumların tamamlanmasından bir hafta sonra örneklem grubunun tamamının son-test ölçümleri yapılmıştır. Son-test ölçümleri tamamlanan kontrol grubunu oluşturan aile üyelerine 1 hafta sonra KKT temelli online grup oturumları planlanarak uygulanmıştır. Araştırma akış planı Şekil 3.1’de belirtilmiştir.

Araştırma kapsamında şizofreni tanılı bireylerin aile üyelerine yönelik KKT temelli online danışmanlık programının kapsam geçerliliği için 4 uzman görüşüne (1 psikiyatri hemşireliği, 1 halk sağlığı hemşireliği, 1 sosyal psikoloji anabilim dalından ve 1 psikoloji bölümünden öğretim üyesi) başvurulmuştur. Uzmanlar tarafından beyan edilen görüşlere dayanarak Kapsam Geçerlilik Oranı ve Kapsam Geçerlik İndeksi hesaplanmıştır. Kapsam geçerliliğinin hesaplanmasında her bir madde, uzmanlar tarafından “Uygun”, “Uygun Ancak Düzeltilmeli” ve “Uygun Değil (Çıkartılmalı)” şeklinde puanlanmıştır (Ayre ve Scally, 2014; Yeşilyurt ve Çapraz, 2018). Danışmanlık programı maddelerinin ölçülmesi istenilen özelliklerinin temsil etme gücünü tespit etmeye yönelik uzman görüşlerine göre her bir madde için hesaplanan Kapsam Geçerlilik Oranı ve bu oranların ortalaması alınarak Kapsam Geçerlilik İndeksi hesaplanmıştır (Ayre ve Scally, 2014). Mevcut danışmanlık programının Kapsam Geçerlilik İndeks değerinin 1.00 olduğu belirlenmiştir (Ek 8).



Şekil 3.2. Araştırma akış planı

3.7.1. Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Online Danışmanlık Grup Oturumları

Araştırma kapsamında şizofreni tanılı bireylerin aile üyelerine grup oturumları şeklinde uygulanan online KKT oturumları araştırmacı tarafından uzman görüşleri de alınarak aşağıda belirtilmiştir.

1. Online Grup Danışmanlık Oturumu (ABC Davranış Analizi ve Değerlere Temas)

Şizofreni tanılı yakını olan aile üyelerinin ruhsal hastalığa yönelik düşünceleri, aile üyeleri olarak kendini damgalama durumları ve süreç içerisinde hangi ölçüde psikolojik açıdan esnek oldukları öncelikle ABC davranış analizi ile belirlenmiştir. Sonraki süreçte belirlenen davranışsal aşırılık ve eksikliklerin birer aile üyesi olarak sahip olunan değerler ile çatışma durumları, yaratıcı umutsuzluk uygulaması yapılarak aile üyelerinin farkındalığına destek sağlanmıştır. Bu oturum, temelde aile üyelerinin değerlerinin belirlenmesi ve davranışsal süreçlerinin analizlerini içermektedir (Twohig, 2012; Yavuz, 2015; Harris, 2016; Kul ve Türk, 2020).

2. Online Grup Danışmanlık Oturumu (Ayrışma)

Şizofreni tanılı yakını olan aile üyeleri ile tanı alma sürecinden itibaren psikolojik katılığa yol açma potansiyeli yüksek olduğu düşünülen şizofreniye yönelik bilişsel birleşmelerinin içerikleri görüşülmüştür. Oturum sürecinde mevcut düşüncelerin sadece zihinsel birer süreç olduğu, içsel yaşantının birer parçaları olarak ele alınmaları gerektiği belirtilmiştir. Düşüncelerin gerçekte eş tutulmalarına karşı müdahalelerde bulunulmuş, “düşünce ile işaret ettiği gerçekliğin farklı şeyler olduğuna dair farkındalık” sağlanmıştır. Aile üyelerine ayrışma müdahalesi sayesinde düşünceleri ile kendileri arasına mesafe koyabilme becerisi kazandırılmaya çalışılmıştır. Böylece aile üyelerinin, yakınlarının şizofreni tanısı alma sürecine yönelik düşüncelerini dışarıdan izleyebilme yetisi sağlanmış ve düşüncelerinin kendilerini değil, engelleyici etkilerini ortadan kaldırabilme becerileri sağlanmıştır (Twohig, 2012; Yavuz, 2015; Harris, 2016; Kul ve Türk, 2020).

3. Online Grup Danışmanlık Oturumu (Kabul)

Şizofreni tanılı yakını olan aile üyeleri ile şizofreni sürecinin getirdiği kaygı, korku, çaresizlik, yetersizlik vb. duyguların yaşamın birer parçaları oldukları görüşülmüştür. Aile üyeleri ile yakınlarının tanı alma süreci sonrası mevcut acılarını

görmezden gelme veya yok etmeye çalışma çabalarının nelere hizmet ettiği üzerinde etkileşimde bulunulmuştur. Aile üyeleri ile şizofreni tanılı yakını olma durumlarına yönelik gelen bir tehdidi yok etmek amacıyla kaçınma davranışları veya farklı stratejiler kullanma durumları görüşülmüştür. Ayrıca bu oturumda KKT modelinin bakış açısına göre içsel yaşantıları düzeltmek ya da yok etmek gibi stratejilerin yerine olumsuz deneyimin farkına varmak, bu deneyimi kabul etmek ve duruma uygun bir biçimde değerler ile temas etmek üzerinde görüşmeler gerçekleştirilmiştir (Twohig, 2012; Yavuz, 2015; Harris, 2016; Kul ve Türk, 2020).

4. Online Grup Danışmanlık Oturumu (An ile Esnek Temas)

Şizofreni tanılı yakını olan aile üyelerinin ruminasyon, endişe ve self kritisizm (kendini suçlama/eleştirme) gibi an'la temas etme becerilerine yönelik girişimler yapılmıştır. Ayrıca yakınları ile birlikte geçirilen zamanlarının hangi ölçüde değer odaklı yaşanıldığının fark edilmesi sağlanmıştır. Geçmiş ve geleceğe yönelik deneyimlerin oluşturduğu süreçlerin özellikle ruminatif düşünme süreçlerine neden olduğu örneklerle açıklanmıştır. Aile üyelerinin bilişsel açıdan kendilerini damgalamaları, şizofreniye karşı tutumları ve kalıplaşmış davranışları-duyguları-düşünceleri üzerinde değerlendirmeler yapılmıştır (Twohig, 2012; Yavuz, 2015; Harris, 2016; Kul ve Türk, 2020).

5. Online Grup Danışmanlık Oturumu (Bağlamsal/Gözlemleyen Benlik)

Şizofreni tanılı yakını olan aile üyelerinin kendilerine ve yakınlarına yönelik kalıplaşmış tanımlamalarına bağlanmaları ele alınmıştır. Bu oturumda aile üyelerinin yakınlarına yönelik bağlamsal benlik müdahalesi yapılmıştır. Ayrıca aile üyelerinin nasıl birer birey olduklarına yönelik anlatımları ve hikâyeleri belirlenmiştir. Aile üyelerinin bu hikâyelere göre hayatlarını şekillendirme ve davranış repertuarlarını sınırlandırma durumları görüşülmüştür. Şizofreni tanısı alan bir bireyin yakını olma durumuna yönelik sosyal etkinlikler, iş yaşamı, arkadaş ortamı gibi alanlarda gözlemeleme yapma olanağı sunulmuştur. Tüm bu eylemlerin davranış repertuarlarını hangi düzeyde sınırladığının farkındalığı sağlanmıştır. Bağlamsal/gözlemleyen benlik bakış açısı ve müdahaleleri ile aile üyelerinin çevresel şartları ve içsel yaşantıları değişse dahi değişmeden kalan benliklerinin farkındalık yetilerinin olduğu görüşülmüştür. Bu oturum ile aile üyelerinin bütün içsel yaşantılarının üstünde,

bunların hepsini kapsayan ve sürekli olan bir benlik algılarının güçlendirilmesi amaçlanmıştır (Twohig, 2012; Yavuz, 2015; Harris, 2016; Kul ve Türk, 2020).

6. Online Grup Danışmanlık Oturumu (Değer Odaklı Davranışlar)

Aile üyelerinin yaşamlarına anlam katan ilkeleri (değerleri) ile eylemlerde bulunmalarının önemine dikkat çekilmiştir. Bu oturumda katılımcıların spesifik olarak şizofreniye yönelik inançları, kendilerini damgalama süreçleri ve şizofreniye yönelik psikolojik katılık hallerinin değer odaklı davranışlarında kararlı olma durumlarını sürdürebilmelerinde engeller oluşturduğu belirtilmiştir. Yaşamsal süreçte bireyin motivasyon kaynağı olan değerler doğrultusunda kararlı eylemlerin farkındalığı sağlanarak işbirlikçi planlamalar yapılmıştır (Twohig, 2012; Yavuz, 2015; Harris, 2016; Kul ve Türk, 2020).

Oturumların uygulanma sürecinde özellikle oturumda uygulanan egzersizlerin sonraki süreçte de tekrarlarının yapılmasının önemi vurgulanmıştır. Oturumlar, psikiyatri hemşireliği alanında da etkin kullanılan terapötik iletişim teknikleri ile gerçekleştirilmiştir. Şizofreni tanılı yakını olan aile üyelerine uygulanan KKT temelli online grup danışmanlık oturumlarındaki uygulama süresi, kullanılan teknikler, içerikler, uygulama hedefleri ve oturum değerlendirme süreçleri ekte tablo halinde verilmiştir (Ek 9).

3.8. İstatistiksel Değerlendirme

Araştırma verilerinin analizi SPSS 22.0 istatistik paket programı ile uzman istatistikçi tarafından yapılmıştır. İstatistiksel testler için anlamlılık düzeyi (p) 0.05 olarak alınmıştır. Verilerin normal dağılımı çarpıklık ve basıklık katsayılarıyla değerlendirilmiş ve sınır değer olarak +2 ve -2 aralığı kullanılmıştır (George ve Mallery, 2018). KKT Temelli Online Grup Danışmanlık Programının deney ve kontrol gruplarında oluşturduğu etkinin büyüklüğü, eta kare değeriyle (η^2) hesaplanmıştır. Değer aralığı 0-1 aralığı olan η^2 katsayı 0,01 değeriyle küçük, 0,06 ile orta ve 0,14 ile geniş etki gücü olarak değerlendirilmiştir (Büyüköztürk, 2017). Ayrıca araştırmada randomizasyonu korumak ve uygulanan programın etkisini gerçek sınırlar içerisinde değerlendirebilmek için intention to treat (ITT) analizi yapılmıştır. Bu analizin kullanımıyla deney ve kontrol grupları arasındaki çeşitlilik ve denge korunmuştur. Araştırmadan farklı nedenlerle ayrılan aile üyelerinin verileri de analize dahil edildiği için uygulamanın etki düzeyi tüm sapma ve uyumsuzluklarla

birlikte gerçekçi şekilde değerlendirilebilmektir (Partlak Günüşen ve Üstün, 2009). Bu analiz deney grubundan 2 ve kontrol grubundan 2 olmak üzere öntest verileri alındıktan sonra araştırmadan ayrılan 4 aile üyesi için gerçekleştirilmiştir. ITT yaklaşımı araştırma sürecinin devamlılığını ve uyumunu sağlamak amacıyla “Oturum Katkı Değerlendirmesi” verilerine de uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan testler Tablo 3.2’de verilmiştir.

Tablo 3.2. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler

Değerlendirilen Özellikler	İstatistiksel Yöntemler-Testler
Verilerin normal dağılıma uygunluğunun belirlenmesi	Çarpıklık Katsayısı Basıklık Katsayısı
Deney ve kontrol grubundaki aile üyelerinin tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesi	Yüzdelik Dağılımı Frekans Dağılımı
Oturumlarının deney grubundaki aile üyelerine sağladığı katkı düzeylerinin dağılımı	Ortalama Minimum/Maksimum değerler
Randomizasyonun devam ettirilmesi	Intention to treat analizi (ITT)
Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması	Ki-kare Testi ✓ Pearson kıkare testi ✓ Fisher-Freeman-Halton testi ✓ Fisher's Exact testi Bağımsız Gruplar t testi
Ölçek puanları açısından öntest ve sontest ölçümlerinde yaşanan değişimin, deney ve kontrol grubuna göre karşılaştırılması	Karışık Ölçümler İçin İki Faktörlü ANOVA ✓ Pillai's Trace testi
Ölçek iç tutarlık katsayılarının belirlenmesi	Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı

3.9. Araştırmanın Etik Uygunluğu

Araştırmada kullanılan ölçekler için ilgili ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirliklerini yapan araştırmacılardan mail olarak onamları alınmıştır (Ek 10). Araştırmanın yürütülebilmesi için başlangıçta Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu’ndan izin alınmıştır (Ek 11) (Karar No: 2021/368). Ayrıca TÜBİTAK tarafından proje kapsamında gerekli görülmesi üzerine Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan da izin alınmıştır (Ek 12) (Karar No: 2023/002). Araştırma kapsamındaki deney ve kontrol gruplarının belirlenebilmesi için çalışmanın yürütüleceği Samsun Gazi Devlet Hastanesine bağlı Gazi TRSM ve Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesine bağlı Pelitköy TRSM için Samsun İl Sağlık Müdürlüğü’nden izin alınmıştır (Ek 13). Araştırmaya başlamadan önce de aile üyelerinden sözel olarak gönüllü katılım onamları

alınmıştır. Araştırma bitiminde gönüllü olan kontrol grubundaki aile üyelerine de KKT temelli online danışmanlık programı uygulanmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma, Samsun ilinde bulunan sadece iki Toplum Ruh Sağlığı Merkezi tarafından kayıtlı olan araştırma grubuna genellenebilir. Araştırma verileri aile üyelerinin bildirimlerine dayalı olarak toplanmıştır. Ayrıca araştırma kapsamında KKT temelli danışmanlık, online olarak uygulanmıştır. Bu nedenle araştırma, yalnızca internet ve akıllı telefon/bilgisayar kullanabilen aile üyeleri ile sınırlandırılmıştır.



4. BULGULAR

4.1. Araştırma Bulguları

Araştırmaya katılan aile üyeleri kontrol değişkenleri açısından incelendiğinde, deney ve kontrol grubundaki aile üyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.1).

Deney grubundaki aile üyelerinin %68'inin kadın, %84'ünün evli, %36'sının lisans/lisansüstü eğitim mezunu ve yaş ortalamalarının $54,20\pm12,64$ yıl olduğu saptanmıştır. Ayrıca deney grubundaki aile üyelerinin %40'ının gelir getiren bir işte çalışmadığı, %52'sinin gelirinin giderinden az olduğu, %48'inin yakının 1 yıl ve üzeri süredir şizofreni tanısı aldığı, %40'ının 2 yıl ve üzeri süredir şizofreni tanısı alan yakınıyla birlikte yaşadığı, %36'sının yakınına bakım verirken destek aldığı, destek alanların %44,4'üne annelerinin destek verdiği, %68'inin yakınının şizofreni tanısını kan bağı olmayan diğer bireylerle paylaşmadığı ve %68'inin yakını tanı aldıktan sonra psikolojik destek almadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Kontrol grubundaki aile üyelerinin %68'inin kadın, %76'sının evli, %56'sının ilkokul mezunu ve yaş ortalamalarının $53,32\pm12,13$ yıl olduğu saptanmıştır. Ayrıca kontrol grubundaki bireylerin %40'ının gelir getiren bir işte çalışmadığı, %52'sinin gelirinin giderinden az olduğu, %40'ının yakının 1 yıl ve üzeri süredir şizofreni tanısı aldığı, %32'sinin 3 yıl ve üzeri süredir şizofreni tanısı alan yakınıyla birlikte yaşadığı, %44'ünün yakınına bakım verirken destek aldığı, destek alanların %36,4'üne annelerinin ve eşlerinin destek verdiği, %56'sının yakınının şizofreni tanısını kan bağı olmayan diğer bireylerle paylaştığı ve %68'inin yakını tanı aldıktan sonra psikolojik destek almadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Deney ve kontrol grubundaki aile üyelerinin tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	Deney Grubu (n=25)		Kontrol Grubu (n=25)		Test istatistiği p değeri
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Kadın	17	68,0	17	68,0	p=1,000c
Erkek	8	32,0	8	32,0	
Medeni durum					
Evli	21	84,0	19	76,0	p=0,234c
Bekar	4	16,0	6	24,0	
Eğitim durumu					
İlkokul	8	32,0	14	56,0	$\chi^2=7.065$ p=0,829b
Ortaokul	3	12,0	2	8,0	
Lise	5	20,0	1	4,0	
Lisans/lisansüstü	9	36,0	8	32,0	
Çalışma durumu					
Çalışıyor	6	24,0	6	36,0	$\chi^2=3.525$ p=0,557b
Çalışmıyor	10	40,0	10	40,0	
Emekli	9	36,0	9	24,0	
Algılanan gelir durumu					
Gelir giderden az	13	52,0	13	52,0	$\chi^2=3.267$ p=0,767b
Gelir gidere eşit	11	44,0	10	40,0	
Gelir giderden fazla	1	4,0	2	8,0	
Yakını tanı aldıktan sonra geçen süre					
1 yıldan az	4	16,0	9	36,0	$\chi^2=9.613$ p=0,325b
1 yıl ve üzeri	12	48,0	10	40,0	
2 yıl ve üzeri	7	28,0	4	16,0	
3 yıl ve üzeri	2	8,0	2	8,0	
Tanı alan yakınıla yaşama süresi					
1 yıldan az	7	28,0	7	28,0	$\chi^2=8.453$ p=0,503b
1 yıl ve üzeri	4	16,0	3	12,0	
2 yıl ve üzeri	10	40,0	7	28,0	
3 yıl ve üzeri	4	16,0	8	32,0	
Bakım verme sürecinde destek alınan kişi varlığı					
Var	9	36,0	11	44,0	p=0,667c
Yok	16	64,0	14	56,0	
Bakım verme sürecinde destek alınan kişi					
Anne	4	44,4	4	36,4	$\chi^2=2.628$ p=1,000b
Eş	2	22,2	4	36,4	
Kardeş	3	33,3	3	27,3	
Yakının şizofreni tanısını kan bağı olmayan diğer bireylerle paylaşma durumu					
Evet	8	32,0	14	56,0	p=1,000c
Hayır	17	68,0	11	44,0	
Yakını tanı aldıktan sonra psikolojik destek alma durumu					
Evet	8	32,0	8	32,0	p=1,000c
Hayır	17	68,0	17	68,0	
Yaş	Ort± SS		Ort± SS		t=0.536
	54,20±12,64		53,32±12,13		p=0,594

a= Pearson kıkare testi;b= Fisher-Freeman-Halton testi;c= Fisher's Exact testi; t=Bağımsız örneklem t-testi

n=sayı; %=yüzde; Ort=ortalama; SS=Standart sapma

Tablo 4.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ölçüm puanlarının gruplar arası karşılaştırması

