



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI

KRONİK RUHSAL BOZUKLUĞA SAHİP BİREYLERE
UYGULANAN AKRAN EĞİTİMİ DESTEKLİ PSİKOSOSYAL
BECERİ EĞİTİMİNİN HASTALARIN DAMGALANMA
ALGILARINA, İŞLEVSELLİK VE İÇGÖRÜ DÜZEYLERİNE
ETKİSİ

DOKTORA TEZİ

Halil İbrahim BİLKAY

Danışman

Prof. Dr. Nermin GÜRHAN

TOKAT- 2024

ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Prof. Dr. Nermin GÜRHAN danışmanlığında hazırlamış olduğum **“Kronik Ruhsal Bozukluğa Sahip Bireylere Uygulanan Akran Eğitimi Destekli Psikososyal Beceri Eğitiminin Hastaların Damgalanma Algılarına, İşlevsellik ve İçgörü Düzeylerine Etkisi”** adlı Doktora tezinin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

.../.../...

Halil İbrahim BİLKAY

İmza

JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI

Halil İbrahim BİLKAY tarafından hazırlanan “**Kronik Ruhsal Bozukluğa Sahip Bireylere Uygulanan Akran Eğitimi Destekli Psikososyal Beceri Eğitiminin Hastaların Damgalanma Algılarına, İşlevsellik ve İçgörü Düzeylerine Etkisi**” adlı tez çalışmasının savunma sınavı 23/02/2024 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen Jüri tarafından Oy Birliği ile Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı’nda Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı Soyadı)**İmzası**

Üye (Başkan) : Doç. Dr. Bahadır GENİŞ

.....

Üye :Prof. Dr. Nermin GÜRHAN

.....

Üye :Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR

.....

Üye :Dr. Öğr. Üyesi Tülay YILMAZ BİNGÖL

.....

Üye :Dr. Öğr. Üyesi Birgül VURAL

.....

ONAY

...../...../.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

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

Doktora sürecimde kendisinden ders alma şansını elde ettiğimiz ve benimsemiş olduğu psikiyatri hemşireliği felsefisi, bakış açısı ve deneyimleri ile yolumuza aydınlatan Sayın Prof. Dr. Gülşen TERAKEY’e,

Tez izleme komitesi toplantıları boyunca çalışmama yapmış oldukları katkılardan dolayı Sayın Doç. Dr. Bahadır GENİŞ’e, Dr. Öğr. Üyesi Tülay YILMAZ BİNGÖL’e ve çalışmam hakkında uzman görüşü aldığım tüm öğretim üyelerine,

Veri toplama sürecinde olağanüstü bir çaba ile desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, zor olan uygulama sürecimi yoğun bir çabayla kolaylaştıran ve bu sürecimi anlamlı kılan başta Uzm. Dr. Merve BİLGİN KOÇAK, Psikolog Bektaş ZEYTÜNLÜ, Ergoterapist Hüseyin ALİŞAN, Hemşire Elem ÇABUK ve Çiğdem KÖROĞLU olmak üzere tüm Pelitköy Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanlarına,

Aynı zamanda çalışmaya katılmayı kabul eden ve eğitimlere büyük bir özveri ve cesaretle katılan akran lider ve kronik ruhsal bozukluk tanısı almış tüm katılımcılara,

Berber doktora serüvenine başladığım ve bu yolculukta benzer deneyimler yaşadığımız için zor zamanlarımızda birbirimizden güç ve akran desteği aldığımız yol arkadaşlarım Burak ŞİRİN, Tuğba SARI, Büşra ALTINTAŞ KARAYUMAK ve Ceyda ÖZTÜRK AKDENİZ’e,

Çalışma hayatım boyunca akademik yolculuğuma tanıklık etmiş, sabır, anlayış ve sevgileriyle birlikte desteklerini hiçbir zaman esirgememiş Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’ndeki hemşire arkadaşlarıma ve diğer tüm çalışanlarına,

Yaşamım boyunca varlıklarından her zaman güç aldığım, sadece akademik sürecimden değil hayatımın her alanında desteklerini ve sevgilerini her zaman hissettiğim anneme, babama, ablama ve ailem bildiğim tüm dostlarıma,

Son olarak akademik hayatımın en başından en sonuna kadar karşılaştığım tüm zorluklara rağmen başarıyla tamamlayabildiğim için kendime teşekkür ederim....

Halil İbrahim BİLKAY

İTHAF

“Benim manevi mirasım bilim ve akıldır. Benden sonrakiler, bizim aşmak zorunda olduğumuz çetin ve köklü zorluklar karşısında, gayelere tamamen eremediğimizi fakat asla taviz vermediğimizi, akıl ve bilmi rehber edindiğimizi tasdik edeceklerdir.”

Mustafa Kemal ATATÜRK, 1923.

Ülkemizde bilime ve akla önem veren Ulu Önderimiz Mustafa Kemal Atatürk’ün bizlere miras bıraktığı Cumhuriyetimizin 100. yılında belirli bir gaye ve çeşitli zorluklarla yürüttüğüm bu doktora tezimi ülkemiz için canlarını hiçe sayarak feda eden aziz şehitlerimize ithaf ediyorum...

Saygı ve Minnetle.

Halil İbrahim BİLKAY
12.01.2024

ÖZET

KRONİK RUHSAL BOZUKLUĞA SAHİP BİREYLERE UYGULANAN AKRAN EĞİTİMİ DESTEKLİ PSİKOSOSYAL BECERİ EĞİTİMİNİN HASTALARIN DAMGALANMA ALGILARINA, İŞLEVSELLİK VE İÇGÖRÜ DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Bilkay, Halil İbrahim

Doktora, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nermin GÜRHAN

Şubat 2024, xiii + 121 sayfa

Bu araştırmada akran eğitimi destekli verilen psikososyal beceri eğitiminin kronik ruhsal bozukluğa sahip bireylerin damgalanma algıları, işlevsellik ve içgörü düzeylerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada nicel ve nitel yöntemlerim birarada kullanıldığı karma yöntem desenlerinden açımlayıcı sıralı karma yöntem deseni kullanılmıştır. Araştırmanın nicel boyutunda ön test, ara ölçüm-1, ara ölçüm-2, sontest-1, sontest-2 ölçümlerinden oluşan randomize kontrollü bir deneysel çalışma tasarımı, nitel boyutunda ise fenomenolojik çalışma deseni benimsenmiştir. Araştırmanın örneklemini Samsun iline bağlı Pelitköy Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde takibi yapılan ve kronik ruhsal bozukluğa sahip 38 birey (Deney grubu:19, Kontrol grubu:19) oluşturmaktadır. Araştırmanın üç aşamadan oluşan veri toplama süreci 07.07.2023-29.09.2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Birinci aşamada dâhil edilme kriterlerine göre belirlenen 3 hastaya araştırmacı tarafından 8 oturumdan oluşan “Akran Eğitimi Destekli Psikososyal Beceri Eğitimi-Uygulayıcı Eğitimi” verilmiştir. İkinci aşamasında randomizasyon ile belirlenen deney grubuna uygulayıcı eğitimi alan akranlar tarafından 6 oturumdan oluşan “Akran Eğitimi Destekli Psikososyal Beceri Eğitimi (AE-PSBE)” araştırmacının desteği ile uygulanmıştır. Bu süreçte veri toplama aracı olarak “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Kendini Damgalama Ölçeği (KDÖ)”, “Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ)” ve “Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ)” kullanılmıştır. Araştırma süreci, çalışmanın üçüncü aşamasında deney grubundan 12 katılımcıyla bireysel olarak yapılan yarı yapılandırılmış görüşmeyle sona erdi. Araştırmanın nicel bulgularına göre eğitimin deney grubunda yer alan hastaların kontrol grubuna göre TİDÖ toplam puanları üzerinde

anlamlı bir etki oluşturmuş ($p<0.05$) ve %35,8 düzeyinde anlamlı ve geniş bir etki saptanmıştır ($\eta^2=0.358$; $p=0.005$). KDÖ ve BBiÖ toplam puan ortalamalarında deney ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Eğitimin etkinliğine yönelik gerçekleştirilen yarı yapılandırılmış görüşmeler sonucunda katılımcıların ifadeleri tematik analiz yöntemi ile kategorize edildi. Analiz sonucunda “Akran Desteği”, “Etkili Alanlar”, “Etkinliği Sınırlı Alanlar”, “Eğitim Etkinliğini Etkileyen Faktörler” ve “Öneriler” ana temaları altında toplam 5 ana tema ve 24 alt tema oluşturulmuştur. Mevcut nitel ve nicel bulgular entegre edilerek nicel bulgular temalar ile desteklenmiştir. Çalışma sonucunda AE-PSBE’nin kronik ruhsal bozukluğa sahip bireylerin işlevsellik düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak etkili olduğu, kendini damgalama ve bilişsel içgörü düzeylerinde anlamlı bir etki yaratmadığı saptanmıştır. Bununla beraber uygulama sonucunda hastaların özgüven, iletişim becerileri, topluma uyum ve özbakım becerileri üzerine olumlu etkileri olmakla birlikte, kronik ruhsal bozukluklara ve damgalanma deneyimine yönelik bilgi ve farkındalık düzeylerinde artış olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır. Bu sonuçlara dayanarak psikiyatri hemşirelerinin ve diğer ruh sağlığı profesyonellerinin akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitimi gibi akran eğitimi destekli müdahaleleri geliştirip toplum ruh sağlığı sistemine entegre etmeleri önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akran Desteği, Psikososyal Beceri Eğitimi, Toplumsal İşlevsellik, Damgalanma, Bilişsel İçgörü

ABSTRACT

**IMPACT OF PEER EDUCATION-SUPPORTED PSYCHOSOCIAL SKILLS
TRAINING APPLIED TO INDIVIDUALS WITH CHRONIC MENTAL DISORDER
ON PATIENTS' PERCEPTIONS OF STIGMA, LEVELS OF FUNCTIONALITY
AND INSIGHT**

Bilkay, Halil İbrahim

PhD Thesis, Psychiatric Nursing Department

Advisor: Prof.Dr. Nermin GÜRHAN

February 2024, xiii + 121 pages

The aim of this study was to evaluate the impact of psychosocial skills training supported by peer education on stigma perception, functionality and insight levels of people with chronic mental disorders. The research used an exploratory sequential mixed-methods design, one of the mixed-methods designs in which quantitative and qualitative methods are used together. In the quantitative dimension of the research, a randomised controlled experimental study design was adopted, consisting of a pre-test, interim measurement-1, interim measurement-2, post-test 1, and post-test 2. For the qualitative dimension, a phenomenological study design was adopted. The sample of the study consists of 38 individuals with chronic mental disorders (Experimental group: 19, Control group: 19) who are being followed up at the Pelitköy Community Mental Health Centre in Samsun. The research's data collection process, which comprised of three stages, occurred from 07.07.2023 to 29.09.2023. During the initial stage, the researcher provided eight sessions of 'Peer Education Supported Psychosocial Skills Training - Practitioner Training' to three patients who met the inclusion criteria. In the second stage, the experimental group, determined by randomization, received "Peer Education Supported Psychosocial Skills Training (PE-PST)," consisting of 6 sessions provided by peers who had received practitioner training and were supported by the researcher. The data collection tools used in this process were the 'Introductory Information Form', the 'Self-Stigma Scale (SSS)', the 'Social Functioning Assessment Scale (SFAS)', and the 'Beck Cognitive Insight Scale (BCIS)'. The research process concluded with a semi-structured interview of 12 participants from the experimental group in the third stage of the study. The study's

quantitative findings indicate that the training had a significant impact on the SFAS total scores of patients in the experimental group compared to the control group ($p < 0.05$). Additionally, a significant and large effect was observed at a level of 35.8% ($\eta^2 = 0.358$; $p = 0.005$). There was no significant difference between the experimental and control groups in the SSS and BCIS total score averages ($p > 0.05$). Following semi-structured interviews on the effectiveness of the training, participants' statements were analysed thematically. The analysis resulted in 5 main themes and 24 sub-themes, categorised as 'Peer Support', 'Effective Areas', 'Areas with Limitations of Effectiveness', 'Influencing Factors', and 'Suggestions'. Qualitative and quantitative findings were integrated, and themes were used to support the quantitative findings. The study found that PE-PST had a statistically significant effect on the functional levels of individuals with chronic mental disorders. There was no significant effect on the levels of self-stigma and cognitive insight. However, the training resulted in positive effects on the patients' self-confidence, communication skills, social adaptation, and self-care skills. Additionally, it increased their knowledge and awareness levels regarding chronic mental disorders and experiences of stigma. Based on these results, it is recommended that psychiatric nurses and other mental health professionals develop and integrate peer education-supported interventions, such as peer education-supported psychosocial skills training, into the community mental health system.

Keywords: Peer Support, Psychosocial Skills Training, Social Functionality, Stigma, Cognitive Insight

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ETİK SÖZLEŞME	i
JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI	ii
TEŞEKKÜR	iii
İTHAF	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vii
TABLolar LİSTESİ	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ	xii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi	6
2. GENEL BİLGİLER.....	8
2.1. Kronik Ruhsal Bozukluklar	8
2.2. Kronik Ruhsal Bozukluklarda Kendini Damgalama	11
2.3. Kronik Ruhsal Bozukluklarda Toplumsal İşlevsellik	13
2.4. Kronik Ruhsal Bozukluklarda İçgörü	15
2.5. Kronik Ruhsal Bozukluklarda Akran Desteği	17
2.6. Kronik Ruhsal Bozukluklarda Psikososyal Beceri Eğitimleri	19
2.7. Kronik Ruhsal Bozukluklar ve Psikiyatri Hemşireliği	22
3. YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Tasarımı	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	28
3.3.1. Nicel Yöntem	28
3.3.2. Nitel Yöntem.....	31
3.4. Araştırmanın Soruları ve Hipotezleri.....	32
3.5. Araştırmanın Değişkenleri ve Veri Toplama Araçları.....	33
3.5.1. Veri Toplama Araçları	33
3.6. Veri Toplama Süreci	36
3.7. Akran Eğitimi Destekli Psikososyal Beceri Eğitimi (AE-PSBE).....	42
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	44
3.8.1. Nicel Verilerin Değerlendirilmesi	44

3.8.2. Nitel Verilerin Değerlendirilmesi	45
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	46
3.10. Araştırmanın Güçlü Yanları ve Sınırlılıkları	46
4. BULGULAR.....	48
4.1. Nicel Bulgular.....	49
4.1.1. Deney ve Kontrol Gruplarının Tanıtıcı Bilgilerine Yönelik Bulgular.....	49
4.1.2. Kendini Damgalama Değişkenine Yönelik Nicel Bulgular.....	51
4.2. Nitel Bulgular	56
5. TARTIŞMA.....	68
5.1. Kendini Damgalama Değişkenine Yönelik Bulguların Tartışılması	68
5.2. Toplumsal İşlevsellik Değişkenine Yönelik Bulguların Tartışılması.....	71
5.3. Bilişsel İçgörü Değişkenine Yönelik Bulguların Tartışılması	74
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	78
KAYNAKLAR	80
EKLER	95
ÖZGEÇMİŞ	121

TABLOLAR LİSTESİ

- Tablo 2.1.** : Akran ile İlgili Kavramlar ve Açıklamaları
- Tablo 3.1** : Dâhil Edilme Kriterlerine Göre Belirlenen Akran Eğitici Liderlerin Tanımlayıcı Özellikleri
- Tablo 3.2** : Nicel Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler
- Tablo 4.1** :Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması
- Tablo 4.2** : Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların KDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması
- Tablo 4.3** : Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların TİDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması
- Tablo 4.4** :Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanlarına İlişkin Karışık Ölçümler İçin İki Faktörlü Anova Sonuçları
- Tablo 4.5** : Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların BBIÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması
- Tablo 4.6** : Yarı Yapılandırılmış Görüşme Yapılan Katılımcıların Tanıtıcı Bilgileri
- Tablo 4.7** : Ana Temalar ve Alt Temalar

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 3.1** :Açımlayıcı Sıralı Karma Yöntem Deseni
- Şekil 3.2** :Araştırmanın Veri Toplama Sürecine Ait Çalışma Modeli
- Şekil 3.3** :CONSORT Akış Diyagramı
- Şekil 4.1** :Ölçümlere Göre Grupların Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanlarındaki Değişim
- Çizelge 3.1** :Deney ve Kontrol Gruplarının Veri Toplama Sürecine Yönelik Haftalık Planlaması
- Çizelge 3.2** :AE-PSBE Uygulayıcı Eğitiminin Oturum İçeriği
- Çizelge 3.3** :AE-PSBE Oturumlarının Konu Başlıkları

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

AE-PSBE	: Akran Eğitimi Destekli Psikososyal Beceri Eğitimi
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome (<i>Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu</i>)
APA	: American Psychiatric Association
BBİÖ	: Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği
COREQ	: Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
CONSORT	: Consolidated Standards of Reporting Trials
KAEEK	: Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
KDÖ	: Kendini Damgalama Ölçeği
ITT	: Intention-to-treat analizi
Maks	: Maksimum
Med	: Medyan
Min	: Minimum
NİC	: Nicel
NİT	: Nitel
PSBE	: Psikososyal Beceri Eğitimi
RUTBE	: Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
TDK	: Türk Dil Kurumu
TİDÖ	: Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
WHO	: World Health Organization
ark.,	: Arkadaşları
Ort	: Ortalama
Ss	: Standart Sapma
n	: Sayı
η^2	: Etki Değeri (eta kare)
p	: Anlamlılık Değeri
χ^2	: Kikare

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Ruhsal bozukluk kavramı bireylerin duygu, düşünce, davranış ve bilişsel süreçlerinde meydana gelen çeşitli değişiklikler ile karakterize sağlık durumları olarak tanımlanmaktadır (Austin, 2019). Ruhsal bozuklukların en önemli özelliği psikiyatrik semptomların sıklıkla tekrarlanması ve devam etmesidir (Pratt ve ark., 2014). Toplumda yaygın olarak görülmesi ve önemli yeti kayıplarına neden olmalarından dolayı ruhsal bozukluklar kronikleşmenin ön planda olması nedeniyle erken önlem alınması gereken hastalıklar grupları arasındadır. Erken ele alınmadığı takdirde ortaya çıkabilecek kronikleşme ve psikososyal işlevsellikte önemli düzeyde bozulmalar görülebilmesi nedeni ile şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve bipolar bozukluk bu hastalıklar arasında yer almaktadır (Horwitz, 2002; Black ve Andreasen, 2010; Turan, 2019). Bu kronik ruhsal bozukluklar bilişsel, yönetsel ve sosyal beceri alanlarındaki yıkıcı etkilerinden dolayı literatürde “ağır”, “şiddetli”, “kalıcı” veya “ciddi” ruhsal bozukluklar olarak da ele alınmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014; Liu ve ark., 2017; World Health Organization, 2018; Mueser, 2019; Balaban ve ark., 2021; Riley ve ark., 2022). Benzer psikososyal bozukluklara ve sosyal yaşamda kısıtlılıklara neden olması bu durumun sebebi olarak belirtilmektedir (Gühne ve ark., 2020).

Şizofreni ve bipolar bozukluklar dünya çapında en çok yeti yıkımına sebep olan kronik ruhsal bozukluklardandır (Datta ve Chetia, 2023). Hastane ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde yapılan çalışmalarda şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin sosyal işlevsellikte bozulmalar ve yeti kayıpları yaşadıkları belirtilmiştir (Ercan ve Demir, 2019; Ryu ve ark., 2020; Fakorede ve ark., 2020; Varshney ve ark., 2021; Korkmaz ve ark., 2022). Yeti kayıpları ve sosyal işlevselliklerinin bozulması sebebi ile

sosyal ilişkilerde bozulmalar (Fakorede ve ark., 2020), damgalanma, özbakım konusunda isteksizlik, motivasyon eksikliği (Korkmaz ve ark., 2022), finansal düzenlemeler, alışveriş, iletişim ve günlük yaşam becerilerinde yetersizlik (Tungpunkom ve ark., 2012; Buzlu ve Şahin, 2018; Batinic ve ark., 2021) olduğu belirtilmiştir. Bu bağlamda sıklıkla TRSM’de takibi yapılan kronik ruhsal bozukluklara sahip bireylerde görülen yeti kayıpları hastalarda önemli sorunlara yol açtığı görülmektedir (Ercan ve Demir, 2019; Depp ve ark., 2016).

Kronik ruhsal bozukluğa sahip bireylerde görülen bir diğer önemli sorun ise bir hastalıktan mustarip olduklarını tanıma ve kabul etme becerisi olarak tanımlanan iç görü eksikliğidir (Thirioux ve ark., 2020). İçgörü, ruhsal bozukluğun sonuçlarını anlamayı ve tedavi ihtiyacını kabul etmeyi içeren çok boyutlu bir yapı olduğu için ilişkili olduğu değişkenlerin incelendiği çalışmaların artmış olduğu belirtilmektedir (Zhou ve ark., 2015). Yapılan çalışmalar içgörünün ciddi ruhsal bozukluklarda önemli bir sorun olduğunu, sosyal işlevsellikte bozulmalar ve hastalık semptomları ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (Zhou ve ark., 2015; Lysaker ve ark., 2018; İbrahim ve ark., 2020). Çok boyutlu bir yapı olması ve kronik ruhsal bozukluğa sahip bireylerin klinik ve işlevsel özelliklerini etkilediği düşünüldüğünde içgörüyü artırmaya yönelik yapılan müdahalelerin önemi artmaktadır (Novick ve ark., 2015; Zhou ve ark., 2015; Murri ve Amore, 2019).

Kronik ruhsal bozuklukların sosyal dezavantajı ile birlikte gelişen ve sosyal işlevsellikle de ilişkili olduğu belirlenen kendini damgalama durumu ise hastalıkların tanınmasını ve içgörü geliştirilmesinin önünde bir engeldir (Murri ve Amore, 2019; Dubreucq ve ark., 2021; Li ve ark., 2021). Kronik ruhsal bozukluklara sahip bireylerin kendini damgalama düzeylerini inceleyen çalışmalarda artış olduğu ve uluslararası

literatürde önemli ve ciddi bir sorun olduğu yapılan başka bir incelemede tespit edilmiştir (Dubreucq ve ark., 2021). Bu nedenle kronik ruhsal bozukluğa sahip bireylerde birbirleriyle ilişkili olabileceği belirtilen işlevsellik, içgörü ve kendini damgalama düzeylerini ele alan psikososyal müdahalelere öncelik verilmesi gerektiği anlaşılmaktadır (Bekiroğlu ve Attepe Özden, 2021; Sun ve ark., 2023).

Psikososyal girişimlerin temel amacı şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almış bireylerde hastalık özyönetimini kazandırmak, tedaviye uyumunu artırmak, hastalığın yıkıcı etkisini azaltmak, hastalığa bağlı sorunlarla bağımsız bir şekilde başa çıkmalarına yardımcı olmak, damgalanma ile başa çıkmak, kendilerini daha yararlı ve üretken bireyler olarak görmelerine ve sosyal ilişkiler kurmalarına yardımcı olmaktır (Yıldız, 2021; Killaspy ve ark., 2022; Sun ve ark., 2023). Bu amaçla ruhsal toplumsal beceri eğitimi (RUTBE) olarak da adlandırılan ve doğrudan sosyal işlevselliği artırma çabasıyla öğrenmeyi içeren psikososyal beceri eğitimleri, psikososyal girişimlerin temel bir bileşeni olarak kabul edilmektedir (Yıldız, 2019; Yıldız, 2021; Aruldass ve ark., 2022). Belirtilen eğitimler şizofreni veya bipolar bozukluk gibi kronik ruhsal bozukluğa sahip bireylerde görülen yeti yıkımı ve işlevselliğini ele alan ve bireylerin toplum içinde bağımsız bir şekilde yaşaması için beceri kazandırılmasına yönelik yapılandırılan müdahaleler olarak bilinmektedir (Bighelli ve ark., 2021; Yıldız ve ark., 2021; Killaspy ve ark., 2022).

Standart bakımla karşılaştırıldığında psikososyal beceri eğitimleri işlevselliği artırmak, hastalık belirtilerini azaltmak ve içgörü kazandırmak için önemli bir yöntem olarak belirtilmiştir (Almerie ve ark., 2015; Söğütoğlu ve ark., 2017; Özdemir ve ark., 2017; Elboğa ve ark., 2019; Yıldız ve ark., 2019a; Yılmaz Karaman ve ark., 2020; O'Connell ve ark., 2020; Yıldız, 2021). Ancak sosyal beceri eğitimlerinde sınırlılıklar olduğu ve geliştirilmesi gerektiğini belirten çalışmalar da literatürde yer almaktadır

(Joseph ve ark., 2016; Turner ve ark., 2018). İlgörü ve işlevsellik üzerinde etkinliğı kanıtlanan psikososyal beceri eğitimlerinin kendini damgalama değışkeni üzerinde incelendiğı çalışmalara ise rastlanılmamış olması psikososyal beceri eğitimleri ile ilgili çalışmalar için bir sınırlılık oluşturmaktadır (Yılmaz ve Okanlı, 2018; Murri ve Amore, 2019; Dubreucq ve ark., 2021; Li ve ark., 2021; Yüksel ve Bahadır-Yılmaz, 2021).

Psikososyal müdahaleler kapsamında ele alınan akran desteğı ruh sağlığı hizmetlerini kullanma veya ruhsal bozukluğu yaşama konusunda kişisel deneyimleri olan bir birey tarafından sağlanan ve kendine yardım grupları ile birlikte değerlendirilen destek alanı olarak tanımlanabilir (White ve ark., 2020; Yıldız, 2021). Hastalık deneyimi olan akran tarafından gerçekleştirilen bu müdahaleler, gönüllü ortamlarda ve ruh sağlığı hizmetinin bir parçası olarak giderek daha yaygın hale gelmektedir (Lloyd-Evans ve ark., 2014; Burke ve ark., 2019; Yıldız, 2021; Li ve ark., 2021; Smit ve ark., 2022; Yim ve ark., 2023).

Ruhsal bozukluklarda akran desteğine yönelik yürütölen çalışmalarda akran hizmetlerinin bakım kalitesine zarar vermediğı ve olağan bakım koşullarına veya akran olmayan yardımcı profesyoneller tarafından sağlanan hizmetlere eşit derecede etkili olduğı sonucuna ulaşılmıştır (Chinman ve ark., 2014; Fuhr ve ark., 2014; Bellamy ve ark., 2017). Benzer hastalık deneyimi ve zorluklar yaşamış bireyler ile aynı grup ortamında yapılan paylaşımlar katılımcıların kendilerini daha az yalnız hissetmesine sebep olmakla birlikte sosyal etkileşim sayesinde de fayda görmektedirler (Drapalski ve ark., 2021). Ayrıca ruh sağlığı sorunları yaşamamanın utanç verici olduğı ya da tabu olması gerektiğı algısını azaltan bir ortam da akran desteğı ile sağlanabilmektedir (Faulkner ve Basset, 2012; Pyle ve ark., 2018). Bu nedenle daha fazla kullanım ve araştırmayla, akran destek hizmetleri, ruh sağlığı hizmetlerinin ciddi ruhsal bozukluğuna sahip bireylerin

iyileşme sürecine yardımcı olma potansiyeline sahip olduğu anlaşılmaktadır (Chinman ve ark., 2014; Killaspy ve ark., 2022).

Akran liderler tarafından gerçekleştirilen akran desteği müdahalelerinin kendini damgalama ve içselleştirilmiş utancın azalması üzerine olumlu etkileri olduğu tespit edilmiştir (Rusinova ve ark., 2014; Pyle ve ark., 2018; Nguyen ve ark., 2022). Ancak akran desteği müdahaleleri kronik ruhsal bozukluğa sahip bireyler için umut vaat etse de yapılan meta analizler sonucunda müdahalelerin etkisinin veya kalitesinin orta veya düşük düzeyde olduğunu gösteren çalışmalar literatürde yer almaktadır (Chinman ve ark., 2014; Pyle ve ark., 2018; Burke ve ark., 2019; Gillard, 2019; White ve ark., 2020; Lyons ve ark., 2021; Smit ve ark., 2022; Yim ve ark., 2023). Şizofreni ve diğer ciddi ruhsal bozukluklar üzerinde akran desteğinin etkisini inceleyen bir derleme çalışmasında akran desteğinin belirgin bir etkisinin olmadığını belirtmekle birlikte bu müdahalelerin klinisyen liderliğindeki desteği ile karşılaştırılırken hiçbir çalışmanın işlevsellik hakkında veri bildirmediğini belirtmiştir (Chien ve ark., 2019). Kronik ruhsal bozukluklar için önemli bir sorun olan içgörüyü ele alan akran destekli müdahalelere ise rastlanılmamıştır.

Akran desteği müdahalelerinde önemli unsurlardan birisi de akran uzmanların sağlık profesyonelleri tarafından desteklenmesidir. Bir sağlık profesyoneli tarafından kolaylaştırılan veya yönlendirilen akran desteği müdahaleleri hariç tutulan bir derleme çalışmasında müdahalelerin etkinliğinde sınırlılıklar tespit edilmiştir (Lyons ve ark., 2021). Bu durum tek başına bir etken olmasa da müdahalelerin etkinliğini etkileyebilecek bir değişken olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle akran eğiticilerin sağlık profesyonelleri tarafından eğitim ve destek sağlanarak desteklenmeleri gerekmektedir (Gillard ve ark., 2022). Ruhsal bozukluğa sahip bireyler ile uzun süreli temas halinde olan ve terapötik ilişki içinde bulunan ruh sağlığı hemşirelerinin akranları yönlendirme ve

desteklemede rol alabileceği ve destekleyebileceği düşünülmektedir (Çalışkan ve ark., 2021). Hemşirelik başta olmak üzere tüm sağlık profesyonellerinin akran desteği çalışanlarının hizmete yapabilecekleri katkılara değer vermesi, kabul etmesi ve desteklemesi önemlidir (Shalaby ve Agyapong, 2020). Ayrıca iyileşme odaklı bakım sunma çabalarını geliştirmek için akran desteği tamamlayıcı bir yöntem olarak görülmelidir (Cleary ve ark., 2018).

Bu bulgulardan yola çıkarak özellikle farklı klinik ortamlarda ve popülasyonlarda akran desteği uygulamasının daha fazla araştırılması gerekmektedir (White ve ark., 2020). Akran desteğinin sunabileceği katkının daha iyi anlaşılabilmesi için akran desteğini ele alan prosedürlerin daha net anlaşılması gerekmektedir ve araştırmaların bu prosedürleri incelemeye göre uyarlanması gerekmektedir (Lloyd -Evans ve ark., 2014; Chinman ve ark., 2019). Müdahalenin etkililiği hakkında kesin sonuçlara varmak için akranlar tarafından geliştirilen, grup akran desteği müdahalelerinin daha yüksek kaliteli denemelerine ihtiyaç vardır (Lyons ve ark., 2021).

1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Konu ile ilgili literatür incelendiğinde kronik ruhsal bozukluklara yönelik psikososyal müdahalelerin önemi anlaşılmaktadır. Psikososyal müdahaleler kapsamında gerçekleştirilen psikososyal beceri eğitimleri ve akran desteği müdahalelerinin işlevsellik, kendini damgalama ve içgörü düzeyinde önemli sonuçları olduğu görülmektedir. Ayrıca akran desteği ile ilgili çalışmalar genellikle uluslararası literatürde olduğu gözlemlenmiş ve ülkemizde yürütülen bir çalışmaya ise rastlanılmamıştır. İlgili müdahalelerin sonuçları umut vaat etse de çeşitli sınırlılıkları da beraberinde getirmektedir. Ulaşılan sonuçlara göre psikososyal beceri eğitimlerinin ve akran liderler tarafından gerçekleştirilen müdahalelerin geliştirilmesi ve daha yüksek kalitede

gerçekleştirilmesi önerilmiştir. Bununla beraber içgörü, işlevsellik ve kendini damgalama değişkenlerin incelendiği güncel psikososyal müdahale çalışmalarının artırılması da önem arz etmektedir.