Ölçek	Ölçümler	Deney Grubu Ort ±SS	Kontrol Grubu Ort ±SS	Test İstatistiği	P değeri
Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği	Öntest	74,12±26,76	73,92±22,41	$t=0.029$	$p=0,977$
	Sontest	14,00±4,66	80,44±15,13	$t=-11.939$	$p<0,001$

t =Bağımsız örneklem t -testi; Ort=ortalama; SS=Standart sapma

Araştırmaya katılan aile üyelerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği puan ortalamaları Tablo 4.2’de belirtilmiştir. Buna göre deney ve kontrol grubundaki aile üyelerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği puan ortalamaları arasında öntest ölçümlerine göre anlamlı farklılık bulunmazken ($p=0,977$); sontest ölçümlerine göre deney grubu yönünde anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.2).

Ölçümlerde meydana gelen değişimler incelendiğinde, KKT temelli online grup danışmanlık programı sonrasında deney grubundaki aile üyelerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar puan ortalamalarında azalma, kontrol grubundaki aile üyelerinin puan ortalamalarında ise artış olduğu belirlenmiştir. Grup içinde belirlenen bu değişimleri ileri analizle değerlendirmek üzere karışık ölçümler için iki faktörlü ANOVA yapılmış ve sonuçları Tablo 4.3’de verilmiştir.

Tablo 4.3. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği puanlarına ilişkin karışık ölçümler için iki faktörlü ANOVA sonuçları

Gruplar	Ölçümler	Ort ±SS	Anlamlı Farklılık	Gruplar Arası Etkileşim (Grup x Ölçüm)		
				F	η^2	p
Deney Grubu	Öntest	74,12±26,76	A-B	90.733*	0.654	<0,001
	Sontest	14,00±4,66	($p<0,001$)			
Kontrol Grubu	Öntest	73,92±22,41	----			
	Sontest	80,44±15,13				

*Pillai’s Trace Testi; η^2 =Etki Büyüklüğü; Ort=ortalama; SS=Standart sapma; Öntest=A; Sontest=B

Öntest ve sontest puan ortalamaları arasındaki değişim açısından deney ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır [$F(1,48)=90.733$; $p<0,001$]. Bu farklılık, KKT temelli online danışmanlık programına katılma durumu ve ölçüm faktörlerinin ortak etkisiyle oluşmaktadır. KKT temelli online grup danışmanlık programı, aile üyelerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği puan ortalamalarını %65,4 düzeyinde anlamlı ve geniş bir etki (Richardson, 2011; Cohen, 2013) oluşturarak azaltmıştır ($\eta^2=0.654$; $p<0,001$) (Tablo 4.3).

İki farklı ölçümde alınan Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği puan ortalamaları deney ve kontrol gruplarına göre incelendiğinde; deney grubundaki aile üyelerinin son test puan ortalamaları, ön test puan ortalamalarına göre anlamlı derecede düşüktür ($p<0,001$) (Tablo 4.3). Kontrol grubunda ise aile üyelerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği son test puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir şekilde arttığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Aileler için Kendini Damgalama Ölçeği ölçüm puanlarının gruplar arası karşılaştırması

Ölçek	Ölçümler	Deney Grubu Ort $\pm$ SS	Kontrol Grubu Ort $\pm$ SS	Test İstatistiği	P değeri
Aileler için Kendini Damgalama Ölçeği	Ön test	42,56 $\pm$ 19,97	42,20 $\pm$ 19,85	$t=0.064$	$p=0,949$
	Son test	20,28 $\pm$ 10,88	50,12 $\pm$ 11,11	$t=-9.591$	$p<0,001$

t =Bağımsız örneklem t -testi; Ort=ortalama; SS=Standart sapma

Araştırmaya katılan aile üyelerinin Aileler için Kendini Damgalama Ölçeği puan ortalamaları Tablo 4.4'te belirtilmiştir. Buna göre deney ve kontrol grubundaki aile üyelerinin Aileler için Kendini Damgalama Ölçeği puan ortalamaları arasında ön test ölçümlerine göre anlamlı farklılık bulunmazken ($p=0,949$); son test ölçümlerine göre deney grubu yönünde anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.4).

Ölçümlerde meydana gelen değişimler incelendiğinde, KKT temelli online grup danışmanlık programı sonrasında deney grubundaki aile üyelerinin Aileler için Kendini Damgalama puan ortalamalarında azalma, kontrol grubundaki aile üyelerinin puan ortalamalarında ise artış olduğu belirlenmiştir. Grup içinde belirlenen bu değişimleri ileri analizle değerlendirmek üzere karışık ölçümler için iki faktörlü ANOVA yapılmış ve sonuçları Tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.5. Aileler için Kendini Damgalama Ölçeği puanlarına ilişkin karışık ölçümler için iki faktörlü ANOVA sonuçları

Gruplar	Ölçümler	Ort $\pm$ SS	Anlamlı Farklılık	Gruplar Arası Etkileşim (Grup x Ölçüm)		
				F	η^2	p
Deney Grubu	Ön test	42,56 $\pm$ 19,97	A-B	44.292*	0.480	<0,001
	Son test	20,28 $\pm$ 10,88	($p<0,001$)			
Kontrol Grubu	Ön test	42,20 $\pm$ 19,85	A-B			
	Son test	50,12 $\pm$ 11,11	($p=0,017$)			

*Pillai's Trace Testi; η^2 =Etki Büyüklüğü; Ort=ortalama; SS=Standart sapma; Ön test=A; Son test=B

Öntest ve sontest puan ortalamaları arasındaki değişim açısından deney ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır [$F(1,48)=44.292$; $p<0,001$]. Bu farklılık KKT danışmanlık programına katılma durumu ve ölçüm faktörlerinin ortak etkisiyle oluşmaktadır. KKT temelli online grup danışmanlık programı, aile üyelerinin Aileler için Kendini Damgalama Ölçeği puan ortalamalarını %48 düzeyinde anlamlı ve geniş bir etki (Richardson, 2011; Cohen, 2013) oluşturarak azaltmıştır ($\eta^2=0.480$; $p<0,001$) (Tablo 4.5).

İki farklı ölçümde alınan Aileler için Kendini Damgalama Ölçeği puan ortalamaları deney ve kontrol gruplarına göre incelendiğinde; deney grubundaki aile üyelerinin sontest puan ortalamaları, öntest puan ortalamalarından anlamlı derecede düşüktür ($p<0,001$) (Tablo 4.5). Kontrol grubunda ise aile üyelerinin Aileler için Kendini Damgalama Ölçeği sontest puan ortalamalarının öntest puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığı belirlenmiştir ($p=0,017$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Psikolojik Esneklik Ölçeği ölçüm puanlarının gruplar arası karşılaştırması

Ölçek	Ölçümler	Deney Grubu Ort $\pm$ SS	Kontrol Grubu Ort $\pm$ SS	Test İstatistiği	P değeri
Psikolojik Esneklik	Öntest	86,32 $\pm$ 43,29	90,36 $\pm$ 38,47	$t=-0.349$	$p=0,729$
Ölçeği	Sontest	176,24 $\pm$ 34,31	74,24 $\pm$ 19,96	$t=12.848$	$p<0,001$

t =Bağımsız örneklem t -testi; Ort=ortalama; SS=Standart sapma

Araştırmaya katılan aile üyelerinin Psikolojik Esneklik Ölçeği puan ortalamaları Tablo 4.6’da belirtilmiştir. Buna göre deney ve kontrol grubundaki aile üyelerinin Psikolojik Esneklik Ölçeği puan ortalamaları arasında öntest ölçümlerine göre anlamlı farklılık bulunmazken ($p=0,729$); sontest ölçümlerine göre deney grubu yönünde anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 4.6).

Ölçümlerde meydana gelen değişimler incelendiğinde, KKT temelli online grup danışmanlık programı sonrasında deney grubundaki aile üyelerinin Psikolojik Esneklik puan ortalamalarında artış, kontrol grubundaki aile üyelerinin puan ortalamalarında ise azalma olduğu belirlenmiştir. Grup içinde belirlenen bu değişimleri ileri analizle değerlendirmek üzere karışık ölçümler için iki faktörlü ANOVA yapılmış ve sonuçları Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7. Psikolojik Esneklik Ölçeği puanlarına ilişkin karışık ölçümler için iki faktörlü ANOVA sonuçları

Gruplar	Ölçümler	Ort $\pm$ SS	Anlamlı Farklılık	Gruplar Arası Etkileşim (Grup x Ölçüm)		
				F	η^2	p
Deney Grubu	Öntest	86,32 $\pm$ 43,29	A-B	93.042*	0.660	<0,001
	Sontest	176,24 $\pm$ 34,31	(p<0,001)			
Kontrol Grubu	Öntest	90,36 $\pm$ 38,47	A-B			
	Sontest	74,24 $\pm$ 19,96	(p=0,043)			

*Pillai's Trace Testi; η^2 =Etki Büyüklüğü; Ort=ortalama; SS=Standart sapma; Öntest=A; Sontest=B

Öntest ve sontest puan ortalamaları arasındaki değişim açısından deney ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır [$F(1,48)=93.042$; $p<0,001$]. Bu farklılık KKT danışmanlık programına katılma durumu ve ölçüm faktörlerinin ortak etkisiyle oluşmaktadır. KKT temelli online grup danışmanlık programı aile üyelerinin Psikolojik Esneklik Ölçeği puan ortalamalarını %66 düzeyinde anlamlı ve geniş bir etki (Richardson, 2011; Cohen, 2013) oluşturarak artırmıştır ($\eta^2=0.660$; $p<0,001$) (Tablo 4.7).

İki farklı ölçümde alınan Psikolojik Esneklik Ölçeği puan ortalamaları deney ve kontrol gruplarına göre incelendiğinde; deney grubundaki aile üyelerinin sontest puan ortalamaları, öntest puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksektir ($p<0,001$) (Tablo 4.7). Kontrol grubunda ise aile üyelerinin Psikolojik Esneklik Ölçeği sontest puan ortalamalarının öntest puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azaldığı belirlenmiştir ($p=0,043$) (Tablo 4.7).

Tüm oturumların sonunda aile üyelerinin ilgili oturumların kendilerine katkı sağlama durumlarını belirlemede "Oturum Katkı Değerlendirmesi" kullanılmıştır. Bu doğrultuda aile üyelerinin oturumlara yönelik geribildirimleri aşağıda başlık halinde verilmiştir.

4.2. Oturum Katkı Değerlendirme Bulguları

Deney grubundaki aile üyelerine KKT temelli online grup danışmanlık programı oturumlarının sağladığı katkı düzeylerinin dağılımı Tablo 4.8'de verilmiştir.

Tablo 4.8. KKT temelli online grup danışmanlık programı oturumlarının aile üyelerine sağladığı katkı düzeylerinin dağılımı

Oturumlar	Deney Grubu (n=25) Katkı Düzeyi (1-Hemen hemen hiç katkı sağlamadı.....10-Çok katkı sağladı)	
	(Min-Max)	Ort ±SS
ABC Davranış Analizi ve Değerlere Temas	8-10	9,72±0,54
Ayrışma	8-10	8,92±0,75
Kabul	8-10	9,48±0,71
An ile Esnek Temas	8-10	9,60±0,70
Bağlamsal/ Gözlemleyen Benlik	7-10	9,36±0,86
Değer Odaklı Davranışlar	8-10	9,32±0,69

n=sayı; Max=maksimum; Min=minimum; Ort=ortalama; SS=Standart sapma

ABC Davranış Analizi ve Değerlere Temas, Ayrışma, Kabul, An ile Esnek Temas ve Değer Odaklı Davranışlar oturumlarını deney grubundaki aile üyeleri 8. derece ve üstü şeklinde puanlamıştır (min=8, max=10). Bağlamsal/Gözlemleyen Benlik oturumunu ise deney grubundaki aile üyeleri 7. derece ve üstü şeklinde puanlamıştır (min=7, max=10) (Tablo 4.8).

Deney grubundaki aile üyelerinin KKT temelli online grup danışmanlık programı oturumlarının kendilerine sağladığı katkı düzeylerinin puan ortalamalarının ABC Davranış Analizi ve Değerlere Temas oturumu için 9,72±0,54; Ayrışma oturumu için 8,92±0,75; Kabul oturumu için 9,48±0,71; An ile Esnek Temas oturumu için 9,60±0,70; Bağlamsal/Gözlemleyen Benlik oturumu için 9,36±0,86; Değer Odaklı Davranışlar oturumu için 9,32±0,69 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8).

5. TARTIŞMA

Araştırmanın hipotezleri kapsamında aile üyelerine uygulanan online grup danışmanlık programının bulguları literatür doğrultusunda ele alınarak tartışılmıştır.

Bu araştırmada deney grubundaki aile üyelerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının KKT temelli online grup danışmanlığı müdahalesi sonrasında öncesine göre anlamlı derecede olumlu yönde fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$) (Tablo 4.2). Program, aile üyelerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği puan ortalamalarını %65,4 düzeyinde anlamlı ve geniş bir etki oluşturarak azaltmıştır ($\eta^2=0.654$; $p<0,001$) (Tablo 4.3). Bu bulgular, “Şizofreni tanımlı bireylerin aile üyelerine uygulanan KKT temelli online grup danışmanlığı, deney grubundaki aile üyelerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlar puan ortalamalarını azaltır” olan araştırmanın **H_{1a} hipotezini** desteklemektedir. Bu durumun özellikle KKT temelli online grup programının içeriğinde yer alan “Ayrışma” oturumundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrışma tekniklerinin ve ilgili egzersiz uygulamalarının bireylerin olumsuz düşüncelerinde ve bilişsel yeniden yapılanma süreçlerinde etkili olduğu bilinmektedir (Pilecki ve McKay, 2012; Larsson vd., 2016). Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde şizofreni aile üyelerine uygulanan KKT temelli yapılmış çalışma sonuçlarının sınırlı olduğu görülmektedir (Komala vd., 2018; Moghbel Esfahani ve Haghayegh, 2019; Buanasari vd., 2020). Bununla birlikte şizofreni aile üyelerine yönelik KKT temelli müdahale çalışmalarında mevcut araştırmanın değişkeni olan ruhsal hastalığa yönelik inançlar boyutuyla ilgili bir çalışma sonucuna rastlanmamıştır. Bu nedenle farklı gruplara uygulanan KKT müdahalelerine yönelik çalışma sonuçları ile araştırma bulgumuz tartışılmıştır. Otizm Spektrum tanımlı çocukların annelerine yönelik grup temelli KKT uygulaması yapılan bir çalışmada, deney grubundaki annelerde KKT müdahalesi sonrası planlama stratejilerine yeniden odaklanma, durumu yeniden değerlendirme, kendini ve başkalarını suçlama, durumu felaket olarak değerlendirme ve kabul üzerinde kontrol grubundaki annelere göre olumlu ve anlamlı bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada KKT’nin inançlar ve tutumlar için bir değişim kaynağı olabileceği, uyumluluğu ve kabulü artıracığı, insanların mevcut durumlarını daha iyi anlamalarını sağlayacağı, kendi güçlü ve zayıf yönlerini belirlemelerine ve zihinsel baskılarını azaltmalarına yardımcı olacağı bildirilmiştir (Salimi vd., 2019). Yaşlılarda ölüme yönelik mevcut inançların incelendiği bir çalışmada da KKT uygulanan deney grubunda kontrol

grubundakilere göre gerçek dışı inançlar ve olumsuz tutumlarda anlamlı bir azalma olduğu saptanmıştır (Hajatpour ve Rashidi, 2021). Yapılan bir araştırmada ise beyin travması geçiren bireylerin eşlerine uygulanan KKT grup müdahalesinin eşlerin duruma yönelik inanç sistemlerinde olumlu gelişmeler gösterdiği, yeni yaklaşımlarını mevcut inanç sistemlerine entegre edebildikleri bildirilmiştir (Williams vd., 2014). Benzer şekilde kronik hastalığa sahip olan çocukların bakım verenleri ile yapılan bir çalışmada, kronik hastalığı olan bir çocuğa bakım vermede hastalık süreci ya da gelecekle ilgili olumsuz inançların bakım verenlerin ve çocukların içinde buldukları zorlayıcı durumu pekiştirebildiği belirtilmiştir. Aynı çalışmada bakım verenlere KKT uygulamanın onlarda bu olumsuz inançlarla etkileşimlerinin farkına varmalarını sağladıkları ve daha etkili seçimler yapabildikleri bildirilmiştir (Wright vd., 2023).