Bu çalışmada ise kronik ruhsal bozukluğa sahip bireylere uygulanmak üzere altı oturumdan oluşan bir akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitimi müdahalesi geliştirilmiştir. Elde edinilen bulgular doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulan akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitiminin kronik ruhsal bozukluğa sahip bireylerin damgalanma algılarına, işlevsellik ve içgörü düzeylerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Literatürde ruhsal bozukluklar üzerinde etkinliği önemli ölçüde belirlenen akran desteği ve psikososyal beceri eğitimlerini kapsamı ve ele aldığı değişkenler bu çalışmanın özgünlüğünü oluşturmaktadır. Karma yöntem kullanılarak elde edinilen güncel bulgular ve özgün psikososyal müdahale içeriği ile çalışmanın toplum ruh sağlığı ve ruh sağlığı hemşireliği ile ilgili literatüre önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Ruhsal Bozukluklar

Kronik ruhsal bozukluklar psikiyatrik belirtilerin sıklıkla tekrarlaması ve uzun süreler halinde devam etmesi ile karakterize olan ruhsal bozukluklar olarak bilinmektedir (Pratt ve ark., 2014). Şizofreni, bipolar bozukluk ve şizoaffektif bozukluk gibi ruhsal bozukluklarda yeti kayıpları nedeniyle hastalık belirtileri tedavi edilse bile uzun süre devam etmekte ve hem birey hem toplumlar üzerinde ciddi bir yük oluşturmaktadır (Chien ve ark., 2019; Depp ve ark., 2016). Bireyler iki yıldan fazla olacak şekilde ruhsal bozukluğa sahip olmakla birlikte aynı zamanda psikososyal işlevsellikle önemli derecede bozulmalar da görülmektedir (Gühne ve ark., 2020). Amerikan Psikiyatri Birliği ise kronik ruhsal bozuklukları bir veya daha fazla temel yaşam aktivitelerini önemli ölçüde engelleyen veya sınırlayan ciddi işlevsel bozulmayla sonuçlanan bir zihinsel, davranışsal veya duygusal bozukluk olarak tanımlamaktadır. Madde kullanım bozukluklarını ve gelişimsel bozuklukları hariç tutarak majör depresif bozukluk, şizofreni ve bipolar bozukluğu kronik ruhsal bozukluklar olarak değerlendirmektedir (APA, 2022). Özetle belirgin düzeyde semptomlar ve davranış bozukluğu, temel yaşam becerilerinde yetersizlik ve hastalığın uzun süre seyretmesi kronik ruhsal bozukluklar ile ilişkilendirilmiştir (Schinnar ve ark., 1990; Kern, 2023). Benzer sonuçlardan dolayı kronik ruhsal bozukluklar aynı zamanda ağır, ciddi, kalıcı veya şiddetli ruhsal bozukluklar olarak da literatürde belirtilmektedir (Liu ve ark., 2017; World Health Organization, 2018; Balaban ve ark., 2021; Riley ve ark., 2022; APA, 2022; Kern, 2023).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre dünyada her sekiz kişiden biri ruhsal bozukluk ile yaşamaktadır. Kronik ruhsal bozukluklardan olan şizofreni hastalığı ise dünya çapında

yaklaşık 24 milyon kişiyi veya 300 kişiden 1'ini (%0,32) etkilediği düşünülmektedir (World Health Organization, 2022). Yaşam boyu prevalansı ise %1 olarak bildirilmektedir. Dünya üzerindeki tüm topluluklarda ve coğrafi bölgelerde bulunmakla birlikte dünya çapında insidans ve prevalans yaklaşık olarak aynıdır (Sadock, 2015). Küresel çapta 2019 yılında 40 milyon kişinin ise bipolar bozukluk tanısı aldığı belirtilmektedir (World Health Organization, 2022). 11 ülkede yapılan ölçümlere göre Bipolar-I ve Bipolar-II'nin yaşam boyu prevalans oranları sırasıyla %0,6 ve %0,4 olarak saptanmıştır (Merikangas ve ark., 2011). Diğer kronik ruhsal bozukluklardan olan şizoafektif bozukluk, şizofreninin yaklaşık üçte biri kadar sıklıkta görülmekte ve yaşam boyu yaygınlığı %0.3 civarındadır (Wy ve Saadabadi, 2023). Bireylerde en çok işlevsellik kayıplarına sebep olduğu bilinen bu hastalıklar ile ilgili ülkemizde yürütülen toplum temelli epidemiyolojik çalışmalar sınırlı bulunmakta ve psikiyatrik epidemiyolojide durgunluk olduğu belirtilmektedir (Vos ve ark., 2012; Binbay ve ark., 2013). Ayrıca, yapılan çalışmalar psikiyatrik epidemiyoloji konusunda sistematik bir bilgi oluşturmaktan uzak olmakla birlikte çalışmamalarda birincil hedefin akademik ilerleme olduğu düşünülmüştür (Binbay ve ark., 2013).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireyler davranışsal sorunlara yol açan, rol ve sorumlulukları yerine getirmeyi engelleyen farklı bilişsel ve işlevsel yetersizliklere sahiptir (Molu ve ark., 2016). Birçok sağlık ihtiyacı olan savunmasız bir grubu temsil etmekle birlikte bu durum çeşitli sonuçları da beraberinde getirmektedir (Hert ve ark., 2011). Diğer tanı gruplarına göre kronik ruhsal bozukluğa sahip kişiler daha az sağlıklı yaşam tarzlarına ve daha kötü sosyoekonomik koşullara maruz kalmaktadır (Melo ve ark., 2022). Ek olarak sosyal içermelerini ve ruh sağlığını olumsuz etkileyen yoksulluk, işsizlik ve kötü barınma riski altında olduğu bildirilmektedir (Killaspy ve ark., 2022). Yaşanan

yeti kayıpları ile birlikte sosyal ilişkilerde bozulmalar (Fakorede ve ark., 2020), damgalanma, özbakım konusunda isteksizlik (Korkmaz ve ark., 2022), finansal düzenlemeler, alışveriş, iletişim ve günlük yaşam becerilerinde yetersizlik (Tungpunkom ve ark., 2012; Buzlu ve Şahin, 2018; Batinic ve ark., 2021) gibi yaşam kalitesini etkileyen önemli sorunlar yaşanmaktadır (Saavedra ve ark., 2023). Bu sorunlar kronik ruhsal bozukluğa sahip bireyler için oluşturulmuş psikiyatrik rehabilitasyon faaliyetlerinin önemini ortaya koymaktadır.

Kronik ruhsal bozukluklar için kanıta dayalı psikososyal tedavi ve rehabilitasyon müdahaleleri, uyum terapisi, psikoeğitim, bilişsel-davranışçı terapi, kişilerarası ve sosyal ritim terapisi, bilişsel iyileştirme, sosyal beceri eğitimi, aile eğitimi, mesleki rehabilitasyon, vaka yönetimi, iddialı toplum tedavisi, mesleki/sanat terapisi ve akran desteğidir. Bu müdahaleler genellikle şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda semptomların azalmasının, nüksetmenin önlenmesinin, hastaneye yatışların azalmasının, sosyal işlevselliğin artmasının, istihdam oranının artmasının ve tatmin edici yaşam kalitesinin ilaç tedavisine ek olarak bu müdahalelerin kullanılmasıyla mümkün olduğunu ortaya koymaktadır (Yıldız, 2021).

Hastaların çoğu şizofrenik bozukluk tanısına sahip olsa da belirtilen diğer hasta grupları da psikiyatrik rehabilitasyon hizmetlerinden faydalanabilmelidir (Rössler, 2006). Psikiyatri bakımındaki en büyük zorluk ise hastanın iyileşmesini destekleyen ve kişinin hastalığının yeniden tanımlanmasını içeren açık ve rehabilite edici bir ortam yaratmaktır (Rasmus ve ark., 2021). Bu kişilerin, yalnızca ruh sağlığını tedavi etmede etkili olmakla kalmayan, aynı zamanda yaşam tarzı seçimleri konusundaki farkındalıklarını artıran ve bağımsızlığı teşvik ederek yatarak tedavi hizmetlerine olan ihtiyaçlarını azaltan

hizmetlere erişimleri gerekir. Bu nedenle hastanın yaşamının çeşitli alanlarındaki işlevlerini iyileştirmeye odaklanan uygun psikososyal rehabilitasyon müdahalelerinin geliştirilmesi önemlidir (Chwastiak, 2015; Rasmus ve ark., 2021).

2.2. Kronik Ruhsal Bozukluklarda Kendini Damgalama

Damgalama kavramı bir kişinin diğer kişiler tarafından gözden düşürülerek diğer insanlardan ayrı tutulması, aşağılanması ve kötülenmesi olarak tanımlanabilir (Corrigan, 1998). Tarih boyunca kanser, AIDS, lepra gibi çeşitli hastalıklara sahip bireylerin toplum tarafından damgalanmaya maruz kalmıştır. Ruhsal bozukluklar ise toplumda yer alan olumsuz inanç ve önyargılardan dolayı damgalanan hastalıklar içerisinde yer almaktadır (Baysal, 2013; Abi Doumit ve ark., 2019). Toplum ruhsal bozukluğa sahip kişilerin tehlikeli olduğuna dair korkusu (önyargı) ve inancı (stereotip) nedeniyle bu kişilerden uzak durmayı seçebilir (Corrigan ve Rao, 2012). Ruhsal bozukluğun kronikleşmesi ile bireyler toplum tarafından dışlanmakla beraber bu durumu içselleştirebilmekte ve iyileşme süreçleri olumsuz etkilenebilmektedir (Baysal, 2013; Kaşlı ve ark., 2021). Bu durum kendini damgalama veya içselleştirilmiş damgalanma olarak kabul görmüştür (Dubreucq ve ark., 2021).

Ciddi ruhsal bozukluğa sahip bireyler ile ilgili yapılan güncel bir meta analiz çalışması ortalama olarak hastaların %31,3'ünün yüksek düzeyde kendini damgaladığını bildirmiştir (Dubreucq ve ark., 2021). Kendini damgalamanın yaygınlığı ve ciddiyeti ülkeler ve coğrafi bölgeler arasında farklılık gösterse de (Dubreucq ve ark., 2021), mevcut bulgular, kendini damgalamanın klinik ve psikososyal ilişkilerinin doğasının ülkeler ve kıtalar arasında benzer olduğunu göstermektedir (Sarraf ve ark., 2022). Bu durum kronik ruhsal bozukluğa sahip kişiler için çeşitli olasılıklara ve zorluklara sebep olmaktadır

(Yanos ve ark., 2008; Corrigan ve Rao, 2012). Kronik bir ruhsal hastalığı olan kişilerin daha önce sahip olduğu veya umut ettiği kimliklerini kaybetmesi (öğrenci olarak benlik, çalışan olarak benlik, ebeveyn olarak benlik vb.) ve damgalayıcı görüşler benimsemesi (tehlikeli olarak benlik, beceriksiz olarak benlik vb.) tipik olarak kendini damgalama veya içselleştirilmiş damgalanma kavramlarıyla ilişkilidir (Yanos ve ark., 2008). Kendini damgalayan bireyin umudunu ve özgüvenini azaldığı, özsaygı ve özyeterlilik düzeyinde azalmalar olduğu, depresif belirtiler, sosyal kaçınma ve kaçınmacı başa çıkma stratejilerini kullandığı ve bunlara bağlı olarak iyileşmeyle ilgili olumsuz sonuçlara yol açtığı bildirilmektedir (Yanos ve ark., 2008; Corrigan ve Rao, 2012). Ruhsal bozukluk tanısı alan kişilere ilişkin olumsuz görüşler en çok işgücü piyasasında görülmektedir. Hastalar iş yerinde pek çok ayrımcılığa maruz kalmakla birlikte istihdam oranları daha düşük ve ortalama maaşları sağlıklı olanlara göre daha düşük olabilmektedir (Podogrodzka-Niell ve Tyszkowska, 2014). Genel olarak literatürde yer alan bulgular, sosyal damgalamayı kabul etme ve içselleştirme sürecinin, insanların kendileri hakkındaki algılama ve hissetme şekillerini, plan yapma ve yaşam hedeflerine ulaşma olasılıklarını değiştirdiğini, onları başkalarından kaçınmaya ve depresyon yaşamaya yönlendirdiğini bildirmektedir (Yanos ve ark., 2008; Corrigan ve Rao, 2012; Podogrodzka-Niell ve Tyszkowska, 2014; Dubreucq ve ark., 2021). Bu sonuçlar kronik ruhsal bozukluğa sahip bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini engellemekte ve işlevselliklerini etkileyerek iyileşme sürecini olumsuz etkileyebilmektedir (Podogrodzka-Niell ve Tyszkowska, 2014; Knaak ve ark., 2017).

İçselleştirilmiş damgalanma ile iyileşme arasındaki olumsuz ilişki göz önüne alındığında (Yanos ve ark., 2008), kronik ruhsal bozukluğa sahip kişilerde iyileşme umutlarını artırmak için damgalanma algısını azaltmaya çalışan müdahaleler hem

psikiyatrik rehabilitasyonda hem de topluma uyumda önemlidir (Tsang ve ark., 2016; Alonso ve ark., 2019). Kronik ruhsal bozukluğa sahip bireylerin içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin azaltılmasına yönelik yapılan çalışmalarda çeşitli müdahaleler geliştirilmiştir (Büchter ve Messer, 2017; Catthoor ve ark., 2020). Bu müdahaleler birçoğu ruhsal bozukluklarla ilgili yanlış anlamaları ortadan kaldırmak için psikoeğitim, kendini damgalayan düşüncelerle mücadele için bilişsel teknikler, kişisel güçlü yönlerin güçlendirilmesi, akran desteği ve kendini damgalamayı önlemek için pratik becerileri içermektedir (Corrigan ve Calabrese, 2005; White ve ark., 2020). Yürütülen müdahalelerden çoğunlukla psikoeğitimsel uygulamaların etkinliği meta analiz çalışmalarıyla kanıtlanmıştır (Corrigan ve ark., 2012; Tsang ve ark., 2016; Morgan ve ark., 2018; Drapalski ve ark., 2021).

2.3. Kronik Ruhsal Bozukluklarda Toplumsal İşlevsellik

Ruhsal bozukluğa sahip bireylerin banyo yapma, alışveriş yapma, başkalarıyla iletişime geçmek, diş fırçalamak, evi temizlemek, para yönetimi, arkadaş edinmek, tıraş olmak ve çevreden bağımsız davranmak gibi en basit alanlarda bile zorluklar yaşadığı bilinmektedir (Tungpunkom ve ark., 2012). Bu durum işlevsellik kavramının önemini ortaya koymaktadır. Türk Dil Kurumu (TDK)'na göre işlevsellik kullanılabilir veya çalışır durumda olmak şeklinde tanımlanmaktadır (TDK, 2023). Ruhsal bozukluklarda ise söz konusu işlevsellikte bozulmalar olduğu belirtilmekle birlikte işlevsellikte bozulma kavramı karmaşıktır ve farklı yaşam alanlarını kapsamaktadır (Salles ve ark., 2016).

Kronik ruhsal bozukluklarda işlevsellik bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme yeteneği ile ilişkilendirilmektedir. Genel tanımı itibari ile ruhsal bozukluklarda görülen işlevsellik bireyin bilişsel, sosyal veya mesleki beceri alanlarındaki aktivitelerini

ne ölçüde sürdürebildiğini ifade etmektedir (WHO, 2022). Şizofreni ve bipolar bozukluk gibi ciddi kronik ruhsal bozukluklarda işlevsellik kaybının önemli bir sorun olduğu görülmektedir (American Psychiatric Association, 2013). Bipolar bozukluğun genellikle şizofreniye göre daha iyi işlevsel sonuçlara sahip olduğu kabul edilmektedir. Ancak çalışmalar, bipolar hastalarda klinik remisyonda olsalar bile işlevselliğin düşük olduğunu öne sürmektedir (Sanchez-Moreno ve ark., 2009). Benzer şekilde şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanısı almış bireyler üzerinde yapılmış çalışmalarda bireylerde bilişsel, sosyal ve mesleki yönden yetersizlik olduğunu bildirmiştir (Grant ve Beck, 2009; Thomas ve ark., 2017; WHO, 2020).

İşlevselliğin değerlendirilmesinde birçok ölçüm aracı geliştirilse (Birchwood ve ark., 1990; Hall, 1995; Rosa ve ark., 2007; Llorca ve ark., 2009; Aydemir ve Uykur, 2012; Yıldız ve ark., 2018) de işlevsellik genellikle bireylerin yaşadığı kültüre göre şekillenmektedir. Bu nedenle toplumun alışkanlıkları ve kültürün oluşturduğu alışkanlıkların bilinmesi bireylerin hastalıkla birlikte hangi işlevlerini kaybettiklerini ve iyileşerek de neleri tekrar kazandıklarının daha verimli bir şekilde değerlendirmesi adına önemli bulunmaktadır. İncelenen ölçek çalışmalarında işlevsellikle ilgili alanlarda Türk kültürüne uygun belirli işlevsellik alanları belirlenmiştir. Bu değerlendirmeye göre ülkemizin kültürüne uygun beş işlevsellik alanı belirlenmiştir: 1. Özbakım, 2. Bağımsız yaşam (özerklik), 3. Kişilerarası ilişkiler (aile, arkadaş, komşular vb.), 4. Boş zamanı değerlendirme ve eğlenti, 5. İş, okul vb. mesleki etkinlikler ve sorumluluklar (Yıldız ve ark., 2017). Belirlenen alanlarda yaşanan işlevsellik kayıplarının ilaç tedavisine ek olarak çeşitli psikososyal müdahaleler ile tekrar kazandırılması amaçlanmış ve yapılan çalışmalarda rehabilitasyon faaliyetleri içerisinde yürütülen beceri eğitimleri gibi

müdahalelerin etkinliği kanıtlanmıştır (Yıldız, 2021; McDonagh ve ark., 2022; Bilkay ve ark., 2023).

2.4. Kronik Ruhsal Bozukluklarda İçgörü

Genel anlamı itibari ile içgörü bireyin kendi iç dünyasını ve sorunlarını anlama becerisi olarak tanımlanmıştır (Aslan ve Altınöz, 2010). Ruhsal bozukluklarda ise hastalığın sonuçlarını anlamayı ve tedavi ihtiyacını kabul etmeyi içeren çok boyutlu bir yapı olarak bilinmektedir (Zhou ve ark., 2015). Lewis (1934), içgörüyü "bireyin kendisinde var olan hastalıklı değişime karşı doğru tutum ve hastalığın ruhsal olduğunun farkına varılması" olarak tanımlamıştır. O zamandan bu yana ruhsal hastalığa ilişkin içgörü kavramı çok boyutlu bir yapı olarak görülmektedir (Amador ve Strauss, 1993, David, 1990). İçgörünün en çok kullanılan tanımlarından biri ise David (1990) tarafından yapılmıştır. İçgörünün tanımını genişletmiş ve üç bölümün bileşimi olarak tanımlamıştır: (a) hastalığın farkındalığı, (b) tedaviye uyum ve (c) semptomların hastalığa atfedilmesi (Van Camp ve ark., 2017).

Toplum dilinde inkâr olarak da adlandırılan içgörü kavramı tipik olarak şizofreni, bağımlılıklar, bipolar bozukluk, Alzheimer ve hatta kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik bozukluklardaki fenomeni tanımlamak için kullanılmaktadır. Bu tanımlamalarda belirtilen farkındalık, genel olarak hasta olma durumuna ve hafıza veya sosyal davranıştaki bozulmayı yargılama kapasitesine atıfta bulunmaktadır. Aynı zamanda sanrılar ve halüsinasyonlar gibi deneyimlerin veya semptomların içeriğinin gerçek olmadığına ilişkin yargılarda da bu kavram kullanılmaktadır (David ve ark., 2012).

Kronik ruhsal bozukluğa sahip bireylerde hastalığa sahip olduklarını bilme ve kabul etme becerisi olarak tanımlanan içgörü eksikliği önemli bir sorun olarak literatürde

belirlenmektedir (Aslan ve Altınöz, 2010; Thirioux ve ark., 2020). Yapılan birçok çalışmada kronik ruhsal bozukluğa sahip bireylerde içgörü düzeyinin yeterli olmadığı ve üzerinde durulması gereken bir sorun olduğu bildirilmiştir (Baier, 2010; Güçlü ve ark., 2011; Zhou ve ark., 2015; Van Camp ve ark., 2017; Lysaker ve ark., 2018; İbrahim ve ark., 2020). İçgörü eksikliği ise bireylerde hastalığın iyileşme sürecine, kişinin tedaviye uyumuna, damgalanma algılarına ve işlevselliğine olumsuz etki eden önemli bir faktördür (Lincoln ve ark., 2007; Güçlü ve ark., 2011; Ehrlich-Ben Or ve ark., 2013). Şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı bireyler üzerinde yapılmış çalışmalarda içgörü düzeyinin hastalık semptomları ve ilaç uyumu ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (Vaskinn ve ark., 2013; Ramachandran ve ark., 2016). Davis ve arkadaşları (2020)'nın şizofreni tanılı bireylerin içgörü düzeyleri ve yaşam kalitesi ile ilgili yapmış oldukları meta analiz çalışmasında ise genel klinik içgörünün yaşam kalitesiyle ters orantılı olduğunu tespit etmişlerdir. Bu durum toplumun ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarının yanı sıra kişilerin kendini damgalamaları ile ilişkilendirilmiş ve kavram olarak içgörü paradoksu olarak literatürde bildirilmiştir (Chio ve ark., 2018; Davis ve ark., 2020).

Ülkemizde kronik ruhsal bozukluklara sahip bireyler üzerinde uygulanan psikososyal müdahalelerin etkinliğini inceleyen bir sistematik derlemede yürütülen eğitimsel müdahalelerin içgörü üzerinde olumlu etkisinin olduğu bildirilmiş ve özellikle bilişsel işlevsellikle ilgili beceri eğitimlerinin artmasının önemi belirtilmiştir (Bekiroğlu ve Attepe Özden, 2021). İpçi ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında bilişsel içgörü kavramı öznel iyileşme ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmış ve ruhsal toplumsal iyileştirme çabaları, özgüven, umut ve içgörüyü geliştirecek girişimlerin önemine vurgu yapılmıştır. İçgörü değişkeni ile ilgili yürütülen ve psikoeğitim gibi müdahalelerin etkinliğini inceleyen meta-analiz çalışmaları son test ölçümlerinde orta düzeyde ancak

anlamlı olmayan etki büyüklükleri bildirmiştir (Pijnenborg ve ark., 2013; Xia ve ark., 2011; Zhao ve ark., 2015; Dondé ve ark., 2019). İncelenen çalışmalar arasından sadece bir çalışma, aynı grup hastada psikoeğitimin hem içgörü hem de bilgi düzeyleri üzerinde olumlu etkisi olduğunu göstermiştir (von Maffei ve ark., 2015). Bu nedenle psikoeğitim programlarının bu ilgili sonuçlar üzerindeki etkisinin daha fazla araştırılması gerekmektedir (Dondé ve ark., 2019). Bu sonuçların aksine TRSM'lerde yürütülen birçok psikososyal müdahalenin ise hastaların içgörü düzeylerinde etkisinin olduğunu bildirmektedir (Çoker ve ark., 2021). Özellikle üstbilişsel içerikli müdahalelerin içgörüyü geliştirmesinde tedaviye ek olarak kullanılabileceği yapılan bir metaanaliz çalışmasında belirtilmiştir (Lopez-Morinigo ve ark., 2020). Kronik ruhsal bozukluğa sahip bireylerin içgörü düzeyi ile ilgili literatürde bu durum içgörü kavramının karmaşıklığına vurgu yapılarak belirtilmektedir ve hastalık sürecine göre değişkenliğini ve çeşitli ilişkisel boyutlarda incelenmesi gerektiğini bildirmektedir (Nair ve ark., 2014; İpçi ve ark., 2018; Jacob, 2020).

2.5. Kronik Ruhsal Bozukluklarda Akran Desteği

En temel anlamıyla akran kelimesi birbiri ile benzer yaş, meslek ve toplumsal durumları ifade etmektedir (TDK, 2023). Ruh sağlığı hizmetlerinde akran desteği rollerini tanımlamak için birbirine benzer terimler kullanılmaktadır (Gillard ve Holley, 2014). Destek arayan kişi, yalnızca ruh sağlığıyla ilgili zorluklar nedeniyle değil, aynı zamanda toplum, klinik ortam veya işyeri ile geçmişteki veya şu anki deneyimleri nedeniyle bir "akran" olarak kabul edilmektedir (Sunderland ve Mishkin, 2013). Günümüzde ruh sağlığı hizmetlerine entegrasyonu açısından akran rollerinin neler olduğuna yönelik bir içgörüye sahip olmak gerekmektedir (Davidson ve ark., 2006; Gillard ve Holley, 2014). Bu rollerin tanımlamalarına yönelik kavramların açıklaması Tablo 2.1'de gösterilmiştir.

Tablo 2.1. Akran ile İlgili Kavramlar ve Açıklamaları

Kavramlar	Açıklama
Akran Desteği	Kendi ruh sağlığı sorunları veya hastalıkları ile ilgili olarak benzer yaşanmış bir deneyime sahip kişiler arasındaki destekleyici bir ilişki olarak tanımlanmaktadır (Sunderland ve Mishkin, 2013).
Akran Uzman Akran Koçu Akran Danışmanı	Ciddi ruhsal hastalığı olan diğer kişilere hizmet sağlamak için deneyimlerini kullanan ciddi ruhsal hastalığı olan ve eğitim alan bireyler olarak tanımlanır (Puschner ve ark., 2019; Chinman ve ark., 2019; Nişancı, 2019).
Sertifikalı Akran Uzmanı	Ruhsal bozukluk yaşayan ve iyileşmek isteyen kişilerle yaşam deneyimini paylaşarak destek sağlayan ve çoğunlukla toplum ruh sağlığı merkezlerinde olmak üzere ruh sağlığı sistemi içinde istihdam edilen kişilerdir (Grant ve ark., 2012).
Akran Destekçisi	Klinik ekiplerden gelen yönlendirmeleri kabul eder, hastane servislerinde ve kriz servislerinde hastalarla çalışır ve hastalar ve klinisyenlerle ortak toplantılar düzenler (Scott ve ark., 2011).
Akran Lider	Ruh sağlığına yönelik deneyimlerin paylaşıldığı bir grup ortamında grubu yöneten ve koordine eden akran kişi olarak tanımlanabilir (Mind, 2023).
Akran Desteği Çalışanları	Ruh sağlığı hizmetlerinde istihdam edilerek ücretli olarak çalışan deneyimli uzmanlardır (Walsh ve ark., 2018).

Akran desteği ile ilgili yürütülen çalışmalar incelendiğinde akran desteğinin en ümit verici türlerinin duygusal desteğe, deneyim paylaşımına, pratik faaliyetlere ve eğitime odaklanan ve eğitimli akranlar tarafından yüz yüze ve grup halinde yürütülen hizmetler olduğu belirtilmiştir (National Voices, 2015).

Akran desteği müdahaleleri ciddi bir ruhsal hastalığı olan bir kişinin ciddi bir ruhsal bozukluğu olan bir kişiye sunduğu doğrudan bir hizmet olarak tanımlanabilir. Bu özel yardım, uzun vadeli iyileşmeyi kolaylaştırmak için tedavi öncesinde, sırasında ve sonrasında sosyal destek olarak sunulmaktadır (Puschner ve ark., 2019). Akran desteği müdahaleleri ile sosyal izolasyonun azaltılması, damgalanmayla mücadele etme, umut, güçlendirme, iyileşme ve topluma katılımın teşvik edilmesi amaçlanır (Stefancic ve ark., 2021). Kronik ruhsal bozukluklarda bireysel veya grup ortamında gerçekleştirilen akran desteğinin hastalar üzerinde umut vaat ettiği birçok çalışma ile literatürde belirtilmiştir (Mahlke ve ark., 2017; Pyle ve ark., 2018; Jones ve ark., 2018; Nguyen ve ark., 2022). Benzer ruhsal sorunlara sahip bireyler ile yapılan paylaşımlar ile bireylerin sosyal

etkileşimde olması ve kendilerini daha az yalnız hissetmeleri akran desteği müdahalelerinin önemli bir sonucunu göstermektedir (Drapalski ve ark., 2021).

Llyod-Evans ve arkadaşları (2014)'nın yapmış oldukları sistematik derleme ve metanaliz çalışmasında ciddi ruhsal bozukluğa sahip hastaların umut, iyileşme ve güçlenme ölçümleri üzerinde olumlu etkilerine ilişkin kanıtların olduğunu ancak bununla ilgili çok az kanıt olduğunu ve uluslararası düzeyde yüksek kaliteli akran desteği müdahalelerinin uygulanması gerektiğini belirtmişlerdir. Smit ve arkadaşları (2022)'nin yürüttüğü güncel bir metanaliz çalışmasında ise akran desteği müdahalelerinin etkileri düşük olmasına rağmen potansiyel olarak uygun maliyetli, uygulamasının nispeten kolay olduğu ve tedaviyi tamamlayıcı bir müdahale olduğunu belirtilmiştir. Ruh sağlığı çalışanlarının bu doğrultuda tedavi sürecinde olan hastaları akran desteği gruplarına yönlendirebileceği önerilmiştir (Smit ve ark., 2022). Ruh sağlığı hizmetlerinde akran desteği hizmetlerinin benimsenmesine yönelik uluslararası düzeyde büyüyen bir eğilim vardır ve devam eden zorluklara rağmen mevcut literatürün büyük bir kısmı akran destek çalışanlarının ruh sağlığı hizmetleri işgücüne dâhil edilmesini desteklemektedir. Sağlık hizmetlerinde etkili akran desteği müdahalelerinin fizibilitesi ve sürdürülmesi, yalnızca işbirlikçi çabalar ve tüm sağlık hizmeti uygulayıcılarının, yöneticilerinin ve diğer paydaşların sürekli desteği ve katılımıyla mümkün olacaktır (Shalaby ve Agyapong, 2020).

2.6. Kronik Ruhsal Bozukluklarda Psikososyal Beceri Eğitimleri

Psikososyal beceri eğitimi, 40 yılı aşkın bir geçmişi olan ve psikiyatrik rehabilitasyonda en eski ve yaygın olarak çalışılan yaklaşımlardan biridir (Mueser ve Bellack, 2007). Hastaların sosyal ortamlardaki stresini azaltmak ve sosyal ilişkilerini geliştirmek için tasarlanmış bir dizi yapılandırılmış beceri geliştirme eğitimi olarak

bilinmektedir (Lieberman, 2011; Bellack ve ark., 2015). Sözlü ve sözsüz iletişim becerilerini geliştirerek hastaların sosyal ipuçlarını uygun şekilde değerlendirmelerine ve duruma uygun tepkiler vermelerine yardımcı olmaya çalışır. Farklı yaklaşımlara dayanan beceri eğitimi programları olmasına rağmen psikososyal beceri eğitimlerinde genellikle davranışçı terapi yaklaşımları kullanılır. Eğitimci tarafından beceri anlatılır ve gösterilir, hastanın rol oynaması teşvik edilir, olumlu ve düzeltici geri bildirimler ve ev ödevleri verilir. Bu müdahaleler doğrudan sosyal işlevselliği artırmak amacıyla yaparak öğrenmeyi içerir. Özellikle negatif belirtilerin etkisi altında olan hastalarda faydalı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bunlar arasında hastalıkla ilgili bilgiler ve nükslerin erken tanınmasına yönelik eğitimler de yer almaktadır (Yıldız, 2021).

Lieberman ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilen, Bellack ve arkadaşları (1997) tarafından şizofreni tanılı bireylerde etkinliği kanıtlanmış olan psikososyal beceri eğitimleri hastalar tarafından anlaşılabilirliğinin daha kolay olması adına ruhsal toplumsal beceri eğitimi (RUTBE) adıyla ülkemize Yıldız (2019) tarafından kazandırılmıştır. Hastaların işlevselliğini ve günlük yaşamda bağımsızlığını artırmak amacıyla geliştirilen eğitim programında kişilerde çeşitli alanlara yönelik teknikler kullanılarak eğitim süreci gerçekleştirilmektedir (Bellack ve ark., 2015; Yıldız, 2019).

RUTBE programının içeriği bilişsel beceriler, hastalık özyönetimi, ruhsal güçlenme ve toplumsallaşma olarak belirtilen 4 ana başlık altında toplamda 17 beceri alanına yönelik oturumlar ile yapılandırılmıştır (Yıldız ve ark., 2005; Yıldız, 2019). Bu beceri alanlarına yönelik kazanımlar çeşitli öğrenme yöntemleri kullanılarak sağlanmaktadır. Bu yöntemlerden en önemlisi rol oynamalardır. Eğitimci tarafından verilen bilgilerin pekiştirilmesi ve kalıcılığının sağlanması için rol oynamalar önemli bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Eğitime katılan hastaların doktor, hemşire veya deneyimli bir

hasta gibi rollere geçerek öğrendikleri bilgileri canlandırma yaparak pekiştirmesi amaçlanır. Her hasta rol oynama yaptıktan sonra performansları iletişim becerileri yönünde diğer hastalar tarafından yorumlanır. Bu süreçte hastalardan olumlu olarak bol miktarda geri bildirimler alınır. Beklenen bilgi sağlanana kadar canlandırmalar tekrarlanır ve böylelikle pekiştireç sağlanmış olur (Yıldız, 2001). Uygulamaların her hasta tarafından doğru bilgi ortaya çıkana kadar tekrarlanması, hastaların yeni bir sosyal beceriyi bu beceriyi kullanan başka bir hastayı izleyerek öğrenmesi, bolca olumlu geri bildirimler ve cesaretlendirmek için alkış vb. pekiştireçlerin kullanılması eğitim programında bilişsel ve sosyal öğrenme teorileri ilkelerine dayandığını göstermektedir (Bellack ve ark., 2015; Yıldız, 2019). Ev ödevleri ise ayrıca uygulama sürecinde kullanılan bir diğer tekniktir. Hastalara bağımsız yaşam becerilerini kazandırmak adına öğretilen becerilerle ilgili alıştırmalar ve ev ödevleri verilerek kendi kendine öğrendiklerini uygulama şansı verilir (Yıldız, 2001; Yıldız, 2019). Sosyal beceri eğitimi programlarının ilk uygulamalarının içeriği kalıplaşmış ve klinisyenlerin gündemleri tarafından yönlendirilme eğilimindeydi; ancak daha yeni uygulamalar, katılımcının belirli hedeflerine ulaşma hizmetinde kullanılabilecek özgün sosyal becerilerin öğretilmesinin önemini vurgulamaktadır. Bu nedenle, eğer bir kişi arkadaşlık kurma ilişkilerini güçlendirmek isterse öğretilen sosyal becerilerin çoğu bu beceriyle ilgili olacaktır; diğer kişi bir iş almak veya bir işi sürdürmek isterse, sosyal beceri içeriği mesleki beceri eğitimine odaklanacaktır (Kern ve ark., 2009).

Grupların oluşturulmasında üye sayısının 8-10 kişi arasında olmasına ve grup toplantılarının haftada iki kez, hastaların katılım durumuna göre 30-60 dakikalık iki oturum olarak yürütülmesine eğitimin etkinliği açısından dikkat edilmelidir. Psikososyal beceri eğitimine alınacak hastaların akut tedavisi tamamlanmış, psikotik belirtileri azalmış ve eğitimin tam fayda sağlanması açısından gruba aktif bir şekilde katılım

sağlaması beklenmektedir. Grubun yürütülmesi için bir eğitici ve bir yardımcısı olması gerekir. Bu kişiler psikiyatri hemşiresi, psikolog, ergoterapist, psikolojik danışman veya sosyal çalışmacı olabilir. Önemli olan kronik ruhsal bozukluğa sahip bireyler ile çalışma deneyimi olmasıdır (Yıldız, 2001; Bellack ve ark., 2015; Yıldız, 2019).

Yapılan çalışmalara incelendiğinde şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı bireyler başta olmak üzere kronik ruhsal bozuklukta görülen yeti yıkımı ve işlevselliği değerlendiren çalışmalarda psikososyal beceri eğitimlerinin etkinliği kanıtlanmıştır (Bighelli ve ark., 2021; Yıldız ve ark., 2021; Killaspy ve ark., 2022). Çalışmalar incelendiğinde standart hasta bakımıyla karşılaştırıldığında psikososyal beceri eğitimleri işlevselliği artırmak, hastalık belirtilerini azaltmak ve içgörü kazandırmak için önemli ve etkili bir yöntem olarak literatürde belirtilmiştir (Almerie ve ark., 2015; Söğütoğlu ve ark., 2017; Özdemir ve ark., 2017; Elboğa ve ark., 2019; Yıldız ve ark., 2019a; Yılmaz Karaman ve ark., 2020; O'Connell ve ark., 2020; Yıldız, 2021; Bilkay ve ark., 2023).

2.7. Kronik Ruhsal Bozukluklar ve Psikiyatri Hemşireliği

Hastalarda ciddi işlev bozukluklarına neden olan kronik ruhsal bozukluklar şizofreni, bipolar bozukluk ve majör depresyon gibi bir grup hastalık tanılarını içermektedir. Bu bozukluğa sahip bireylerin karmaşık bir semptomalojiye sahip olması tedavi ve bakım sürecinin önemini ortaya koymaktadır (Riley ve ark., 2022). Hastalarda görülen pozitif-negatif belirtiler, işlevsellik kayıpları ve damgalanma gibi belirtiler günlük yaşamda çeşitli sorunlara yol açarak yaşam kalitesini de etkilemektedir (Şahin ve Elboğa, 2019; Sun ve ark., 2022). Hastalıkların bireyler, aileler ve toplum üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak amacıyla geliştirilen toplum ruh sağlığı hareketi, bireylerin hastalık belirtilerinin azaltılması, tekrarlı yatışların önlenmesi ve toplum içinde rehabilitasyonunun sağlanmasına yönelik çeşitli uygulamalar sayesinde yaşam kalitesinin

ve topluma uyumun artırılması amaçlanmaktadır (Önol ve Dönmez, 2021). Toplum ruh sağlığı adına yürütülecek hizmetler içerisinde diğer disiplinler ile birlikte ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri önemli rol ve sorumluluklar üstlenmektedirler (İçel ve ark., 2016).

Psikiyatri ve ruh sağlığı hemşireleri gereksinimleri, bakım ve tedavi süreçleri nedeniyle kronik ruhsal bozukluğa sahip bireyler ile en çok etkileşimde bulunan ekip üyesi olarak bilinmektedir. Etkileşimleri boyunca bakım süreci doğrultusunda çeşitli direkt ve indirekt rolleri bulunmaktadır. Direkt rolleri arasında klinisyen, eğitici, terapist ve vaka yöneticisi rolleri bulurken; araştırmacı, vaka yönetimi, danışman, eğitici ve değişim ajanı rolleri indirekt rolleri arasında bulunmaktadır (Kum, 1996; İçel ve ark., 2016). Multidisipliner ekip içerisinde özellikle toplum ruh sağlığı merkezlerinde direkt ve indirekt rollerini kullanarak kronik ruhsal bozukluğa sahip birey ve ailelerin gereksinimlerini belirler, girişimlerini uygular ve sonuçlarını değerlendirmektedir. Sadece hastaların değil ailelere veya bakım verenlere de duygusal destek sağlama, bakım süreçleri veya maddi konularda eğitim verme ve danışmanlık gibi roller de üstlenmiştir (Buzlu ve Şahin, 2018).

Kronik ruhsal bozukluğa sahip bireyler ile yapılan çalışmalarda gösteriyor ki ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin tedavi ve desteği, hastanın sağlığı üzerindeki etkisi açısından son derece değerlidir (van Dusseldorp ve ark., 2023). Ülkemizde de kronik ruhsal bozukluğa sahip bireylere ve ailelerine uygulanan psikososyal müdahalelerin incelendiği bir sistematik derlemede psikoeğitim, özgün beceri eğitimi vb. müdahalelerin sıklıkla hemşireler tarafından uygulandığı görülmüştür. Yürütülen bu müdahalelerin ise sosyal işlevsellik, tedavi uyumu ve yaşam kalitesi gibi alanlarda etkili olduğu bulunmuştur (Bekiroğlu ve Attepe Özden, 2021). Toplum ruh sağlığı merkezlerinde hizmet veren ruh sağlığı hemşirelerinin rolünün incelendiği başka bir çalışmada ise

kronik ruhsal bozukluğa sahip bireylerin hastanelere yatış sıklığının azaltılmasında hemşirenin bakım yöneticisi olmasının koruyucu bir etkisinin olduğu vurgulanmıştır (Bağ, 2012). Literatürde yer alan bu bilgiler doğrultusunda ruh sağlığı hemşirelerinin, kronik ruhsal bozukluğa sahip bireylere uygulanan psikososyal müdahaleleri klinik uygulama ortamlarına entegre etmede ve bunların klinik etkililiğine ilişkin yüksek kaliteli araştırmalar yürütmede önemli bir rolü olduğu söylenebilir (Crowe ve ark., 2010).



3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tasarımı

Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitimin etkinliğini incelemek amacıyla tasarlanan bu araştırmada nicel ve nitel yöntemlerin birlikte kullanıldığı karma yöntem araştırma yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın nicel boyutu randomize, kontrol gruplu ve sıralı ölçümlü bir deneysel çalışma deseninde; nitel boyutu ise fenomenolojik olgu deseninde yürütülmüştür. (**Clinical Trials Numarası:** NCT05980832)

Karma yöntem araştırma yöntemi genellikle tek bir çalışma üzerinde nicel ve nitel verilerin toplandığı, analiz edildiği ve yorumlandığı çalışmaları temsil etmektedir (Leech & Onwuegbuzie, 2009). Araştırmanın gerçek bir karma yöntem araştırması olarak değerlendirilebilmesi için 'araştırma sürecindeki bir veya daha fazla aşamada verilerin entegrasyonu' sağlanmalıdır (Creswell ve ark., 2003). Nitel ve nicel yöntemin bir arada kullanılarak araştırma problemi ile ilgili daha ayrıntılı ve kapsamlı bir anlayışın oluşturulması karma yöntemin temel varsayımlarındandır. Bu karma yöntem araştırma çalışmasının dünya görüşünü oluşturan felsefi temeli, çeşitli yaklaşımların kullanılması ile nesnel ve öznel bilgiye önem verilmesi ve işe yarayan şeyin ne olduğu düşüncesini ele alan pragmatizm etrafında toplanmıştır (Maharaj ve ark., 2009). Pragmatik dünya görüşüne göre karma yöntem araştırmalarında nitel ve nicel yöntemlerin bir arada kullanılması ile problemin daha iyi anlaşılacağı ve literatüre kanıt düzeyi yüksek veriler sağlayacağı görüşü hâkimdir. Karma yöntemlerin bu yaklaşımı ile faydacı bir dünya görüşü benimsenerek mevcut çalışma tasarlanmıştır (Creswell, 2017). Literatürde karma yöntemlere göre belirtilen bu görüşlere göre mevcut araştırmada nicel ve nitel verilerin birbirlerini tamamlaması (tamamlayıcılık), sonuçların daha iyi açıklığa kavuşturulması

ve geliştirilmesi amacıyla karma araştırma yöntemi tercih edilmiştir (Greene ve ark., 1989). Katılımcıların uygulamadan nasıl etkilendiğine yönelik geri bildirimlerin alınması, nicel sonuçların açıklanmasında destekleyici veriler sunması ve uygulamanın etkisini derinlemesine anlamak amacıyla çalışmanın fenomenolojik desende yürütülen nitel verileri uygulamadan sonra toplanmıştır (Creswell ve ark., 2006). Böylece nicel ve nitel yöntemin birbirlerini tamamlaması ile her iki yaklaşımında sınırlılıklarının en azami seviyeye indirilmesi amaçlanmıştır (Creswell, 2017). Bu amaçlarla mevcut çalışmada karma yöntem desenlerinden olan “açımlayıcı sıralı karma yöntem deseni” kullanılmıştır. “Sıralı açıklayıcı desen” olarak da bilinen desende araştırmacı tarafından öncelikle nicel veriler toplanır ve analizi yapıldıktan sonra nitel verileri toplama sürecine geçilir. Mevcut sıralı yöntem [NİC→NİT] simgesi ile ifade edilebilmektedir. Ardından nicel ve nitel veriler analiz edildikten sonra genellikle bulgular veya tartışma kısmında birbirlerini destekleyecek şekilde entegre edilerek yorumlanır (Şekil 3.1; Baki ve Gökçek, 2012; Creswell, 2017).



Şekil 3.1. Açımlayıcı Sıralı Karma Yöntem Deseni

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmanın veri toplama süreci Samsun Ruh Sağlığı Hastalıkları ve Hastanesi’ne bağlı hizmet veren Pelitköy Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM)’nde 07.07.2023 – 29.09.2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Pelitköy TRSM, 2011 yılından beri Samsun ilinin Atakum ilçesinde bulunmakta ve “Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge”ye göre faaliyetlerini sürdürmektedir. İki kattan oluşan ve bir bahçesin bulunan merkezde psikiyatri alanında uzman doktor, daha önce psikiyatri kliniklerinde çalışmış altı lisans mezunu hemşire, bir psikolog, bir sosyal çalışmacı, bir ergoterapist, bir güvenlik görevlisi, bir kurum şoförü, bir sekreter ve bir temizlik görevlisi kurum danışanlarına hizmet vermektedir. Kurumdan toplamda yaklaşık 200 kronik ruhsal bozukluğa sahip danışan hizmet almaktadır. Kurumun şoförü ile danışanların evlerinden alınarak kuruma ulaşımı sağlanmaktadır. Kuruma düzenli olarak gelmeyen danışanların ise vaka yöneticisi adı verilen sorumlu ruh sağlığı çalışanları tarafından ev ziyareti gerçekleştirilmektedir. Verilen hizmetler içerisinde danışanların bireysel olarak hekim kontrolünde tedavi, takip ve bakım planlarının yapılmasına ek olarak çeşitli rehabilitasyon faaliyetleri gerçekleştirilmektedir. Sosyal uyumlarını ve ruhsal bozukluklara yönelik farkındalıklarını artırmak ve damgalanma ile mücadelede başa çıkma becerilerini artırmak amacıyla kurumda grup ortamında verilen ruhsal ve toplumsal beceri eğitimleri, aile eğitimleri, günaydın toplantıları, sosyal hak ve sorumlulukları ile ilgili bilgilendirme toplantıları ve gerçekleştirilen çeşitli sosyal etkinlikler (piknik, tiyatro, bowling vb.) ile danışanların topluma uyumları ve bilgi düzeylerinin artırılması hedeflenmektedir. Rehabilitasyon faaliyetleri kapsamında ise el sanatları, müzik, resim, spor, hobi bahçesi, mutfak etkinlikleri gibi faaliyetler gerçekleştirilmektedir.

İlgili kurumda Yıldız (2019)’ın ülkemize kazandırdığı “Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi” ve Bellack ve arkadaşlarının (2015) geliştirdiği, Türkçe çevirisinin yapılarak ülkemize kazandırılan “Şizofreni için Sosyal Beceri Eğitimi” isimli kaynaklar temel alınarak psikososyal beceri eğitimleri yürütülmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Pelitköy Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden düzenli olarak hizmet alan kronik ruhsal bozukluğa sahip bireyler oluşturmaktadır. Örneklemi ise dâhil edilme ve hariç tutulma kriterlerine göre belirlenen kişiler oluşturmaktadır. Bu bölümde nicel ve nitel yönetime yönelik evren-örneklem seçimi ayrı başlıklar altında sunulmuştur.

3.3.1. Nicel Yöntem

Çalışmanın ilk aşaması olan nicel ölçüm aşaması için G*Power 3.1 programı ile örneklem hesabı yapılmıştır. Veri toplama sürecinde 5 tekrarlı ölçümü ve 4 grubu olan (Deney 1 ve Deney 2, Kontrol 1 ve Kontrol 2) mevcut çalışma için gerçekleştirilen örneklem hesabına göre %80 güç ve %5 hata payı ile akran eğitici destekli psikososyal beceri eğitimi için araştırmaya alınması gereken kişi sayısı toplamda en az 32 kişi olarak belirlenmiştir. Araştırmada akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitimi yürütmek için akran eğiticiler veya akran liderler olarak tanımlanan kişilerin 5 kişi olması ise uzman görüşlerine göre belirlenmiştir. Akran eğitici eğitimi ve akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitimi için dâhil edilme ve hariç tutulma kriterleri ayrı bir şekilde oluşturulmuştur.

Örneklem hesaplamasına göre en az 32 katılımcı olarak hesaplanan örneklem sayısı 6 hafta içerisinde uygulama sırasında meydana gelebilecek dışlama kriterleri göz önünde bulundurularak en az 40 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Bu amaçla deney ve kontrol grupları dâhil edilme kriterlerine göre toplamda 4 gruba ayrılarak deney ve kontrol grupları oluşturulmuştur. Deney ve kontrol gruplarına atanan hastalar basit rastgele randomizasyon yöntemi ile belirlenmiştir. Dâhil edilme ve hariç tutulma kriterlerine göre deney ve kontrol gruplarının veri toplama süreçlerine yönelik planlanan günleri ve örneklem sayıları Çizelge 3.1’de belirtilmiştir.

Veri toplama sürecinde Kontrol-1 grubundan 1 kişi ve Deney-2 grubundan 2 kişi hastaneye yatış, şehir dışına seyahat ve akut gelişen bir hastalık (miyokard infarktüsü) gibi nedenlerden dolayı araştırmaya devam edemeyerek çalışmadan çıkarılmıştır. Toplamda 38 kişi ile veri toplama işlemi tamamlanmıştır.

Akran uygulayıcı eğitimi için dâhil edilme kriterleri:

- TRSM'ye kayıtlı olmak,
- Çalışmaya katılmaya ve 6 oturumlu psikososyal beceri eğitiminde eğitici olmaya gönüllü olmak
- TİDÖ ölçümüne göre 45 puan ve üzerinde toplam puana sahip olmak
- Alevlenme döneminde olmayan
- Okuma-yazma bilen, Türkçe'yi anlama ve konuşmada iletişim sorunu olmayan
- Tedavi ekibine göre ve kayıtlara en az 6 aydır iyilik halinde olmak akran eğitici eğitimi için belirlenen dahil edilme kriterleridir.

Dahil edilme kriterlerine göre uygulayıcı eğitimine katılan akran eğitimcilerin tanımlayıcı özellikleri Tablo 3.1'de gösterilmiştir.

Akran Eğitimi Destekli Psikososyal Beceri Eğitimi için belirlenen dâhil edilme kriterleri:

- TRSM'ye düzenli aralıklarla gelmek
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve 6 haftalık oturumlara katılmaya kabul etmek
- Alevlenme döneminde olmayan
- Okuma-yazma bilmek ve Türkçe iletişim kurabilmek
- Tedavi ekibine ve kayıtlara göre en az 6 aydır iyilik halinde olmak
- Deney Grubu 1 ve Kontrol Grubu 1 için kurumda hizmet veren ruh sağlığı çalışanları tarafından standart psikososyal beceri eğitimini alma deneyimine sahip olmak

- Deney Grubu 2 ve Kontrol Grubu 2 için kurumda hizmet veren ruh sağlığı çalışanları tarafından standart psikososyal beceri eğitimi almamış olmak akran eğitici destekli psikososyal beceri eğitimi için belirlenen dâhil edilmek kriterleridir.

Tablo 3.1. Dahil Edilme Kriterlerine Göre Belirlenen Akran Eğitici Liderlerin Tanımlayıcı Özellikleri

	Akran Eğitici (1) <i>Lider</i>	Akran Eğitici (2) <i>Lider Yardımcısı</i>	Akran Eğitici (3) <i>Yedek-Gözetimci</i>
Cinsiyet	Erkek	Kadın	Kadın
Yaş	55	34	40
Eğitim Durumu	Üniversite	Üniversite	Üniversite
Çalışma Durumu	Çalışmıyor (Emekli)	Çalışmıyor (<i>Çalışma sonrasında düzenli bir iş sahibi olduğu biliniyor</i>)	Düzenli bir işi yok
Hastalık Tanısı	Psikotik Bozukluk	Bipolar Affektif Bozukluk	Psikotik Bozukluk
Hastalık Süresi	31	5 Yıl	22 Yıl
Hastanede Yatış Öyküsü	1 Kez	Yok	Yok
TRSM'den Hizmet Alma Süresi	1 Yıl	5 Yıl	6 Yıl
PSBE Deneyimi	Var	Var	Var
TİDÖ Toplam Puan	51	50	48

PSBE: Psikososyal beceri eğitimi; TİDÖ: Toplumsal İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği

Randomizasyon

Deney ve kontrol gruplarının randomizasyon ile rastgele atanması ile seçim yanlılığı azaltılır ve bağımlı değişkenleri etkileyen katkılara göre gruptaki herhangi bir sistematik hatanın oluşmasını önler (Erdoğan ve ark., 2018). Randomizasyondan önce deney ve kontrol gruplarının belirlenmesi için akran eğiticiler (n=5) dışındaki tüm hastalar daha önce psikososyal beceri eğitimi almış olanlar ve almamış olanlar olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Ardından bu iki gruptaki hastaların isimleri yanlılığı azaltmak amacıyla tedavi ekibi tarafından numaralandırılmıştır. Numaralandırıldıktan sonra kura

çekimi yapılarak Deney 1 ve Kontrol 1 grupları oluşturulmuş, ardından Deney 2 ve Kontrol 2 grupları oluşturulmuştur. Randomizasyon seçim yanlılığını azaltmak amacıyla kör teknik yöntemi ile araştırmacıdan gizlenerek iki kurum çalışanı tarafından yapılmıştır (Schulz ve Grimes, 2002). Çalışmanın yöntemi gereği ise körleme yapılamamıştır.

Çizelge 3.1. Deney ve Kontrol Gruplarının Veri Toplama Sürecine Yönelik Haftalık Planlaması

Randomizasyon İle Oluşturulmuş Deney ve Kontrol Gruplarının Haftalık Planlaması				
Pazartesi	Salı	Çarşamba	Perşembe	Cuma
Kontrol 1 (n=9)	Deney-1 (n=10)		Deney 2 (n=9)	Kontrol 2 (n=10)
Daha önce standart psikososyal beceri eğitimi* alma deneyimi olan 19 kişi			Daha önce standart psikososyal beceri eğitimi* alma deneyimi olmayan 19 kişi	
Müdahale yok	Akran Eğitimi Destekli Psikososyal Beceri Eğitimi		Akran Eğitimi Destekli Psikososyal Beceri Eğitimi	Müdahale yok
*Kurumda bir ruh sağlığı çalışanı tarafından (hemşire, psikolog, ergoterapist vb.) verilen psikososyal beceri eğitimi.				

3.3.2. Nitel Yöntem

Araştırmanın fenomenolojik olgu deseninde gerçekleştirilen nitel boyutu için sonuçların güvenilirliğini ve inandırıcılığını artırmak amacıyla amaçlı rasgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır (Palinkas ve ark., 2015). Creswell (2013)'in nitel çalışmalarda yaptığı incelemelere göre fenomenolojik desende yapılan nitel çalışmalar için 3 ile 10 kişinin çalışmaya alınması yeterli bulunmaktadır. Bu nedenle her iki deney grubundan görüşme yapmaya gönüllü toplamda 12 kişi ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Yanlılığı önlemek amacıyla rastgele numaralandırılmış hasta isimlerinden tedavi ekibi sayı belirlemiş ve seçilen sayılara denk gelen kişilerden onay alındıktan sonra görüşme sağlanmıştır. Araştırmanın nitel boyutunda 32 maddelik raporlama standarttan oluşan ve

nitel araştırmaların raporlanmasında kullanılan Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) kontrol listesinin Türkçe versiyonu kullanılmıştır (EK-1; Tong ve ark., 2007; Attepe zden ve ark., 2022). COREQ, raporlanması gereken çalışma tasarımınnın kontrolü için kapsamlı bir listedir. Listede belirtilen kriterler, araştırmacıların önemli yönleri ile birlikte çalışmanın yöntemini, baēlamını, bulguları, analizleri ve yorumlarının rapor edilmesinde kolaylık saēlamıřtır (Tong ve ark., 2007).

3.4. Araştırmanın Soruları ve Hipotezleri

Bu bölümde belirtilen nicel boyuta ait hipotezler, nitel boyuta ait araştırma soruları ve karma yönteme ait araştırma sorusu araştırmanın yönünü belirlemiş ve ayrı başlıklar altında belirtilmiştir.

Araştırmanın nicel boyutuna ait belirlenen hipotezleri şu şekildedir;

H_{1a}: Akran Eēitimi Destekli Psikososyal Beceri Eēitiminin hastaların kendini damgalama düzeyleri üzerine etkisi vardır.

H_{1b}: Akran Eēitimi Destekli Psikososyal Beceri Eēitiminin hastaların toplumsal işlevsellik üzerine etkisi vardır.

H_{1c}: Akran Eēitimi Destekli Psikososyal Beceri Eēitiminin hastaların bilişsel iēor düzeyleri üzerine etkisi vardır.

Araştırmanın nitel boyutuna ait araştırma soruları şu şekildedir:

S_(Nit-1): Akran Eēitimi Destekli Psikososyal Beceri Eēitimi hastaların kendini damgalama algılarını nasıl etkiler?

S_(Nit-2): Akran Eēitimi Destekli Psikososyal Beceri Eēitimi hastaların toplumsal iřlevselliēini nasıl etkiler?

S_(Nit-3): Akran Eēitimi Destekli Psikososyal Beceri Eēitimi hastaların iēor düzeylerini nasıl etkiler?

S_(NİT-4): Akran Eğitimi Destekli Psikososyal Beceri Eğitimine katılım sağlayan hastaların eğitim programı hakkındaki deneyimleri ve görüşleri nelerdir?

S_(Karma): Görüşmeler sonucunda ortaya çıkan nitel bulgular çalışmanın nicel bulgularını nasıl açıklar?

Araştırmada karma yöntem araştırmalarının “tamamlayıcılık” ve “geliştirme” gerekçeleri benimsenmiştir (Greene ve ark., 1989). Bu nedenle bir yöntemden elde edilen sonuçların diğer yöntemden elde edilen sonuçlarla detaylandırılması, örneklenmesi, geliştirilmesi ve açıklığa kavuşturulması amacıyla karma yöntem araştırma sorusu oluşturulmuş ve araştırmanın yöntemini yönlendirmiştir (Onwuegbuzie ve Leech, 2006).

3.5. Araştırmanın Değişkenleri ve Veri Toplama Araçları

Araştırmanın bağımlı değişkenleri hastaların içgörü, sosyal işlevsellik düzeyleri ve damgalanma algılamaları puanlarıdır. Bağımsız değişkenleri ise akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitimi olarak belirlenmiştir.

3.5.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirten “Tanıtıcı Bilgi Formu” kullanılmıştır (EK-2). Araştırmada belirtilen değişkenlerin ölçümü ise Kendini Damgalama Ölçeği (KDÖ), Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ) ve Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ) ölçekleri ile sağlanmıştır. Nitel verilerin toplanması amacıyla araştırmacı tarafından eğitimin ilgili değişkenler üzerindeki etkinliğine yönelik sorulardan oluşturulan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır.

Kendini Damgalama Ölçeği (KDÖ): Yıldız ve arkadaşları (2019) tarafından ruhsal hastalığı olan bireylerin kendini damgalamayı doğru bir şekilde değerlendirebilmek için hastaların soruları anlaması ve maddelerin kendi kültürel

bağlamında yaşadıkları damgalamayı yansıtmayı amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 17 maddeye sahiptir ve ters çevrilmiş madde bulunmamaktadır. Her bir maddeye verilen cevaplar 5'li Likert ölçeği ile derecelendirildi: 1 = katılmıyorum, 2 = biraz katılıyorum, 3 = orta derecede katılıyorum, 4 = genel olarak katılıyorum, 5 = tamamen katılıyorum. Yüksek puanlar, damgalanma düzeyinin yüksek olduğunu gösterir. Ölçeğin Cronbach's alpha korelasyon katsayı değeri 0.93 olup yüksek güvenilirliğe işaret etmektedir. Ölçeğin aileler için geliştirilmiş formu da bulunmaktadır ancak bu çalışmada hasta formu kullanılmıştır. *Algılanan değersizlik-devalüasyon faktörü*; hastaların sorumluluk alamama düşüncesi, işe yaramazlık duygusu, ailesine yük gibi hissetme, özgüveninin düşük olması, insanlardan kaçındığına ilişkin düşünceleri, başkalarının kendilerini “hasta” olarak gördüğünü düşünmek, kendi başlarına doğru kararlar alamayacaklarını düşünmek ve uyuşturucu bağımlısı gibi hissetmeleri ile ilgilidir. İkinci faktörde, hastaların işsizliği, evlenememe düşüncesi, çevresinden sosyal olarak geri çekilme ve başkalarının onları önemsemediğine ilişkin düşünceleri ile ilgili maddeler, başarısız ve mutsuz olma duygularını içeren maddelerle birleşerek aynı faktörde toplanmıştır. Bu faktör *içselleştirilmiş stereotipler ve sosyal geri çekilme* olarak etiketlenmiştir. Üçüncü faktör ise hastalığın adının yakın çevresinden ve arkadaşlarından saklanması, *hastalığın gizlenmesi* olarak tanımlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 17, en yüksek ise 85 puandır. Alınan puanın artması damgalamanın yüksek olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada Kendini Damgalama Ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri ölçek toplamında 0.914 olarak belirlenmiştir (EK-3).

Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ): Türkiye’de Yıldız ve arkadaşları (2018) tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek şizofreni hastalarında toplumsal işlevselliği 19 madde ve dört alt boyutta değerlendirmektedir. Faktörlerden kişilerarası

ilişkiler ve eğlenti yedi madde, özbakım yedi madde, bağımsız yaşam becerileri dört madde ve çalışma yaşamı bir maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 19–57 arasında olup yüksek puan toplumsal işlevsellik düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Bu çalışmada Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği toplam Cronbach's Alpha değeri 0.736 olarak belirlenmiştir (EK-4).

Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ): Beck ve arkadaşları (2004) tarafından bilişsel içgörüyü değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Aslan ve arkadaşları (2005) tarafından yapılmıştır. Dörtlü likert tipi olan ölçek 15 maddeden oluşmakta olup “kendinden eminlik” ve “kendini değerlendirme” şeklinde 2 alt boyuta sahiptir. Ölçeği puanlandırma sistemi “aynı fikirde değilim” 0 puan, “biraz katılıyorum” 1 puan, “çoğunlukla katılıyorum” 2 puan, “tamamıyla katılıyorum” 3 puan şeklindedir. Kendini değerlendirme maddelerinin (1,3,4,5,6,8,12,14,15), kendinden eminlik maddeleri puanlarından (2,7,9,10,11,13) çıkarılması ile ölçeğin toplam (bileşik) puan elde edilmektedir. Ölçeğin toplam puan aralığı ise -18 ile 27 puan arasındadır. Puanın yüksek olması içgörü düzeyinin de yüksekliğini göstermektedir. Ölçeğin Türkçe formunun güvenirlik çalışmasında iç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı 0.68 bulunmuştur (Aslan ve ark., 2005). Bu çalışmada Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği toplam Cronbach's Alpha değeri 0.787 olarak tespit edilmiştir (EK-5).

Yarı Yapılandırılmış Soru Formu: Yarı yapılandırılmış soru formu akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitimi deneyimini değerlendirmek amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Yarı yapılandırılmış soru formunun geçerlik ve güvenirliliğini sağlamak amacıyla araştırmadan önce nitel çalışmalar konusunda ve ilgili alanda çalışmaları olan uzmanların görüşleri ve onayı alınarak son hali verilmelidir. Görüşmeden önce soruların anlaşılabilirliğini test etmek amacıyla örneklem grubuna ve

örneklem grubuna dâhil edilmeyen ve aynı kriterlere sahip hastalara okutulması önemlidir. Görüşmeden sonra soru ve cevapların geçerliliğini test etmek amacıyla görüşme sağlanan katılımcılar ile tekrar görüşme sağlanarak araştırmacı teyit etmek amacıyla ulaştığı sonuçları, veriden çıkardığı anlamları ve kendi yorumlarını katılımcılarla paylaşır ve bunların geçerliğine ilişkin değerlendirme yapmaları istenir (Başkale, 2016). Mevcut çalışmada görüşme için hazırlanan sorular nitel çalışmalar konusunda ve kronik ruhsal bozukluğa sahip bireyler ile çalışmalar konusunda deneyimli olan 10 uzmanın görüşüne sunulduktan sonra son hali verilmiştir (EK-6). Anlaşılabilirliğini test etmek amacı ile araştırma grubuna dâhil edilmeyen 7 hastaya okutularak görüşleri alınmış ve önerileri doğrultusunda uygun görülen düzeltmeler yapılmıştır. Görüşleri ve onayı alınan uzmanların listesi EK-7’de belirtilmiştir.