Bu araştırmada deney grubundaki aile üyelerinin kendini damgalama düzeylerinde KKT temelli online grup danışmanlığı müdahalesi sonrasında öncesine göre anlamlı derecede azaldığı belirlenmiştir ($p<0,001$) (Tablo 4.4). Program, aile üyelerinin Aileler için Kendini Damgalama Ölçeği puan ortalamalarını %48 düzeyinde anlamlı ve geniş bir etki oluşturarak azaltmıştır ($\eta^2=0.480$; $p<0,001$) (Tablo 4.5). Bu bulgular, “Şizofreni tanılı bireylerin aile üyelerine uygulanan KKT temelli online grup danışmanlığı, deney grubundaki aile üyelerinin kendini damgalama puan ortalamalarını azaltır” olan araştırmanın **H_{1b} hipotezini** desteklemektedir. Bu durumun özellikle KKT temelli online grup programı içeriğinde yer alan ayrışma, kabul ve bağlamsal benlik oturumlarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Araştırmanın uygulama programı içeriğinde olan kabul oturumu ile aile üyelerinin kendini damgalama sürecinin oluşturduğu olumsuz duygu ve düşüncelere açık olma becerisi geliştirmelerine bağlanabilir (Hayes, 2019; Doorley vd., 2020). Ayrıca ayrışma oturumu ile aile üyelerinin kendini damgalamaya yönelik düşüncelerinin zihnin bir ürünü olduğunu fark etme becerisi kazanmalarından kaynaklı olabilir. Ayrışma yöntemleri ile aile üyelerinin kendilerini damgalamaya yönelik sahip oldukları işlevsiz düşüncelerini, uygulama sürecinde kâğıt üzerine yazarak somutlaştırmalarının fayda sağladığı bilinmektedir (Nalbant ve Yavuz, 2019). Son olarak bağlamsal benlik oturumunda aile üyeleri, kendini damgalamaya yönelik düşüncelerinde esnek bir perspektif alma repertuarı geliştirmiş olabilir (Tarbox vd., 2020). Burada aile üyelerinin kendini damgalama tutumlarına dışarıdan gözlemlene yoluyla onları fark eden kendilik alanında objektif olabilme

becerilerinin arttığı söylenebilir (Aslan ve Türk, 2022). Literatür çalışmaları incelendiğinde bu araştırmanın hipotezini destekler nitelikte KKT'nin şizofreni ve diğer ruhsal hastalıklara sahip aile üyelerinde damgalama tutumlarını azalttığı belirlenmiştir (Haryanti ve Hartini, 2020; Rahmatnejad vd., 2022). Yapılan bir araştırmada şizofreni aile üyelerine uygulanan KKT'nin onlarda şizofreni tanılı yakınlarına daha iyi bir perspektiften bakma açısı sağladığı, yakınlarının durumuna yönelik kabulü kolaylaştırdığı belirlenmiştir. Aynı araştırmada KKT'nin aile üyelerinde şizofreni hastalarına yönelik damgalanmayı azaltabileceği sonucuna ulaşılmıştır (Haryanti ve Hartini, 2020). Bir araştırmada, KKT temelli öz bakım eğitiminin şizofreni tanılı bireylere bakım verenlerde algılanan damgalanmayı azalttığı belirlenmiştir. Bu nedenle KKT temelli invaziv olmayan müdahalelerin şizofreni tanılı bireylere bakım verenlerin bakım yüküne de olumlu yansıtacağı bildirilmiştir (Rahmatnejad vd., 2022). Ancak literatürde KKT'nin şizofreni tanılı aile üyelerinde kendini damgalama düzeyleri ile ilgili çalışma sayısında sınırlılık olduğu gözlemlenmiştir. Bu kapsamda, verilen çalışmalara ek olarak araştırma hipotezini destekleyen farklı bir çalışmada ise KKT'nin şizofreni tanılı bireylerde ruhsal hastalığa yönelik kendini damgalamayı azaltmada etkinliği değerlendirilmiştir. Bu çalışma bulgularına göre KKT uygulanan şizofreni tanılı bireyler, kendini damgalama boyutunun tüm alanlarında (yabancılaşma, sosyal geri çekilme, klişelerin onaylanması ve kendine yabancılaşma) önemli ölçüde azalma sağladıkları belirlenmiştir (Chowdhary ve Jahan, 2014). Bu çalışma bulgusu da kendini damgalama sürecinde KKT'nin olumlu etkilerini kanıtlar nitelikte olduğunu göstermektedir.

Bu araştırmada deney grubundaki aile üyelerinin psikolojik esneklik düzeylerinde KKT temelli online grup danışmanlığı müdahalesi sonrasında öncesine göre anlamlı derecede artış olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$) (Tablo 4.6). Program, aile üyelerinin Psikolojik Esneklik Ölçeği puan ortalamalarını %66 düzeyinde anlamlı ve geniş bir etki oluşturarak artırmıştır ($\eta^2=0.660$; $p<0,001$) (Tablo 4.7). Bu bulgular, “Şizofreni tanılı bireylerin aile üyelerine uygulanan KKT temelli online grup danışmanlığı, deney grubundaki aile üyelerinin psikolojik esneklik puan ortalamalarını artırır” olan araştırmanın **H_{1c} hipotezini** desteklemektedir. KKT, psikolojik esneklik üzerinde odaklanarak bireylerin zorlu yaşam koşullarına uyum sağlamalarını, hayatlarında önemli olan değerleri bulmalarını ve eyleme geçmelerini

teşvik eden bir farkındalık becerisi sağlamaktadır (Tyndall vd., 2020). Bu bağlamda şizofreni tanılı bireylerin aile üyelerine, hastalık sürecinin getirdiği olumsuzluklarla başa çıkma stratejileri sunarak psikolojik esnekliklerini artırma fırsatı sağladığı düşünülebilir. Ayrıca mevcut araştırma programı ile aile üyelerinin KKT uygulama süreci sonrasında öz bakım becerilerinin arttığı, KKT farkındalığı ile yakınlarının davranışlarına ve semptomlarına daha esnek bir şekilde yanıt vermelerine yardımcı olduğu düşünülmektedir (Rahmatnejad vd., 2022). Çalışmalar, araştırmanın hipotezine paralel bir şekilde KKT'nin şizofreni, diğer ruhsal hastalıklar ve kronik hastalıklara sahip yakını olan aile üyelerinin psikolojik esneklik düzeylerini artırdığını göstermektedir (Losada vd., 2015; Jolley vd., 2020; Magnacca vd., 2021; Lobato vd., 2022; Rahmatnejad vd., 2022). Şizofreni tanısı bulunan bakım verenler ile yapılan bir çalışmada, gruplar arası karşılaştırma verilerine bakıldığında müdahale grubu ile kontrol grubu arasında bakım verenlerin uygulama öncesi ve sonrası toplam bakım yükü puanlarındaki değişimde müdahale grubunda anlamlı bir azalma olduğu belirlenmiştir (Rahmatnejad vd., 2022). Yapılan bir çalışmada ise psikoz tanısı alan bireylere bakım verenlere uygulanan KKT grup müdahalesinin bakım verenlerin psikolojik esneklik düzeylerine katkı sağlayan iyi oluşlarını artırma potansiyelini etkilediği belirlenmiştir (Jolley vd., 2020). Benzer şekilde demans tanılı yakını olan bakım verenlere uygulanan KKT'nin müdahale sonrasında deney grubundaki bakım verenlerin kontrol grubundakilere göre depresif belirtileri ve anksiyete semptomlarında anlamlı bir azalma gösterdiği saptanmıştır. Aynı çalışmada müdahale sonrası psikolojik esnekliğin önemli boyutları olan işlevsiz düşünce ve yaşantısal kaçınma süreçlerinde önemli değişiklikler olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada, ilave seans eklemenin demans bakım verenleri için kısa KKT müdahalelerinin sonuçlarını pekiştirebileceği belirtilmiştir (Losada vd., 2015). Zihinsel engelli çocuğa sahip aile üyelerinin katıldığı bir çalışmada, aile üyelerine KKT temelli müdahale programı uygulanmıştır. Program sonrasında aile üyelerinde psikolojik katılımda azalma (esneklikte artma), streste azalma, psikolojik iyi oluşta ilerleme, düşünce ve duyguları bastırma eğiliminde azalma gözlemlenmiştir. Aynı çalışmada olumlu etkileşimlerde artış nedeniyle aile içi etkileşimlerin geliştiği bildirilmiştir. Stresin ve aile sürecinde ferahlığın etkisine aracılık eden bir süreç olarak kronik rahatsızlığı olan çocuklarda psikolojik esnekliğin önemi hakkında düşünülmesi gerektiği belirtilmiştir (Lobato vd., 2022). Bununla birlikte genellikle yüksek düzeyde stres deneyimleyen grubu oluşturan nörogelişimsel bozukluğu olan

çocukların bakım verenlerinde KKT uygulamasının psikolojik esnekliği artırdığı ve stresi azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (Magnacca vd., 2021). Bu çalışma sonucu da psikolojik esneklik düzeyinde KKT'nin olumlu etkilerini kanıtlar nitelikte olduğunu göstermektedir.

Mevcut araştırma bulgularına ve literatürde yer alan araştırma sonuçlarına göre, KKT temelli online danışmanlık programının şizofreni tanılı bireylerin aile üyelerinin ruhsal hastalığa yönelik olumsuz inançlarında, kendini damgalamalarında ve psikolojik esnekliklerinde olumlu rolünün olduğu düşünülmektedir. Bu yönde programların yapılması, aile üyelerinin şizofreni süreci ilgili zorluklarla daha iyi başa çıkmalarına ve yakınlarına destek vermelerine yardımcı olabilir. Toplum temelli ruhsal bakımın sağlanmasında etkin olan TRSM'lerde çalışan hemşirelerin, şizofreni tanılı yakını olan aile üyelerine yönelik bilgi ve tutumlarını geliştirmelerine yönelik çeşitli eğitim programlarına katılmaları önemlidir (Bag, 2020). Bu eğitimlerin psikiyatri hemşirelerinin şizofreniye yönelik birikimlerini artırmak, aile üyelerine uygun destek sağlama becerilerini geliştirmek ve empatik bir yaklaşım sergilemek için önemli birer fırsat sağlayacağını düşündürmektedir (Önol ve Dönmez, 2021). Bu gerekçe ile aile üyeleri, şizofreni tanılı yakınlarına daha iyi destek sağlayarak onların iyileşme süreçlerine olumlu katkıda bulunma potansiyeline sahip olabilir. Ayrıca KKT temelli online danışmanlık programları ile psikiyatri hemşirelerinin şizofreni tanılı yakını da dahil olmak üzere tüm aile üyelerinin yaşam kalitelerini artırmada önemli bir rol oynayabilir. Bu yönde yapılan faaliyetlerin toplum temelli ruhsal bakımın etkin bir şekilde sunulmasına yönelik umut sağlayan adımlar olduğunu göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Mevcut araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, KKT temelli online danışmanlığın şizofreni tanılı bireylerin aile üyelerinde ruhsal hastalığa yönelik inançlar, kendini damgalama ve psikolojik esneklik üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın sonuç ve önerileri aşağıda başlıklar halinde verilmiştir.

6.1. Sonuç

- Deney ve kontrol grubunda yer alan aile üyelerinin tanıtıcı özellikleri karşılaştırıldığında; her iki grubun benzer özelliklere sahip oldukları,
- Deney grubundaki aile üyelerinin uygulanan KKT temelli online grup danışmanlığı sonrasında ruhsal hastalığa yönelik olumsuz inançlar puan ortalamalarına bakıldığında; mevcut olumsuz inançlarının azaldığı,
- Deney grubundaki aile üyelerinin uygulanan KKT temelli online grup danışmanlığı sonrasında kendini damgalama puan ortalamalarına göre öz damgalama tutumlarının azaldığı,
- Deney grubundaki aile üyelerinin uygulanan KKT temelli online grup danışmanlığı sonrasında psikolojik esneklik puan ortalamaları düşünüldüğünde; psikolojik esneklik becerilerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda:

- Şizofreni tanılı bireylerle TRSM’lerde ve kliniklerde çalışan psikiyatri hemşirelerinin bütüncül bakımın temel unsuru olan aile üyelerine yönelik destekleyici girişimlerde bulunmaları,
- Hizmete erişimde zorluk yaşayan gruplara online danışmanlık programlarının düzenlenerek uygulanması,
- Online yöntemler ile uygulanan danışmanlık programlarının yüz yüze uygulanan yöntemlere göre etkililiğinin farklı çalışmalar yapılarak belirlenmesi,
- Şizofreni tanılı bireylerle çalışan psikiyatri hemşirelerinin KKT eğitimini almaları ve KKT temelli müdahaleleri uygulayabilmeleri,

- Şizofreni tanılı bireylerin aile üyelerine yönelik araştırmanın mevcut değişkenleri üzerine etkisini inceleyen farklı çalışmaların yapılması,
- Şizofreni tanılı bireylerin aile üyelerine uygulanan KKT temelli online danışmanlık programının farklı değişkenler ile ilişkisini inceleyen çalışmaların yapılması,
- Ayrıca KKT temelli online danışmanlık programının farklı müdahale yöntemleri ile aynı grupta karşılaştırılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

- Aktaş, Y., Arabacı, L. B. ve Dülgerler, Ş. (2020). Watson insan bakım modeli'ne göre şizofreni tanılı bir hastada hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(1), 51-57.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (APA). (2014). *DSM-5 Tanı ölçütleri başvuru el kitabı*. Ertuğrul Köroğlu (çev.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- American Psychiatric Association (APA). (2020). *The American psychiatric association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia* (s. 114-196) American Psychiatric Pub. Erişim: 27 Şubat 2022, https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=Q5n6DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR11&dq=schizophrenia+patients&ots=ZJVkVD_neo&sig=553-uwQHfyQ7y4HwXD-XBbW0O9g&redir_esc=y#v=onepage&q=schizophrenia%20patients&f=false
- Arch, J. J. and Craske, M. G. (2008). Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms? *Clinical psychology: Science and practice*, 15(4), 263.
- Arch, J. J., Fishbein, J. N., Finkelstein, L. B. and Luoma, J. B. (2022). Acceptance and commitment therapy processes and mediation: Challenges and how to address them. *Behavior Therapy*, 1-22.
- Arslandaş, H., Çalık Koyak, H. ve Sarı, E. (2019). Lise öğrencisi ergenlerin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve sosyal mesafelerini etkileyen faktörler. *Cukurova Medical Journal*, 44(4), 1272-1283.
- Aslan, Ş. ve Türk, F. (2022). Bilişsel esneklik ve psikolojik esneklik kavramlarının karşılaştırılması. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14(1), 119-130.
- Assaz, D. A., Roche, B., Kanter, J. W. and Oshiro, C. K. (2018). Cognitive defusion in acceptance and commitment therapy: What are the basic processes of change? *The Psychological Record*, 68(4), 405-418.
- Avcıoğlu, M. M., Karanci, A. N. and Soygur, H. (2019). What is related to the well-being of the siblings of patients with schizophrenia: An evaluation within the Lazarus and Folkman's Transactional Stress and Coping Model. *International Journal of Social Psychiatry*, 65(3), 252-261.
- Ayre, C. and Scally, A. J. (2014). Critical values for Lawshe's content validity ratio: Revisiting the original methods of calculation. *Measurement and evaluation in counseling and development*, 47(1), 79-86.
- Azadi, S., Khosravani, V., Naragon-Gainey, K., Bastan, F. S., Mohammadzadeh, A. and Ghorbani, F. (2019). Early maladaptive schemas are associated with increased suicidal risk among individuals with schizophrenia. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(4), 274-291.
- Bag, B. (2020). Güçlendirme (empowerment): Toplum ruh sağlığı hemşireliği uygulamaları için güncel bir yaklaşım. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(3), 368-381.
- Baş, S. ve Dirik, G. (2019). Kanseri tanısı olan kişilerde kabul ve kararlılık terapisi uygulamaları: Sistemik bir derleme. *Psikoloji Çalışmaları*, 39(2), 459-485.
- Bekiroğlu, S. ve Özden, S. A. (2021). Türkiye'de ağır ruhsal hastalığa sahip bireylere ve ailelerine yönelik psikososyal müdahaleler: Sistemik bir inceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(1), 52-76.
- Bilge, A. ve Çam, O. (2008). Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği'nin geçerliliği ve güvenilirliği/validity and reliability of beliefs towards mental illness scale. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(2), 91-96.