3.6. Veri Toplama Süreci

Veri toplama sürecine başlamadan önce kurum çalışanlarına çalışma hakkında bilgi verildi ve aynı gün yapılan günaydın toplantısına katılım sağlanarak tanışma süreci gerçekleştirilmiştir. Araştırma için gerekli etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra veri toplama sürecine geçilmiştir. Araştırmanın veri toplama süreci 3 aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşaması araştırmacı psikiyatri hemşiresi tarafından akran eğiticiler dâhil edilme kriterlerine göre belirlendikten sonra 5 akran eğiticiye akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitimi uygulayıcı eğitimi verilmiştir. Dâhil edilme kriterlerine göre belirlenen 5 akran eğiticinin ikisi çalışmadan kendi istekleri ile ayrılmışlardır. Toplamda 3 akran eğiticisine 20 saatlik uygulayıcı eğitimi yapılmıştır. Uygulayıcı eğitimi için araştırmacı tarafından rehber niteliğinde olan bir eğitim kitapçığı hazırlanmıştır. Kitapçığın kapağı ve içeriği EK-8 de belirtilmiştir. Uygulayıcı eğitiminin sonunda ise eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla eğitim boyunca verilen bilgilerden oluşan

ve araştırmacı tarafından oluşturulan 10 maddelik doğru-yanlış yöntemi kullanılarak bir son test ölçümü yapılmıştır (EK-9). Anlaşılmayan konuları üzerinde tekrar odaklanılarak konunun anlaşılması sağlanmıştır. Uygulayıcı eğitimi 07.07.2023-04.08.2023 tarihleri arasında 8 oturum olarak yapılmıştır. Toplamda ise 20 saat olarak sürmüştür. Eğitimin günleri ve saatleri hastaların merkeze gelebilme durumlarına ve isteklerine göre planlanmıştır. Uygulayıcı eğitimin içeriği ise Çizelge 3.2’de belirtilmiştir.

Çizelge 3.2. AE-PSBE Uygulayıcı Eğitiminin Oturum İçeriği

Akran Eğitimi Destekli Psikososyal Beceri Eğitimi: Uygulayıcı Eğitimi	
İçerik	
1. Tanışma – çalışma hakkında bilgilendirme, rehber tanıtımı Psikososyal Beceri Eğitiminin önemi, amaç ve hedefleri Akran desteğinin önemi Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitiminin önemi, amaç ve hedefleri	
2. Grup nedir ve nasıl yönetilir?	
3. Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitiminin 1.oturumu	
4. Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitiminin 2. oturumu	
5. Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitiminin 3. oturumu	
6. Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitiminin 4. oturumu	
7. Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitiminin 5. oturumu	
8. Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitiminin 6. oturumu	

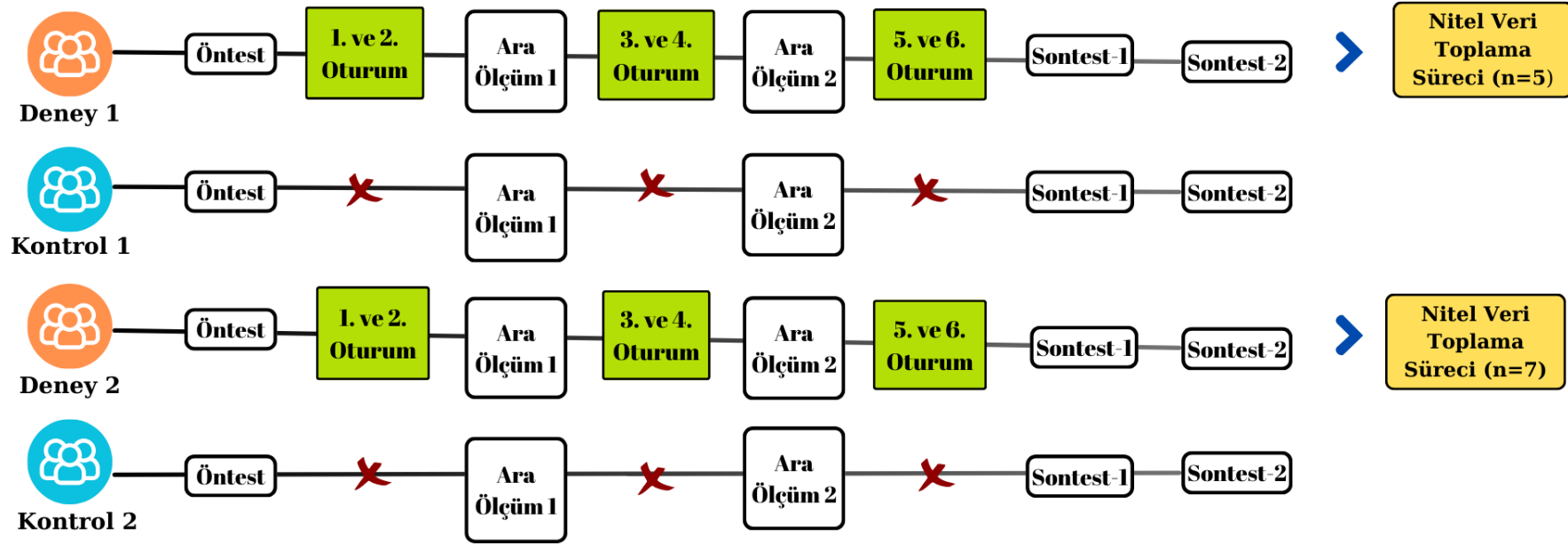
Akran uygulayıcı eğitimi tamamlandıktan sonra araştırmanın ikinci aşaması olan nicel verilerin toplama sürecine geçilmiştir. Uygulayıcı eğitimi alan akran liderlerden birisi lider, birisi lider yardımcısı olarak görev alırken üçüncü akran eğitici ise yedek olarak belirlenmiş ancak her oturuma gözlemci olarak katılmıştır. Dâhil edilme kriterlerine göre belirlenen isimler kurum çalışanları tarafından numaralandırılmış ve kura çekilerek 4 grup oluşturulmuştur. Gruplar oluşturulduktan sonra katılımcıların onayı ile 6 oturumluk eğitim başlamadan önce deney gruplarının ön test ölçümleri yapılmıştır. Aynı hafta içerisinde kontrol gruplarının da ön test ölçümleri yapılmıştır. Deney grupları eğitim sürecine katılım sağladığı sıralarda kontrol grupları kurum tarafından verilen

standart girişimlere katılım sağlamıştır. Bu süre boyunca kontrol grubu katılımcılarına mevcut kurum tarafından verilen herhangi bir beceri eğitimi gerçekleştirilmemiş olup hastalar standart rehabilitasyon faaliyetlerine katılmışlardır.

Araştırmanın veri toplama sürecinde deney gruplarındaki girişimin etkisini zamansal olarak etkisini değerlendirmek ve kontrol grubu ile karşılaştırmak amacıyla deney ve kontrol grupları üzerinde zaman serisi ölçümü kullanılmıştır. Kontrol gruplu zaman serisi ölçümleri ile katılımcıların duyarlılığı ve Hawthorne etkisi gibi problemleri azaltmak ve çalışma tasarımını güçlendirmek amaçlanmıştır (Burns ve Grove, 2012; Erdoğan ve ark., 2018). Bu çalışma için zaman serisi ölçümleri her grup için aynı hafta içerisinde 5 ölçüm olarak uygulanmıştır (Ön test, Ara ölçüm-1, Ara ölçüm-2, Son test-1, Son test-2). Şekil 3.2’de zaman serisi ölçümlerinin sıralaması ve veri toplama sürecinin modeli gösterilmiştir. Ölçümler katılımcılar ile yüz yüze görüşme tekniği ile gerçekleştirilmiştir. Eğitimler kurum içerisindeki toplantı odasında iki akran eğitici tarafından gerçekleştirilmiştir. Üçüncü akran eğitici ise eğitim süreci boyunca araştırmacı psikiyatri hemşiresi ile birlikte gözlemci olmuştur. Araştırmacı psikiyatri hemşiresi aynı zamanda eğitim sürecinde akran eğiticilere danışmanlık sağlamış ve oturumların başında ve sonunda bilgilendirme ve özetleme yapmıştır. Her oturumun süresi yaklaşık 45-90 dakika arası sürmüştür. Her iki deney grubuna uygulanan eğitim 08.08.2023 – 14.09.2023 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Eğitim materyali olarak araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı ile birlikte kurumun yazı tahtası ve kalemi, projeksiyon ve bilgisayar sistemleri gibi araç-gereçler kullanılmıştır. Eğitim sonunda akran eğiticilere ve deney grubundaki katılımcılara motivasyonlarını sürdürmek amacıyla bir katılım belgesi verilmiştir (EK-10).

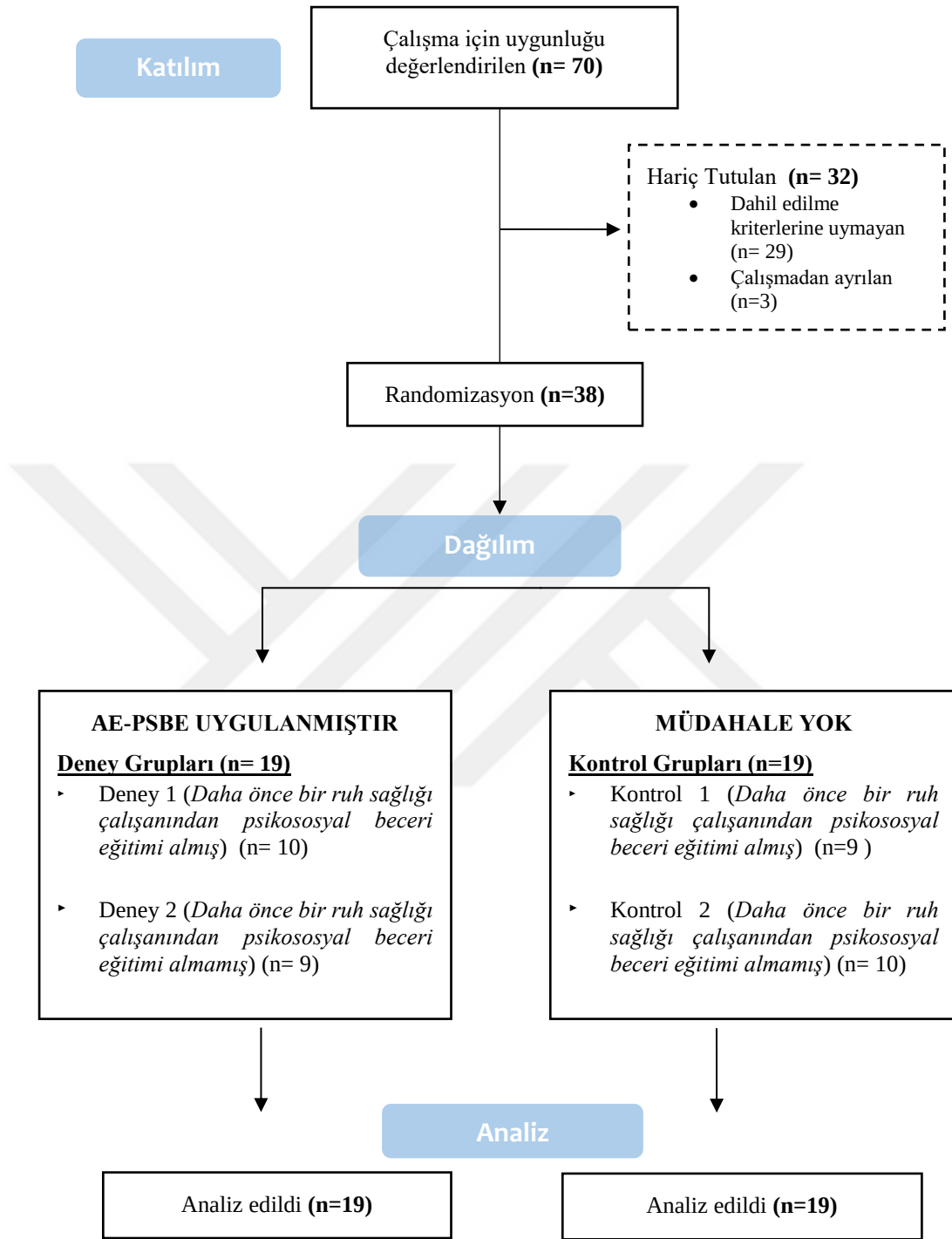
Randomize kontrollü çalışmaların tasarımının, veri toplama süreçlerinin ve analizlerinin okuyucu tarafından daha iyi anlaşılması için geliştirilen CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) akış şeması Şekil 3.3’de sunulmuştur (Moher ve ark., 2001).

Nicel ölçümlerden sonra ise nitel yöntemin veri toplama sürecine geçilmiştir. Son oturum olaran altıncı oturum tamamlandıktan iki hafta sonra her iki gruptan görüşme yapmak için gönüllü katılımcılar belirlenerek toplamda 12 kişi ile bireysel derinlemesine görüşme yapılmıştır. Deney 1 grubundan 5 kişi, Deney 2 grubundan ise 7 kişi görüşme yapmak için gönüllü olmuştur. Yapılan görüşmeler kurum içinde yer alan görüşme odasında yaklaşık 15-20 dakika arası, sessiz bir ortam oluşturularak sürmüştür. Yapılan görüşmeler analiz edebilmek için katılımcı bilgilendirilerek görüşme ses kaydına alınmıştır. Ardından kelimesi kelimesine elektronik ortamda analiz edilmek üzere yazıya dökülmüştür.



Şekil 3.2. Araştırmanın Veri Toplama Sürecine Ait Çalışma Modeli

(LoBiondo-Wood ve Haber, 2002; Erdoğan ve ark., 2018)



Şekil 3.3. CONSORT Akış Diyagramı

3.7. Akran Eğitimi Destekli Psikososyal Beceri Eğitimi (AE-PSBE)

AE-PSBE iki aşamadan oluşan bir ruhsal toplumsal beceri eğitimi programıdır. Eğitimin ilk aşaması araştırmacı psikiyatri hemşiresi tarafından dâhil edilme kriterlerine göre belirlenen ruhsal bozukluk tanısı almış akranlara verilen uygulayıcı eğitimidir. Dâhil edilme kriterlerine göre TİDÖ puanı en az 45 olan kişiler akran eğitici olarak seçildi ve onayları ile birlikte uygulayıcı eğitimine alındı (Tablo 3.1). AE-PSBE'nin amacı akran eğitimcilere psikososyal beceri eğitiminin amaçları, hedefleri ve nasıl uygulanacağına yönelik yönergeleri hakkında bilgilendirilmesidir. Uygulayıcı eğitimin içeriğinde akran lider ile tanışma, çalışma hakkında bilgilendirme, çalışmanın ve psikososyal beceri eğitimlerinin amaç ve hedefleri, akran desteğinin önemi, grup sürecinin yönetimi, tanışma oyunları, ısınma oyunları ve rol oynamaların yönetimi ve altı oturumdan oluşan AE-PSBE oturumlarının nasıl uygulanacağına yönelik bilgilendirmeler bulunmaktadır (Çizelge 3.2). Eğitim sürecinde altı oturumun ve eğitim içeriğinde yer alan oyunların uygulayıcı eğitimi alan eğitimciler arasında uygulaması yapıldı. Her içerik sonunda eğitimi veren araştırmacı tarafından özetleme yapılmış ve katılımcıların görüşleri alınmıştır. Soru sormaları için cesaretlendirilmiş ve eğitim planı için uygun tarihler kendileri ile belirlenmiştir. Eğitim sürecinde araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı rehber olarak kullanılmıştır (EK-8). Uygulayıcı eğitimi 07.07.2023-04.08.2023 tarihleri arasında 8 oturum olarak yürütülmüş olup toplamda ise 20 saat sürmüştür. Eğitim sonunda etkinliği değerlendirmek amacıyla 10 madden oluşan son test ölçümü yapılmıştır (EK-9). Sontest sonucunda 3 eğitici liderin puan ortalaması 26/30 çıkmış olup anlaşılmayan konular tekrar edilerek tartışılmıştır.

Eğitimin ikinci aşaması ise AE-PSBE ise 6 oturumdan oluşan ve uygulayıcı eğitimi alan kişiler tarafından uygulanan bir psikososyal beceri eğitimi programıdır. Her

oturumun amacı ve içeriği ayrı olmakla birlikte içerikler belirlenen amaç ve hedeflere göre literatür doğrultusunda oluşturulmuştur. Daha önce uygulayıcı eğitimi alan bir akran lider ve bir yardımcı akran tarafından eğitimler gerçekleştirilmiştir. Eğitimlerin gerçekleştiği sürede araştırmacı psikiyatri hemşiresi eğitimcilere danışmanlık sağlamış ve çalışmada gözlemci olarak bulunmuştur. Oturumların içeriğine göre başlangıçta bilgilendirme ve oturumların sonunda özetleme yapmıştır. Oturumlar 45-90 dakika arası sürmüştür. Oturumların konu başlıkları Çizelge 3.3’de, oturumların içeriği ise EK-8’de belirtilmiştir. Oturumların oluşturulmasında “Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi: Eğitici El Kitabı (Yıldız, 2019)”, “Çorum Toplum Ruh Sağlığı Merkezi: şizofrenide grup psikoeğitimi ile rehabilitasyon programı”, “T.C. Sağlık Bakanlığı Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi Ruh Sağlığı Modülleri”, “Şizofreni İçin Sosyal Beceri Eğitimi (Bellack ve ark., 2015)” kaynaklarından faydalanılmıştır. Oluşturulan AE-PSBE’nin uygulayıcı akran eğitimini içermesi ve akranlar tarafından eğitimin yürütülmesi kurumda verilen psikososyal beceri eğitimlerinden farkını oluşturmaktadır. Ek olarak her iki aşamadaki eğitim sürecinde gruplarda katılımcıların aktif katılımını sağlamak amacıyla ısınma oyunları, soru-cevap, rol oynamalar, video gösterimleri ve ev ödevleri gibi teknikler kullanılmıştır. Akran desteğinin önemini vurgulamak açısından katılımcıların ve eğitimi veren akran eğitimcilerin hastalık süreçleri ile ilgili deneyimlerinin paylaşılmasına ayrıca olanak tanınmıştır (Yıldız, 2019).

Çizelge 3.3. AE-PSBE Oturumlarının Konu Başlıkları

Akran Eğitimi Destekli Psikososyal Beceri Eğitimi
Oturum Başlıkları
1. Oturum: Hazırlık Oturumu
2. Oturum: Ruhsal Bozuklukları Anlamak
3. Oturum: İletişim Becerilerini Geliştirmek
4. Oturum: Duyguları Tanıma ve İfade Etme Becerilerini Geliştirmek
5. Oturum: Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Sorunlarıyla Başetmek
6. Oturum: Damgalanma Deneyimi Anlamak ve Sonlandırma

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veri toplama sonucunda toplanan nicel ve nitel veriler ayrı başlıklar altında değerlendirilmiş olup tartışma bölümünde literatür doğrultusunda entegrasyonu sağlanmıştır.

3.8.1. Nicel Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada nicel verilerin analizi SPSS 22.0 istatistik paket programı ile 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). Akran Eğitimi Destekli Psikososyal Beceri Eğitiminin 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). Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan testler Tablo 3.2’de verilmiştir. Araştırmada 3 katılımcı öntest sonrasında araştırmadan ayrılmıştır. Literatüre göre randomizasyona dahil edilen katılımcılardan %10’undan fazlasının verilerinin alınmaması bulguları değiştirme konusunda önemli bir potansiyel oluşturabilir (Kruse ve ark., 2002). Bu araştırmada, ayrılan 3 kişinin verileri 38 kişiden oluşan örneklemin %10’luk diliminden ($38 \times \%10 \approx 4$) daha azına denk gelmesi nedeniyle çalışmaya dâhil edilmemiş ve intention-to-treat (ITT) yaklaşımı izlenmemiştir.

Tablo 3.2. Nicel Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Değerlendirilen Özellikler	✓ İstatistiksel Yöntemler • Testler
Verilerin normal dağılıma uygunluğunun belirlenmesi	✓ Çarpıklık katsayısı ✓ Basıklık katsayısı
Deney ve kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı özelliklerinin belirlenmesi	✓ Yüzdelik dağılımı ✓ Frekans dağılımı
Deney ve kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması	✓ Ki-kare Testi • Pearson kıkare testi • Fisher-Freeman-Halton testi • Fisher's Exact testi ✓ Bağımsız Örneklem t-testi
Deney ve kontrol grubundaki hastaların ölçüm değerlerinin gruplar arasında karşılaştırılması	✓ Bağımsız örneklem t-testi ✓ Mann-Whitney U testi
Ölçek toplam/alt boyut puanları açısından ölçümlerde belirlenen değişimin, deney ve kontrol grubuna göre karşılaştırılması	✓ Karışık ölçümler için iki faktörlü ANOVA • Pillai's Trace testi • Wilks' Lambda testi • Sphericity Assumed testi
Deney ve kontrol grubundaki hastaların ölçüm değerlerinin gruplar içinde karşılaştırılması	✓ Friedman testi
Ölçek toplam/alt boyut iç tutarlık katsayılarının belirlenmesi	✓ Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı

3.8.2. Nitel Verilerin Değerlendirilmesi

Nitel verilerin analiz sürecinde MAXQDA 22 programı kullanılarak ve tümevarımsal bir yaklaşım benimsenerek tematik analiz yöntemi kullanılmıştır. Bu süreçte katılımcılar ile yapılan bireysel ve yüzyüze derinlenmesine görüşmelerde katılımcıların onayıyla ses kaydına alındı ve görüşme sürecinde önemli bulunan yerler için notlar alındı. Yapılan görüşmelerin ardından araştırmacı tarafından ses kayıtları tüm ayrıntılarıyla yazıya aktarıldı. Yazıya aktarılan ses kayıtları baştan sona tekrar okunduktan sonra kodlama sürecine geçildi. Kodlamanın ardından veriler kategorilendirilerek tema ve alt temalar oluşturulmuştur (Creswell ve Plano Clark, 2017).

Yarı yapılandırılmış görüşme formunun oluşturulmasında uzman görüşünün ve araştırmadan bağımsız hastaların onayının alınması, araştırmacının uzun süre katılımcılar ile aynı ortamda vakit geçirmesi, görüşme öncesi çalışma hakkında yapılan bilgilendirmenin yapılması ve soruların katılımcıya okutulması, görüşmeler sırasında

katılımcıların görüşlerini ve düşüncelerini rahatlıkla belirtebilmeleri konusunda araştırmacı tarafından desteklenmesi, sorulara verdikleri cevapların özetlenmesi, araştırmacı tarafından önemli bulunan ifadeler için notlar alınması, ortaya çıkan temaların kurum çalışanları ile paylaşılması nitel verilerin geçerlik ve güvenilirliği açısından önemli yaklaşımlar olarak değerlendirilmektedir (Long ve Johnson, 2000; Cypress, 2017).

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik açıdan uygunluğu Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 22-KAEK-267 numarası ile onaylanmıştır (EK-11). İlgili kurumda yürütülebilmesi için Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nin bağlı olduğu Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'nden 17.04.2023 tarihli E-26521195-604.02.02-213484513 sayı numarası ile gerekli kurum izni alındıktan sonra çalışmaya başlanmıştır (EK-12). Çalışmaya başlamadan önce katılımcılar araştırma hakkında bilgilendirilerek yazılı ve sözlü onamları alınmıştır (EK-13). Derinlemesine görüşmelerin ses kaydına alınması için kişiler bilgilendirilmiş ve onayları ayrıca ses kaydına alınmıştır. Çalışmada kullanılan ölçekler açık erişimli olması sebebi ile kaynak gösterimi yapılarak kullanılmıştır (Aslan ve ark., 2005; Yıldız ve ark., 2018; Yıldız ve ark., 2019b). Nitel verilerin sunumunda katılımcıların isimleri belirtilmemiş olup K1, K2, K3... şeklinde kodlanarak belirtilmiştir.

3.10. Araştırmanın Güçlü Yanları ve Sınırlılıkları

Çalışmanın belirli güçlü yönleri ve sınırlılıkları mevcuttur. Çalışmanın Samsun ilinde tek bir kurumda yürütülmesi, akran eğiticiler için uygulayıcı eğitimi ile birlikte uygulama sürecinin yaklaşık iki ay kadar sürmesi, öz bildirimli ölçeklerin kullanılması ve uzun süre etkinliğinin değerlendirilmesi için izlem ölçümü yapılamaması çalışmanın

sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Çalışmada ayrıca akranlar tarafından verilen psikosoyal beceri eğitimi ile kurum çalışanları tarafından verilen psikosoyal beceri eğitiminin etkinliğini gruplararası karşılaştırma ile ölçmek istenmiştir ancak gruplar kendi içinde iki gruba ayrıldığında kişi sayısının düşük olması istatistiksel açıdan anlamlı sonuçlar sağlamadığı için bu durum çalışmanın başka bir sınırlılığı olarak düşünülmektedir. Bu amaçla istatistiksel analiz sonucunda ortaya çıkan veriler tartışılmamış olup tartışılmaya alınmayan tablolar incelemek isteyen araştırmacılar için çalışmanın “Ekler” bölümünde belirtilmiştir (EK-14).

Çalışmanın ülkemizde kronik ruhsal bozukluklara sahip bireyler üzerinde yürütülen ilk akran eğitimi destekli ve karma yöntem tasarımı ile yürütülen bir çalışma olması çalışmanın özgünlüğünü ve en önemli gücünü oluşturmaktadır. Araştırmacının uzun süre psikiyatrik tanıli bireylere hizmet vermiş olması, daha önce şizofreni hastalarında psikosoyal beceri eğitimi: eğitici eğitimi, psikoeğitim uygulama modülü eğitimi, nitel araştırma ve karma yöntem araştırmaları gibi mevcut araştırmanın yöntemi ile ilgili konularda eğitim almış olması (EK-15), araştırma öncesi merkezdeki hastalar ile tanışmış ve vakit geçirmiş olması özellikle nitel verilerin güvenilirliği açısından çalışmanın gücünü oluşturan faktörlerdendir. Grupların oluşturulmasında randomizasyon yöntemi kullanılması ve veri toplama sürecinde toplamda beş ölçüm yapılması uygulama etkisinin hangi aşamalarda etkili veya etkisiz olduğunu göstermesi adına çalışmanın gücünü yansıtan faktörler arasındadır.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları nicel ve nitel bulgular olmak üzere ayrı başlıklar altında tablolar ile belirtilmiş ve tartışma bölümünde entegrasyonu yapılarak tartışılmıştır.



4.1. Nicel Bulgular

4.1.1. Deney ve Kontrol Gruplarının Tanıtıcı Bilgilerine Yönelik Bulgular

Araştırmaya katılan hastalar kontrol değişkenleri açısından incelendiğinde, deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir. ($p>0.05$; Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu (n=19)		Kontrol Grubu (n=19)		Test istatistiği p
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Kadın	9	47.4	10	52.6	$\chi^2=0.105^a$ $p=0.746$
Erkek	10	52.6	9	47.4	
Medeni Durum					
Evli	1	5.3	1	5.3	$p=1.000^b$
Bekâr	18	94.7	18	94.7	
Eğitim Durumu					
İlkokul	5	26.3	2	10.5	$\chi^2=2.703^c$ $p=0.500$
Ortaokul	2	10.5	5	26.3	
Lise	9	47.4	8	42.1	
Üniversite	3	15.8	4	21.1	
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	1	5.3	1	5.3	$p=1.000^b$
Çalışmıyor	18	94.7	18	94.7	
Birlikte Yaşanan Kişi/Kişiler					
Aile	17	89.5	17	89.5	$p=1.000^b$
Yalnız	2	10.5	2	10.5	
Psikiyatrik Hastalık Tanısı					
Şizofreni	17	89.5	13	68.4	$p=0.232^b$
Bipolar bozukluk	2	10.5	6	31.6	
Psikiyatrik Hastalık Süresi					
1-9 yıl	6	31.6	4	21.0	$\chi^2=2.656^c$ $p=0.282$
10-19 yıl	6	31.6	3	15.8	
20 yıl ve üzeri	7	36.8	12	63.2	
Hastanede Yatış Öyküsü					
Yok	2	10.5	3	15.8	$\chi^2=4.697^c$ $p=0.207$
1 kez	5	26.3	5	26.3	
2 kez	6	31.6	1	5.3	
3 kez ve üzeri	6	31.6	10	52.6	
Ailede Psikiyatrik Tanı Öyküsü					
Var	6	31.6	9	47.4	$p=0.508^b$
Yok	13	68.4	10	52.6	

a= Pearson kıkare testi; b= Fisher's Exact testi; c= Fisher-Freeman-Halton testi; t=Bağımsız örneklem t-testi; n=sayı;%=yüzde; TRSM= Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması (devamı)

Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu (n=19)		Kontrol Grubu (n=19)		Test istatistiği p
	n	%	n	%	
TRSM'den Hizmet Alma Süresi					
1-2 yıl	6	31.6	6	31.6	$\chi^2=0.000^a$ p=1.000
3-6 yıl	7	36.8	7	36.8	
7 yıl ve üzeri	6	31.6	6	31.6	
TRSM'den Hizmet Alma Sıklığı					
Her gün	1	5.3	1	5.3	$\chi^2=3.253^c$ p=0.180
Haftada birkaç kez	17	89.4	13	68.4	
Düzensiz	1	5.3	5	26.3	
TRSM'de Görev Yapan Ruh Sağlığı Çalışanından Psikososyal Beceri Eğitimi Alma Durumu					
Evet	10	52.6	9	47.4	$\chi^2=0.105^a$ p=0.000
Hayır	9	47.4	10	52.6	
Ruh Sağlığı Çalışanı Tarafından Verilen Psikososyal Beceri Eğitiminden Memnuniyet Durumu					
Çok memnun	6	60.0	2	22.2	$\chi^2=3.174^c$ p=0.170
Memnun	4	40.0	6	66.7	
Kararsız	-	-	1	11.1	
Memnun değil	-	-	-	-	
Hiç memnun değil	-	-	-	-	
Toplam	19	100	19	100	
	Ort	Ss	Ort	Ss	
Yaş	46.16	8.14	48.0	10.82	$t=-0.593$ $p=0.557$

a= Pearson kıkare testi; c= Fisher-Freeman-Halton testi; t=Bağımsız örneklem t-testi; n=sayı;%=yüzde; Ort=ortalama; Ss=standart sapma, TRSM= Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

Deney grubundaki hastaların %52.6'sının erkek, %94.7'sinin bekâr, %47.4'ünün lise mezunu ve yaş ortalamasının 46.16±8.14 olduğu saptanmıştır. Ayrıca deney grubundaki hastaların %94.7'sinin çalışmadığı, %89.5'inin ailesiyle birlikte yaşadığı ve %89.5'inin şizofreni tanısı aldığı, %36.8'nin psikiyatrik hastalık süresinin 20 yıl ve üzeri olduğu, %31.6'sının 2 kez/3 kez ve üzeri hastaneye yatış öyküsünün bulunduğu, %31.6'sının aile içerisinde psikiyatrik tanı öyküsünün olduğu, %36.8'inin TRSM'den 3-6 yıl hizmet aldığı, %89.4'ünün TRSM'den haftada birkaç kez hizmet aldığı, %52.6'sının TRSM'de görev yapan ruh sağlığı çalışanından psikososyal beceri eğitimi aldığı ve %60'ının psikososyal beceri eğitiminden çok memnun olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Kontrol grubundaki hastaların %52.6'sının kadın, %94.7'sinin bekâr, %42.1'inin lise mezunu ve yaş ortalamasının 48.0 ± 10.82 olduğu saptanmıştır. Ayrıca kontrol grubundaki hastaların %94.7'sinin çalışmadığı, %89.5'inin ailesiyle birlikte yaşadığı ve %68.4'ünün şizofreni tanısı aldığı, %63.2'sinin psikiyatrik hastalık süresinin 20 yıl ve üzeri olduğu, %52.6'sının 3 kez ve üzeri hastaneye yatış öyküsünün bulunduğu, %47.4'ünün aile içerisinde psikiyatrik tanı öyküsünün olduğu, %36.8'inin TRSM'den 3-6 yıl hizmet aldığı, %68.4'ünün TRSM'den haftada birkaç kez hizmet aldığı, %47.4'ünün TRSM'de görev yapan ruh sağlığı çalışanından psikososyal beceri eğitimi aldığı ve %66.7'sinin psikososyal beceri eğitiminden memnun olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

4.1.2. Kendini Damgalama Değişkenine Yönelik Nicel Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların Kendini Damgalama Ölçeği (KDÖ) toplam ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 4.2'de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların KDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek	Ölçümler	Deney Grubu Ort±Ss	Kontrol Grubu Ort±Ss	Test istatistiği	p değeri
Kendini Damgalama Ölçeği Toplam	Öntest	34.21±16.57	42.68±11.26	$t=1.844$	$p=0.073$
	Ara Ölçüm-1	35.37±18.27	40.95±10.97	$t=1.141$	$p=0.261$
	Ara Ölçüm-2	34.53±16.04	39.47±10.97	$t=1.110$	$p=0.275$
	Sontest-1	34.89±15.16	35.68±10.65	$t=0.186$	$p=0.854$
	Sontest-2	36.68±16.56	34.05±9.16	$t=-0.606$	$p=0.549$
Algılanan Değersizlik-Devalüasyon Alt Boyutu	Öntest	16.47±8.21	18.26±5.63	$t=0.783$	$p=0.439$
	Ara Ölçüm-1	16.68±8.74	16.79±5.13	$t=0.045$	$p=0.964$
	Ara Ölçüm-2	16.84±8.72	16.84±5.41	$t=0.000$	$p=1.000$
	Sontest-1	16.53±8.03	17.21±4.34	$t=0.327$	$p=0.746$
	Sontest-2	17.32±8.35	16.37±6.18	$t=-0.398$	$p=0.693$
İçselleştirilmiş Stereotipler ve Sosyal Geri Çekilme Alt Boyutu	Öntest	13.95±7.26	18.53±5.37	$t=2.210$	$p=0.340$
	Ara Ölçüm-1	15.21±8.20	16.58±6.72	$t=0.563$	$p=0.577$
	Ara Ölçüm-2	13.79±7.00	16.89±6.02	$t=1.467$	$p=0.151$
	Sontest-1	14.95±7.00	16.26±5.80	$t=0.631$	$p=0.532$
	Sontest-2	15.68±7.67	18.47±7.26	$t=1.152$	$p=0.257$
Hastalığın Gizlenmesi Alt Boyutu	Öntest	4.53±2.46	5.89±3.21	$t=1.475$	$p=0.149$
	Ara Ölçüm-1	3.68±2.08	5.63±2.77	$t=2.447$	$p=0.190$
	Ara Ölçüm-2	3.89±2.13	5.37±2.95	$t=1.766$	$p=0.087$
	Sontest-1	3.47±2.12	5.32±2.50	$t=2.453$	$p=0.119$
	Sontest-2	3.79±1.81	5.05±2.97	$t=1.582$	$p=0.124$

t=Bağımsız örneklem t-testi; Ort=ortalama; Ss=standart sapma

Deney ve kontrol grubundaki hastaların Kendini Damgalama Ölçeği toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında, tüm ölçümlere göre anlamlı farklılık bulunmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$; Tablo 4.2).

4.1.3. Toplumsal İşlevsellik Değişkenine Yönelik Nicel Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ) toplam ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 4.3’de sunulmuştur.

Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların TİDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek	Ölçümler	Deney Grubu Ort±Ss	Kontrol Grubu Ort±Ss	Test istatistiği	p değeri
Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği Toplam	Öntest	40.21±4.76	40.79±5.59	$t=-0.344$	$p=0.733$
	Ara Ölçüm-1	40.84±4.63	40.00±5.78	$t=0.495$	$p=0.623$
	Ara Ölçüm-2	41.16±3.78	39.21±6.36	$t=1.148$	$p=0.260$
	Sontest-1	42.89±4.01	38.00±7.12	$t=2.611$	$p=0.014$
	Sontest-2	43.53±3.96	39.26±6.45	$t=2.454$	$p=0.019$
Özbakım Alt Boyutu	Öntest	13.37±2.22	13.79±2.04	$t=-0.609$	$p=0.546$
	Ara Ölçüm-1	16.05±2.82	13.47±2.55	$t=2.960$	$p=0.005$
	Ara Ölçüm-2	16.16±1.92	13.58±2.36	$t=3.689$	$p=0.001$
	Sontest-1	17.16±1.89	11.58±1.95	$t=8.941$	$p=0.000$
	Sontest-2	18.00±1.70	11.47±2.14	$t=10.398$	$p=0.000$
Kişilerarası İlişkiler ve Eğlenti Alt Boyutu	Öntest	13.11±2.16	13.95±2.86	$t=-1.025$	$p=0.312$
	Ara Ölçüm-1	14.42±2.39	12.58±3.10	$t=2.053$	$p=0.048$
	Ara Ölçüm-2	15.21±2.35	11.89±2.81	$t=3.950$	$p=0.000$
	Sontest-1	17.32±1.97	10.16±1.98	$t=11.162$	$p=0.000$
	Sontest-2	17.89±2.47	9.63±1.54	$t=12.386$	$p=0.000$
Bağımsız Yaşam Alt Boyutu	Öntest	9.47±2.14	9.16±1.64	$t=0.510$	$p=0.613$
	Ara Ölçüm-1	9.42±2.04	9.05±2.07	$t=0.553$	$p=0.583$
	Ara Ölçüm-2	9.53±1.58	8.53±1.93	$t=1.752$	$p=0.088$
	Sontest-1	10.32±1.42	7.68±2.38	$t=4.140$	$p=0.000$
	Sontest-2	10.26±1.45	8.53±1.98	$t=3.085$	$p=0.004$
İş/Meslek Alt Boyutu	Öntest	1.95±0.91	1.84±0.83	$t=0.371$	$p=0.713$
	Ara Ölçüm-1	1.89±0.81	1.79±0.71	$t=0.425$	$p=0.673$
	Ara Ölçüm-2	2.00±0.88	1.79±0.79	$t=0.776$	$p=0.443$
	Sontest-1	2.05±0.97	1.68±0.75	$t=1.310$	$p=0.199$
	Sontest-2	2.17±0.92	1.74±0.73	$t=1.572$	$p=0.125$

t =Bağımsız örneklem t-testi; Ort=ortalama; Ss=standart sapma

Buna göre deney ve kontrol grubundaki hastaların Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği toplam ve Bağımsız Yaşam alt boyut puan ortalamaları arasında, son test-1 ve son test-2 ölçümlerine göre deney grubu yönünde anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Deney grubundaki hastaların puan ortalamaları kontrol grubundaki hastalardan anlamlı şekilde yüksektir (Tablo 4.3).

Deney ve kontrol grubundaki hastaların Özbakım alt boyutu ve Kişilerarası İlişkiler ve Eğlenti alt boyutu puan ortalamaları arasında, ara ölçüm-1, ara ölçüm-2, son test-1 ve son test-2 ölçümlerine göre deney grubu yönünde anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Deney grubundaki hastaların puan ortalamaları kontrol grubundaki hastalardan anlamlı şekilde yüksektir. Ayrıca deney ve kontrol grubundaki hastaların İş/Meslek alt boyutu puan ortalamaları arasında tüm ölçümlere göre anlamlı farklılık bulunmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$; Tablo 4.3).

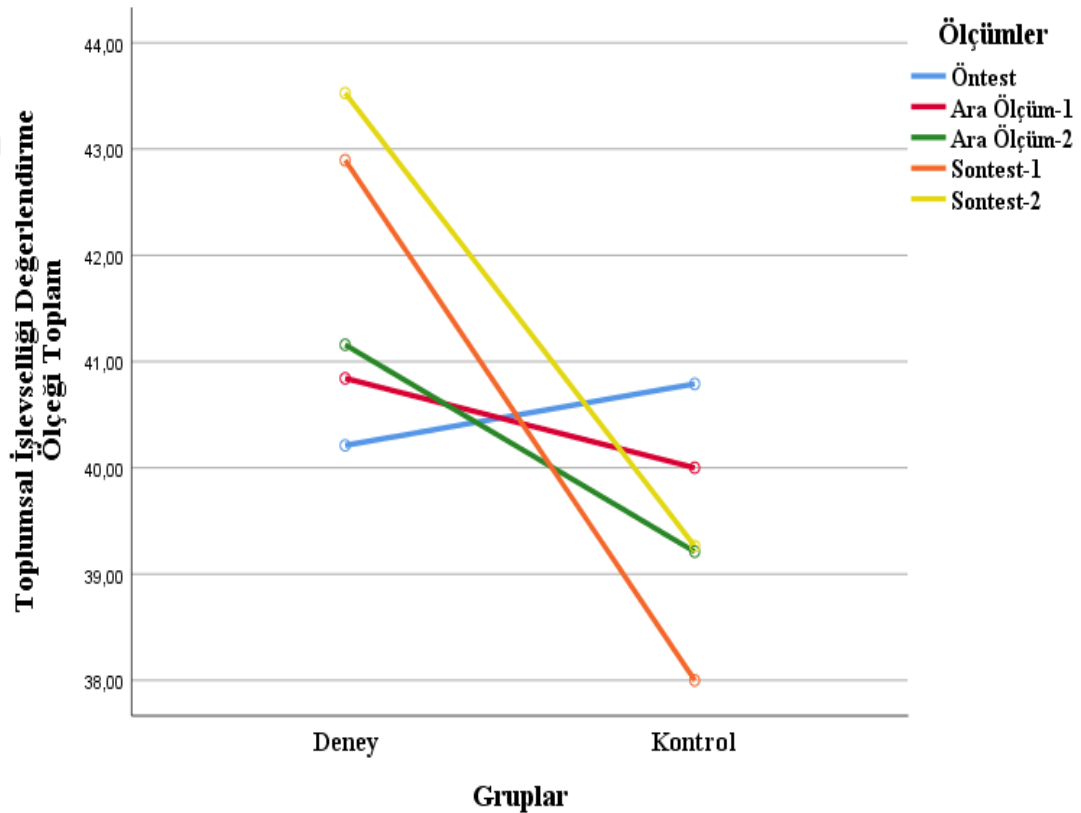
Tablo 4.4. Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanlarına İlişkin Karışık Ölçümler İçin İki Faktörlü Anova Sonuçları

Grup	Ölçümler	Ort±Ss	Anlamlı Farklılık	Gruplar Arası Etkileşim (Grup x Ölçüm)		
				F	η^2	p
Deney Grubu	Öntest	40.21±4.76	E > A,B,C (p<0.05)	4.595*	0.358	0.005
	Ara Ölçüm-1	40.84±4.63				
	Ara Ölçüm-2	41.16±3.78				
	Son Test-1	42.89±4.01				
	Son Test-2	43.53±3.96				
Kontrol Grubu	Öntest	40.79±5.59	----			
	Ara Ölçüm-1	40.00±5.78				
	Ara Ölçüm-2	39.21±6.36				
	Son Test-1	38.00±7.12				
	Son Test-2	39.26±6.45				

*Wilks' Lambda Testi; η^2 =Etki Büyüklüğü; Ort=ortalama; Ss=standart sapma; Öntest=A; Ara Ölçüm-1=B; Ara Ölçüm-2=C; Son Test-1=D; Son Test-2=E

Akran Eğitimi Destekli Psikososyal Beceri Eğitiminin ardından deney ve kontrol grubunun ölçümlerinde meydana gelen değişimler ölçek toplamı ve alt boyut düzeyinde karışık ölçümler için iki faktörlü ANOVA ile değerlendirilmiştir. Buna göre Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalamalarındaki değişim açısından

deney ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir [$F(4,33)=4.595$; $p=0.005$]. Bu farklılık AE-PSBE programına katılma durumu ve ölçüm faktörlerinin ortak etkisiyle oluşmuştur. Akran Eğitimi Destekli Psikososyal Beceri Eğitimi deney grubundaki hastaların Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği toplam puanlarını %35.8 düzeyinde anlamlı ve geniş bir etki (Richardson, 2011; Cohen, 2013) oluşturarak yükseltmiştir ($\eta^2=0.358$; $p=0.005$; Tablo 4.4).



Şekil 4.1. Ölçümlere Göre Grupların Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanlarındaki Değişim

Buna göre deney grubundaki hastaların sontest-2 puanları, öntest, ara ölçüm-1 ve ara ölçüm-2 puanlarından anlamlı şekilde yüksektir ($p<0.05$; Tablo 4.4; Şekil 4.1). Kontrol grubunda ise hastaların ölçüm puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir değişim belirlenmiştir ($p>0.05$; Tablo 4.4; Şekil 4.1).

4.1.4. Bilişsel İçgörü Değişkenine Yönelik Nicel Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ) toplam ve alt boyut puan ortalamaları ve medyan değerleri Tablo 4.5’de sunulmuştur.

Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların BBİÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek	Ölçümler	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Test istatistiği	p değeri
		Med (Min-Maks)	Med (Min-Maks)		
Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği Toplam	Öntest	5.00 (-3.00-14.00)	2.00 (-5.00-13.00)	<i>MWU=107.500</i>	<i>p=0.311</i>
	Ara Ölçüm-1	3.00 (-3.00-14.00)	1.00 (-9.00-13.00)	<i>MWU=144.500</i>	<i>p=0.297</i>
	Ara Ölçüm-2	4.00 (-3.00-11.00)	2.00 (-9.00-17.00)	<i>MWU=175.500</i>	<i>p=0.885</i>
	Sontest-1	6.00 (-7.00-12.00)	4.00 (-3.00-10.00)	<i>MWU=149.500</i>	<i>p=0.370</i>
	Sontest-2	5.00 (-3.00-14.00)	1.00 (-3.00-5.00)	<i>MWU=160.500</i>	<i>p=0.563</i>
Kendini İfade Etme Alt Boyutu		Ort±Ss	Ort±Ss		
	Öntest	13.79±5.48	12.26±4.38	<i>t=0.948</i>	<i>p=0.350</i>
	Ara Ölçüm-1	14.58±5.54	11.26±4.21	<i>t=2.076</i>	<i>p=0.045</i>
	Ara Ölçüm-2	12.89±5.02	12.00±4.35	<i>t=0.587</i>	<i>p=0.561</i>
	Sontest-1	13.42±6.16	13.00±3.59	<i>t=0.257</i>	<i>p=0.799</i>
Kendinden Eminlik Alt Boyutu	Sontest-2	14.32±5.89	13.37±3.92	<i>t=0.584</i>	<i>p=0.563</i>
	Öntest	9.53±4.40	9.63±3.09	<i>t=-0.085</i>	<i>p=0.933</i>
	Ara Ölçüm-1	9.95±4.21	9.00±2.24	<i>t=0.866</i>	<i>p=0.394</i>
	Ara Ölçüm-2	9.84±3.25	9.16±3.30	<i>t=0.643</i>	<i>p=0.524</i>
	Sontest-1	9.21±3.72	9.47±2.25	<i>t=-0.264</i>	<i>p=0.793</i>
	Sontest-2	10.32±4.88	9.37±2.67	<i>t=0.743</i>	<i>p=0.464</i>

MWU=Mann-Whitney U testi; t=Bağımsız örneklem t-testi; Ort=ortalama; Ss=standart sapma; Med=Medyan (Ortanca); Min=Minimum; Maks=Maksimum

Buna göre deney ve kontrol grubundaki hastaların Kendini İfade Etme alt boyut puan ortalamaları arasında ara ölçüm-1’e göre deney grubu yönünde anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Deney grubundaki hastaların puan ortalamaları kontrol grubundaki hastalardan anlamlı şekilde yüksektir. Ayrıca deney ve kontrol grubundaki hastaların Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği toplam ve Kendinden Eminlik alt boyut puanları arasında tüm ölçümlere göre anlamlı farklılık bulunmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$; Tablo 4.5).

4.2. Nitel Bulgular

Araştırmanın nitel verileri Tablo 4.6 ve Tablo 4.7.'de sunulmuştur. Tablo 4.6'da araştırmaya katılan ve bireysel derinlemesine görüşme yapılan 12 kişinin tanıtıcı bilgilerine yer verilmiştir.

Tablo 4.6. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Yapılan Katılımcıların Tanıtıcı Bilgileri

	Cinsiyet	Yaş	Medeni Durum	Eğitim Düzeyi	Kiminle Yaşadığı	Tanı	Hastalık Süresi	Çalışma Durumu	Hastane Yatış Öyküsü	Hizmet Alma Süresi
K1	Kadın	50	Bekâr	Lise	Aile	Şizofreni	11 yıl	Çalışmıyor	2 kez	11 yıl
K2	Kadın	41	Bekâr	İlkokul	Aile	Şizofreni	25 yıl	Çalışmıyor	5 kez	3 yıl
K3	Kadın	57	Evli	Lise	Aile	Şizofreni	22 yıl	Çalışmıyor	2 kez	3 yıl
K4	Kadın	47	Bekâr	Lise	Aile	Şizofreni	13 yıl	Çalışmıyor	1 kez	8 yıl
K5	Erkek	33	Bekâr	Ortaokul	Aile	Şizofreni	14 yıl	Çalışmıyor	3 kez	2 yıl
K6	Kadın	45	Bekâr	Lise	Aile	Bipolar Bozukluk	26 yıl	Çalışmıyor	3 kez	9 yıl
K7	Erkek	50	Bekâr	Lise	Aile	Şizofreni	25 yıl	Çalışmıyor	2 kez	12 yıl
K8	Erkek	48	Bekâr	Üniversite	Yalnız	Şizofreni	10 yıl	Çalışmıyor	-	3 ay
K9	Kadın	43	Eşinden ayrılmış	Lise	Aile	Şizofreni	8 yıl	Çalışmıyor	1 kez	8 yıl
K10	Erkek	47	Bekâr	İlkokul	Aile	Şizofreni	14 yıl	Çalışmıyor	2 kez	3 yıl
K11	Kadın	55	Bekâr	İlkokul	Aile	Bipolar Bozukluk	39 yıl	Çalışmıyor	2 kez	1 yıl
K12	Kadın	51	Bekâr	Ortaokul	Aile	Şizofreni	10 yıl	Çalışmıyor	1 kez	6 ay

Katılımcıların tanıtıcı bilgileri incelendiğinde katılımcıların en çok kadın (n=8), bekâr (n=10), şizofreni tanısına sahip (n=10), 33 ve 55 yaşları arasında olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların altısı lise mezunu olduğunu ve onbiri aile üyeleriyle birlikte yaşadığını bildirmişlerdir. Tüm katılımcılar herhangi bir işte çalışmadığını belirtmişlerdir. Katılımcıların en az 11 yıldır hastalık tanısı aldığı, çoğunun en az bir kez ruhsal hastalığı nedeniyle hastaneye yatış öyküsünün olduğu, en az 3 ay, en fazla 12 yıldır TRSM'den hizmet aldığı saptanmıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Ana Temalar ve Alt Temalar

Ana Temalar	Alt Temalar	Katılımcılar
AKRAN DESTEĞİ	Yönlendirme	K2, K3, K4, K10, K11, K12
	Benzer hastalık deneyimlerinin ve sorunların paylaşılması	K4, K6, K9, K11, K12
	Teselli etmek	K7, K12
ETKİLİ ALANLAR	İletişim becerilerine katkısı	K1, K2, K4, K5, K6, K9, K10, K11, K12
	Topluma uyum becerilerine katkısı	K1, K5, K6, K8, K9, K10, K12
	Bilgi düzeyi ve farkındalıkta artış	K4, K5, K6, K8, K9, K10, K12
	Özgüven üzerine katkısı	K1, K4, K9
	Sorumluluk hissetme	K3, K11
	Damgalanma durumuna katkısı	K6, K8
	Özbakım becerileri üzerine katkısı	K3, K6
	Bilgileri hatırlama	K1
	Duygu ve düşünce süreçlerine etkisi	K3
ETKİNLİĞİ SINIRLI ALANLAR	Özbakım	K1, K4, K7, K8
	Damgalanma	K1, K7, K12
EĞİTİM ETKİNLİĞİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER	Isınma oyunları ve rol oynamalar	K3, K4, K5, K6, K7, K9, K10, K12
	Akran eğiticiler	K4, K5, K7, K8, K9, K10, K11, K12
	Bireysel ihtiyaçların farklılığı	K1, K5, K7, K10
	Eğitim süresi	K3, K11
	Dikkat eksikliği	K3, K7
	Eğitimin tekrarlanması	K1, K3, K10, K11
ÖNERİLER	Eğitimin içeriğine yönelik öneriler	K3, K6, K7, K12
	Sosyal aktivite eklenmesi	K1, K9
	Hastalığın seyrine göre grupların oluşturulması	K8
	Sürenin kısaltılması	K3

Deney gruplarında yer alan 12 katılımcı ile yapılan bireysel derinlemesine görüşme sonucunda tematik analiz yöntemi kullanılarak 5 ana tema ve 24 alt tema oluşturulmuştur. Belirlenen temalara ait katılımcıların ifadeleri alıntı olarak örneklendirilmiştir. Katılımcıların ifadeleri “Akran Desteği”, “Etkili Alanlar”, “Etkinliği Sınırlı Alanlar”, “Eğitim Etkinliğini Etkileyen Faktörler” ve “Öneriler” olarak adlandırılan 5 ana tema altında toplanmıştır (Tablo 4.7).

1. Akran Desteği

Katılımcılar akran desteğine yönelik olarak birbirlerinin sorunlarını dinlediğini, benzer hastalık deneyimlerini ve başa çıkma yöntemlerini paylaştıklarını, günlük yaşamda yaşadıkları sorunlar için birbirlerini teselli ettiklerini ve ruh sağlığı çalışanına yönlendirdiklerini ifade etmişlerdir.

Yönlendirme

Katılımcılar akran desteği kapsamında sorun paylaşmaları durumunda birbirlerini bir ruh sağlığı çalışanına veya aktivitelere yönlendirerek birbirlerine destek olabileceklerini belirtmiştir.

“Konuşarak destek alıyoruz genellikle.. birbirimizi üzmemeye kırmamaya çalışıyoruz.. birbirimize elimizden geldiğince yardımcı olmaya çalışıyoruz... en azından doktora yönlendiriyoruz.. derdiniz anlatınca hemşireye doktora konuşun diyorum.. yani elimde olmayan şey yapamam diyorum. Elimden gelse yaparım ama gelmeyince şey yapamam...” (K10, Deney 1)

“ben doktor değilim ki,... bana kalan şey değil ki.. ama yönlendirebilirim... doktora sorabilirsin falan diyorum... ama bana gelme diyorum.. benim işim değil bu.. ben zaten hastayım.. benim sözüm geçmez.. ben karışamam öyle... tenise çağırırım.. el işine çağırırım.. aktivitelere yönlendiririm.. o kadar.. ama ilaç, hastalıkla ilgili falan şey söylemem...” (K2, Deney 1)

Benzer hastalık deneyimlerinin ve sorunların paylaşılması

Katılımcılar birbirleri ile benzer hastalık deneyimlerini ve günlük yaşamda yaşadığı sorunlar hakkında konuşarak destek olduklarını belirtmişlerdir.

“Destek alıyoruz tabiki.. aynı rahatsızlığı yaşıyoruz mesela onlarla.. birbirimizle diyalogumuz oluyo.. birbirimize soruyoruz mesela.. sen nasıl yaşıyorsun bu hastalığı diye...” (K6, Deney 2)

“Anlatıyoruz.. öyle destek oluyoruz... sen nasıl oluyodun.. ben şöyle oluyodum... falan... içimizi boşaltır, konuşur rahatlarız...” (K11, Deney 2)

“Birbirimizle muhabbet ediyoruz... konuşuyoruz... bu hastalıktan.. baş etmenin yollarını bulanlar var.. bulamayan da var... ama bulan daha çok... sohbet ediyoruz beraber... mesela soru cevap şeklinde birbirimize sorular cevaplar yapıyoruz...” (K12, Deney 2)

Teselli etmek

Katılımcılar sorunlarıyla başa çıkmak için birbirlerini teselli ederek akran desteği sağlayabileceklerini belirtmişlerdir.

“... ben sıkıntıda olana yardımcı olmaya çalışırım.. mesela birisi sıkıntıdaysa.. yani.. insanların başına bela gelir.. bunlara sabırlı davranmak lazım gibi telkinlerde bulunurum yani.. birisi banada sabırlı ol derse, teselli etse hoşuma gider tabi..” (K7, Deney 2)

“...insan biraz yardımcı olmak istiyor yani.. öyle bir arkadaşım olmadı ama olsa desteklerdim arkadaşımı... mesela hayatın devam ettiğini.. hepimiz hayatta bir şeyler çekiyoruz görüyoruz.. yani.. her işte bir kolaylık vardır... iyi olun... gibi... derdim...” (K12, Deney 2)

2. Etkili Alanlar

Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitimine katılan katılımcıların ifadeleri eğitimin etkin olduğu alanlara göre kategorize edilmiştir. Eğitime katılan katılımcılar üzerinde eğitimin etkinliği “etkili alanlar” ana teması altında “iletişim becerilerine katkısı”, “topluma uyum becerilerine katkısı”, “bilgi düzeyi ve farkındalıkta artış”, “özgüven üzerine katkısı”, “sorumluluk hissetme”, “damgalanma durumuna katkısı”, “özbakım becerileri üzerine katkısı”, “bilgileri hatırlama” ve “duygu ve düşünceye etkisi” alt temaları olarak belirtilmiştir.

İletişime becerilerine katkısı

Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitimine katılan katılımcıların çoğu eğitimin iletişim becerileri üzerine olan katkısına yönelik söylemlerde bulunmuşlardır. İletişimde nelere dikkat edilmesi konusunda ve kendilerini toplum içinde daha iyi ifade edebilme becerisine yönelik katkılarının olduğunu belirtmişlerdir.

“Ne yapmamız gerektiğini öğreniyoruz, görüyoruz.. örneğin toplumda bir şeyi nasıl isteyebileceğimizi, kendimiz nasıl ifade edeceğimizi öğrendik... örneğin markete gittiğimizde, doktora gittiğimizde nasıl konuşacağımızı öğrendik...” (K5, Deney 1)

“..inatlaşmamayı öğrendim.... İletişimde daha güler yüzlü oldum..” (K2, Deney 1)

“iletişimim biraz daha hızlandı diyebilirim.. soru cevap anlamında, diyalog anlamında daha hızlandım..” (K1, Deney 2)

Topluma uyum becerilerine katkısı

Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitimine katılan katılımcıların çoğu eğitimin sosyal aktiviteler ile birlikte topluma uyumlarının ve kendilerini ifade etme becerilerinin arttırdığını belirtmişlerdir.

“Aktivitelere katılmak gerektiğini anladım.. sinemaya, tiyatroya gitmek gibi.. yürüyüş yapıyodum zaten... bence teşvik eder sosyalleşmeyi.. bu eğitim bence faydalı oldu... vapur gezisine katıldım eğitim sırasında mesela... iyi oldu yani faydalı olduğunu anladım...” (K8, Deney 2)

“...etkisi oluyo.. topluma kendimi daha çok kazanmış hissediyorum.. kendimi soyutlamış değil de.. topluma kendimi birer fert olarak kazandırmış hissediyorum... aldığım desteklerden dolayı....” (K1, Deney 2)

“Hayatta önümüze çıkabilecek şeyleri test ettik yani.. orda yaptığımız şeyleri gerçek hayatta karşılaşılabileceğimiz şeyler.. yapmamız gereken şeyleri öğrenmiş olduk.. gerçekten faydalı oldu... dışarıda kendimiz daha iyi ifade etme yönünden daha iyi bir bilgilendirici bir eğitim oldu yani... Kendimizi ifade ettikçe sosyal yaşamımız da etkiler tabi... mesela karşılıklı diyalog konusunda neyi konuşmamız gerektiğine yönelik faydası olabilir mesela...” (K5, Deney 1)

Bilgi düzeyi ve farkındalıkta artış

Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitimine katılan katılımcıların çoğu iletişim becerileri, hastalıklar ve bunlarla nasıl başedebileceklerine yönelik bilmedikleri konuları öğrendiklerini belirtmişlerdir.

“.. bilgilendik yani.. bilmediğimiz şeyleri öğrendik.... toplum içine katılabileceğimizi öğrendik... olumlu geçti yanii...güzel...” (K10, Deney 1)

“... insanlarla nasıl diyalog kurmayı öğrendim.. hastalığının ne derecede nüksettiğini arttığını azaldığını öğrendim..” (K9, Deney 1)

“Eğitimde yaşadığımız durumun isimlerini öğrenmiş olduk.. nasıl tarif edilir.. zaten yaşıyordum yani... damgalanmayı yaşadım... duygu kısmını yaşadım.. ruhsal bunalımı yaşadım.. her şeyi yaşadım.. isimlerini öğrenmiş oldum.. nasıl tarif edeceğimi öğrenmiş oldum...” (K8, Deney 2)

“Hastaların... bu hastalıktan.. nasıl başedebileceğimizi.. neler düşenebileceğimizi.. yani bizim gibi hastaların hayatta nasıl başettiklerini gösterdiniz.. bize yani.. bazı tiyatrolarla... canlandırma yaparak güzel bilinçlendirdiniz.. güzel oldu faydası... benim gibi hastalar varmış mesela.. mavi attı gördüm.. çok beğendim ordaki kafedeki olayları... ondan sonra.. onların hayat mücadelesi hoşuma gitti... bizimde böyle başatmamız lazım...” (K12, Deney 2)

Özgüven üzerine katkısı

Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitimine katılan katılımcıların bir kısmı eğitimde sürecinde yapılan uygulamalar ile özgüvenlerinde artış olduğunu belirtmiştir.

“Mesela konuşurken toplulukta tek başına söz veriliyo ya bireysel onlarda çekingenlik oluyordu bana ama ilk şeylerde de herkes güler mi acaba dalga mı geçer falan diye... ilk şeylerde biraz çekingendim.. sonra sonra alıştım artık.. o çekingenliğimi attım...” (K4, Deney 1)

“Canlandırma yapınca çok hoşumuza gitti... birbrimize olan güvenimiz artıyo.. kendimizi kanıtlamış oluyoruz.. kimisi çekinir böyle bişeye katılmayı.. kimisi heyecanla o noktaya gelmek ister.. bende çok olumlu etkisi oldu... kendime olan güvenim arttı.. bir şeyi başardığım için mutlu oldum.. çok mutlu oldum yani..” (K9, Deney 1)

“...özgüvenimiz daha çok kendine geldi..” (K1, Deney 1)

Sorumluluk hissetme

Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitimine katılan katılımcıların bir kısmı eğitimin olması sebebiyle ve günlük yaşam aktivitelerinde sorumluluk hissettiklerini belirtmişlerdir.

“Temizlik konusunda daha yi baktık mesela kendimize.. bi canlılık geldi... Hareketlilik, canlılık geldi... daha hareketli olduk.. eğitim var diye sorumluluk duydum.. bakımımı yaptım.. işlerimi erken yapmaya çalıştım.. eğitim var diye...” (K3, Deney 2)

“Verilen formu her gün her akşam işaretledim mesela.. bulaşık yıkadım.. yemek yaptım.. çarpı işareti koydum.. günlük hayatımda hep yaptığım şeyler.. ben yine de işaretledim hepsini....” (K11, Deney 2)

Damgalanma durumuna katkısı

Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitimine katılan katılımcıların bir kısmı damgalanma ile mücadele etmek için eğitimde ne yapmalarına yönelik farkındalık kazandıklarını belirtmişlerdir.