- Bilgen, Ç., Erdal, A. ve Bilgili, N. (2020). Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı şizofreni hastalarına bakım verenlerin hastalığa yönelik inançları ve bakım yükleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(1), 298-311.
- Bansal, V. and Chatterjee, I. (2021). Role of neurotransmitters in schizophrenia: A comprehensive study. *Kuwait Journal of Science*, 48(2), 1-27.
- Bellack, A. S. (2022). Psychosocial treatment in schizophrenia. *Dialogues in clinical neuroscience*, 3(2), 136-137.
- Bennett, R. and Oliver, J. E. (2019). *Acceptance and commitment therapy: 100 key points and techniques*. Routledge, Oxon: New York. ss.1-247.
- Bighelli, I., Salanti, G., Huhn, M., Schneider-Thoma, J., Krause, M., Reitmeir, C., Wallis, S., Schwermann, F., Pitschel-Walz, G., Barbui, C., Furukawa, T. A. and Leucht, S. (2018). Psychological interventions to reduce positive symptoms in schizophrenia: Systematic review and network meta-analysis. *World psychiatry*, 17(3), 316-329.
- Bloy, S., Morris, E. M., Johns, L. C., Cooke, A. and Oliver, J. E. (2021). “My voices are just part of me, they don’t own me”: A qualitative investigation of acceptance and commitment therapy groups for people experiencing psychosis. *Psychosis*, 13(3), 195-208.
- Boone, M. S., Mundy, B., Morrissey Stahl, K. and Genrich, B. E. (2015). Acceptance and commitment therapy, functional contextualism, and clinical social work. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 25(6), 643-656.
- Bögels, S. M. and Emerson, L. M. (2019). The mindful family: A systemic approach to mindfulness, relational functioning, and somatic and mental health. *Current opinion in psychology*, 28, 138-142.
- Brown, L. A., Gaudiano, B. A. and Miller, I. W. (2011). Investigating the similarities and differences between practitioners of second-and third-wave cognitive-behavioral therapies. *Behavior modification*, 35(2), 187-200.
- Brown, M. and Kuperberg, G. R. (2015). A hierarchical generative framework of language processing: Linking language perception, interpretation, and production abnormalities in schizophrenia. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9, 643.
- Buanasari, A., Keliat, B. A. and Susanti, H. (2020). The application of acceptance commitment therapy (ACT) and family psychoeducation (FPE) to clients with schizophrenia and aggressive behavior. *Nurse Media Journal of Nursing*, 10(1), 11-21.
- Büyüköztürk, Ş. (2017). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı*, Pegem Akademi Yayıncılık, Ankara.
- Cai, J., Zhu, Y., Zhang, W., Wang, Y. and Zhang, C. (2015). Comprehensive family therapy: An effective approach for cognitive rehabilitation in schizophrenia. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 1247.
- Cansız, A., Nalbant, A. ve Yavuz, K. F. (2019). Şizofreni hastalarında psikolojik esnekliğin araştırılması. *J Cogn Psychother Res.*, 9(2), 82-93.
- Caplan, S. (2019). Intersection of cultural and religious beliefs about mental health: Latinos in the faith-based setting. *Hispanic Health Care International*, 17(1), 4-10.
- Carrà, G., Crocamo, C., Angermeyer, M., Brugha, T., Toumi, M. and Bebbington, P. (2019). Positive and negative symptoms in schizophrenia: A longitudinal analysis using latent variable structural equation modelling. *Schizophrenia research*, 204, 58-64.
- Cassidy, S., Roche, B. and O’Hora, D. (2010). Relational frame theory and human intelligence. *European Journal of Behavior Analysis*, 11(1), 37-51.

- Chatterjee, I. (2023). *Cognizance of schizophrenia: A profound insight into the psyche*. Singapore : Springer, ss. 1-303.
- Chen, L., Selvendra, A., Stewart, A. and Castle, D. (2018). Risk factors in early and late onset schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 80, 155-162.
- Chidarikire, S., Cross, M., Skinner, I. and Cleary, M. (2020). Ethnographic insights into the quality of life and experiences of people living with schizophrenia in Harare, Zimbabwe. *Issues in mental health nursing*, 42(1), 65-78.
- Chien, W. T., Cheng, H. Y., McMaster, T. W., Yip, A. L. and Wong, J. C. (2019). Effectiveness of a mindfulness-based psychoeducation group programme for early-stage schizophrenia: An 18-month randomised controlled trial. *Schizophrenia research*, 212, 140-149.
- Cho, S. J., Kim, J., Kang, Y. J., Lee, S. Y., Seo, H. Y., Park, J. E., Kim, H., Kim, K. N., Lee, J. Y. and Sohn, J. H. (2020). Annual prevalence and incidence of schizophrenia and similar psychotic disorders in the Republic of Korea: A national health insurance data-based study. *Psychiatry investigation*, 17(1), 61-70.
- Chowdhary, M. and Jahan, M. (2014). Reducing internalized stigma of mental illness among patients with schizophrenia using acceptance and commitment therapy. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 41(2), 94-101.
- Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, Academic press: New York.
- Cohn, L. N., Pechlivanoglou, P., Lee, Y., Mahant, S., Orkin, J., Marson, A. and Cohen, E. (2020). Health outcomes of parents of children with chronic illness: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Pediatrics*, 218, 166-177.
- Corcoran, C. M. and Cecchi, G. A. (2020). Using language processing and speech analysis for the identification of psychosis and other disorders. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 5(8), 770-779.
- Correll, C. U. and Schooler, N. R. (2020). Negative symptoms in schizophrenia: A review and clinical guide for recognition, assessment, and treatment. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 16, 519-534.
- Çetin, N. and Aylaz, R. (2018). The effect of mindfulness-based psychoeducation on insight and medication adherence of schizophrenia patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(5), 737-744.
- Çetinkaya Duman, Z. ve Sarı, A. (2021). Psikiyatri hemşireliği alanında önemli bir yapı: Aile dayanıklılığı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(3), 268-276.
- Çiçek, İ. ve Tanhan, A. (2020). Terapide paradoksal müdahaleler. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 36, 383-411.
- Doorley, J. D., Goodman, F. R., Kelso, K. C. and Kashdan, T. B. (2020). Psychological flexibility: What we know, what we do not know, and what we think we know. *Social and Personality Psychology Compass*, 14(12), 1-11.
- Dubreucq, J., Plasse, J. and Franck, N. (2021). Self-stigma in serious mental illness: A systematic review of frequency, correlates, and consequences. *Schizophrenia bulletin*, 47(5), 1261-1287.
- Duran, S. and Can Öz, Y. (2022). The impact of family environment on self-stigmatization and social functionality among schizophrenic patients. *The Ethiopian Journal of Health Development*, 36(1), 1-7.

- Duramaz, H. and Okanlı, A. (2021). Effects of interpersonal psychotherapy (IPT) techniques and psychoeducation on self-efficacy and care burden in families of patients with schizophrenia. *The American Journal of Family Therapy*, 49(4), 373-391.
- Engle, J. L. and Follette, V. M. (2018). An experimental comparison of two Acceptance and Commitment Therapy (ACT) values exercises to increase values-oriented behavior. *Journal of contextual behavioral science*, 10, 31-40.
- Ercengiz, M. ve Şar, A. H. (2018). Kabul ve kararlılık terapisi yönelimli karar verme becerisi psikoeğitim programının karar verme stilleri üzerindeki etkisi. *Sakarya University Journal of Education*, 8(4), 109-130.
- Ertem, M. Y. (2020). Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan hastaların aile işlevlerinin değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(3), 161-171.
- Farhall, J., Cugnetto, M. L., Mathews, S., Ratcliff, K., Farnan, S., Higgins, K. and Constantine, E. (2020). Outcomes and change processes of an established family education program for carers of adults diagnosed with a serious mental health condition. *Psychological Medicine*, 50(7), 1099-1109.
- Ferroni, F., Ardizzi, M., Sestito, M., Lucarini, V., Daniel, B. D., Paraboschi, F., Tonna, M. and Gallese, V. (2019). Shared multisensory experience affects others' boundary: The enfacement illusion in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 206, 225-235.
- Feyaerts, J., Henriksen, M. G., Vanheule, S., Myin-Germeys, I. and Sass, L. A. (2021). Delusions beyond beliefs: a critical overview of diagnostic, aetiological, and therapeutic schizophrenia research from a clinical-phenomenological perspective. *The Lancet Psychiatry*, 8(3), 237-249.
- Fitryasari, R., Yusuf, A., Tristiana, R. D. and Nihayati, H. E. (2018). Family members' perspective of family Resilience's risk factors in taking care of schizophrenia patients. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(3), 255-261.
- Fletcher, L. and Hayes, S. C. (2005). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*, 23, 315-336.
- Fond, G., Lançon, C., Korchia, T., Auquier, P. and Boyer, L. (2020). The role of inflammation in the treatment of schizophrenia. *Frontiers in psychiatry*, 11(160), 1-6.
- Fountoulakis, K. N., Gonda, X., Siamouli, M., Panagiotidis, P., Moutou, K., Nimatoudis, I. and Kasper, S. (2018). Paternal and maternal age as risk factors for schizophrenia: a case-control study. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 22(3), 170-176.
- Foulkes, L. (2022). *What mental illness really is...(and what it isn't)*. Random House.
- Francis, A. W., Dawson, D. L. and Golijani-Moghaddam, N. (2016). The development and validation of the Comprehensive assessment of acceptance and commitment therapy processes (CompACT). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(3), 134-145.
- Galderisi, S., Mucci, A., Buchanan, R. W. and Arango, C. (2018). Negative symptoms of schizophrenia: New developments and unanswered research questions. *The Lancet Psychiatry*, 5(8), 664-677.
- George, D., and Mallery, P. (2018). *Descriptive statistics. In IBM SPSS Statistics 25 Step by Step*, Routledge, ss. 126-134.
- Gillard, D., Flaxman, P. and Hooper, N. (2018). Acceptance and commitment therapy: Applications for educational psychologists within schools. *Educational Psychology in Practice*, 34(3), 272-281.

- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M., Twohig, M. and Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181-192.
- Godbee, M. and Kangas, M. (2022). Focusing on the self in context as an emotion regulatory strategy: an evaluation of the “self-as-context” component of ACT compared to cognitive reappraisal in managing stress. *Anxiety, Stress, & Coping*, 35(5), 557-573.
- Gomes, F. V., Zhu, X. and Grace, A. A. (2019). Stress during critical periods of development and risk for schizophrenia. *Schizophrenia research*, 213, 107-113.
- Guo, J. Y., Ragland, J. D. and Carter, C. S. (2019). Memory and cognition in schizophrenia. *Molecular psychiatry*, 24(5), 633-642.
- Gupta, S., Isherwood, G., Jones, K. and Van Impe, K. (2015). Assessing health status in informal schizophrenia caregivers compared with health status in non-caregivers and caregivers of other conditions. *Bmc Psychiatry*, 15(1), 1-11.
- Gracia-García, P., Modrego, P. and Lobo, A. (2021). Apathy and neurocognitive correlates: Review from the perspective of ‘precision psychiatry’. *Current opinion in psychiatry*, 34(2), 193-198.
- Hajatpour, R. and Rashidi, H. H. (2021). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on irrational beliefs and death attitude in the elderly. *Aging Psychology*, 7(1), 43-54.
- Han, A., Yuen, H. K., Lee, H. Y. and Zhou, X. (2020). Effects of acceptance and commitment therapy on process measures of family caregivers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 201-213.
- Harris, R. (2016). *ACT’i kolay öğrenmek*. Hasan Turan Karatepe ve Kaasım Fatih Yavuz (çev.), İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Haryanti, A. and Hartini, N. (2020). Reduce stigmatization towards schizophrenic patients using acceptance and commitment therapy. In *Proceedings of the 3rd International Conference on Psychology in Health, Educational, Social, and Organizational Settings (ICP-HESOS 2018) - Improving Mental Health and Harmony in Global Community*, 261-266.
- Hauser, M., Lautenschlager, M., Gudlowski, Y., Özgürdal, S., Witthaus, H., Bechdorf, A., Bauml, J., Heinz, A. and Juckel, G. (2009). Psychoeducation with patients at-risk for schizophrenia-an exploratory pilot study. *Patient education and counseling*, 76(1), 138-142.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S. C. (2019). Acceptance and commitment therapy: Towards a unified model of behavior change. *World psychiatry*, 18(2), 226-227.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. and Wilson, K. G. (2012). Contextual behavioral science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1-2), 1-16.
- Hayes-Skelton, S. A. and Eustis, E. H. (2020). *Experiential avoidance*. J. S. Abramowitz & S. M. Blakey (Eds.), *Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms* (pp. 115-131). American Psychological Association.
- Hirai, M. and Clum, G. A. (2000). Development, reliability, and validity of the beliefs toward mental illness scale. *Journal of psychopathology and Behavioral Assessment*, 22(3), 221-236.

- Hodann-Caudevilla, R. M., Díaz-Silveira, C., Burgos-Julián, F. A. and Santed, M. A. (2020). Mindfulness-based interventions for people with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, 17(13), 4690.
- Hofmann, S. G. and Hayes, S. C. (2019). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37-50.
- Hoffmann, D., Rask, C. U., Hedman-Lagerlöf, E., Jensen, J. S. and Frostholt, L. (2021). Efficacy of internet-delivered acceptance and commitment therapy for severe health anxiety: Results from a randomized, controlled trial. *Psychological medicine*, 51(15), 2685-2695.
- Hsiao, C. Y., Lu, H. L. and Tsai, Y. F. (2020). Caregiver burden and health-related quality of life among primary family caregivers of individuals with schizophrenia: A cross-sectional study. *Quality of Life Research*, 29, 2745-2757.
- Hu, N., Sun, H., Fu, G., Zhang, W., Xiao, Y., Zhang, L., Li, W., Li, Z., Huang, G., Tan, Y., Sweeney J. A., Gong, Q. and Lui, S. (2020). Anatomic abnormalities of hippocampal subfields in never-treated and antipsychotic-treated patients with long-term schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology*, 35, 39-48.
- Hunter, A., Murray, R., Asher, L. and Leonardi-Bee, J. (2020). The effects of tobacco smoking, and prenatal tobacco smoke exposure, on risk of schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Nicotine and Tobacco Research*, 22(1), 3-10.
- İnan, F. Ş., Duman, Z. Ç. ve Sarı, A. (2021). Şizofreni hastalarının ebeveynlerinin damgalanma deneyimleri: Kalitatif araştırma. *Psikiyatri Hemsireliği Dergisi*, 12(1), 59-66.
- Jansen, J. E., Haahr, U. H., Lyse, H. G., Pedersen, M. B., Trauelsen, A. M. and Simonsen, E. (2017). Psychological flexibility as a buffer against caregiver distress in families with psychosis. *Frontiers in psychology*, 8(1625), 1-7.
- Jolley, S., Johns, L. C., O'Donoghue, E., Oliver, J., Khondoker, M., Byrne, M., Butler, L., De Rosa, C., Leal, D., McGovern, J., Rasiukeviciute, B., Sim, F. and Morris, E. (2020). Group acceptance and commitment therapy for patients and caregivers in psychosis services: Feasibility of training and a preliminary randomized controlled evaluation. *British Journal of Clinical Psychology*, 59(4), 524-551.
- Kalinowska, S., Trześniowska-Drukała, B., Kłoda, K., Safranow, K., Misiak, B., Cyran, A. and Samochowiec, J. (2021). The association between lifestyle choices and schizophrenia symptoms. *Journal of Clinical Medicine*, 10(165), 1-11.
- Karakuş, S. ve Akbay, S. E. (2020). Psikolojik esneklik ölçeği: Uyarılma, geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 16(1), 32-43.
- Kim, K., Kung, W. and Hong, I. (2021). Exploration of family intervention strategies and their receptivity among chinese american families with a member having schizophrenia: A qualitative study. *Journal of Family Therapy*, 43(4), 538-557.
- Klein, S. D., Olman, C. A. and Sponheim, S. R. (2020). Perceptual mechanisms of visual hallucinations and illusions in psychosis. *Journal of psychiatry and brain science*, 5, 1-22.
- Knapp, P. and Beck, A. T. (2008). Cognitive therapy: Foundations, conceptual models, applications and research. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30, 54-64.
- Koçak, Z. ve Taylan, H. H. (2018). Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın yaşam kalitesi üzerindeki etkisi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 78, 621-640.