“... ne yapmamız gerektiğini biraz daha anlamış olduk yani.. örnek.. irademize sahip çıkacak.. damgalanma olduğu zaman... çok üzölmücez.. olabilir.. başımıza gelebilir yani.. bunun gibi..” (K8, Deney 2)

“eğitimin de etkisi oldu da yani.. mesela dışarıdan mesela birinin bize karşı düşüncesi... bunlar akıl hastasıdır.. bunlarla diyalog kuramayız şeklinde... topluma kendimizi kabul ettirmemiz gerekiyor.. onu da davranışlarımızla.. aslında sosyal olmamız gerekiyor.. ama biz kendimi eve kapatıyoruz.. en kötü davranışımız bu mesela.. bunu

eğitimde farkettim.. genelde benim günüm evde geçerdi.. şimdi mesela yürüyüşlere gidiyorum.. alışveriş yapabiliyorum.. mesela.. hastaneye gidip işlerimi görebiliyorum.. yapabiliyorum yani..” (K6, Deney 2)

Özbakım becerileri üzerine katkısı

Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitimine katılan katılımcıların bir kısmı eğitimin özbakım becerileri üzerine katkısının olduğunu belirtmiştir.

“Temizlik konusunda daha yi baktık mesela kendimize.. bi canlılık geldi..hareketlilik, canlılık geldi... daha hareketli olduk.. eğitim var diye sorumluluk duydum.. bakımımı yaptım.. işlerimi erken yapmaya çalıştım.. eğitim var diye...” (K3, Deney 1)

“özbakımımın mesela daha detaylı bir şekilde dikkat ediyorum özbakımına.. mesela” (K6, Deney 2)

Bilgileri hatırlama

Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitimine katılan katılımcılardan biri eğitimin unutulmuş bilgileri hatırlatma ve pekiştirme etkisinin olduğunu belirtmiştir.

“sorumluluklar olsun, banyo olsun, özbakım olsun, tırnaklı, arkadaşla diyalog kurmak, hepsi içinde yani.. yapıyodum zaten ama şimdi unuttuğumuz bazı şeyleri daha çok pekiştirdi.. hatırlattı.... iletişimimiz biraz daha güçlendi kuvvetlendi ya da unuttuğumuz şeyler daha ön plana çıktı...” (K1, Deney 1)

Duygu ve düşünce süreçlerine etkisi

Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitimine katılan katılımcılardan biri eğitimin duygu ve düşünce süreçlerine iyi geldiğini belirtmiştir.

“Moralim düzeldi genelde.. evde oturup düşünmekten daha iyidir yani. Bazı düşüncelere dalıyordum.. canımın sıkıldığı şeyler vardı. Onlar geçiyor burada.. onları kafaya takmıyoruz... eğitimin etkisi de oldu bunda...” (K3, Deney 2)

3. Etkinliği Sınırlı Alanlar

Katılımcıların bir kısmı akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitiminin “özbakım” ve “damgalanma” süreçleri üzerine sınırlı etkileri olduğunu belirtmişlerdir.

Özbakım

Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitimine katılan katılımcıların dördü kurumda özbakımla ilgili standart olarak verilen bilgilendirmeler ve sorgulamalar

nedeniyle özbakımlarına günlük hayatlarında dikkat ettiklerini ve eğitimin özbakım becerileri üzerine etkisinin sınırlı olduğunu belirtmişlerdir.

“Özbakım üzerine etkisi eğitimin... zaten... yaşantımızda bu yaşına kadar... olagilen alışkanlıklar.. temizlik alışkanlıkları... eğitimin bence özbakıma etkise bence olmadı... zaten var olduğu için.. benim için... özbakımı yetersiz olanlar için.. tabiki faydalı olur... anlatımlar oldu... faydalı olur..” (K8, Deney 2)

“Kişisel bakımda.. ondan pek etkisi olmadı... normal.. eskisi gibi.. her zaman toplantılarda soruyolar ya banyo yapıp yapmadığımızı vs. herkese şunu yapın bunu yapın.. dişlerinizi düzenli fırçalayın diye...” (K4, Deney 1)

Damgalanma

Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitimine katılan katılımcıların bir kısmı damgalanma süreçleri konusunda toplumun kronik ruhsal bozukluğa sahip bireylere damgalayıcı tutumları nedeniyle eğitimin etkisinin sınırlı olduğunu belirtmişlerdir.

“Pek fazla etkilemedi... biraz insanlarda duyarsızlık olduğu için.. damgalama varya işte kemikleşmiş yani ne yaparsan yap üzerinden atamıyorsun...” (K7, Deney 2)

“Damgalanmaya ilgili pek olumsuz birşey yaşamadım.. karşımdaki kişinin gücendirdiği, kıracağı bir problemim olmamıştı zaten...” (K1, Deney 1)

4. Eğitim Etkinliğini Etkileyen Faktörler

Katılımcılar eğitimin etkinliğini etkileyen faktörler konusunda görüşlerini belirtmiştir. İlgili görüşler “Isınma ve oyunları ve rol oynamalar”, akran eğiticiler”, “bireysel ihtiyaçların farklılığı”, “eğitim süresi” ve “dikkat eksikliği” alt temaları altında alıntılar ile belirtilmiştir.

Isınma oyunları ve rol oynamalar

Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitimine katılan katılımcıların çoğu eğitim sürecinde yer alan tanışma, ısınma ve rol oynamaların (canlandırma) eğitim sürecinde etkili olduğunu belirtmiştir.

“Eğitim çok zevkli ve eğlenceli geçti.. biraz uzun sürdü ama zevkli geçti.. çok iyi birşeydi.. canlandırmalar yaptık mesela... yani ortaya çıkıpta rol yapmak çok büyük bir başarı yani... çok iyiydi eğitim..” (K3, Deney 2)

“Hayatta önümüze çıkabilecek şeyleri test ettik yani.. orda yaptığımız şeyleri gerçek hayatta karşılaşılabileceğimiz şeyler.. yapmamız gereken şeyleri öğrenmiş olduk.. gerçekten faydalı oldu... dışarıda kendimiz daha iyi ifade etme yönünden daha iyi bir bilgilendirici bir eğitim oldu yani...” (K5, Deney 1)

“Canlandırma yapınca çok hoşumuza gitti... birbirimize olan güvenimiz artıyo.. kendimizi kanıtlamış oluyoruz.. kimisi çekinir böyle bişeye katılmayı.. kimisi heyecanla o noktaya gelmek ister.. bende çok olumlu etkisi oldu... kendime olan güvenim arttı.. bişeyi başardığım için mutlu oldum.. çok mutlu oldum yani..” (K9, Deney 1)

Akran eğiticiler

Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitimine katılan katılımcıların çoğu akran eğiticilerin eğitim sürecini iyi yönettiğini, kendi hastalık süreçlerini anlatmalarının faydalı olduğunu belirtmişlerdir.

“Faydası oldu ki.. damdan düşenin halinden damdan düşe anlamış... kendileride yaşamış oldukları için anlatırken hissederek anlattılar.. faydası oldu...” (K8, Deney 2)

“Siz iyi yönettiniz.. eğiticilerde iyiydi.. onlarda baya iyi yönetti.. iyiydi yani benim hoşuma gitti... daha doğal gibi geldi bana..” (K7, Deney 2)

“... bize güzel bir eğitim verdiler.. mesela anlattılar.. kendi dönemlerini anlattılar.. kendileri hakkında anlattıkları şeyler güzeldi...” (K11, Deney 2)

“Sunumu çok güzel yaptılar.. beni rahatlattılar.. sunumlarını beğendim.. çok güzel eğitim olmuş.. işlerini iyi yaptılar..” (K4, Deney 1)

Bireysel ihtiyaçların farklılığı

Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitimine katılan katılımcıların bir kısmı eğitime katılanlar kişilerin bireysel ihtiyaçlarının farklı olabileceğini, bireysel ihtiyaçların kişiden kişiye değişebileceğini belirtmişlerdir.

“Yaptığımız metot doğru da yani özbakım konusu kişiden kişiye değişir yani.. eğer onlara verdiğiniz eğitimler karşiki kişiye uyarsa... tabiki fayfası olur yani ama herkese faydası olmaz mesela... eğitimden eğitim alamayan insanlara faydası olmaz... kişiden kişiye değişir.. kafasında yarayışlı olursa yapar..” (K5, Deney 1)

“benim üzerime etkisi bir buçuk ayda aslında yeterli değil benim için ama olumlu geçti yani.. yetmeyebilir bazı hastalara karşı anlatmak.. her hasta bizim gibi aynı düşünmez.. her hastanın farklı düşünce biçimi vardır... onu anlatmak izah etmek çok önemli... benim için yeterli ama arkadaşlar açısından bilemem...” (K10, Deney 1)

Eğitim süresi

Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitimine katılan katılımcılardan ikisi eğitim süresinin eğitimin etkinliğini etkileyen önemli bir faktör olduğunu belirtmiştir.

“Saat olarak uzun sürüyo.. biraz bunalıyoruz.. ders saati biraz uzun sürdü... eğitim dersi 1 saati geçmişti... 1 saat yeterli aslında...” (K3, Deney 2)

“6 hafta iyi olmuş yeterli bence... içeriği de güzeldi.. çok güzel geçti.. hepsi güzeldi..” (K11, Deney 2)

Dikkat eksikliği

Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitimine katılan katılımcılardan ikisi hastalıkları nedeniyle eğitim sürecinde dikkatlerinin dağınık olabileceğini ve bunun eğitim sürecinde önemli bir faktör olduğunu belirtmiştir.

“Biraz dikkat etmemiz gerekiyor yani.. uykulu uykulu geliyoruz ya.. başka şeyler düşünüyoruz.. dikkati almıyoruz konuşulanları... almaya çalışacağız... çalıştıkça daha iyi oluyo..” (K3, Deney 2)

“Benim için olumlu bir eğitimdi.. moral açısından... yani.. yol gösterilmeye çalışıldı ya ondan morali buldum biraz... kafam dolu olduğu için pek hatırlayamıyorum ama ...” (K7, Deney 2)

5. Öneriler

Katılımcıların eğitimin etkinliğine yönelik önerileri “eğitimin tekrarlanması”, “eğitimin içeriğine yönelik öneriler”, “sosyal aktivite eklenmesi”, “hastalığın seyrine göre grupların oluşturulması” ve “sürecin kısaltılması” olarak 5 alt tema altında alıntılar ile birlikte belirtilmiştir.

Eğitimin tekrarlanması

Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitimine katılan katılımcıların çoğu eğitim tekrarlandığında faydalı olabileceğini belirterek öneride bulunmuştur.

“Devam etmesi iyi olabilir.. tekrarlanabilir.. iyi olabilir yani... çoğu hasta alabilir...” (K10, Deney 1)

“İletişimi artırır daha sık sık yapın bence..” (K11, Deney 2)

Eğitimin içeriğine yönelik öneriler

Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitimine katılan katılımcıların bir kısmı dini ve ahlaki konuların eklenmesi veya tek başına toplum içinde işlevsellik kazanma konusunda eğitim içeriğine yönelik önerilerde bulunmuşlardır.

“Daha yeni şeyler olabilir mesela... daha değişik eğitimler de verilebilir yani burada....doktora tek başımıza nasıl gidebiliriz mesela.. o işlerimizi nasıl görebiliriz mesela.. bu cesareti nasıl verebiliriz... ben mesela tek başım gidemiyorum.. bu tür bir eğitim verilebilir mesela...” (K6, Deney 2)

“Benim görüşüm.. dini konularda olsaydı iyi olurdu... ondan sonra... yani birbirimize karşı güzel davranmamız lazım falan... diye telkinler güzel ahlakla ilgili telkinler olsaydı iyi olurdu... çünkü bunların çok etkisi olur yani...Mesela banyonun dini yeri... temizlik imandandır falan... böyle konular işlenseydi daha teşvik edici olabilirdi... temizlik iyi bir şey ya dinde... bu vurgulanabilirdi.. benim için çok iyi olurdu...” (K7, Deney 2)

Sosyal aktivite eklenmesi

Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitimine katılan katılımcıların ikisi eğitim sürecine sosyal bir etkinlik eklenmesinin faydalı olabileceğini belirtmiştir.

“herşey çok güzeldi... Ama bir etkinlik yapmak isterdim.. tiyatro etkinliği...” (K9, Deney 1)

“Bana yeterli geldi.. öneri olarak da tekrarlanmalı.. sosyal aktiviteler ile birlikte yinelenebilir...” (K1, Deney 1)

Hastalığın seyrine göre grupların oluşturulması

Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitimine katılan katılımcılardan biri katılımcıların hastalık düzeylerinin farklı olduğuna ve grupların oluşumunda buna dikkat edilmesine yönelik görüşünü bildirmiştir.

“... bu hastalığı taşıyanlar hepsi aynı düzeyde hasta değil ki.. kimisi daha yoğun.. kimisi daha orta.. kimisi daha hafif.. hepsi aynı sınıfta ders gördü yani... katılımcı olarak yani... bunları grup grup ayırmak daha iyi olur ama o zamanda sayı azalır yani.. etkili olur da.. yoğun hasta olan gruplar çoklu olsa 19 kişi falan olmaz.. 7 – 8 kişi olur...” (K8, Deney 2)

Sürenin kısaltılması

Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitimine katılan katılımcılardan biri eğitim süresinin uzun olduğunu belirterek daha kısa olabileceğine yönelik bir öneride bulunmuştur.

“Saat olarak uzun sürüyo.. biraz bunaliyoruz.. ders saati biraz uzun sürdü.. eğitim dersi 1 saati geçmişti... 1 saat yeterli aslında...” (K3, Deney 2)



5. TARTIŞMA

Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitiminin kronik ruhsal bozukluğu olan kişilerin damgalanma, işlevsellik ve içgörü düzeylerine etkisini incelemek amacıyla karma yöntem desenli hemşirelik uygulaması tasarlanmış ve uygulanmıştır. Hemşirelik çalışmalarında önemli istatistiksel, pratik ve klinik bulguların geliştirilmesi amacıyla tasarlanan karma yöntem deseninin araştırmalarda kullanımı henüz başlangıç aşamasındadır (Lipscomb; 2008; Halcomb ve Andrew, 2009; Younas ve ark., 2019). İlgili literatür istatistiksel olarak anlamlı olan veya olmayan nicel durumların belirlenmesi ve araştırılması amacıyla karma yöntemlerin hemşirelik araştırmalarında kullanılabileceğini belirtmektedir. Yapılan bir müdahale çalışması anlamlı olmayan bulgulara sahip olsa da uygulamanın klinik öneme sahip olabileceği karma yöntem deseninin gücü kullanılarak tartışılabilir (Onwuegbuzie ve Leech, 2004). Bu amaçla araştırma sonucunda elde edilen nitel ve nicel verilerin entegrasyonu gerekçe belirtilerek veriler açıklığa kavuşturulmalıdır (Halcomb ve Andrew, 2009; Younas ve ark., 2019). Mevcut çalışmanın bu bölümünde ise bulguların birbirlerini tamamlaması ve geliştirmesi gerekçeleri benimsenerek nitel ve nicel verilerin entegrasyonu sağlanmış ve literatür doğrultusunda tartışılmıştır (Greene ve ark., 1989).

5.1. Kendini Damgalama Değişkenine Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmanın nicel bulguları incelendiğinde uygulayıcı eğitimi alan akran liderler tarafından verilen psikososyal beceri eğitiminin kendini damgalama ve alt boyutları puanlarında deney ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık yaratmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.2). Deney gruplarından üç katılımcının damgalanma ile ilgili bireysel bir sorun yaşamadığı, damgalama deneyiminin toplumun yanlış inanç ve

önyargılarıyla ilgili bir sorun olduğunu ve bu sorunun sürekliliğinden dolayı eğitimin etkinliğinin sınırlı olduğunu belirtmesi ise nicel bulguyu destekler niteliktedir (Tablo 4.7). Bu bulgulardan yola çıkarak yapılan müdahalenin hastaların damgalanma algıları üzerinde etkinliği olmadığı ve araştırma hipotezlerinden **H_{1a}** hipotezinin kabul edilemeyeceği sonucuna ulaşılmıştır. Literatür akran desteğinin şizofreni gibi kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin kendini damgalama duygularıyla başa çıkmak için etkili sonuçlar bildirmesine rağmen bu çalışmada etkili olmadığı görülmektedir (Huggett ve ark., 2018; Stefancic ve ark., 2021; Drapalski ve ark., 2021).

Literatür incelendiğinde ruhsal bozukluğa sahip birçok kişinin damgalanma deneyimini yaşamadığını belirtmesi, bu deneyimi kişisel olarak bir değişim aracı olarak görmeleri, damgalanma deneyiminin farkında olmamaları veya toplumun olumsuz yargıları nedeniyle motivasyonlarının olmaması çalışmanın bulgularını destekleyebileceğini düşündürmektedir (Corrigan ve Rao, 2012). Kronik ruhsal bozukluğu olan kişileri kapsayan nitel araştırmaları metodolojik olarak inceyelen bir çalışmada kişiler ile yürütülen görüşmelerin kişilerin damgalanma algısı üzerine önemli bir etkisinin olabileceği belirtilmiştir (Carlsson ve ark., 2017). Bu bulgu doğrultusunda mevcut çalışmada katılımcıların uygulamaya dâhil edilmesi, katılımcılar ile görüşmeler gerçekleştirilmesi, araştırmacının katılımcılar ile uzun süreli vakit geçirmesi damgalanma değişkeni üzerindeki sonucu açıklayabileceğini düşündürmektedir.

Katılımcıların belirttiği gibi damgalanma sorunu ruhsal hastalıklara yönelik toplumun bakış açısıyla gelişen önemli bir toplumsal sorundur. Bu sorunu ortadan kaldırmak ise yine toplumun sorumluluğu ve önceliği olmalıdır (Corrigan ve Rao, 2012). Bu nedenle ruhsal bozukluğa sahip bireylere verilen bilgilendirme eğitimlerinin hastaların sadece bununla nasıl başa çıkacağı konusunda faydalı olabileceği konusunda

etkili olurken, hastalara uygulanan psikoeğitim programları ile damgalanma gerçeğini değiştirmek tartışmalı bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır (Kurt ve ark., 2021). Akran eğitimi destekli ve tek oturumu damgalanma ile ilgili olan bu eğitim sonucunda katılımcılar damgalanma ile nasıl başa çıkabileceklerini öğrendiklerini ifade etselerde toplumun ruhsal hastalıklar konusunda olumsuz yargıları ve dışlayıcı tutumlarının azaltılmasına yönelik bilgilendirme eğitimlerinin artması daha çok önem arz etmektedir (Bekiroğlu ve Demiröz, 2020). AE-PSBE'nin oturum içeriğinde sadece bir oturumun damgalanma ile ilgili olması mevcut sonuçlar üzerinde etkisinin olduğunu düşündürmektedir.

Literatürde kronik ruhsal bozukluğu olan kişiler üzerinde akran desteği ile yürütülen uygulamalı eğitimlerin kişilerin kendini damgalama üzerinde ve damgalanmanın neden olduğu stres üzerinde etkinliği rapor edilmiştir (Corrigan ve ark., 2013; Russinova ve ark., 2014; Rüsch ve Kösters, 2021; Sun ve ark., 2022). Bu bulgular ışığında çalışmanın nitel bulgularında belirtildiği üzere katılımcıların mevcut eğitim için önerileri dikkate alınarak eğitimin toplumsal bir etkinlik ve uygulamalı bir içerik ile desteklenmesi önerilmektedir (Bekiroğlu ve Demiröz, 2020).

Birbirlerinin damgalanma ile ilgili deneyimlerinden faydalanabildikleri düşünüldüğünde ve topluma uyum sürecinde ne yapmaları konusunda bilgilendilerini belirttikleri için bu eğitimin daha çok sayıda örneklem ve toplumsal bir etkinlik ile oturum sayısının artırılarak uygulanması umut verici sonuçlarının olabileceğini düşündürmektedir. Katılımcıların akran desteğine temasına yönelik belirttikleri ifadeler bu düşüncüyü desteklemektedir (Tablo 4.7). Çalışmanın damgalanma ile ilgili bulgularını doğrudan desteklemese de Smit ve arkadaşları (2022)'nin yürütmüş olduğu metanaliz çalışmasında akran desteği müdahalelerinin etkileri düşük olmasına rağmen potansiyel

olarak uygun maliyetli, uygulamasının nispeten kolay olduğu ve tedaviyi tamamlayıcı bir müdahale olduğu için akran destekli ve damgalanma içerikli programların artması önerilmektedir.

5.2. Toplumsal İşlevsellik Değişkenine Yönelik Bulguların Tartışılması

Çalışmanın nicel bulguları incelendiğinde akran liderliğinde yürütülen altı oturumluk eğitim programının hastaların toplumsal işlevsellik düzeylerinde %35.8 oranında deney grubu yönünde geniş bir etki oluşturduğu görülmektedir (Tablo 4.4; Şekil 4.1). Aynı zamanda toplumsal işlevselliğin alt boyutları olan özbakım, kişilerarası ilişkiler ve eğlenti, bağımsız yaşam puanlarının deney grubundaki hastaların özellikle son test puan ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. İş ve meslek alt boyutunda ise gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.3). Çalışmanın nitel bulgularında ise katılımcıların iletişim becerilerine katkısı, topluma uyum becerilerine katkısı, özbakım becerileri üzerine katkısı vb. temaların altında belirttiği ifadeler çalışmanın işlevsellikle ilgili nicel bulgularını destekler niteliktedir (Tablo 4.7). İşlevsellikle ilgili mevcut bulgulara dayanarak yapılan müdahalenin hastaların işlevsellik düzeyi üzerinde etkili olduğu ve araştırma hipotezlerinden H_{1b} hipotezinin doğrulandığı söylenebilir. Özellikle her oturum öncesinde yürütülen grup içi etkileşime dayalı ısınma oyunlarının, iletişim becerilerine yönelik rol oynamaların, akran eğiticilerin grup üyeleri tarafından rol model olarak algılanmasının ve TRSM çalışanları tarafından toplantılarda ve eğitimlerde özbakım ve bağımsız yaşam ile ilgili yapılan bilgilendirmelerin mevcut sonuçlar üzerinde etkisinin olduğu düşünülmektedir.

Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylere beceri eğitimlerini içeren psikososyal müdahalelerin, işlevsellik düzeyi üzerinde olumlu etkilerinin literatürde belirtildiği ve

mevcut çalışma bulgularıyla uyumlu olduğu söylenebilir (Bekiroğlu ve Attepe Özden, 2021; Yıldız, 2021; McDonagh ve ark., 2022; Bilkay ve ark., 2023). Şizofreni tanısına sahip bir grupta akran liderler tarafından verilen ve yaşam becerileri eğitimi olarak adlandırılan müdahalenin hastaların işlevsellik ve özyeterlilik düzeylerini arttırdığı görülmüştür (Liang ve ark., 2023). Akran desteğinin uluslararası düzeyde desteklenmesine ve benimsenmesine rağmen kronik ruhsal bozukluğu olan kişiler için akran desteğinin etkinliği hakkında çok az kanıt bulunmaktadır (Lloyd-Evans ve ark., 2014; Lyons ve ark., 2021). Beceri eğitimlerinde hastaların iletişim becerilerinin geliştirilmesi önemli bir hedeftir. Bu nedenle hastaların grup ortamında aktif olarak eğitime katılması, yaşanan sorunların sadece kendilerinin yaşamadıklarını farketmeleri, sorunlarını TRSM çalışanları veya ailelerinden farklı kişilerle paylaşabilmeleri hastaların işlevselliğini geliştirmede önemli bir etki sağlamıştır (Söğütlü ve ark., 2017). Mevcut çalışma bulgularının toplum ruh sağlığı hizmetleri kapsamında yürütülen benzer çalışmalar ile desteklendiği görülmesine rağmen psikososyal beceri eğitimi kapsamında akran destekli bir müdahalenin işlevsellik üzerine etkinliğini inceleyen ve nitel boyutuyla da ele alan çalışmaların sınırlı olması bu çalışma bulgularının ilgili literatür için özgün bir nitelikte olduğunu göstermektedir.

Beceri eğitimlerinin seans sayılarının işlevsellik değişkeni üzerindeki etkisi yapılan bir metanaliz çalışmasında ele alınmış ve 10 seanstan az olan eğitimlerin işlevsellik üzerinde etkisine dikkat çekilmiştir (Bilkay ve ark., 2023). Benzer bir şekilde Zhao ve arkadaşları (2015) 10 seans veya daha kısa süren kısa psikoeğitim müdahalelerinin, standart bakıma eklendiğinde ciddi ruhsal hastalığı olan kişiler için sonuçların iyileştirilmesinde etkili olabildiğini bildirmişlerdir. Bu doğrultuda altı oturum olarak uygulanan AE-PSBE'nin hastaların işlevsellik üzerine etkinliğine yönelik bulgusu

literatür adına önemli bir bulgu olarak düşünülmektedir. Eğitim içeriğinin birçok oturumunda yer alan ve katılımcıların birbiriyle etkileşim halinde olmasıyla öğrenme sürecini kolaylaştıran rol oynamalar ve ısınma oyunlarının işlevsellik ve alt boyutları üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir (Yıldız, 2001; Söğütü ve ark., 2017; Yıldız, 2019; Yıldız ve ark., 2019a). Yapılan görüşmeler sonucunda ısınma ve rol oynamaların etkinliği, iletişim becerileri üzerine etkisi ve özgüven artışına yönelik belirtilen katılımcı ifadeleri de ayrıca bu düşüncüyü açıklayabilir (Tablo 4.7).

Çalışmanın özbakım değişkeni ile ilgili nicel bulgularda ara ölçümlerden itibaren yürütülen testlerde deney grubu yönünde anlamlı bir farklılık görülmektedir (Tablo 4.3). Nitel bulgularda ise bu bulguyu destekleyen ifadeler ile birlikte özbakım üzerinde eğitimin etkinliğinin sınırlı olduğunu bildiren katılımcı ifadeleri de mevcuttur (Tablo 4.7). Bu sonuç çalışmanın nitel bulgularında da belirtildiği üzere hastaların mevcut gereksinimlerine göre grup eğitimlerine dâhil edilmesinin önemini ortaya koymaktadır. Aynı zamanda hemşireler başta olmak üzere kurum çalışanları tarafından özbakım konusunda verilen bilgilendirmelerin de mevcut bulgu üzerinde etkisinin olduğu düşünülmektedir (Çoker ve ark., 2021).

Benzer şekilde eğitim sonucunda bağımsız yaşam altboyutları ve kişilerarası ilişkiler alt boyutunda da anlamlı değişimler görülmekle birlikte mevcut nitel bulgular da nicel bulgular ile uyumludur (Tablo 4.3; Tablo 4.7). Özellikle iletişim becerileri üzerinde etkili olması hastaların günlük aktivitelerini ve sorumluluklarını bağımsız bir şekilde yürütmesine imkan sağladığı gibi sosyal ilişkilerinde de daha aktif olmalarına destek olmaktadır (Elboğa ve ark., 2019; Bekiroğlu ve Attepe Özden, 2021). Bu bulgulara ek olarak katılımcıların TRSM dışındaki arkadaşlık ve sosyal ilişkilerinin de incelendiği psikososyal müdahalelere yönelik sonuçlar kronik ruhsal bozukluğa sahip bireylerin

işlevsellik düzeyine ilişkin mevcut anlayışı genişletecektir (Townley ve ark., 2022). Aynı zamanda eğitim programının sonunda destek oturumları planlanarak günlük yaşamda yaşanan yeni sorunların ele alınması sağlanabilir (Yıldız ve ark., 2005).

Kronik ruhsal bozukluğa sahip bireylerde meslek sahibi olma durumu işlevselliğin önemli bir göstergesi olmasına rağmen mevcut çalışma bulgularında katılımcıların büyük bir çoğunluğunun herhangi bir meslek sahibi olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.1; Önel ve Dönmez, 2021). Yürütülen AE-PSBE uygulamasının ise iş/mesleki alt boyutu üzerinde herhangi bir anlamlı etkisinin olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.3). Akran desteği hizmetlerinin istihdam üzerindeki etkinliği literatürde yer alan çalışmalarda belirtilmiştir (Moran ve ark., 2012; Doroud ve ark., 2015; Suijkerbuijk ve ark., 2017). Mevcut eğitim programının mesleki bir beceri eğitimi içermemesi bu sonuç üzerinde etkili olduğunu düşündürmektedir. Ulaşılan sonuçlar akran desteği hizmetlerinin toplum ruh sağlığı hizmetleri kapsamına alınarak mesleki beceri eğitimi programlarına daha çok odaklanan rehabilitasyon uygulamalarının incelenmesini gerektirmektedir. Bu doğrultuda mevcut çalışmanın geliştirilmesiyle ülkemizde akran desteğine yönelik istihdamın artırılması, toplum ruh sağlığı sistemi içerisinde ücretli olarak çalıştırılması ve istihdam edilmesine yönelik bir uygulama için rehber nitelikte bir çalışma olabileceği düşünülmektedir (Walsh ve ark., 2018). Böyle bir uygulama aynı zamanda kronik ruhsal bozukluğuna sahip akran liderlerin iyileşme sürecine önemli katkılar sağlayacaktır (Poremski ve ark., 2022). Ancak bu tür uygulamaların fizibilitesi ve sürekliliği tüm paydaşların işbirlikçi çabaları ve sürekli desteği ile mümkün olacaktır (Shalaby ve Agyapong, 2020).

5.3. Bilişsel İçgörü Değişkenine Yönelik Bulguların Tartışılması

Bulgular incelendiğinde deney ve kontrol grubundaki katılımcıların bilişsel içgörü toplam ve alt ölçek puanlarında uygulama sonucunda anlamlı bir değişim olmadığı

saptanmıştır (Tablo 4.5). Mevcut nicel bulgular değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç olmadığı gerekçesiyle **H_{1c}** hipotezinin kabul edilemeyeceği söylenebilir ancak nitel bulgular ile bu sonuç birbirini desteklememesi tartışmalı bir durumdur. Öncelikle katılımcı ifadeleri incelendiğinde kişilerin hastalıklarına ve baş etme süreçlerine yönelik akranlarının verdiği bilgi ve deneyimler sayesinde farkındalık kazanma, bilgi düzeyinde artma ve eski bilgileri hatırlama ile ilgili ifadeleri dikkat çekmektedir. Örneğin katılımcıların yürütülen etkinliklerin sonucunda hastalıklar ve belirtileriyle nasıl başa çıkabileceklerine yönelik bilgi düzeylerinde, farkındalıklarında ve özgüvenlerinde artış olduğunu, eski bilgilerini hatırladıklarını, duygu ve düşünce süreçleri üzerinde olumlu etkisinin olduğunu ve benzer hastalık deneyimine sahip olan kişilerin deneyimlerine tanık olduklarını belirtmesi uygulamanın katılımcılar üzerinde olumlu bir etki bıraktığını düşündürmektedir (Tablo 4.7). Bu bulgu Dondé ve arkadaşları (2019)'nın yapmış olduğu çalışma ile desteklenebilir. Çalışmada şizofreni hakkında verilen bilginin hastalarda bilgi düzeyinde artışa sebep olduğu ancak hastaların içgörü ölçümlerinde anlamlı bir değişime sebep olmadığı saptanmıştır (Dondé ve ark., 2019). Benzer bir metanaliz çalışmasında ise yürütülen müdahalelerin içgörü değişkeni üzerinde orta derecede bir etkiye sahip olmasına rağmen bunların içgöründe istatistiksel olarak anlamlı bir iyileşme sağlamadığı rapor edilmiştir (Pijnenborg ve ark., 2013). İncelenen çalışmalar mevcut bulguları desteklese de içgörü kavramı literatürde karmaşık, çelişkili ve hastalığın sürecine göre değişken bir yapı olarak belirtilmektedir (Nair ve ark., 2014; İpçi ve ark., 2018; Jacob, 2020). Bu durumun mevcut çalışma için de geçerliliğini sürdürmekte olduğu çalışmanın bulgularına dayanarak söylenebilir.

Hastaların iyileşme süreçleri ile ilişkili olan içgörü kavramı şizofreni gibi kronik ve yetiyıkımı ile seyreden ruhsal bozukluklarda iyileşme ölçeklerinin sonuçları ile

desteklenmese bile hastaların kendilerini iyi hissetmelerine ve özgüvenleri artırmada psikososyal müdahaleler içerisinde değerlendirilmelidir (İpçi ve ark., 2018). Mevcut çalışmada da akranların ve birbirlerinin hastalık süreçlerine tanık olmaları katılımcıların hastalıkla baş etme süreçleri ve farkındalıkları üzerinde etkili olarak iyi hissetmelerine sebep olmuş olabilir. Özellikle akranların kişisel hastalık deneyimlerini içeren filmlerin izletildiği bir uygulamada hastaların içgörü puanları üzerinde anlamlı bir etki görülmesi mevcut çalışmada da benzer bir şekilde “mavi at kafe” ile ilgili belgesel izletilmesinin hastaların içgörü düzeyi üzerinde umut vadeden bir uygulama olabileceğini düşündürmektedir (von Maffei ve ark., 2015). Bu bulgulardan yola çıkarak hastaların hastalık sürecini ve baş etme süreçlerini içeren paylaşımların ve videoların yapıldığı grup ortamları, doğrudan olmasa da hastaların içgörü üzerinde

İçgörü ile ilgili bulgular üzerinde kişilerin bilişsel işlevsellik süreçlerinin de önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Kronik ruhsal bozukluğa sahip bireylerin dikkat, bellek ve öğrenme sürecini kapsayan bilişsel işlevlerinde hastalık belirtileri, kullanılan ilaçlar, sosyal izolasyon vb. nedenlerden dolayı bozulmalar olduğu bilinmektedir (Moustafa ve ark., 2016). Çalışmanın içgörü değişkenine yönelik nicel bulguları incelendiğinde toplam içgörü puanlarının normal bir dağılım göstermediği Tablo 4.5’de dikkat çekmektedir. Bu durum öz bildirime dayalı olan BBİÖ’de yer alan maddelerin cevaplandırılmasında bir tutarsızlıkla birlikte bu tutarsızlığın odaklanma ve dikkat eksikliği ile açıklanabileceği düşünülmektedir. Bireysel görüşmelerde dikkat eksikliğine yönelik iki katılımcının ifadesi bu düşüncüyü doğrudan olmasada desteklemektedir (Tablo 4.7). Araştırma süreci boyunca her bir kişiden aralıklı olarak beş ölçüm alınması ve BBİÖ’nün diğer ölçeklerden sonra cevaplandırılması hastaların dikkat, odaklanma, soyut kavram becerileri, sanrıları ve motivasyonlarıyla ilgili bilişsel

işlevsellik süreçlerinde yaşadıkları sorun ile ilişkilendirilebileceğini düşündürmektedir (Warman ve ark., 2007; Nair ve ark., 2014; Moustafa ve ark., 2016). Deney ve kontrol gruplarının yaş ortalamasının 45'in üzerinde olması ise bilişsel işlevselliğin gerilemesi ile ilişkilendirilerek bu durum üzerinde bir etkisinin olabileceğini düşündürmektedir (Rajji ve Mulsant, 2008; Moustafa ve ark., 2016). Mevcut çalışma bulguları Türk toplumunda, daha geniş bir örneklem ile kronik ruhsal bozukluğa sahip bireylerin içgörü düzeyi ile ilgili ölçüm araçlarının veri toplama sürecinde hasta grubunun bilişsel işlevleri dikkate alınarak değerlendirilmesine veya yeni bir ölçüm aracı kullanılması ve geliştirilmesine yönelik ihtiyaçları ortaya koymaktadır. İçgörü düzeyine etkisi kanıtlanan üstbilişsel müdahalelerin mevcut eğitim programına ve toplum ruh sağlığı hizmetlerine eklenmesi tedaviye tamamlayıcı bir müdahale olarak önerilebilir (Lopez-Morinigo ve ark., 2020). Mevcut bulgular ve literatür içgörü değişkenin ele alındığında çalışmalarda umut, özgüven, hastalık belirtileri, damgalanma algısı ve bilişsel işlevlerin değerlendirildiği çalışmalara olan ihtiyacı ortaya çıkarmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik ruhsal bozukluğa sahip bireylerde akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitiminin hastaların damgalanma, toplumsal işlevsellik ve bilişsel içgörü düzeylerine etkisini incelemek amacıyla yürütülen karma yöntem desenli bu çalışmada elde edilen sonuçlar şunlardır;

- Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitimi istatistiksel olarak hastaların toplumsal işlevsellik düzeylerini artırmakla beraber hastaların özgüven, iletişim, topluma uyum ve özbakım becerileri üzerinde olumlu etkisi olmuştur.
- Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitiminin, istatistiksel olarak hastaların kendini damgalana düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olmamasına rağmen hastaların damgalanma ile nasıl başa çıkabilecekleri konusunda bilgi düzeylerinde artışı sağlamıştır.
- Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitiminin hastaların bilişsel içgörü düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmamıştır. Ancak nitel veriler sayesinde eğitimin hastaların ruhsal bozukluklar, hastalık belirtileri ve başa çıkma yöntemleri hakkında bilgi düzeyinde ve farkındalıklarında artışı sağladığı, benzer hastalık deneyimlerine sahip olan kişilerin deneyimlerine tanık olduğu ve duygu ve düşünce süreçleri üzerine olumlu etkilerinin olduğu sonuçlarına ulaşılabilir.

Bu sonuçlar doğrultusunda çalışmanın önerileri ise şunlardır;

- Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitiminin toplum ruh sağlığı hizmetlerine geliştirilerek entegre edilmesi ve etkinliğinin kanıtlanması,

- TRSM’lerde yürütülen psikososyal beceri eğitimi gibi müdahalelerine akran desteğinin eklenmesi ve içeriğinin hastaların ihtiyaçlarına ve görüşlerine göre geliştirilmesi,
- Akran destek hizmetlerinin toplum ruh sağlığı hizmetlerinde hastaların istihdamını sağlamak için bir fırsat olarak görülmesi ve geliştirilerek entegre edilmesi,
- Mevcut eğitim programının geliştirilerek daha fazla örneklem ve farklı kurumlarda etkinliğinin randomize kontrollü çalışmalar ile kanıtlanması,
- Mevcut çalışmaya benzer karma yöntem desenli çalışmaların geliştirilmesi ile toplum ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği uygulamalarına katkı sağlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abi Doumit, C., Haddad, C., Sacre, H., Salameh, P., Akel, M., Obeid, S., Akiki, M., Mattar, E., Hilal, N., Hallit, S., & Soufia, M. 2019. Knowledge, attitude and behaviors towards patients with mental illness: Results from a national Lebanese study. *PloS one*, 14(9), e0222172. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222172>
- Almerie, M. Q., Al Marhi, M. O., Jawoosh, M., Alsabbagh, M., Matar, H. E., Maayan, N., & Bergman, H. 2015. Social skills programmes for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
- Alonso, M., Guillén, A. I., & Muñoz, M. 2019. Interventions to reduce internalized stigma in individuals with mental illness: A systematic review. *The Spanish Journal of Psychology*, 22. e27. <https://doi.org/10.1017/sjp.2019.9>
- Aruldass, P., Sekar, T. S., Saravanan, S., Samuel, R., & Jacob, K. S. 2022. Effectiveness of Social Skills Training Groups in Persons with Severe Mental Illness: A Pre-Post Intervention Study. *Indian journal of psychological medicine*, 44(2), 114–119. <https://doi.org/10.1177/02537176211024146>
- Aslan, S., Türkçapar, H., Güney, E., Eren, N., Akkoca, Y., Uğurlu, M., & Karakaş, G., 2005. Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği Türkçe Formunun şizofrenik hastalar için güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 8(4), 186-196.
- Aslan, S., & Altınöz, A.E. 2010. İçgörü Kavramı ve Şizofreni. *RCHP*, 4(1-2), 23-32.
- Amador, X., & Strauss, S. 1993. Scale to Assess Unawareness of Mental Disorders. *Human Sciences*.
- American Psychiatric Association (APA). 2013. DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- APA. 2022. What is Mental Illness? <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness> E.T: 05.07.2023
- Attepe Özden, S., Tekindal, M., Gedik, T. E., Ege, A., Erim, F. & Tekindal, M.A. 2022. Nitel Araştırmaların Rapor Edilmesi: COREQ Kontrol Listesinin Türkçe Uyarlaması. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, (35), 522-529.
- Austin, W. 2019. Mental Health, Mental Disorder, Recovery, and Well-Being. *Psychiatric and mental health nursing for Canadian practice*, Fourth Edition, Eds: Austin, W., Kunyk, D., Peternelj-Taylor, C., Boyd, M.A. Wolters Kluwer, 98-122.
- Aydemir, Ö., & Uykur, B. 2012. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Sürümünün Bipolar Bozuklukta Güvenilirliği ve Geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(3), 193-200.
- Bağ, B. 2012. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde hemşirenin rolü: İngiltere örneği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(4), 465-485.
- Baki, A., & Gökçek, T., 2012. Karma yöntem araştırmalarına genel bir bakış. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(42), 1-21.
- Balaban, Ö.D., & Yıldızhan, E., Atbaşoğlu, E.C. 2021. Değişen Dünyada Kronik Ruhsal Bozuklukların İki Yüzü: Şizofreni ve Bipolar Bozukluk. *Arch Neuropsychiatry* 58:(Ek 1):1-2. doi: 10.29399/npa.28015
- Baier, M. 2010. Insight in Schizophrenia: A Review. *Curr Psychiatry Rep* 12, 356–361 <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0125-7>
- Başkale, H., 2016. Nitel araştırmalarda geçerlik, güvenirlik ve örneklem büyüklüğünün belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(1), 23-28.

- Batinic, B., Djokic, V., & Ivkovic, M. 2021. Assessment of Cognitive Function, Social Disability and Basic Life Skills in Euthymic Patients with Bipolar Disorder. *Psychiatria Danubina*, 33(3), 320–327. <https://doi.org/10.24869/psyd.2021.320>
- Baysal, G.Ö.D. 2013. Damgalanma ve Ruh Sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(2): 239-251.
- Beck, A.T., Baruch, E., Balter, J.M., Steer, R.A., & Warman, D.M. 2004. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia research*, 68(2-3), 319-329.
- Bekiroğlu, S., & Attepe Özden, S. 2021. Türkiye’de ağır ruhsal hastalığa sahip bireylere ve ailelerine yönelik psikososyal müdahaleler: sistematik bir inceleme. *Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar*, 13(1), 52-76.
- Bekiroğlu, S., & Demiröz, F. 2020. Toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet alan ağır ruhsal hastalığa sahip bireylerin algıladıkları sosyal damgalanmanın incelenmesi. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 24(1), 41-52.
- Bellamy, C., Schmutte, T., & Davidson, L. 2017. An update on the growing evidence base for peer support. *Mental Health and Social Inclusion*, 21(3), s. 161-167. <https://doi.org/10.1108/MHSI-03-2017-0014>
- Bellack, A.S., Mueser, K.T., Gingerich, S., & Agresta, J., 1997. Social Skills Training for Schizophrenia A Step-by-step- Guide. The Guilford Press, New York.
- Bellack, A.S., Mueser, K.T., Gingerich, S., & Agresta, J., 2015. Şizofreni için sosyal beceri eğitimi. Çev. Akı, E. İkinci baskı, Hiperlink Eğitim İletişim Yay. San. Ve Paz. Tic. Ltd. Şti., İstanbul.
- Black D.W., & Andreasen N.C. 2010. Introductory Textbook of Psychiatry 5th Edition. Washington DC, American Psychiatric Publishing.
- Bighelli, I., Rodolico, A., García-Mieres, H., Pitschel-Walz, G., Hansen, W. P., Schneider-Thoma, J., ... & Leucht, S. 2021. Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 8(11), 969-980.
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S., & Copestake, S. 1990. The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *The British journal of psychiatry:the journal of mental science*, 157, 853–859. <https://doi.org/10.1192/bjp.157.6.853>
- Bilkay, H.İ., Sarı, T., & Gürhan, N. 2023. Şizofreni hastalarına uygulanan beceri eğitimlerinin işlevsellik üzerine etkisi: Meta analiz. *EJONS International Journal*, 7(2), 281–296. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8266754>
- Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K., Cimilli, C., ... & Ulaş, H. 2013. Psychiatric epidemiology in Turkey: main advances in recent studies and future directions. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25(4).
- Burke, E., Pyle, M., Machin, K., Varese, F., & Morrison, A. P. 2019. The effects of peer support on empowerment, self-efficacy, and internalized stigma: A narrative synthesis and meta-analysis. *Stigma and health*, 4(3), 337.
- Buzlu S., & Şahin, G. 2018. Ciddi Kronik Ruh Sağlığı Bozukluklarına Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Yaklaşımı. Ünsal Barlas, G, editör. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği, 1. Baskı, Ankara: Türkiye Klinikleri; 62-67.
- Büchter, R. B., & Messer, M. 2017. Interventions for reducing self-stigma in people with mental illnesses: a systematic review of randomized controlled trials. *German medical science: GMS e-journal*, 15, Doc07. <https://doi.org/10.3205/000248>

- Carlsson, I. M., Blomqvist, M., & Jormfeldt, H. 2017. Ethical and methodological issues in qualitative studies involving people with severe and persistent mental illness such as schizophrenia and other psychotic conditions: a critical review. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 12(sup2), 1368323. <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1368323>
- Catthoor, K. C. E. E. R., Sabbe, B. G. C., Dreesen, T., Janssen, F., Vandendriessche, F., Steegen, G., Matthys, F., Matton, C., Mertens, C., & Detraux, J. 2020. Effectiveness of anti-stigma interventions regarding severe mental illness: a systematic literature review. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 62(1), 37–46.
- Cleary, M., Raeburn, T., Escott, P., West, S., & Lopez, V. 2018. ‘Walking the tightrope’: The role of peer support workers in facilitating consumers’ participation in decision-making. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(4), 1266-1272.
- Chien, W. T., Clifton, A. V., Zhao, S., & Lui, S. 2019. Peer support for people with schizophrenia or other serious mental illness. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), CD010880. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010880.pub2>
- Chio, F. H., Mak, W. W., Chan, R. C., & Tong, A. C. 2018. Unraveling the insight paradox: One-year longitudinal study on the relationships between insight, self-stigma, and life satisfaction among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia research*, 197, 124-130.
- Chinman, M., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Swift, A., & Delphin-Rittmon, M. E. 2014. Peer support services for individuals with serious mental illnesses: assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(4), 429-441.
- Chinman, M., McCarthy, S., Mitchell-Miland, C., Bachrach, R. L., Schutt, R. K., & Ellison, M. 2019. Predicting engagement with mental health peer specialist services. *Psychiatric Services*, 70(4), 333-336.
- Chwastiak, L. 2015. Making evidence-based lifestyle modification programs available in community mental health centers: why so slow?. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76(4), 11050.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. 2017. Designing and conducting mixed methods research (3rd edition). New York: Sage Publications.
- Creswell, J.W., Plano Clark V.L., Gutmann M.L., & Hanson W.E., 2003. Advanced mixed methods research designs. Ed: Tashakkori A. and Teddlie C. Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research, pp. 209–240. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Creswell, J.W., Shope R., Plano Clark V.L., & Green D.O., 2006. How interpretive qualitative research extends mixed methods research. *Research in the Schools*, 13, 1–11.
- Creswell, J.W., 2013. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions. (3rd ed.) Thousand Oaks, CA: Sage.
- Creswell, J.W., 2017. Araştırma deseni: Nitel, nicel ve karma yöntem yaklaşımları. Çev. S., B., Demir. 3. Baskı, Eğiten Kitap Yayıncılık, Ankara.
- Crowe, M., Whitehead, L., Wilson, L., Carlyle, D., O’Brien, A., Inder, M., & Joyce, P. 2010. Disorder-specific psychosocial interventions for bipolar disorder—A systematic review of the evidence for mental health nursing practice. *International journal of nursing studies*, 47(7), 896-908. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.02.012>

- Cohen, J. 2013. Statistical power analysis for the behavioural sciences (2nd ed.). New York: Academic Press
- Corrigan, P. W. 1998. The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and behavioral practice*, 5(2), 201-222.
- Corrigan, P.W., & Calabrese J.D. 2005. Strategies for assessing and diminishing self-stigma; in *On the Stigma of Mental Illness: Practical Strategies for Research and Social Change*. Edited by Corrigan P. Washington, DC, American Psychological Association.
- Corrigan, P.W., Morris, S.B., Michaels, P.J., Rafacz, J.D., & Rüsch, N. 2012. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric services* (Washington, D.C.), 63(10), 963–973. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>
- Corrigan, P.W., & Rao, D. 2012. On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian journal of psychiatry*, 57(8), 464–469. <https://doi.org/10.1177/070674371205700804>
- Corrigan, P.W., Sokol, K. A., & Rüsch, N. 2013. The impact of self-stigma and mutual help programs on the quality of life of people with serious mental illnesses. *Community mental health journal*, 49(1), 1–6. <https://doi.org/10.1007/s10597-011-9445-2>
- Cypress, B. S. 2017. Rigor or reliability and validity in qualitative research: Perspectives, strategies, reconceptualization, and recommendations. *Dimensions of critical care nursing*, 36(4), 253-263. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000253>
- Çalışkan, M. B., Ata, E. E., & Dikeç, G. 2021. Psikiyatri Hemşireleri Tarafından Şizofreni Tanılı Hastalara Uygulanan Psikososyal Rehabilitasyon Programları: Sistematik Derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(1), 77-92.
- Çoker, F., Yalçınkaya, A., Çelik, M., & Uzun, A. 2021. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarında hastaneye yatış sıklığı, hastalık semptomlarının şiddeti, işlevsel iyileşme ve içgörü üzerine etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 12(3), 181-187. <https://doi.org/10.14744/phd.2021.18199>
- Datta, A., & Chetia, D. 2023. Resilience and its relationship with disability in persons with bipolar disorder and schizophrenia: A comparative study. *Indian Journal of Psychiatry*, 65(3), 361-367.
- David, A. S. 1990. Insight and psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 156(6), 798-808.
- David, A. S., Bedford, N., Wiffen, B., & Gilleen, J. 2012. Failures of metacognition and lack of insight in neuropsychiatric disorders. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 367(1594), 1379-1390. <https://doi.org/10.1098/rstb.2012.0002>
- Davidson, L., Chinman, M, Sells, D., & Rowe, M. 2006. Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field. *Schizophr Bull* 32(3):443–450.
- Davis, B. J., Lysaker, P. H., Salyers, M. P., & Minor, K. S. 2020. The insight paradox in schizophrenia: a meta-analysis of the relationship between clinical insight and quality of life. *Schizophrenia Research*, 223, 9-17.
- Depp, C. A., Moore, R. C., Perivoliotis, D., & Granholm, E. 2016. Technology to assess and support self-management in serious mental illness. *Dialogues in clinical neuroscience*, 18(2), 171–183. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2016.18.2/cdepp>

- Drapalski, A. L., Lucksted, A., Brown, C. H., & Fang, L. J. 2021. Outcomes of ending self-stigma, a group intervention to reduce internalized stigma, among individuals with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 72(2), 136-142.
- Doroud, N., Fossey, E., & Fortune, T. 2015. Recovery as an occupational journey: A scoping review exploring the links between occupational engagement and recovery for people with enduring mental health issues. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(6), 378–392. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12238>
- Dondé, C., Senn, M., Eche, J., Kallel, L., Saoud, M., & Brunelin, J. 2019. Well-informed but not aware: The P.A.C.T.® psychoeducation program for schizophrenia improves knowledge about, but not insight into, the illness. *Asian journal of psychiatry*, 46, 15–18. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.09.034>
- Dubreucq, J., Plasse, J., & Franck, N. 2021. Self-stigma in Serious Mental Illness: A Systematic Review of Frequency, Correlates, and Consequences. *Schizophrenia Bulletin*, 47(5), 1261-1287. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa181>
- Elboğa, G., Şahin, Ş. K., & Altındağ, A. 2019. Bir toplum ruh sağlığı merkezindeki beceri eğitimlerinin günlük yaşam aktiviteleri ve bilişsel fonksiyonlara katkısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11, 1-8.
- Ehrlich-Ben Or, S., Hasson-Ohayon, I., Feingold, D., Vahab, K., Amiaz, R., Weiser, M., & Lysaker, P. H. 2013. Meaning in life, insight and self-stigma among people with severe mental illness. *Comprehensive psychiatry*, 54(2), 195–200. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.07.011>
- Ercan, F., & Demir, S. 2019. Şizofreni tanılı hastalarda yaşanan sorunlar, işitsel varsanılar ve algılanan sosyal destek. *Cukurova Medical Journal*, 44(1), 7-17. <https://doi.org/10.17826/cumj.435354>
- Erdoğan, S., Nahcivan, N., & Esin, N., 2018. Hemşirelikte araştırma: Süreç, uygulama ve kritik. (3. Baskı) Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- Fakorede, O. O., Ogunwale, A., & Akinhanmi, A. O. 2020. Disability among patients with schizophrenia: A hospital-based study. *The International journal of social psychiatry*, 66(2), 179–187. <https://doi.org/10.1177/0020764019894608>
- Faulkner, A., & Basset, T. 2012. A helping hand: Taking peer support into the 21st century. *Mental Health & Social Inclusion*, 16(1), 41–47.
- Fuhr, D. C., Salisbury, T. T., De Silva, M. J., Atif, N., van Ginneken, N., Rahman, A., & Patel, V. 2014. Effectiveness of peer-delivered interventions for severe mental illness and depression on clinical and psychosocial outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(11), 1691-1702.
- George, D., & Mallery, P. 2018. Descriptive statistics. In IBM SPSS Statistics 25 Step by Step (pp. 126-134). Routledge.
- Gillard, S. 2019. Peer support in mental health services: where is the research taking us, and do we want to go there?. *Journal of Mental Health*, 28(4), 341-344.
- Gillard, S., & Holley, J. 2014. Peer workers in mental health services: literature overview. *Advances in psychiatric treatment*, 20(4), 286-292.
- Gillard, S., Foster, R., White, S., Barlow, S., Bhattacharya, R., Binfield, P., ... & Worner, J. 2022. The impact of working as a peer worker in mental health services: a longitudinal mixed methods study. *BMC psychiatry*, 22(1), 373.
- Grant, P. M., & Beck, A. T. 2009. Defeatist beliefs as a mediator of cognitive impairment, negative symptoms, and functioning in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 35(4), 798-806.

- Grant, E. A., Reinhart, C., Wituk, S., & Meissen, G. 2012. An examination of the integration of certified peer specialists into community mental health centers. *Community mental health journal*, 48, 477-481.
- Greene, J.C., Caracelli, V.J., & Graham, W.F., 1989. Toward a conceptual framework for mixed-method evaluation designs. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 11, 255-274.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. 2012. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence. Elsevier Health Sciences.
- Güçlü, O., Karaca, O., Yildirim, B., Özköse, M. M., & Erkiran, M. 2011. Bipolar Bozuklukta İçgörü İle Klinik Özelliklerin İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(4).
- Gühne, U., Weinmann, S., Riedel-Heller, S. G., & Becker, T. 2020. Psychosocial therapies in severe mental illness: update on evidence and recommendations. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(4), 414-421.
- Halcomb, E.J., & Andrew S. 2009. Managing Mixed Methods Projects. Mixed Methods Research For Nursing And The Health Sciences. Ed: Andrew, S., Halcomb, E. Wiley-Blackwell, Malaysia, 50-64.
- Hall R. C. 1995. Global assessment of functioning. A modified scale. *Psychosomatics*, 36(3), 267–275. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(95\)71666-8](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(95)71666-8)
- Hert, M.D., Correll, C.U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M.G., Cohen, D., Asai, I., Detraux, J., Gautam, S.S., Möller, H., Ndeti, D.M., Newcomer, J.W., Uwakwe, R., & Leucht, S. 2011. Physical illness in patients with severe mental disorders. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, 10.
- Horwitz A.V. 2002. The Social Control of Mental Illness. Clinton Corners, NY, Percheron Press.
- Huggett, C., Birtel, M. D., Awenat, Y. F., Fleming, P., Wilkes, S., Williams, S., & Haddock, G. 2018. A qualitative study: experiences of stigma by people with mental health problems. *Psychology and psychotherapy*, 91(3), 380–397. <https://doi.org/10.1111/papt.12167>
- İbrahim, S. U., Kalyanasundaram, V. B., Ramanathan, S. A., & Ramasamy, S. 2020. Trajectory of insight on various dimensions among bipolar disorder in-patients. *Industrial Psychiatry Journal*, 29(2), 285.
- İçel, S., Özkan, B., & Aydoğan, A. 2016. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Hemşirenin Rolü. *Ankara Medical Journal*, 16(2).
- İpçi, K., İncedere, A., Kiras, F., & Yıldız, M. 2018. Şizofreni Hastalarında Öznel İyileşme İle Bilişsel İçgörü Arasındaki İlişkinin Araştırılması. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 1-4.
- Jacob, K. S. 2020. Insight in psychosis: A critical review of the contemporary confusion. *Asian journal of psychiatry*, 48, 101921. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.101921>
- Jones, S., Riste, L., Barrowclough, C., Bartlett, P., Clements, C., Davies, L., ... & Ntais, D., 2018. Reducing relapse and suicide in bipolar disorder: practical clinical approaches to identifying risk, reducing harm and engaging service users in planning and delivery of care – the PARADES (Psychoeducation, Anxiety, Relapse, Advance Directive Evaluation and Suicidality) programme. Southampton (UK): NIHR Journals Library; (Programme Grants for Applied Research, No. 6.6.) Plain English summary.

- Joseph, B., Muralidhar, D., Varambally, S., & Kumar, D. 2016. A Systematic Narrative Synthesis of Psychosocial Interventions to Enhance Insight in Schizophrenia. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 25(1), 60-76.
- Kaşlı, S., Al, O., & Bademli, K. 2021. Internalized stigmatization and subjective recovery in individuals with chronic mental illness. *The International journal of social psychiatry*, 67(5), 415–420. <https://doi.org/10.1177/0020764020960762>
- Kern, R. S., Glynn, S. M., Horan, W. P., & Marder, S. R. 2009. Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 35(2), 347–361. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn177>
- Kern, R.S. 2023. Supported employment for patients with severe mental illness. In: Up To Date. https://e1c9b1a9cc9b2679354d789c7627a4c889c411cc.vetisonline.com/contents/supported-employment-for-patients-with-severe-mental-illness?search=chronic%20mental%20disorders&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1 Erişim Tarihi: 08.07.2023
- Killaspy, H., Harvey, C., Brasier, C., Brophy, L., Ennals, P., Fletcher, J., & Hamilton, B. 2022. Community-based social interventions for people with severe mental illness: a systematic review and narrative synthesis of recent evidence. *World Psychiatry*, 21(1), 96-123. <https://doi.org/10.1002/wps.20940>
- Kruse, R. L., Alper, B. S., Reust, C., Stevermer, J. J., Shannon, S., & Williams, R. H. 2002. Intention-to-treat analysis: who is in? Who is out?. *Journal of Family Practice*, 51(11), 969-971.
- Korkmaz, C., Durat, G., & Tarsuslu, B. 2022. An evaluation of the disability, insight and self-care agency of schizophrenia patients. *Perspectives in psychiatric care*, 58(3), 919–927. <https://doi.org/10.1111/ppc.12877>
- Kum, N. 1996. Psikiyatri Hemşireliği Uygulama Standartları, In: Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı, 1. Baskı, İstanbul: Birlik Ofset, 4-8.
- Kurt, A., Erşan, E. E., & Savaş, İ. 2021. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmeti alan ve ayaktan psikiyatri poliklinik hizmeti alan hastaların kendini damgalama ve öznel iyileşme durumlarının karşılaştırılması. *J Psychiatric Nurs* 12(2):103-112. <https://doi.org/10.14744/phd.2020.73383>
- Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. 2017. Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare management forum*, 30(2), 111–116. <https://doi.org/10.1177/0840470416679413>
- Leech, N. L., & Onwuegbuzie, A. J., 2009. A typology of mixed methods research designs. *Quality & quantity*, 43(2), 265-275.
- Lewis, A. 1934. The psychopathology of insight. *British Journal of Medical Psychology*, 14(4), 332–348.
- Li, X. H., Zhang, T. M., Yau, Y. Y., Wang, Y. Z., Wong, Y. L. I., Yang, L., ... & Ran, M. S. 2021. Peer-to-peer contact, social support and self-stigma among people with severe mental illness in Hong Kong. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(6), 622-631.
- Liang, Y., Li, Y., Lin, G., Cai, C., Yuan, H., & Sheng, Q. 2023. Effectiveness of Group Patient-Led Life Skills Training on Function and Self-Efficacy for People With Schizophrenia: A Quasi-Experimental Study. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 61(2), 60–67. <https://doi.org/10.3928/02793695-20221027-04>

- Liberman, L.P. 2011. Yetiyitiminden İyileşmeye: Psikiyatrik İyileştirim Elkitabı. US: American Psychiatric Publishing, Inc; 2008. Çeviri: Yıldız M. Ankara: Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği.
- Liberman, L.P., DeRisi, W., & Mueser, K.T. 1989. Social Skills Training for Psychiatric Patients. Boston, M.A. Allyn and Bacon.
- Liu, N. H., Daumit, G. L., Dua, T., Aquila, R., Charlson, F., Cuijpers, P., ... & Saxena, S. 2017. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World psychiatry*, 16(1), 30-40.
- Lincoln, T. M., Lüllmann, E., & Rief, W. 2007. Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophrenia bulletin*, 33(6), 1324-1342. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm002>
- Llorca, P. M., Lançon, C., Lancrenon, S., Bayle, F. J., Caci, H., Rouillon, F., & Gorwood, P. 2009. The "Functional Remission of General Schizophrenia" (FROGS) scale: development and validation of a new questionnaire. *Schizophrenia research*, 113(2-3), 218–225. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.04.029>
- Lloyd-Evans, B., Mayo-Wilson, E., Harrison, B., Istead, H., Brown, E., Pilling, S., ... & Kendall, T. 2014. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC psychiatry*, 14, 1-12.
- Lipscomb, M. 2008. Mixed method nursing studies: a critical realist critique. *Nursing philosophy : an international journal for healthcare professionals*, 9(1), 32–45. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2007.00325.x>
- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J., 2002. Nursing research:Methods, critical appraisal, and utilization. (5th ed.) Mosby Year, St.Louis, Missouri.
- Long, T., & Johnson, M. 2000. Rigour, reliability and validity in qualitative research. *Clinical effectiveness in nursing*, 4(1), 30-37.
- Lopez-Morinigo, J. D., Ajnakina, O., Martínez, A. S., Escobedo-Aedo, P. J., Ruiz-Ruano, V. G., Sánchez-Alonso, S., Mata-Iturralde, L., Muñoz-Lorenzo, L., Ochoa, S., Baca-García, E., & David, A. S. 2020. Can metacognitive interventions improve insight in schizophrenia spectrum disorders? A systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 50(14), 2289–2301. <https://doi.org/10.1017/S0033291720003384>
- Lysaker, P. H., Pattison, M. L., Leonhardt, B. L., Phelps, S., & Vohs, J. L. 2018. Insight in schizophrenia spectrum disorders: relationship with behavior, mood and perceived quality of life, underlying causes and emerging treatments. *World Psychiatry*, 17(1), 12-23.
- Lyons, N., Cooper, C., & Lloyd-Evans, B. 2021. A systematic review and meta-analysis of group peer support interventions for people experiencing mental health conditions. *BMC psychiatry*, 21(1), 315. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03321-z>
- Maharaj, R., Sharon, A., O'Brien, L., & Gillies, D., 2009. Explanatory Study: Police Referrals A Mixed Methods Sequential to a Psychiatric Facility. Mixed Methods Research For Nursing And The Health Sciences. Ed: Andrew, S., Halcomb, E. Wiley-Blackwell, Malaysia, 181-194.
- Mahlke, C. I., Priebe, S., Heumann, K., Daubmann, A., Wegscheider, K., & Bock, T. 2017. Effectiveness of one-to-one peer support for patients with severe mental illness - a randomised controlled trial. *European psychiatry: the journal of the*