- Komala, E. P. E., Keliat, B. A. and Wardani, I. Y. (2018). Acceptance and commitment therapy and family psycho education for clients with schizophrenia. *Enfermería Clínica*, 28, 88-93.
- Köroğlu, A. ve Hocaoglu, Ç. (2017). Şizofreninin aile üzerine olan etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3), 170-175.
- Köroğlu, A. ve Hocaoglu, Ç. (2019). Şizofrenide aile yükü, aile işlevleri ve başa çıkma tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ortadoğu Tıp Dergisi*, 11(3), 294-302.
- Krynicky, C. R., Upthegrove, R., Deakin, J. F. W. and Barnes, T. R. (2018). The relationship between negative symptoms and depression in schizophrenia: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(5), 380-390.
- Kulaga, S. S. and Miller, C. W. (2021). Viral respiratory infections and psychosis: A review of the literature and the implications of COVID-19. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 127, 520-530.
- Kundakcı, N. ve Karaca, A. (2022). Şizofreni tanısı ile takip edilen hastalara bakım verenlerin hastalığa verdikleri anlam ve kullandıkları geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 12(1), 318-329.
- Kul, A. ve Türk, F. (2020). Kabul ve adanmışlık terapisi (ACT) üzerine bir derleme çalışması. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 16(10), 3775-3805.
- Larmar, S., Wiatrowski, S. and Lewis-Driver, S. (2014). Acceptance & commitment therapy: An overview of techniques and applications. *Journal of Service Science and Management*, 7(3), 216-221.
- Larsson, A., Hooper, N., Osborne, L. A., Bennett, P. and McHugh, L. (2016). Using brief cognitive restructuring and cognitive defusion techniques to cope with negative thoughts. *Behavior modification*, 40(3), 452-482.
- Laws, K. R., Darlington, N., Kondel, T. K., McKenna, P. J. and Jauhar, S. (2018). Cognitive behavioural therapy for schizophrenia-outcomes for functioning, distress and quality of life: a meta-analysis. *BMC psychology*, 6(1), 1-10.
- Leichsenring, F., Hiller, W., Weissberg, M. and Leibing, E. (2006). Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: Techniques, efficacy, and indications. *American journal of psychotherapy*, 60(3), 233-259.
- Lerner, D., Chang, H., Rogers, W. H., Benson, C., Lyson, M. C. and Dixon, L. B. (2018). Psychological distress among caregivers of individuals with a diagnosis of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Psychiatric Services*, 69(2), 169-178.
- Levin, M. E., Twohig, M. P. and Krafft J. (2020). *Innovations in acceptance and commitment therapy: Clinical advancements and applications in act*. New Harbinger Publications, ss. 1-296.
- Li, H., Wong, C. L., Jin, X., Chen, J., Chong, Y. Y. and Bai, Y. (2021). Effects of acceptance and commitment therapy on health-related outcomes for patients with advanced cancer: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 115, 103876.
- Little, J. D. and Bell, E. (2021). Anosognosia and schizophrenia—a reminder. *Australasian Psychiatry*, 29(3), 344-345.
- Little, A., Tarbox, J. and Alzaabi, K. (2020). Using acceptance and commitment training to enhance the effectiveness of behavioral skills training. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 9-16.
- Liu, N. and Zhang, J. (2020). Experiences of caregivers of family member with schizophrenia in China: A qualitative study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(1), 201-212.

- Lobato, D., Montesinos, F., Polín, E. and Cáliz, S. (2022). Acceptance and commitment training focused on psychological flexibility for family members of children with intellectual disabilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 1-12.
- Loch, A. A. (2019). Schizophrenia, not a psychotic disorder: *Bleuler revisited*. *Frontiers in psychiatry*, 10(328), 1-10.
- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Mausbach, B. T., López, J., Fernández-Fernández, V. and Nogales-González, C. (2015). Cognitive-behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for dementia family caregivers with significant depressive symptoms: Results of a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(4), 760-772.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C. and Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists*. New Harbinger Publications.
- Maatz, A., Hoff, P. and Angst, J. (2022). Eugen Bleuler's schizophrenia- a modern perspective. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(1), 43-49.
- Magnacca, C., Thomson, K. and Marcinkiewicz, A. (2021). Acceptance and commitment therapy for caregivers of children with neurodevelopmental disabilities: A systematic review. *Current Developmental Disorders Reports*, 8, 152-160.
- Mak, Y. W., Loke, A. Y. and Leung, D. Y. (2021). Acceptance and commitment therapy versus social support for smoking cessation for people with schizophrenia: A randomised controlled trial. *Journal of clinical medicine*, 10(19), 1-14.
- Mannarini, S., Rossi, A. and Munari, C. (2020). How do education and experience with mental illness interact with causal beliefs, eligible treatments and stigmatising attitudes towards schizophrenia? A comparison between mental health professionals, psychology students, relatives and patients. *BMC psychiatry*, 20(167), 1-11.
- McFarlane, W. R. (2016). Family interventions for schizophrenia and the psychoses: A review. *Family process*, 55(3), 460-482.
- Moghbel Esfahani, S. and Haghighyegh, S. A. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on resilience, meaning in life, and family function in family caregivers of patients with schizophrenia. *The Horizon of Medical Sciences*, 25(4), 298-311.
- Momtazmanesh, S., Zare-Shahabadi, A. and Rezaei, N. (2019). Cytokine alterations in schizophrenia: An updated review. *Frontiers in Psychiatry*, 10(892), 1-12.
- Morimoto, T., Matsuda, Y., Matsuoka, K., Yasuno, F., Ikebuchi, E., Kameda, H., Taoka, T., Miyasaka, T., Kichikawa, K. and Kishimoto, T. (2018). Computer-assisted cognitive remediation therapy increases hippocampal volume in patients with schizophrenia: A randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-8.
- Mutlu, E., Abaoğlu, H., Barışkın, E., Gürel, Ş. C., Ertuğrul, A., Akı, E. and Anıl Yağcıoğlu, A. E. (2021). The cognitive aspect of formal thought disorder and its relationship with global social functioning and the quality of life in schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(8), 1399-1410.
- Nalbant, A. ve Yavuz, K. F. (2019). Dil kozasından çıkış: Bilişsel ayrışma. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 8(1), 58-62.
- Noor, M. B. T., Zenia, N. Z., Kaiser, M. S., Mamun, S. A. and Mahmud, M. (2020). Application of deep learning in detecting neurological disorders from magnetic resonance images: A survey on the detection of Alzheimer's disease, Parkinson's disease and schizophrenia. *Brain informatics*, 7(1), 1-21.

- Nucifora Jr, F. C., Woznica, E., Lee, B. J., Cascella, N. and Sawa, A. (2019). Treatment resistant schizophrenia: Clinical, biological, and therapeutic perspectives. *Neurobiology of disease*, 131, 1-13.
- Ong, C. W., Levin, M. E. and Twohig, M. P. (2020). Beyond acceptance and commitment therapy: Process-based therapy. *The Psychological Record*, 70(4), 637-648.
- Orrico-Sánchez, A., López-Lacort, M., Muñoz-Quiles, C., Sanfélix-Gimeno, G. and Díez-Domingo, J. (2020). Epidemiology of schizophrenia and its management over 8-years period using real-world data in Spain. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-9.
- Osoegawa, C., Gomes, J. S., Grigolon, R. B., Brietzke, E., Gadelha, A., Lacerda, A. L. T., Dias, Á. M., Cordeiro, Q., Laranjeira, R., de Jesus, D., Daskalakis, Z. J., Brunelin, J., Cordes, J. and Trevizol, A. P. (2018). Non-invasive brain stimulation for negative symptoms in schizophrenia: An updated systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research*, 197, 34-44.
- Önol, S. ve Dönmez, A. (2021). Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerde mesleki rehabilitasyon: Toplum ruh sağlığı hemşiresi neler yapabilir? *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 37(1), 87-94.
- Pardede, J. A. and Ramadia, A. (2021). The ability to interact with schizophrenic patients through socialization group activity therapy. *International Journal*, 9(1), 6-11.
- Partlak Günüşen, N. ve Üstün, B. (2009). Randomize kontrollü çalışmalarda örneklemden kayıplar olduğunda gerekli bir istatistiksel analiz: Intention to treat analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1(1), 46-56.
- Pilecki, B. C. and McKay, D. (2012). An experimental investigation of cognitive defusion. *The Psychological Record*, 62, 19-40.
- Prata, D. P., Costa-Neves, B., Cosme, G. and Vassos, E. (2019). Unravelling the genetic basis of schizophrenia and bipolar disorder with GWAS: A systematic review. *Journal of psychiatric research*, 114, 178-207.
- Proctor, B. J., Moghaddam, N. G., Evangelou, N. and Das Nair, R. (2018). Telephone-supported acceptance and commitment bibliotherapy for people with multiple sclerosis and psychological distress: A pilot randomised controlled trial. *Journal of contextual behavioral science*, 9, 103-109.
- Prudenzi, A., Graham, C. D., Clancy, F., Hill, D., O'Driscoll, R., Day, F. and O'Connor, D. B. (2021). Group-based acceptance and commitment therapy interventions for improving general distress and work-related distress in healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 295, 192-202.
- Rahmatnejad, N., Jannati, Y., Mohammad Pour, R. A. and Azimi Lolaty, H. (2022). Effect of self-care training based on acceptance and commitment therapy on perceived stigma and burden of care in caregivers of patients with schizophrenia: A randomized controlled trial. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 32(208), 39-51.
- Raphael, J., Price, O., Hartley, S., Haddock, G., Bucci, S. and Berry, K. (2021). Overcoming barriers to implementing ward-based psychosocial interventions in acute inpatient mental health settings: A meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 115, 1-17.
- Richardson, J. T. E. (2011). Eta squared and partial eta squared as measures of effect size in educational research. *Educational Research Review*, 6(2), 135-147.
- Rogers, S., Keogh, R. and Pearson, J. (2021). Hallucinations on demand: the utility of experimentally induced phenomena in hallucination research. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 376(1817), 1-10.

- Rudolph, A., Liepelt, R., Kaffes, M., Hofmann-Shen, C., Montag, C. and Neuhaus, A. H. (2022). Motor cognition in schizophrenia: Control of automatic imitation and mapping of action context are reduced. *Schizophrenia research*, 240, 116-124.
- Rund, B. R. (2018). The research evidence for schizophrenia as a neurodevelopmental disorder. *Scandinavian journal of psychology*, 59(1), 49-58.
- Sabe, M., Sentissi, O. and Kaiser, S. (2019). Meditation-based mind-body therapies for negative symptoms of schizophrenia: Systematic review of randomized controlled trials and meta-analysis. *Schizophrenia research*, 212, 15-25.
- Sagud, M., Simunovic Filipcic, I., Jaksic, N. J., Simunic, L. S., Jezernik, D., Tudor, L., Madžarac, Z., Stefanović, I., Rajačić, B. K., Peleš, A. M., Vuksan-Čusa, B., Mikulić, S. K. and Pivac, N. (2019). Anhedonia in schizophrenia: mini-review. *Psychiatria Danubina*, 31(2), 143-147.
- Salimi, M., Mahdavi, A., Yeghaneh, S. S., Abedin, M. and Hajhosseini, M. (2019). The effectiveness of group based acceptance and commitment therapy (ACT) on emotion cognitive regulation strategies in mothers of children with autism spectrum. *Maedica*, 14(3), 240-246.
- Seeman, M. V. (2019). Does gender influence outcome in schizophrenia? *Psychiatric Quarterly*, 90(1), 173-184.
- Shiraishi, N. and Reilly, J. (2019). Positive and negative impacts of schizophrenia on family caregivers: A systematic review and qualitative meta-summary. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 54(3), 277-290.
- Shrivastava, A. and De Sousa, A. (2020). *Schizophrenia treatment outcomes: an evidence-based approach to recovery*, Springer International Publishing; Springer, Cham: Switzerland, ss. 1-319.
- Sommer, I. E., Kleijer, H. and Hugdahl, K. (2018). Toward personalized treatment of hallucinations. *Current opinion in psychiatry*, 31(3), 237-245.
- Sonnenschein, S. F., Gomes, F. V. and Grace, A. A. (2020). Dysregulation of midbrain dopamine system and the pathophysiology of schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 11(613), 1-11.
- Stanley, S., Balakrishnan, S. and Ilangovan, S. (2017). Correlates of caregiving burden in schizophrenia: A cross-sectional, comparative analysis from India. *Social Work in Mental Health*, 15(3), 284-307.
- Stenhoff, A., Steadman, L., Nevitt, S., Benson, L. and White, R. G. (2020). Acceptance and commitment therapy and subjective wellbeing: A systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials in adults. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 256-272.
- Stockton, D., Kellett, S., Berrios, R., Sirois, F., Wilkinson, N. and Miles, G. (2019). Identifying the underlying mechanisms of change during acceptance and commitment therapy (ACT): A systematic review of contemporary mediation studies. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 47(3), 332-362.
- Strauss, G. P., Nuñez, A., Ahmed, A. O., Barchard, K. A., Granholm, E., Kirkpatrick, B., Gold, J. M. and Allen, D. N. (2018). The latent structure of negative symptoms in schizophrenia. *JAMA psychiatry*, 75(12), 1271-1279.
- Sulaihah, S., Hanik, E. N., Suhron, M., Hari, B. N., Mundakir, M. and Esti, Y. (2020). The role of families caring for people with mental disorders through family resilience at east java, indonesia: Structural equation modeling analysis. *Systematic Reviews in Pharmacy*, 11(9), 52-59.
- Summakoglu, D. ve Ertugrul, B. (2018). Şizofreni ve tedavisi. *Lectio Scientific*, 2(1), 43-61.

- Şimşek Arslan, B. ve Buldukoğlu, K. (2021). Orjinal makale psikiyatri kliniğinde çalışan hemşire olmak: Niteliksel bir çalışma. *J Psychiatric Nurs*, 12(1), 67-75.
- Şükrü, F., Öztürk, M., Kılıç, Ö., Güneytepe, S. İ. ve Üçok, A. (2018). Altı aylık kişilerarası grup psikoterapisinin bir toplum ruh sağlığı merkezindeki şizofreni hastalarının işlevselliği üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19(6), 559-566.
- Tan, H. T. and Lal, M. (2022). Socio-cultural factors delaying treatment in a patient with late-onset schizophrenia. *Case Reports in Psychiatry*, 2022, 1-4.
- Tarakit, N., Yoshida, K., Sugawara, N., Kubo, K., Furukori, H., Fujii, A., Nakamura, K. and Yasui-Furukori, N. (2019). Differences in etiological beliefs about schizophrenia among patients, family, and medical staff. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 137-142.
- Tarbox, J., Szabo, T. G. and Aclan, M. (2020). Acceptance and commitment training within the scope of practice of applied behavior analysis. *Behavior Analysis in Practice*, 15, 11-32.
- Taylor, C. D., Bee, P. and Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 456-479.
- Thoma, N., Pilecki, B. and McKay, D. (2015). Contemporary cognitive behavior therapy: A review of theory, history, and evidence. *Psychodynamic psychiatry*, 43(3), 423-461.
- Thompson, E. M., Destree, L., Albertella, L. and Fontenelle, L. F. (2021). Internet-based acceptance and commitment therapy: A transdiagnostic systematic review and meta-analysis for mental health outcomes. *Behavior Therapy*, 52(2), 492-507.
- Townsend, M. C. and Morgan, K. I. (2018). *Pocket Guide to Psychiatric Nursing*. Philadelphia: FA Davis.
- Tripathi, A., Kar, S. K. and Shukla, R. (2018). Cognitive deficits in schizophrenia: Understanding the biological correlates and remediation strategies. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 16(1), 7.
- Twohig, M. P. (2012). Acceptance and commitment therapy: Introduction. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 499-507.
- Tyndall, I., Waldeck, D., Pancani, L., Whelan, R., Roche, B. and Pereira, A. (2020). Profiles of psychological flexibility: A latent class analysis of the acceptance and commitment therapy model. *Behavior Modification*, 44(3), 365-393.
- Urbaniak, G. C. and Plous, S. (2013). Research Randomizer (Version 4.0) [Computer software]. Retrieved March 31, 2021, from <http://www.randomizer.org/>
- Vaessen, T., Steinhart, H., Batink, T., Klippel, A., Van Nierop, M., Reininghaus, U. and Myin-Germeys, I. (2019). ACT in daily life in early psychosis: An ecological momentary intervention approach. *Psychosis*, 11(2), 93-104.
- Van de Graaf, D. L., Trompetter, H. R., Smeets, T. and Mols, F. (2021). Online acceptance and commitment therapy (ACT) interventions for chronic pain: A systematic literature review. *Internet Interventions*, 26, 100465, 1-10.
- Van't Noordende, A., Kuipers, P. and Pereira, Z. B. D. (2019). Strengthening personal and family resilience: A literature review for the leprosy context. *Leprosy Review*, 90(1), 88-104.
- Varma, G. S., Oğuzhanoglu, N. K., Ateşci, F. Ç., Karagöz, N. ve Apa, F. (2018). Alzheimer hastasına bakım veren yakınlarında psikodramatik grup terapisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19, 567-576.

- Vatan, S. (2016). Bilişsel davranışçı terapilerde üçüncü kuşak yaklaşımlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(3), 190-203.
- Wambua, G. N., Kilian, S., Ntlantsana, V. and Chiliza, B. (2020). The association between resilience and psychosocial functioning in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 293(113374), 1-10.
- Wang, K. Z., Bani-Fatemi, A., Adanty, C., Harripaul, R., Griffiths, J., Kolla, N., Gerretsen, P., Graff, A. and De Luca, V. (2020). Prediction of physical violence in schizophrenia with machine learning algorithms. *Psychiatry research*, 289(2020), 1-6.
- Williams, J., Vaughan, F., Huws, J. and Hastings, R. (2014). Brain injury spousal caregivers' experiences of an acceptance and commitment therapy (ACT) group. *Social care and neurodisability*, 5(1), 29-40.
- Wolpe, J. (1961). The systematic desensitization treatment of neuroses. *The Journal of nervous and mental disease*, 132(3), 189-203.
- Wright, S. R., Graham, C. D., Houghton, R., Ghiglieri, C. and Berry, E. (2023). Acceptance and commitment therapy (ACT) for caregivers of children with chronic conditions: A mixed methods systematic review (MMSR) of efficacy, process, and acceptance. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 27, 72-97.
- Xiao, J., Prandovszky, E., Kannan, G., Pletnikov, M. V., Dickerson, F., Severance, E. G. and Yolken, R. H. (2018). *Toxoplasma gondii*: Biological parameters of the connection to schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 44(5), 983-992.
- Yavuz, K. F. (2015). Kabul ve kararlılık terapisi (ACT): Genel bir bakış. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 8(2), 21-27.
- Yeşilyurt, S. ve Çapraz, C. (2018). Ölçek geliştirme çalışmalarında kullanılan kapsam geçerliği için bir yol haritası. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20(1), 251-264.
- Yıldız, M. (2021). Şizofreni ve iki uçlu bozukluğun tedavisinde ruhsal toplumsal iyileştirim çalışmaları. *Archives of Neuropsychiatry*, 58(1), 77-82.
- Yıldız, M., İncedere, A., Kiras, F., Abut, F. B., Kırçalı, A. and İpçi, K. (2019). Development of self-stigma inventory for families of the patients with schizophrenia (SSI-F): Validity and reliability study. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 463-471.
- Yin, M., Li, Z. and Zhou, C. (2020). Experience of stigma among family members of people with severe mental illness: A qualitative systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(2), 141-160.
- Yüksel, R., Kızılkaya, M. ve Keskin, A. Ö. (2022). Şizofreni tanılı çocuğu olan annelerin şizofreniye ilişkin metaforik algıları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 9(2), 142-148.
- Zhou, D. H. R., Chiu, Y. L. M., Lo, T. L. W., Lo, W. F. A., Wong, S. S., Luk, K. L., Tom Leung, C. H., Yu, C. K. and Chang, Y. S. G. (2020). Outside-in or inside-out? A randomized controlled trial of two empowerment approaches for family caregivers of people with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(9), 761-772.
- Zolezzi, M., Alamri, M., Shaar, S. and Rainkie, D. (2018). Stigma associated with mental illness and its treatment in the Arab culture: A systematic review. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(6), 597-609.

EKLER

Ek 1. G-Power Analizi

ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ

Çalışma örneklem büyüklüğünü belirlemede G*Power 3.1 programında analiz yapılmıştır. Araştırma değişkenlerinden ruhsal hastalığa yönelik inançlar puan ortalaması 54.62 ± 16.40 (grup 1) ve 36.41 ± 14.13 (grup 2) olarak alınmıştır (Arslantaş ve ark., 2019). Bu değerlere göre %95 güven aralığı, %5 hata payı, 1.28 etki büyüklüğü ve %95 evreni temsil etme gücüyle **örneklem büyüklüğü 34** olarak belirlenmiştir (Şekil 1).

Araştırmanın diğer değişkeni olan kendini damgalama puan ortalaması 50.89 ± 10.25 (grup 1) ve 37.30 ± 9.11 (grup 2) alınarak (Duran ve Öz, 2022), %95 güven aralığı, %5 hata payı, 1.49 etki büyüklüğü ve %95 güçle **örneklem büyüklüğü 26** olarak belirlenmiştir (Şekil 2).

Araştırmanın bir diğer değişkeni olan psikolojik esneklik puan ortalaması 19.60 ± 6.9 (grup 1) ve 31.80 ± 7.9 (grup 2) alınarak (Proctor ve ark., 2018), %95 güven aralığı, %5 hata payı, 1.83 etki büyüklüğü ve %95 güçle **örneklem büyüklüğü 18** olarak belirlenmiştir (Şekil 3).

Araştırmanın üç temel değişkeni için belirlenen örneklem sayılarından fazla olan 34 kişilik örneklem tercih edilmiş ve %47 yedekle birlikte çalışma örneklemini **25 deney+25 kontrol** olmak üzere **toplamda 50** kişi olarak belirlenmiştir.

t tests – Means: Difference between two independent means (two groups)		
Analysis:	A priori: Compute required sample size	
Input:	Tail(s)	= Two
	Effect size d	= 1.2887473
	α err prob	= 0.05
	Power (1- β err prob)	= 0.95
	Allocation ratio N2/N1	= 1
Output:	Noncentrality parameter δ	= 3.7573118
	Critical t	= 2.0369333
	Df	= 32
	Sample size group 1	= 17
	Sample size group 2	= 17
	Total sample size	= 34
	Actual power	= 0.9537518

Şekil 1. Ruhsal hastalığa yönelik inançlar değişkenine göre hesaplanan örneklem değerleri

t tests – Means: Difference between two independent means (two groups)		
Analysis:	A priori: Compute required sample size	
Input:	Tail(s)	= Two
	Effect size d	= 1.4917673
	α err prob	= 0.05
	Power (1- β err prob)	= 0.95
	Allocation ratio N2/N1	= 1
Output:	Noncentrality parameter δ	= 3.8032753
	Critical t	= 2.0638986
	Df	= 24
	Sample size group 1	= 13
	Sample size group 2	= 13
	Total sample size	= 26
	Actual power	= 0.9542136

Şekil 2. Kendini damgalama değişkenine göre hesaplanan örneklem değerleri

t tests – Means: Difference between two independent means (two groups)		
Analysis:	A priori: Compute required sample size	
Input:	Tail(s)	= Two
	Effect size d	= 1.8318841
	α err prob	= 0.05
	Power (1- β err prob)	= 0.95
	Allocation ratio N2/N1	= 1
Output:	Noncentrality parameter δ	= 3.8860130
	Critical t	= 2.1199053
	Df	= 16
	Sample size group 1	= 9
	Sample size group 2	= 9
	Total sample size	= 18
	Actual power	= 0.9538941

Şekil 3. Psikolojik esneklik değişkenine göre hesaplanan örneklem değerleri

KAYNAKLAR

- *Arslantaş, H., Koyak, H. Ç., Sarı, E. (2019). Lise öğrencisi ergenlerin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve sosyal mesafelerini etkileyen faktörler. *Cukurova Medical Journal*, 44(4), 1272-1283. <https://doi.org/10.17826/cumj.516968>
- *Duran, S. & Öz, Y.C. (2022). The Impact of Family Environment on Self-Stigmatization and Social Functionality Among Schizophrenic Patients. *The Ethiopian Journal of Health Development*, 36(1). <https://doi.org/10.20372/ejhd.v36i1.5059>
- *Proctor, B.J., Moghaddam, N.G., Evangelou, N., & Das Nair, R. (2018). Telephone-supported acceptance and commitment bibliotherapy for people with multiple sclerosis and psychological distress: A pilot randomised controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9: 103-109. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.07.006>

Ek 2. Sosyo-Demografik Özellikler Formu

Sizi “Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Danışmanlığın Şizofreni Tanılı Bireylerin Aile Üyelerinde Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar, Kendini Damgalama ve Psikolojik Esneklik Üzerine Etkisi” başlıklı çalışmaya davet ediyorum. Bu çalışmaya katılmak, tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra çalışmadan çıkma hakkına da sahipsiniz. Çalışmaya katılmanız ve soruları yanıtlamanız, çalışmaya katılım için **onay** verdiğinizi belirtmektedir. Formlardaki soruları **içtenlikle/samimi** yanıtlamanız önemlidir. Bu formlardan elde edilecek bilgiler **tamamen araştırma amaçlıdır**. Kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacak, diğer şahıslarla paylaşılmayacaktır.

Araştırmacı

Ercan TUNÇ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Oya Sevcan ORAK

Çalışmaya katılmayı...

1. Onaylıyorum 2. Onaylamıyorum

Yaşınız.....

Cinsiyetiniz nedir?

1. Erkek 2. Kadın

Medeni durumunuz nedir?

1. Evli 2. Bekar

Öğrenim durumunuz nedir?

1. Okur-yazar 2. İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise 5. Üniversite ve üzeri

Çalışma durumunuz nedir?

1. Çalışıyor 2. Çalışmıyor 3. Emekli

Algılanan gelir durumunuz nedir?

1. Gelirim giderimden az 2. Gelirim giderime eşit 3. Gelirim giderimden fazla

Yakınınızın tanı almasından itibaren geçen süre (ay/yıl) nedir?.....

Tanı alan yakınınızla birlikte yaşama süreniz (ay/yıl) nedir?.....

Tanı alan yakınınıza bakım verirken destek aldığınız biri var mıdır?

1. Evet 2. Hayır

Evet ise kimden destek aldınız?.....

Yakınınızın şizofreni tanısı aldığını aranızda kan bağı olmayan diğer bireyler ile paylaşırmısınız?

1. Evet 2. Hayır

Yakınınız tanı aldığından itibaren bir uzmandan psikolojik destek aldınız mı?

1. Evet 2. Hayır



Ek 3. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği

Aşağıdaki ifadeler, sizin ruhsal hastalığa yönelik inançlarınızı ölçmek için geliştirilmiştir. Bu ifadeleri dikkatlice inceleyerek en doğru şekilde yanıtlamanız oldukça önemlidir. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırmacılar dışında hiç kimse tarafından okunmayacak ve farklı bir amaçla kullanılmayacaktır. Aşağıdaki her bir maddenin yanına, ilgili madde için size göre uygun gelen sayıyı işaretleyiniz. Lütfen size uygun olan yanıtınızı numaralandırmayı esas alarak belirtiniz.

0 (Tamamen katılmıyorum) 2 (Kısmen katılmıyorum) 4 (Çoğunlukla katılıyorum)

1 (Çoğunlukla katılmıyorum) 3 (Kısmen katılıyorum) 5 (Tamamen katılıyorum)

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği	0	1	2	3	4	5
1.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.						
2.Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.						
3.Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir.						
4.“Ruhsal hastalık” ifadesi beni rahatsız eder.						
5.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir.						
6.Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır.						
7.Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır.						
8.Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımla ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir.						
9.Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır.						
10.Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler.						
11.Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur.						
12.İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.						
13.Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım.						
14.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne- baba olma olasılığı daha düşüktür.						
15.Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım.						
16.Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.						
17.Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir.						
18.Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz.						
19.Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez.						
20.Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir.						
21.Çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem.						

Ek 4. Aileler için Kendini Damgalama Ölçeği

Aşağıdaki ifadeleri dikkatlice inceleyerek en doğru şekilde yanıtlamanız oldukça önemlidir. Soruların doğru ya da yanlış cevabı bulunmamaktadır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırmacılar dışında hiç kimse tarafından okunmayacak ve farklı bir amaçla kullanılmayacaktır. Aşağıdaki her bir maddenin yanına, ilgili madde için size göre uygun gelen sayıyı işaretleyiniz. Lütfen size uygun olan yanıtınızı numaralandırmayı esas alarak belirtiniz.

1 (Bana hiç uymaz)

3 (Orta derecede uyar)

5 (Tam uyar)

2 (Biraz uyar)

4 (Genellikle uyar)

Aşağıda ruhsal hastalığı olan kişilerin yakınlarının genellikle yaşadığı sıkıntılar listelenmiştir. Yaşadığınız sıkıntıların şiddetini anlayabilmemiz için her maddede kendinize en uygun seçeneği işaretleyiniz.		Bana hiç uymaz	Biraz uyar	Orta derecede uyar	Genellikle uyar	Tam uyar
1	Hasta yakını olduğum için insanların kontrolümü kaybetmemden korktuğumu düşünüyorum.					
2	Hasta yakını olduğum için incitici yorum ya da şaka yaparlar diye insanlardan uzak duruyorum.					
3	Hasta yakını olduğum için çevremdeki insanların beni önemsemediklerini düşünüyorum.					
4	Hasta yakını olduğum için çevreme yük olduğumu düşünüyorum.					
5	Hasta yakını olduğum için uygun kararlar alamayacağımı düşünüyorum.					
6	Yakınımın hastalığından dolayı beni anlamayacaklarını düşündüğüm için çevremdeki insanlardan uzak duruyorum.					
7	Dışlanmaktan korktuğum için yakınımın hastalığının gerçek adını komşu ve arkadaşlarıma söylemiyorum.					
8	Dışlanmaktan korktuğum için yakınımın hastalığının gerçek adını akrabalarıma söylemiyorum.					
9	Arkadaşlarıma yakınımın ruhsal bir hastalığı olduğunu söylemiyorum.					
10	Hasta biriyle yaşamak zorunda kaldığım için özgüvenim azaldı.					
11	Hasta yakını olduğum için kendimi işe yaramaz hissediyorum.					
12	Hasta yakını olduğum için başarılı olamayacağımı düşünüyorum.					
13	Hasta yakını olduğum için mutlu olamayacağımı düşünüyorum.					
14	Hasta yakını olduğum için sorumluluklarımı diğer insanlar gibi yerine getiremiyorum.					

Ek 5. Psikolojik Esneklik Ölçeği

Aşağıda psikolojik esneklik düzeyinizi ölçmeye ilişkin ifadeler yer almaktadır. Sizden, kendi yaşantınızı dikkate alarak aşağıdaki ifadeleri değerlendirmeniz istenmektedir. Maddelerde doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır. Her bir maddeye katılma durumunuza göre 7 aralıklı ölçek üzerinde, ilgili rakam ile yanıtlamanız gerekmektedir.

(Hiç katılmıyorum)1-----2-----3-----4-----5-----6-----7 (Tamamen katılıyorum)

	Hiç Tamamen Katılmıyorum Katılıyorum 1-----2-----3-----4-----5-----6-----7	Hiç katılmıyorum							Tamamen katılıyorum
1.	Benim için neyin önemli olduğunu ve hayatımda gelmek istediğim noktayı biliyorum.	1	2	3	4	5	6	7	
2.	Duygu ve düşüncelerin ortaya çıkmasını engellemek için bir şeylerle meşgul olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7	
3.	Olumsuz duygular hissettiğimde dikkatimi dağıtmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7	
4.	Duygu ve düşüncelerimi değiştirmeksizin, onları olduğu gibi kabullenebilirim.	1	2	3	4	5	6	7	
5.	Zorlayıcı duygu, düşünce veya hisleri ortaya çıkarabilecek durumlardan kaçınmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7	
6.	Üzüntü verici duyguları uzak tutmak için elimden geleni yaparım.	1	2	3	4	5	6	7	
7.	Stresli olsa bile, tercihlerimi benim için neyin önemli olduğuna dayanarak yaparım.	1	2	3	4	5	6	7	
8.	İş veya görevlerimi, ne yaptığımın farkında olmaksızın, otomatik bir şekilde yaparım.	1	2	3	4	5	6	7	
9.	Yaşamayı seçtiğim önemli değerlere sahibim.	1	2	3	4	5	6	7	
10.	Duygu ve düşüncelerimi kontrol etmek yada onlardan kaçınmak yerine, onları olduğu gibi kabul edebilirim.	1	2	3	4	5	6	7	
11.	Düşünceler sadece düşüncelerdir- yaptıklarımı kontrol etmezler.	1	2	3	4	5	6	7	
12.	Aklıma gelen düşünce, duygu ve hisler ne olursa olsun, onları değiştirmeden ve onlara karşı çıkmadan tam anlamıyla deneyimlemeye razıyım.	1	2	3	4	5	6	7	
13.	Kişisel değerlerim doğrultusunda hareket ederim.	1	2	3	4	5	6	7	
14.	Düşüncelerime öyle takılırım ki en çok yapmak istediğim şeyleri yapamam.	1	2	3	4	5	6	7	
15.	Düşüncelerimin, yapmak istediğim şeyleri engellemesine izin vermem.	1	2	3	4	5	6	7	
16.	Yapması zor olsa bile, benim için anlamlı olan şeylerin sorumluluğunu alırım.	1	2	3	4	5	6	7	

17.	Kendim hakkındaki bir düşüncemetam olarak uymak zorunda değilim.	1	2	3	4	5	6	7
18.	Ne yaptığının pek farkında olmadan otomatik hareket ediyormuşum gibi görünür.	1	2	3	4	5	6	7
19.	Hayatta benim için gerçekten önemli olan şeyleri belirler ve onların peşinden giderim.	1	2	3	4	5	6	7
20.	Benim için anlamlı olan etkinlikleri çok dikkatimi vermeden aceleyle yaparım.	1	2	3	4	5	6	7
21.	Bir şey benim için önemli ise onu yapmaya devam edebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
22.	Şu anda yaşananlara odaklanmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5	6	7
23.	Geçmiş ya da gelecek ile çok meşgul olduğumdan, kendimi şu an olanları kaçıırken bulurum.	1	2	3	4	5	6	7
24.	En büyük hedeflerimden biri bana acı veren duygularımdan kurtulmaktır.	1	2	3	4	5	6	7
25.	Benim için oldukça önemli olsalarda, kendimi, o işi dikkatimi vermeden yaparken bulurum.	1	2	3	4	5	6	7
26.	Değerlerim, davranışlarıma tamamiyle yansır.	1	2	3	4	5	6	7
27.	İlerleme yavaş olsa bile, zaman gerektiren uzun vadeli planlarıma sadık kalabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
28.	Hayatımı nasıl yaşamak istediğimle uyumlu bir şekilde hareket ederim.	1	2	3	4	5	6	7

Ek 6. Oturum Katkı Değerlendirmesi

Bu oturumun size sağladığı katkı düzeyini 1’den 10’a kadar numaralandırınız.

... oturumu	Katkı Düzeyi									
	Hemen hemen									Çok
	hiç katkı									katkı
	sağlamadı									sağladı
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)



Ek 7. Araştırmacı Katılım Belgeleri





İlgili Makama,

Ercan Tunç,

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

01 Mayıs 2020-22 Ocak 2021 tarihleri arasında devam eden 60 (altmış) saatlik Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) grup süpervizyonu eğitimine katılmıştır.

Bilgilerinize sunulur,

DOÇ.DR. K. FATİH YAVUZ

Eğitimci ve Süpervizör



T.C.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI
Özel Öğretim Kurumları Genel Müdürlüğü

KURS BİTİRME BELGESİ

KURSIYERİN		PROGRAMIN		BELGENİN	
T.C KİMLİK NO	19973110326	MESLEK	Aile Danışmanı(05/11/2012 - 147233)	NUMARASI	9995301120220052645596
ADI SOYADI	Ercan TUNÇ	ALAN	Öğretmenlik Ve Öğretim	TARİH	18/12/2021
BABA ADI	Ünal	SÜRESİ	464	VERİLDİĞİ YER	Ankara-Çankaya Özel Maarif Uzaktan Öğretim Kursu
ANNE ADI	Sevim	SEVİYESİ	Beceri Geliştirme		

Yukarıda açık kimliği yazılı Ercan TUNÇ , 5580 sayılı Kanuna dayanarak çıkartılan Millî Eğitim Bakanlığı Özel Öğretim Kurumları Yönetmeliği gereğince düzenlenen 464 saatlik Aile Danışmanı(05/11/2012 - 147233) programını 18/12/2021 tarihinde tamamlayarak bu belgeyi almaya hak kazanmıştır.

Emre DALDIRAN
Kurum Müdürü

Yaşar TÜRK
İlçe Millî Eğitim Müdürü

Ek 8. KKT Temelli Online Grup Danışmanlık Programının Kapsam Geçerliliği

Danışmanlık Programının Bölümleri	Uygun	Uygun Ancak Düzeltilmeli	Uygun Değil (Çıkartılmalı)	KGO
1. Danışmanlık programının süresi	4	-	-	1.00
2. Danışmanlık programında kullanılan tekniklerin yeterliliği	4	-	-	1.00
3. Danışmanlık programının KKT ile örtüşmesi	4	-	-	1.00
4. Danışmanlık programındaki oturumların amaçları ile içeriğinin örtüşmesi	4	-	-	1.00
5. Danışmanlık programının uygulanabilirliği	4	-	-	1.00
6. Danışmanlık programındaki uygulamaların yeterliliği	4	-	-	1.00
7. “ABC Davranış Analizi ve Değerlere Temas” oturumunun içeriği	4	-	-	1.00
8. “Ayrışma” oturumunun içeriği	4	-	-	1.00
9. “Kabul” oturumunun içeriği	4	-	-	1.00
10. “An ile Esnek Temas” oturumunun içeriği	4	-	-	1.00
11. “Bağlamsal/Gözlemleyen Benlik” oturumunun içeriği	4	-	-	1.00
12. “Değer Odaklı Davranışlar” oturumunun içeriği	4	-	-	1.00
Toplam Uzman Sayısı=4				
Kapsam Geçerlilik Ölçütü:0.99				
Kapsam Geçerlilik İndeksi=1.00				
Unvan/Ad Soyad	Uzmanlık Alanı			
1. Prof. Dr. İlknur Aydın Avcı	Halk Sağlığı Hemşireliği			
2. Prof. Dr. Bozkurt Koç	Sosyal Psikoloji			
3. Doç. Dr. Oya Sevcin Orak	Psikiyatri Hemşireliği			
4. Doç. Dr. Kaşım Fatih Yavuz	Psikoloji			

Ek 9. KKT Temelli Online Grup Danışmanlık Programı

OTURUMUN SIRASI/ADI/SÜRESİ	OTURUMDA TEKNİKLER/AMAÇ/İÇERİK/HEDEFLER/DEĞERLENDİRME
1. OTURUM: ABC DAVRANIŞ ANALİZİ VE DEĞERLERE TEMAS (90-120 dk.)	Kullanılan Teknikler: Sokratik sorgulama, validasyon, özetleme, örnek gösterme, role play, metafor kullanma, bilgilendirme, beyin fırtınası, açıklığa kavuşturma, planlama. Amaç: Davranışın öncüllerini/ kısa ve uzun vadede sonuçlarını belirlemek, değerleri fark edebilmektir. İçerik: <u>ABC Davranış Analizi</u> ➤ “Sokratik Sorgulama” tekniği ile aile üyelerinin yakınının şizofreni tanı alma süreci sonrasında davranışlarının belirlenmesi ➤ Davranışlarının öncüllerinin neler olduğunun saptanması ➤ Davranışlarının kısa ve uzun vadeli sonuçlarının aile üyeleri ile tartışılması <u>Değer Nedir? Neve/Nelere Değer Denilir?</u> ➤ “Sokratik Sorgulama” tekniği ile aile üyelerinin değerlerinin neler olduğunu fark etmelerinin sağlanması ➤ “Sizin için hayatınızda olmazsa olmaz denilecek şeyler nelerdir?” sorusunun ele alınması <u>Değerleri Netleştirme</u> ➤ Bir önceki basamakta ele alınan değerlerin gerçek anlamda değerler olup olmadığının tartışılması. Gündelik yaşamdan örnekler verilmesi ➤ Değerlerin her aile üyesi tarafından net bir şekilde ifade etmelerinin sağlanması <u>Hedefleri Değerlere Giden Yolda Tutabilmek</u> ➤ Sokratik sorgulama tekniği ile hedeflerin subjektif olarak değerlendirilmesi ➤ Hedeflerin aile üyeleri için ne anlam ifade ettiğinin öğrenilmesi ➤ Hedeflerin aile üyelerindeki değerler ile benzer özellikler içermesi durumunun belirlenmesi ➤ Hedeflerin aile üyelerinin kendi istekleri ya da çevresel şartlar doğrultusunda şekillendirme durumlarının belirlenmesi <u>Nasıl Mutlu/ Değerli Hissedilir?</u> ➤ Mutluluğun aile üyeleri için ne anlam ifade ettiğinin “Sokratik Sorgulama Tekniği” ile tartışılması ➤ Ailede şizofreni tanı bir bireyle yaşama sürecinin aile üyelerinin hangi değer/değerleri ile temas ettiğinin onlar tarafından ifade edilmesinin desteklenmesi ➤ Yaşanılan süreçte nelerin değerli/değersiz hissettirdiğinin ifade edilmesi Oturum Hedefleri: 1. Aile üyelerinin kendileri için olmazsa olmaz inanç sistemleri olan değerlerini belirlemelerinin sağlanması 2. Aile üyelerinin değerleri ile hedefleri arasında ayrım yapabilmelerinin sağlanması 3. Aile üyelerinin günlük eylemlerinde davranış analizi kapsamında öz değerlendirme yapabilme becerilerinin geliştirilmesi 4. Aile üyelerinin davranışlarının uzun ve kısa vadede sonuçlarını fark etme becerilerinin sağlanması Değerlendirme: Aile üyelerinden mevcut oturumun kendilerine katkı düzeyini 1’den 10’a kadar puanlamalarının istenmesi

2. OTURUM: AYRIŞMA (90-120 dk.)

Kullanılan Teknikler:

Sokratik sorgulama, validasyon, özetleme, örnek gösterme, role play, metafor kullanma, bilgilendirme, beyin fırtınası, açıklığa kavuşturma, planlama.

Amaç:

Aile üyelerinin yakınlarının şizofreni tanısı alma sürecine yönelik düşüncelerinden ayrışma sağlayabilme becerisini kazandırmaktır.

İçerik:

Düşüncelerle Birleşmeden Ayrışmaya

- Aile üyelerinin tanı alma sürecine yönelik olumsuz düşüncelerinin neler olduğunun sorgulanması.
- Düşüncelerinin bir kâğıda yazılması ve renklendirilmesi
- Belirlenen düşüncelerin ne anlam ifade ettiğinin açıklığa kavuşturulması
- Düşüncelerinin toplumsal kurallar, geçmiş deneyimler vb. faktörlerin etkileme durumunun sorgulanması.
- Düşüncelerinin nerede, ne zaman, hangi durumlarda olduğunun sorgulanması
- Sevilen bir aktivite süresince bu düşüncelerle birleşirken sahip olunan duygularının ifade edilmesi
- Şirket patronu metaforunun kullanılması.
- Aile üyelerinin ayrışma için neler yapılabilecekleri konusunda desteklenmesi.

Oturum Hedefleri:

1. Aile üyelerinin kendi zihin ürünlerinin (düşüncelerinin) etkisi altına girme durumlarının fark edilmesinin sağlanması
2. Aile üyelerinin olumsuz zihin ürünleri mevcut olduğunda ayrışmaya yönelik uygulamaları (düşünceleri kâğıda yazma, renklendirme vb.) beceri edinmelerinin sağlanması
3. Aile üyelerine zihinsel ürünleri ile vedalaşma/daha sonra görüşme becerilerinin kazandırılması
4. Aile üyelerinin olumsuz zihin ürünlerinin kendilerini uzun/kısa vadede nasıl etkilediğini fark etmelerinin sağlanması

Değerlendirme:

Aile üyelerinden mevcut oturumun kendilerine katkı düzeyini 1'den 10'a kadar puanlamalarının istenmesi

3. OTURUM: KABUL (90-120 dk.)

Kullanılan Teknikler:

Sokratik sorgulama, validasyon, özetleme, örnek gösterme, role play, metafor kullanma, bilgilendirme, beyin fırtınası, açıklığa kavuşturma, planlama.

Amaç:

Aile üyelerinin yakınlarının şizofreni tanısı alma sürecine yönelik kaçındığı durumları kabul etme becerisini kazandırmaktır.

İçerik:

Kabul Nedir?

- Aile üyelerine kabul ile ilgili örnekler verilerek kavramın içeriğinin anlatılması
- “Kabul ne değildir?” sorusunun örneklerle açıklanması. Her şeyin “kabul” olmadığı, değiştirilebilir durumların kişinin kendi tercihi olduğu belirtilmesi
- Hayatta çoğu davranışların mevcut şartların kabulü ile eylemlere dönüştüğü üzerinde görüş birliğinin sağlanması
- Şizofreni tanı sürecine yönelik acının kabulünün zor olmasına rağmen gerçek olması üzerine ifadelere yer verilmesi
- Şizofreni tanısı alan yakını olan aile üyelerinin, yaşanan süreçte hangi durumları kabul ettiği üzerinde görüşlerin alınması
- Şizofreni tanısı alma sürecinde aile üyelerinin kaçındığı duruma (acıya) karşı kâğıt metaforunun kullanılması

Oturum Hedefleri:

1. Aile üyelerinin yaşamın zorluklarına karşı olan duygu/düşünce ürünlerine açık olma (kabul) becerilerinin geliştirilmesi
2. Aile üyelerinin kabul etme düzeylerinin değerlerini netleştirme konusundaki etkilerini fark edebilmelerinin sağlanması
3. Aile üyelerinin yakınlarının şizofreni bozukluğu ile ilgili zorlu durumların gerçek olduğunu fark etmelerinin sağlanması, bu duruma rağmen değerleri doğrultusunda yaşamayı hedefleme becerilerinin geliştirilmesi
4. Aile üyelerinin şizofreni süreci ile ilgili değiştiremediği durumlarda kendini suçlama eylemleri yerine duruma açık olarak değerlerine temas edebilme becerilerinin geliştirilmesi

Değerlendirme:

Aile üyelerinden mevcut oturumun kendilerine katkı düzeyini 1'den 10'a kadar puanlamalarının istenmesi

Kullanılan Teknikler:

Sokratik sorgulama, validasyon, özetleme, imajinasyon, bilgilendirme, beyin fırtınası, örnek gösterme.

Amaç:

Aile üyelerinin an ile esnek temas edebilme becerisini kazandırmaktır.

İçerik:**Neden An ile Temas Kaybedilir?**

- Aile üyeleri ile geçmiş ve gelecek yaşantıların zihinde canlanma anlarının örneklendirilmesi
- Katılımcılara bir yiyecek ile an'a esnek temas etme egzersizinin uygulanması
- Belirlenen yiyeceğin beş duyu organı aracılığıyla bilinçli şekilde fark etmelerinin sağlanması

An'a Esnek Temasın Önemi

- Geçmiş ya da gelecek yaşantıları zihinsel tekrarlı süreçlerle (ruminatif) canlandırılma durumunun örneklerle açıklanması
- Yapılan yiyecek egzersizinin diğer örneklerle de ifade edilerek farkındalık geliştirilmesi (yolda yürüme, araba kullanma vb.)
- An ile esnek temasın olmadığı durumlarda egzersiz kullanabilmenin öneminin ifade edilmesi

Oturum Hedefleri:

1. Aile üyelerinin yakınlarının şizofreni süreci ile ilgili geçmiş ya da gelecek yaşantılara takılma durumlarını fark etmeleri
2. Aile üyelerine, zihnin doğal bir ürünü olan geçmiş ve geleceğe yönelik durumlarda aşırılık olması halinde şu ana odaklanma becerilerinin kazandırılması
3. Aile üyelerinin günlük eylemlerinde (araç kullanma, çalışma vb.) an'a odaklanma egzersizlerini yapmalarına yönelik becerilerinin kazandırılması
4. Aile üyelerinin an ile esnek temas edemediği durumlarda kendilerine olan uzun/kısa vadede sonuçlarını belirleyebilme becerilerinin sağlanması

Değerlendirme:

Aile üyelerinden mevcut oturumun kendilerine katkı düzeyini 1'den 10'a kadar puanlamalarının istenmesi

Kullanılan Teknikler:

Sokratik sorgulama, validasyon, özetleme, örnek gösterme, role play, metafor kullanma, bilgilendirme, beyin fırtınası, açıklığa kavuşturma, planlama.

Amaç:

Aile üyelerinin yakınlarının şizofreni tanısı alma sürecine yönelik canlandırdıkları ben'in neler hissettirdiğinin farkındalığını sağlamaktır.

**4. OTURUM:
AN İLE ESNEK
TEMAS
(90-120 dk.)**

**5. OTURUM:
BAĞLAMSAAL/
GÖZLEMLEYEN
BENLİK
(90-120 dk.)**

İçerik:

Bağlamsal Benlik/Kavramsal Benlik

- Aile üyelerinin şizofreni tanısı alma süreci öncesi/sonrası kendilerini nasıl tanıttıklarının veya ifade ettiklerinin belirlenmesi
- Mevcut süreçte kendilerinin duygu ve düşünceleri hakkında bilgi edinilmesi
- Gözlerinin kapatılarak bir öykünün kahramanı olduklarının hayal edilmesi
- Bu öyküde şizofreni tanılı yakını olan bir aile üyesinin ne yaptığının imajine edilmesi
- Öykünün sonunda o anki düşüncelerinin ve hislerinin açıklanması
- “Şimdi ne hissediyorum?” sorusuna açıklık getirilmesi
- Oda içerisinde birer metre ara ile sınırlı, bağlamsal benlik egzersizinin yapılması

Oturum Hedefleri:

1. Aile üyelerine yakınlarının şizofreni süreci ile ilgili kendilerini dışarıdan gözlemlene (üçüncü göz/gözlemleyen benlik) becerilerinin kazandırılması
2. Aile üyelerinin yakınlarının şizofreni sürecinde kendi ürünleri olan duygu/düşünce/davranış boyutlarını analiz edebilme (ABC davranış analizi vb.) becerilerinin kazandırılması
3. Aile üyelerinin günlük eylemlerinde objektif öz değerlendirme yapabilme becerilerinin geliştirilmesi
4. Aile üyelerinin ikili ilişki süreçlerinde nasıl davrandıkları neler düşündükleri ve diğerleri tarafından nasıl değerlendirildiklerini fark edebilmelerinin sağlanması

Değerlendirme:

Aile üyelerinden mevcut oturumun kendilerine katkı düzeyini 1’den 10’a kadar puanlamalarının istenmesi

Kullanılan Teknikler:

Sokratik sorgulama, validasyon, özetleme, örnek gösterme, metafor kullanma, beyin fırtınası, açıklığa kavuşturma, planlama.

Amaç:

Değer alanlarını netleştirmek, değerleri davranışa dönüşüm becerisini kazandırmaktır.

İçerik:

Değerlerde Masa Metaforu

- Masanın her bir ayağının aile üyeleri için hangi değerler olduğunun ifade edilmesi
- Belirlenen ayakların mevcut süreçte zorlanma durumlarına fark etmelerinin sağlanması
- Aile üyelerinin zorlanan bu ayakların masanın dengesinde sorun yaratma durumunun fark etmelerinin sağlanması

Davranışlara Değerler Doğrultusunda Nasıl Yön Verilir?

- Değerlerin davranışa dönüşme durumunun sorgulanması
- Şizofreni tanısı alma sürecinde aile üyelerinin süreç içerisinde değer odaklı eylemlerinde engelleri ve destek mekanizmalarının belirlenmesi
- Aile üyelerinin değer odaklı eylemlerine yönelik planlamalarının küçük hedefler halinde desteklenmesi

Etkili Hedef Belirleme: Aşırı / Eksik Davranışların Tespiti

- Şizofreni tanı alma sürecinde ABC modelindeki davranış ölçütlerinin aşırı ya da eksik olma durumunun belirlenmesi
- Aile üyeleri tarafından davranışların neler olması gerektiğinin öznel olarak ifade edilmesi

Oturum Hedefleri:

1. Aile üyelerinin kendileri için olmazsa olmaz inanç sistemleri olan değerleri doğrultusunda eylem planları yapma becerilerinin kazandırılması

**6. OTURUM:
DEĞER ODAKLI
DAVRANIŞLAR
(90-120 dk.)**

-
2. Aile üyelerinin yakınlarının şizofreni süreci ile ilgili kendi davranışlarının hedef ya da değer odaklı olma durumlarını fark edebilmesi
 3. Aile üyelerinin süreç içerisinde uzun vadeli hedeflerini değerleri doğrultusunda eylemleri ile desteklemelerinin sağlanması
 4. Aile üyelerinin şizofreni sürecindeki kısa vadeli davranışlarının kazanımlarına ne ölçüde engel olduğunun fark edilmesi

Değerlendirme:

Aile üyelerinden mevcut oturumun kendilerine katkı düzeyini 1'den 10'a kadar puanlamalarının istenmesi



Ek 10. Ölçek İzinleri

Drive Tercihler

ntla Tümüne Yanıt Ver İlet Arşivle Sil İstenmeyen Posta Değil İşlemler Daha Fazla Oku Görüntüle

Re: ölçek izni hk. 1 mesaj

Kimden: myildiz60 Kime: ercan tunc 26 Şubat 2021 13:23

Merhaba sevgili Ercan,

Aileler için Kendini Damgalama Ölçeğini çalışmada kullanabilirsiniz. İzne gerek yok. Başarı dilekleriyle.

Mustafa YILDIZ, Kocaeli Üniversitesi

On Thursday, February 25, 2021, 05:49:00 PM GMT+3, Ercan Tunc <ercan.tunc@omu.edu.tr> wrote:

Sayın hocam,

Umarım iyisinizdir ve her şey yolundadır.

"Şizofreni Tanılı Bireylerin Aile Üyelerine Uygulanan Kabul ve Kararlılık Terapisinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar, Kendini Damgalama ve Psikolojik Esneklik Üzerine Etkisi" başlıklı doktora tez çalışmam için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız "Aileler için Kendini Damgalama Ölçeği"nin kullanım iznine ihtiyaç duymaktayım. Teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla...

Arş. Gör. Ercan TUNÇ
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Windows'u Etkinleştir
Windows'u etkinleştirmek için Ayarlar'a gidin.

Drive Tercihler

ntla Tümüne Yanıt Ver İlet Arşivle Sil İstenmeyen Posta İşlemler Daha Fazla Oku Görüntüle

ölçek izni hk. 2 mesaj

Kimden: abilge73 Kime: ercan tunc 25 Şubat 2021 18:29

Sevgili Ercan,

Doktora tezinde RHİÖ'yü kullanabilirsiniz. Başarılar

Prof.Dr.Ayşegül DÖNMEZ

Alıntı yapılan metni göster - Yanıtla - Tümüne Yanıt Ver - İlet - Daha Fazla İşlem

Kimden: ercan tunc Kime: aysegül bilge abilge73 25 Şubat 2021 17:32

Sayın hocam,

Umarım iyisinizdir ve her şey yolundadır.

"Şizofreni Tanılı Bireylerin Aile Üyelerine Uygulanan Kabul ve Kararlılık Terapisinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar, Kendini Damgalama ve Psikolojik Esneklik Üzerine Etkisi" başlıklı doktora tez çalışmam için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız "Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği"nin kullanım iznine ihtiyaç duymaktayım. Teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla...

Windows'u Etkinleştir
Windows'u etkinleştirmek için Ayarlar'a gidin.

Drive Tercihler

ntla Tümüne Yanıt Ver İlet Arşivle Sil İstenmeyen Posta İşlemler Daha Fazla Oku Görüntüle

ölçek Kullanım İzni Hakkında 1 mesaj

Kimden: karakussena Kime: ercan tunc 1 Mart 2021 12:08

Psikolojik Esneklik Ölçeği.docx (33,2 KB) [İndir](#) | [Evrak çantası](#) | [Kaldır](#)

Merhaba hocam,

tabi ki ölçeği kullanabilirsiniz ölçeğin güncel değerlendirmesinin yer aldığı formunu ekte paylaşıyorum.

Ek 11. Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurul İzni



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI ETİK KURUL KARARLARI

KARAR TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
30.04.2021	04	2021/368

KARAR NO: 2021-368
KARAR NO: Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Ercan TUNÇ' un Dr. Öğr. Üyesi Oya Sevcan ORAK danışmanlığında "Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Danışmanlığın Şizofreni Tanılı Bireylerin Aile Üyelerinde Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar, Kendini Damgalama ve Psikolojik Esneklik Üzerine Etkisi " isimli doktora tezine ilişkin ölçek ve bilgisayar ortamında anket/test çalışmalarını içeren 11895 sayılı dilekçesi okunarak görüşüldü.

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Ercan TUNÇ' un Dr. Öğr. Üyesi Oya Sevcan ORAK danışmanlığında "Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Danışmanlığın Şizofreni Tanılı Bireylerin Aile Üyelerinde Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar, Kendini Damgalama ve Psikolojik Esneklik Üzerine Etkisi" isimli doktora tezine ilişkin ölçek ve bilgisayar ortamında anket/test çalışmalarının kabulüne oy birliği ile karar verildi.

Ek 12. Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAşTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/18-29

13.02.2023

OMÜ Sağlık Bilimleri Fakóltesi tarafından komisyonumuza sunulan Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Danışmanlığın Şizofreni Tanılı Bireylerin Aile Üyelerinde Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar, Kendini Damgalama ve Psikolojik Esneklik Üzerine Etkisi başlıklı Dr. Öğr. Üyesi Oya Sevcan Orak sorumluluğunda Ar.Görv. Ercan TUNÇ'A ait OMÜ TAEK 2023/002 Karar nolu Anket Çalışması nitelikli araştırma projesi amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, OMÜ-TAEK yönergesine göre incelenmiş etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına; çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 11.01.2023 tarihli etik komisyonumuzda oy birliği ile karar verilmiştir

Prof. Dr. Ramis ÇOLAK
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı



Ek 13. Kurum İzni



T.C.
SAMSUN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SAMSUN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - SAMSUN İDARI
HİZMETLER BİRİMİ
04/03/2022 10:10 - E-26521195 - 604.01.02 - 435



Sayı : E-26521195-604.01.02
Konu : Ercan TUNÇ'un Doktora Tezi Onayı

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nin 16/12/2021 tarihli ve 61646299-E-72975315-044-166758 sayılı yazısı.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı doktora öğrencisi Ercan TUNÇ'un Dr. Öğr. Üyesi Oya Sevcan ORAK danışmanlığında yürüteceği "Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Danışmanlığın Şizofreni Tanılı Bireylerin Aile Üyelerinde Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar, Kendini Damgalama ve Psikolojik Esneklik Üzerine Etkisi" konulu doktora tezini yapması Müdürlüğümüz "Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu" tarafından hastalarla irtibatın kurum yetkilileri tarafından kurulması durumunda uygun görülmüştür.

Müdürlüğümüz ile imzalanan "Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü" yazımız ekinde sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Muhammet Ali ORUÇ
İl Sağlık Müdürü

Ek: Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü

Dağıtım:

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörlüğü

Samsun Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı

Samsun Gazi Devlet Hastanesi (Gazi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi)

Samsun Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesi (Pelitköy Toplum Ruh Sağlığı Merkezi)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Onaylanış Tarihi: 04/03/2022 10:10 y. Belge Onaylayan Adresi: http://samsun.gov.tr/arsiv/arsiv-ebys
İlkadım/Samsun Dahili No:1046

Telefon: Faks No: 03624405890

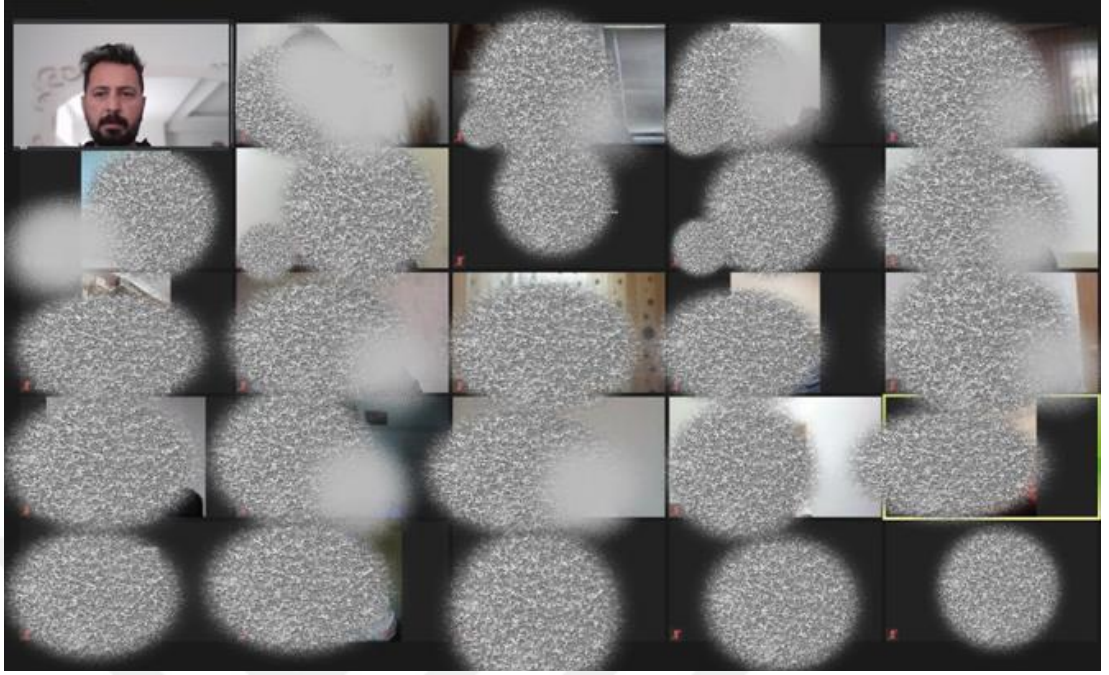
e-Posta: mevhide.alpaslan@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

Telefon No: (0 362) 311 25 00

ARAR
HEMŞİRE



Ek 14. Online Uygulama Grubu Fotoğraf Örneği



ÖZGEÇMİŞ

Ercan Tunç, 2012 yılında İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nden mezun olmuştur. Tunç, lisans mezuniyetinin ardından 3,5 yıl İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde Koroner Anjiyo Hemşiresi olarak çalışmış, 2016 yılı mayıs ayında Yükseköğretim Kurulu'nun Öğretim Üyesi Yetiştirme Programı (ÖYP) ile Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'na araştırma görevlisi olarak atanmıştır. 2019 yılında yüksek lisansını Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda "Koroner anjiyografiye girecek hastaların işlem ile ilgili bilgi olma durumlarına göre algılanan stres ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi" başlıklı tezi ile tamamlayan Tunç, iyi derecede İngilizce bilmektedir. Akademik ilgi alanları; kabul ve kararlılık terapisi, psikososyal bakım, dezavantajlı gruplar, konsültasyon liyezon psikiyatrisi ve klinik psikiyatridir.

ORCID ID: 0000-0002-3485-953X

Yayınlar:

Dergi Makalesi/Derleme

1) Oya Sevcan Orak, **Ercan Tunç**. Covid-19 Pandemic Period in Turkish Society: A Study on Experiences, Phobia and Coping with Coronavirus, Journal of TOGU Health Sciences, 2, 2, 5 / 2022 [Uluslararası]

2) Serap Güleç Keskin, Oya Sevcan Orak, Kübra Gülırmak, **Ercan Tunç**, Kübra Gümüştekin, Elif Güzide Emirza, Yiğit Tolga Cengizhan. LGBT People's Experiences of Stigmatization: A Phenomenologic Study, Abant Sosyal Bilimler Dergisi, 22, 1, 3 / 2022, doi: 10.11616/asbi.1026044 [Ulusal]

3) Oya Sevcan Orak, Hatice Durmaz, Serap Güleç, **Ercan Tunç**, Sinan Vatansever. Bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kullandıkları Kontrol Yöntemleri ve Kullanım Nedenleri Açısından Empatik Eğilim Düzeylerinin İncelenmesi, Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi, 5, 1, 6 / 2020 [Uluslararası]

4) Oya Sevcan Orak, **Ercan Tunç**, İnci İren, Merve Aksöz. Psychosocial Problems and Unfulfilled Care Needs of Hospitalized Children as Perceived by Their Parents, Middle Black Sea Journal of Health Science, 6, 1, 4 / 2020, doi: 10.19127/mbsjohs.704478 [Uluslararası]

5) **Ercan Tunç**, Serap Güleç Keskin. Determining the Levels of Perceived Stress and Anxiety in Patients Undergoing Coronary Angiography in Accordance with Their Status of Being Informed About the Procedure, Journal of Radiology Nursing, 39, 4, 12 / 2020, doi: 10.1016/j.jradnu.2020.06.009 [Uluslararası]

6) Oya Sevcan Orak, **Ercan Tunç**, Gonca Aktaş, Kübra Gülırmak, Sinan Vatansever. Maskeli İstismar: Munchausen by Proxy Sendromu, 3, 2, 7 / 2017 [Ulusal]

Kitap Bölümü

1) Serap Güleç Keskin, **Ercan Tunç**. ÜLKELERARASI KÜLTÜREL FARKLILIKLAR VE KÜLTÜRLERARASI HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI, Bölüm: Almanya, 6 / 2023 [Uluslararası]

2) **Ercan Tunç**, Oya Sevcan Orak. GERİATRİK PSİKİYATRİ, Bölüm: Yaşlılık Döneminde Psikolojik Sağlamlık, 10 / 2022 [Uluslararası]

3) **Ercan Tunç**, Oya Sevcan Orak. YETİŞKİN ENGELLİ BİREYLERİN EĞİTİMİ, Bölüm: Engelli Bireylerin Psikolojisi, 5 / 2022 [Ulusal]

4) Serap Güleç Keskin, **Ercan Tunç**. TÜRKİYE'DE KÜLTÜREL ÇEŞİTLİLİK VE GELENEKSEL SAĞLIK UYGULAMALARI, Bölüm: Ermenilerde Kültürel Çeşitlilik ve Geleneksel Sağlık Uygulamaları, 10 / 2020 [Uluslararası]

Kazanılan Ödüller

1) Sözel Bildiri Birincilik Ödülü (Ondokuz Mayıs Üniversitesi, III. Lisansüstü Hemşirelik Araştırmaları Sempozyumu, Samsun, 2022)