- Association of European Psychiatrists*, 42, 103–110.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.12.007>
- McDonagh, M. S., Dana, T., Kopelovich, S. L., Monroe-DeVita, M., Blazina, I., Bougatsos, C., ... & Selph, S. S. 2022. Psychosocial interventions for adults with schizophrenia: an overview and update of systematic reviews. *Psychiatric Services*, 73(3), 299-312. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000649>
- Melo, A. P. S., Dippenaar, I. N., Johnson, S. C., Weaver, N. D., de Assis Acurcio, F., Malta, D. C., ... & Cherchiglia, M. L. 2022. All-cause and cause-specific mortality among people with severe mental illness in Brazil's public health system, 2000–15: a retrospective study. *The Lancet Psychiatry*, 9(10), 771-781
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., ... & Zarkov, Z. 2011. Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Arch Gen Psychiatry*. 68(3):241–251.
- Mind. 2023. Peer Leadership <https://www.mind.org.uk/about-us/our-policy-work/communities-and-peer-support-at-mind/side-by-side/peer-support-in-your-community-a-toolkit/keeping-your-peer-support-going-introduction/peer-leadership/> Accessed: 18.04.2023
- Molu, N. G., Ozkan, B., & Icel, S. 2016. Quality of life for chronic psychiatric illnesses and home care. *Pakistan journal of medical sciences*, 32(2), 511–515.
<https://doi.org/10.12669/pjms.322.8794>
- Moher, D., Schulz, K. F., & Altman, D. G., 2001. The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomised trials. *Lancet* (London, England), 357(9263), 1191–1194.
- Moran, G.S., Russinova, Z., Gidugu, V., Yim, J.Y., & Sprague, C. 2012. Benefits and Mechanisms of Recovery Among Peer Providers With Psychiatric Illnesses. *Qualitative Health Research* 22(3):304-319.
<https://doi.org/10.1177/1049732311420578>
- Morgan, A. J., Reavley, N. J., Ross, A., Too, L. S., & Jorm, A. F. 2018. Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 103, 120–133.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.05.017>
- Moustafa, A. A., Garami, J. K., Mahlberg, J., Golembieski, J., Keri, S., Misiak, B., & Frydecka, D. 2016. Cognitive function in schizophrenia: conflicting findings and future directions. *Reviews in the neurosciences*, 27(4), 435–448.
<https://doi.org/10.1515/revneuro-2015-0060>
- Mueser, K. T. 2019. Assertive community treatment for patients with severe mental illness. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate.
- Mueser, K. T., & Bellack, A. S. 2007. Social skills training: Alive and well?[Editorial]. *Journal of Mental Health*, 16(5), 549–552.
<https://doi.org/10.1080/09638230701494951>
- Murri, B. M., & Amore, M. 2019. The multiple dimensions of insight in schizophrenia-spectrum disorders. *Schizophrenia bulletin*, 45(2), 277-283.
- Nair, A., Palmer, E. C., Aleman, A., & David, A. S. 2014. Relationship between cognition, clinical and cognitive insight in psychotic disorders: a review and meta-analysis. *Schizophrenia research*, 152(1), 191–200.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.11.033>

- National Voices, 2015. Peer Support: What Is It and Does It Work? A summary of the evidence. <https://www.nationalvoices.org.uk/publications/our-publications/peer-support> E.T: 24.10.2023
- Nişancı, A. 2019. Ruh sağlığı alanında iyileşme yaklaşımı ve psikiyatrik sosyal hizmet. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 30(1), 231-259.
- Nguyen, J., Goldsmith, L., Rains, L. S., & Gillard, S. 2022. Peer support in early intervention in psychosis: a qualitative research study. *Journal of Mental Health*, 31(2), 196-202.
- Novick, D., Montgomery, W., Treuer, T., Aguado, J., Kraemer, S., & Haro, J. M. 2015. Relationship of insight with medication adherence and the impact on outcomes in patients with schizophrenia and bipolar disorder: results from a 1-year European outpatient observational study. *BMC psychiatry*, 15(1), 1-8.
- O'Connell, M. J., Flanagan, E. H., Delphin-Rittmon, M. E., & Davidson, L. 2020. Enhancing outcomes for persons with co-occurring disorders through skills training and peer recovery support. *Journal of Mental Health*, 29(1), 6-11.
- Onwuegbuzie, A. J., & Leech, N. L. 2006. Linking research questions to mixed methods data analysis procedures. *The qualitative report*, 11(3), 474-498.
- Onwuegbuzie A.J. & Leech N.L. 2004. Enhancing the interpretation of 'significant' findings: the role of mixed methods research. *The Qualitative Report*, 9, 770-792.
- Önol, S., & 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.
- Özdemir, İ., Şafak, Y., Örsel, S., Karaoğlu Kahiloğulları, A., & Karadağ, H. 2017. Bir toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına uygulanan ruhsal-toplumsal uyumlandırma etkinliğinin araştırılması: Kontrollü çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(5).
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., & Hoagwood, K., 2015. Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and policy in mental health and mental health services research*, 42(5), 533-544.
- Pijnenborg, G.H., van Donkersgoed, R.J., David, A.S., & Aleman, A., 2013. Changes in insight during treatment for psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res* 144, 109-117.
- Podogrodzka-Niell, M., & Tyszkowska, M. 2014. Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych - czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym [Stigmatization on the way to recovery in mental illness - the factors associated with social functioning]. *Psychiatria polska*, 48(6), 1201-1211.
- Poremski, D., Kuek, J. H. L., Yuan, Q., Li, Z., Yow, K. L., Eu, P. W., & Chua, H. C. 2022. The impact of peer support work on the mental health of peer support specialists. *International journal of mental health systems*, 16(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s13033-022-00561-8>
- Puschner, B., Repper, J., Mahlke, C., Nixdorf, R., Basangwa, D., Nakku, J., ... & Slade, M. 2019. Using peer support in developing empowering mental health services (UPSIDES): background, rationale and methodology. *Annals of Global Health*, 85(1). <https://doi.org/10.5334/aogh.2435>
- Pratt C.W., Gill K.J. Barrett, N.M., & Roberts, M.M. 2014. Symptoms and Etiology of Serious Mental Illness. Editor(s): Pratt C.W., Gill K.J. Barrett, N.M., Roberts, M.M. *Psychiatric Rehabilitation (Third Edition)*, Academic Press, 2014, Pages

- 33-74. ISBN 9780123870025, <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-387002-5.00002-0>.
- Pyle, M., Pilling, S., Machin, K., Allende-Cullen, G., & Morrison, A. P. 2018. Peer support for internalised stigma experienced by people with psychosis: Rationale and recommendations. *Psychosis*, 10(2), 146-152.
- Rajji, T.K., & Mulsant, B.H. 2008. Nature and course of cognitive function in late-life schizophrenia: a systematic review. *Schizophr Res* 102(1-3),122–140. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.03.015>
- Ramachandran, A. S., Ramanathan, R., Praharaj, S. K., Kanradi, H., & Sharma, P. S. 2016. A Cross-sectional, Comparative Study of Insight in Schizophrenia and Bipolar Patients in Remission. *Indian journal of psychological medicine*, 38(3), 207–212. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.183085>
- Rasmus, P., Lipert, A., Pękala, K., Timler, M., Kozłowska, E., Robaczyńska, K., ... & Timler, D. 2021. The influence of a psychosocial rehabilitation program in a community health setting for patients with chronic mental disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 4319.
- Richardson, J. T. 2011. Eta squared and partial eta squared as measures of effect size in educational research. *Educational Research Review*, 6(2), 135-147.
- Riley, K., Hupcey, J. E., & Kowalchik, K. 2022. Palliative Care in Severe and Persistent Mental Illness: A Systematic Review. *Journal of hospice and palliative nursing: JHPN: the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, 24(3), E88–E93. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000855>
- Rosa, A. R., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Aran, A., Salameiro, M., Torrent, C., Reinares, M., Comes, M., Colom, F., Van Riel, W., Ayuso-Mateos, J. L., Kapczinski, F., & Vieta, E. 2007. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 3, 5. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-3-5>
- Russinova, Z., Rogers, E. S., Gagne, C., Bloch, P., Drake, K. M., & Mueser, K. T. 2014. A randomized controlled trial of a peer-run antistigma photovoice intervention. *Psychiatric Services*, 65(2), 242-246.
- Rüsch, N., & Kösters, M. 2021. Honest, Open, Proud to support disclosure decisions and to decrease stigma's impact among people with mental illness: conceptual review and meta-analysis of program efficacy. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 56(9), 1513–1526. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02076-y>
- Rössler, W. 2006. Psychiatric rehabilitation today: an overview. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association*, 5(3), 151–157.
- Ryu, S., Lee, H., Lee, D. K., Nam, H. J., Chung, Y. C., & Kim, S. W. 2020. Network structures of social functioning domains in schizophrenia and bipolar disorder: a preliminary study. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 18(4), 571. <https://doi.org/10.9758/cpn.2020.18.4.571>
- Saavedra, J., Brzeska, J., Matías-García, J. A., & Arias-Sánchez, S. 2023. Quality of life and psychiatric distress in people with serious mental illness, the role of personal recovery. *Psychology and psychotherapy*, 96(2), 525–541. <https://doi.org/10.1111/papt.12451>
- Sadock, B.J. 2015. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry (Vol. 2015, pp. 648-655). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.

- Sarraf, L., Lepage, M., & Sauvé, G. 2022. The clinical and psychosocial correlates of self-stigma among people with schizophrenia spectrum disorders across cultures: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 248, 64-78.
- Salles, F. H. M., Soares, P. S. M., Wiener, C. D., Mondin, T. C., da Silva, P. M., Jansen, K., ... & Oses, J. P. 2016. Mental disorders, functional impairment, and nerve growth factor. *Psychology Research and Behavior Management*, 9-15.
- Sanchez-Moreno, J., Martinez-Aran, A., Tabarés-Seisdedos, R., Torrent, C., Vieta, E., & Ayuso-Mateos, J. L. 2009. Functioning and disability in bipolar disorder: an extensive review. *Psychotherapy and psychosomatics*, 78(5), 285–297. <https://doi.org/10.1159/000228249>
- Schulz, K. F., & Grimes, D. A. 2002. Blinding in randomised trials: hiding who got what. *The Lancet*, 359(9307), 696-700.
- Schinnar AP, Rothbard AB, Kanter R, & Jung YS. 1990. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *Am J Psychiatry*. 147(12):1602-8. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.12.1602>. PMID: 2244636.
- Scott, A., Doughty, C., & Kahi, H. 2011. Peer Support Practice in Aotearoa New Zealand. Self-Commissioned: Christchurch.
- Shalaby, R. A. H., & Agyapong, V. I. 2020. Peer support in mental health: literature review. *JMIR mental health*, 7(6), e15572.
- Smit, D., Miguel C., Vrijnsen J.N., Groeneweg B, Spijker J, & Cuijpers, P. 2022. The effectiveness of peer support for individuals with mental illness: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 1–10. <https://doi.org/10.1017/S0033291722002422>
- Stefancic, A., Boichichio, L., Tuda, D. 2021. Peer Support for Mental Health. In: Avery, J.D. (eds) Peer Support in Medicine. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-58660-7_2
- Söğütlü, L., Özen, Ş., Varlık, C., & Güler, A. 2017. Toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına ruhsal toplumsal beceri eğitimi uygulanması ve sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(2).
- Suijkerbuijk YB, Schaafsma FG, van Mechelen JC, Ojajärvi A, Corbière M, & Anema JR. 2017. Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9. Art. No: CD011867. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011867.pub2>. Accessed 06 January 2024.
- Sun, J., Yin, X., Li, C., Liu, W., & Sun, H. 2022. Stigma and Peer-Led Interventions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in psychiatry*, 13, 915617. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.915617>
- Sunderland, K., & Mishkin, W. 2013. Peer Leadership Group, Mental Health Commission of Canada. Guidelines for the Practice and Training of Peer Support. Calgary, AB: Mental Health Commission of Canada. Retrieved from: <http://www.mentalhealthcommission.ca> Accessed: 19.04.2023
- Şahin, Ş., & Elboğa, G. 2019. Toplum ruh sağlığı bakımının yararlanan hastaların yaşam kalitesi, tedavi iyileşmesi, içgörü ve işlevsellikleri. *Çukurova Tıp Dergisi* 44: 431-438.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. 2014. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge. T.C. Sağlık Bakanlığı. (Erişim Tarihi: 06.03.2023)
- TDK. 2023. Türk Dil Kurumu. <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 16.09.2023)

- Thirioux, B., Harika-Germaneau, G., Langbour, N., & Jaafari, N. 2020. The relation between empathy and insight in psychiatric disorders: phenomenological, etiological, and neuro-functional mechanisms. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 966.
- Thomas, E. C., Luther, L., Zullo, L., Beck, A. T., & Grant, P. M. 2017. From neurocognition to community participation in serious mental illness: the intermediary role of dysfunctional attitudes and motivation. *Psychological medicine*, 47(5), 822–836. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003019>
- Tsang, H. W., Ching, S. C., Tang, K. H., Lam, H. T., Law, P. Y., & Wan, C. N. 2016. Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research*, 173(1-2), 45–53. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.02.013>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. 2007. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357.
- Townley, G., Brusilovskiy, E., Klein, L., McCormick, B., Snethen, G., & Salzer, M. S. 2022. Community Mental Health Center Visits and Community Mobility of People with Serious Mental Illnesses: A Facilitator or Constraint?. *Community mental health journal*, 58(3), 420–428. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00821-w>
- Tungpunkom, P., Maayan, N., & Soares-Weiser, K. 2012. Life skills programmes for chronic mental illnesses. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1(1), CD000381. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000381.pub3>
- Turan, N. D. 2019. Kronik Ruhsal Bozukluklarda Ruhsal Eğitim ve İş Uygulamaları. *Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar*, 11(1), 120-128.
- Turner, D. T., McGlanaghy, E., Cuijpers, P., Van Der Gaag, M., Karyotaki, E., & MacBeth, A. 2018. A meta-analysis of social skills training and related interventions for psychosis. *Schizophrenia bulletin*, 44(3), 475-491.
- Varshney, P., Mamtani, H., Kumar, C. N., & Chandra, P. S. 2021. COVID-19 Vaccination for Persons with Severe Mental Illnesses: An Indian Perspective. *Journal of Psychological Medicine and Research*, 43(5), 436- 441. <https://doi.org/10.1177/02537176211033933>
- Vaskinn, A., Sundet, K., Ueland, T., Agartz, I., Melle, I., & Andreassen, O. A. 2013. Social cognition and clinical insight in schizophrenia and bipolar disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(6), 445–451. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31829480c8>
- van Dusseldorp, L., Groot, M., van Vught, A., Goossens, P., Hulshof, H., & Peters, J. 2023. How patients with severe mental illness experience care provided by psychiatric mental health nurse practitioners. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 35(5), 281–290. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000867>
- Van Camp, L. S. C., Sabbe, B. G. C., & Oldenburg, J. F. E. 2017. Cognitive insight: A systematic review. *Clinical psychology review*, 55, 12–24. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.011>
- Vos, T., Flaxman, A. D., Naghavi, M., Lozano, R., Michaud, C., Ezzati, M., ... & Harrison, J. E. 2012. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380:2163-96.

- von Maffei, C., Gorges, F., Kissling, W., Schreiber, W., Rummel-Kluge, C., 2015. Using films as a psychoeducation tool for patients with schizophrenia: a pilot study using a quasiexperimental pre-post design. *BMC Psychiatry* 15, 93.
- Walsh, P. E., McMillan, S. S., Stewart, V., & Wheeler, A. J. 2018. Understanding paid peer support in mental health. *Disability & Society*, 33(4), 579-597.
- Warman, D. M., Lysaker, P. H., & Martin, J. M. 2007. Cognitive insight and psychotic disorder: the impact of active delusions. *Schizophrenia research*, 90(1-3), 325–333. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.09.011>
- White, S., Foster, R., Marks, J., Morshead, R., Goldsmith, L., Barlow, S., ... & Gillard, S. 2020. The effectiveness of one-to-one peer support in mental health services: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-20.
- World Health Organization. 2018. Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders:Who Guidelines, Switzerland ISBN: 978-92-4-155038-3
- World Health Organization. 2022. Mental Disorders. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> (Erişim Tarihi: 23.07.2023)
- Wy, T.J.P., & Saadabadi, A. 2023. Schizoaffective Disorder. [Updated 2023 Mar 27]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541012/>
- Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H. 2008. Pathways Between Internalized Stigma and Outcomes Related to Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatric Services* (Washington, D.C.), 59(12), 1437. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.59.12.1437>
- Yıldız, M. 2001. Şizofrenide psikososyal beceri eğitiminde içerik ve etkinlikler. *Klinik Psikiyatri*, 4, 119-123.
- Yıldız, M., Yüksel, A. G., & Erol, A. 2005. Şizofrenide ruhsal ve toplumsal beceri eğitimi uygulaması/Grup eğitimi deneyimleri. *Türkiye’de psikiyatri*, 7(1), 25-32.
- Yıldız, M., Kübra, İ. P.Ç.İ., İncedere, A., Kırçalı, A., Ebibi, S., SoykaL, N., ... & Ceco, U. 2017. Toplumsal işlevselliğin toplum temelli araştırılması: Kocaeli’de bir ön çalışma. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 1-5.
- Yıldız, M., Kiras, F., İncedere, A., Esen, D., Gürcan, M. B., Abut, B., ... & Tural, U., 2018. Şizofreni Hastaları için Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19(SI 2), 29-39.
- Yıldız, M., 2019. Ruhsal toplumsal beceri eğitimi eğitici elkitabı. 2. Baskı, Umuttepe Yayınları, Kocaeli.
- Yıldız M, Özaslan Z, İncedere A, Kırçalı A, Kiras F, & İpçi K. 2019a. Şizofrenide Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi ve Üstbiliş Eğitiminin Toplumsal ve Bilişsel İşlevsellik Üzerine Etkisi. *Arch Neuropsychiatry*, 139-143. <https://doi.org/10.29399/npa.23095>
- Yıldız, M. Kiras, F., İncedere, A., & Abut, F.B., 2019b. Development of self-stigma inventory for patients with schizophrenia (SSI-P): reliability and validity study. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 640-649.
- Yıldız, M. 2021. Psychosocial Rehabilitation Interventions in the Treatment of Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Arch Neuropsychiatry*, 58(Suppl 1):77-82.
- Yılmaz, E., & Okanlı, A. 2018. Test of mindfulness-based psychosocial skills training to improve insight and functional recovery in schizophrenia. *Western Journal of Nursing Research*, 40(9), 1357-1373.

- Yılmaz Karaman, İ.G., İzci Kasal, M., İngeç, C., Yastıbaş, C., Gülyüksel, F., & Güleç, M. 2020. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Uğraş Tedavilerine Eklenen Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimin Şizofreni Hastalarının Toplumsal İşlevselliği Üzerine Etkisi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Arch Neuropsychiatry*, 57:248-253.
- Yim, C. S. T., Chieng, J. H. L., Tang, X. R., Tan, J. X., Kwok, V. K. F., & Tan, S. M. 2023. Umbrella review on peer support in mental disorders. *International Journal of Mental Health*, 1-22.
- Younas, A., Pedersen, M., & Tayaben, J.L. 2019. Review of mixed-methods research in nursing. *Nursing research*, 68(6), 464-472. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000372>
- Yüksel, A., & Bahadır-Yılmaz, E. 2021. The effect of mindfulness-based psychosocial skills training on functioning and insight level in patients with schizophrenia. *Community mental health journal*, 57(2), 365-371.
- Zhou, Y., Rosenheck, R., Mohamed, S., Zhang, J., Chang, Q., Ou, Y., ... & He, H. 2015. Insight in inpatients with schizophrenia: relationship to symptoms and neuropsychological functioning. *Schizophrenia research*, 161(2-3), 376-381.
- Zhao, S., Sampson, S., Xia, J., & Jayaram, M.B., 2015. Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*, CD010823.
- Xia, J., Merinder, L.B., & Belgamwar, M.R., 2011. Psychoeducation for schizophrenia. *Schizophr Bull* 37, 21-22.



EKLER

EK-1:**COREQ Kontrol Listesi**

Sayı	Madde	Rehber Sorusu / Açıklama
1. Alan: Araştırma ekibi ve düşünömsellik		
1	Görüşmeci/Kolaylaştırıcı	Halil İbrahim BİLKAY
2	Akademik dereceler	Uzman psikiyatri hemşiresi / Bilim uzmanı
3	Meslek	Uzman psikiyatri hemşiresi
4	Cinsiyet	Erkek
5	Deneyim ve eğitim	Ekler ve özgeçmiş bölümünde belirtilmiştir. -Psikososyal beceri eğitimi: eğitici eğitimi -Psikoeğitim uygulama modülü -Karma yöntemler kursu
Katılımcılarla ilişki		
6	Kurulu ilişki	Çalışma başlamadan önce katılımcılarla ilişki kurulmuştur.
7	Katılımcıların görüşmeciyle ilgili bilgisi	Görüşmeler yapılmadan önce katılımcılar araştırmacının eğitim sürecinde yer alacağına yönelik bilgiye sahiptir.
8	Görüşmecinin özellikleri	Raporda (tez çalışmasında) görüşmeciyle/kolaylaştırıcıyla ilgili özellik olarak özgeçmiş belirtilmiştir.
2. Alan: Araştırmanın tasarımı		
Kuramsal çerçeve		
9	Metodolojik yönelim ve Kuram	Fenomenolojik yöntem
Katılımcıların seçilmesi		
10	Örnekleme	Amaçlı rastgele örnekleme yöntemi
11	Katılımcılara ulaşma yöntemi	Yüz yüze görüşme yöntemi ile ulaşım sağlandı.
12	Örneklem büyüklüğü	Nitel yöntem için deney gruplarından toplam 12 kişi ile görüşme yapılmıştır.
13	Katılmama durumu/katılımcı reddi	Görüşme yapmaya gönüllü olmamasından dolayı diğer 7 kişi ile görüşme yapılmamıştır.
Ortam / Saha		
14	Veri toplama sahası (öneri: verinin toplandığı yer)	Veriler toplum ruh sağlığı merkezinin görüşme odasında toplanmıştır.
15	Katılımcı olmayanların varlığı	Görüşmeler bireysel olarak sadece araştırmacı ve katılımcı arasında yürütölmüştür.
16	Örnekleme ilişkin açıklama	Araştırmaya dahil edilme ve hariç tutma kriterlerine göre örneklem belirlenmiştir.
Veri toplama		
17	Görüşme rehberi	Uzman görüşü alınarak hazırlanan yarı yapılandırılmış forma göre görüşme yapılmıştır.
18	Tekrarlanan görüşmeler	Tekrarlanan görüşme gerçekleşmemiştir.
19	Ses/görüntü kaydı	Araştırma verisi toplanırken ses kaydı alındı.
20	Saha notları	Araştırmacı tarafından görüşme sırasında notlar alındı.
21	Süre	Görüşmeler 15 – 20 dakika arası sürmüştür.
22	Veri doygunluğu	Veri doygunluğu 12 kişi ile sağlanmıştır.
23	Transkriptlerin geri iletilmesi	Katılımcılara yorum yapmaları ve/veya düzeltmeleri için transkriptler iletilmemiştir. Ancak anlaşılabilirliği artırmak için görüşme sonunda alınan notlar ile birlikte katılımcıya sorular yöneltilmiştir.
3. Alan: Analiz ve bulgular		
24	Veri kodlayanların sayısı	Tek bir araştırmacı tarafından kodlama sağlandı. Kodların kontrolü tez danışmanı tarafından sağlandı.
25	Kodlama ağacının açıklaması	Kodlama ağacı bulgular bölümünde belirtilmiştir.
26	Temaların türetilmesi	Temalar katılımcıların sağladığı verilerden türetildi.
27	Yazılım	MAXQDA 2020 programı kullanıldı.
28	Katılımcı kontrolü	Katılımcılar bulgular üzerine geri bildirimde bulunmadı.
Raporlama		
29	Alıntıların gösterilmesi	Katılımcıların K1, K2, K3 gibi tanımlamaları kullanılarak alıntılar belirtildi.
30	Verilerin ve bulguların tutarlılığı	Sunulan veriler ve bulgular tutarlıdır.
31	Ana temaların açıklığı	Ana temalar açık bir şekilde bulgularda sunulmuştur.
32	Alt temaların açıklığı	Alt temalar açık bir şekilde belirtilmiştir.

EK-2:

TANITICI BİLGİ FORMU

Yaşınız:	Cinsiyetiniz: 1. Kadın 2. Erkek
Eğitim Durumunuz: 1. Okur-yazar 2. İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise 5. Üniversite	Medeni Durumunuz: 1. Evli 2. Bekar 3. Eşinden ayrılmış 4. Eşi vefat etmiş
Kiminle yaşıyorsunuz? 1. Aile (Eş - Çocuk - Anne - Baba) 2. Arkadaş 3. Diğer <u> </u>	Çalışma Durumunuz: 1. Çalışıyorum 2. Çalışmıyorum
Hangi psikiyatrik tanıya sahipsiniz? 	Kaç yıldır bu tanıya sahipsiniz?
Daha önce ruhsal sorunuz için hastanede yatarak tedavi gördünüz mü? 1. Hiç yatmadım. 2. Yattım (Kaç kez <u> </u>)	Ailenizde ruhsal sorunlardan dolayı tedavi görmüş bir kişi var mı? 1. Evet (Lütfen kim olduğunu yazınız.....) 2. Hayır 3. Bilmiyorum
Kaç ay/yıldır Toplum Ruh Sağlığı Merkezi(TRSM)'ne geliyorsunuz? 	TRSM'ye ne sıklıkla geliyorsunuz? 1. ~~Hergün~~ 2. Hafta iki - üç kez 3. Düzensiz
Daha önce TRSM'de görev yapan ruh sağlığı çalışanlarından (psikolog, hemşire, ergoterapist vb.) psikososyal beceri eğitimi(ruhsal toplumsal) aldınız mı? 1. Evet 2. Hayır	Daha önce psikososyal beceri (ruhsal toplumsal) eğitimi aldığınız memnuniyet durumunuzu lütfen belirtiniz. (Almadıysanız boş bırakabilirsiniz) 1. Çok Memnunum 2. Memnunum 3. Kararsızım 4. Memnun değilim 5. Hiç memnun değilim

EK-3:

KENDİNİ DAMGALAMA ÖLÇEĞİ (KDÖ-H)

Adı soyadı:

Tarih: / /

Aşağıda ruhsal hastalığı olan kişilerin genellikle yaşadığı sıkıntılar sıralanmıştır. Yaşadığınız sıkıntıların şiddetini anlayabilmemiz için her maddede kendinize en çok uyan şıkkı işaretleyiniz.		Bana hiç uymaz	Biraz uyar	Orta derecede uyar	Genellikle uyar	Tam uyar
1	İnsanların bana akıl hastasıymışım gibi baktıklarını düşünüyorum					
2	Hastalığımın dolay kendime olan güvenim azaldı					
3	Hastalığımın dolay insanların benden uzaklaştığını düşünüyorum					
4	Hastalığımın dolay kendimi işe yaramaz hissediyorum					
5	Hastalığımın dolay aileme yük olduğumu düşünüyorum					
6	Hastalığımın dolay sorumluluklarımı diğer insanlar gibi yerine getiremiyorum					
7	Hastalığımın dolay uygun kararlar alamayacağımı düşünüyorum					
8	İlaç kullandığım için kendimi ilaç bağımlısı gibi hissediyorum.					
9	Hastalığımla ilgili olarak beni incitecek yorum ya da şaka yaparlar diye insanlardan uzak durmaya çalışıyorum					
10	Beni anlamayacaklarını düşündüğüm için çevremdeki insanlardan uzak duruyorum					
11	Hastalığımın dolay çevremdeki insanların beni önemsemediklerini düşünüyorum					
12	Hastalığımın dolay mutlu olamayacağımı düşünüyorum					
13	Hastalığımın dolay başarılı olamayacağımı düşünüyorum					
14	Hastalığımın dolay benimle kimsenin evlenmeyeceğini düşünüyorum					
15	Hastalığımın dolay işe alınmayacağımı düşünüyorum					
16	Arkadaşıma ruhsal bir hastalığım olduğunu söylemiyorum					
17	Dışlanmaktan korktuğum için çevremdeki insanlara hastalığımın gerçek adını söylemiyorum					

EK-4:

TOPLUMSAL İŞLEVSELLİĞİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (TİDÖ)

Adı Soyadı:

Tarih: / /

Bireylerin özbakım alışkanlıkları, aile/çevre ile ilişkileri, toplumsal davranış özellikleri ve çalışma durumunu değerlendiren bu ölçeği doldururken son birkaç aydaki durumunuzu en iyi şekilde yansıtan seçenekleri işaretleyiniz.

1. El-yüz yıkama sıklığınız nedir?
☐ Haftada 1 ya da daha az ☐ Haftada 3 – 5 kez ☐ Her gün
2. Diş fırçalama sıklığınız nedir?
☐ Haftada 1 ya da daha az ☐ 2-3 günde bir ☐ Günde en az 1 kez
3. Banyo yapma sıklığınız nedir?
☐ Ayda 1-2 kez ya da daha az ☐ Haftada 1-2 kez ☐ Haftada 3 ya da daha fazla
4. Tırnak kesme sıklığınız nedir?
☐ Ayda 1-2 kez ya da daha az ☐ İki haftada bir ☐ Haftada 1 kez
5. İç çamaşırını değiştirme sıklığınız nedir?
☐ Haftada 1 ya da daha az ☐ 2-3 günde bir ☐ Hemen her gün
6. Çorap değiştirme sıklığınız nedir?
☐ Haftada 1 ya da daha az ☐ 2-3 günde bir ☐ Hemen her gün
7. (Kadınlar için) Cilt bakımı ve makyaj yapma, kaş ve bıyık alma sıklığınız nedir?
☐ Sadece özel günlerde ☐ 2- 3 ayda bir ☐ Haftada bir
 (Erkekler için) Sakal tıraşı olma sıklığınız nedir?
☐ Haftada 1 ya da daha az ☐ Haftada 2-3 kez ☐ Her gün
8. Birlikte yaşadığınız kişilerle piknik, gezi, konser, maç, sinema, sergi vb. etkinliklere katılma sıklığınız nedir?
☐ Hiç ☐ 2-3 ayda bir ☐ Ayda 1 – 2 kez
9. Birlikte yaşadığınız kişilerle duygu ya da sorunlarınızı paylaşıyor mısınız?
☐ Hiç paylaşmam ☐ Sorulduğunda paylaşıyorum ☐ Genellikle paylaşıyorum
10. Kafe/çay bahçesi gibi yerlere gitme sıklığınız nedir?
☐ Hiç ☐ 2-3 ayda bir ☐ Ayda birden fazla
11. Akrabalar dışında kaç yakın arkadaşınız var?
☐ Hiç yok ☐ 1– 3 kişi ☐ 4 ve üzeri
12. Arkadaşlarla birlikte piknik, gezi, konser, maç, sinema, sergi vb. etkinlik yapma sıklığınız nedir?
☐ Hiç yapmam ☐ 2- 3 ayda bir ☐ Ayda en az 1 kez
13. Spor amaçlı etkinlik (halı saha maçı, tempolu yürüyüş, bisiklete binme, yüzme vb.) yapma sıklığınız nedir?
☐ 2-3 ayda bir ya da daha az ☐ Ayda 1- 2 kez ☐ Haftada en az 1 kez
14. Gazete, dergi okuma (internet ve TV haberleri dahil) sıklığınız nedir?
☐ Ayda 1- 2 kez ya da daha az ☐ Haftada 1-2 kez ☐ Hemen her gün
15. Tek başına (yardım almaksızın) evden dışarı çıkma sıklığınız nedir?
☐ Ayda 1- 2 kez ya da daha az ☐ Haftada 1-2 kez ☐ Hemen her gün
16. Toplu taşıma araçlarını ya da özel aracınızı (yardımsız) kullanma sıklığınız nedir?
☐ Ayda 1- 2 kez ya da daha az ☐ Haftada 1-2 kez ☐ Hemen her gün
17. İhtiyaca göre alışveriş (pazar, market, mağaza vb. yerlerde) yapma durumunuz nedir?
☐ Yapamam ☐ Yardımla yaparım ☐ Kendim yaparım
18. Gelirinize göre harcama ve ödeme (para yönetimi) yapma durumunuz nedir?
☐ Yapamam ☐ Yardımla yaparım ☐ Kendim yaparım
19. Çalışma durumunuz nedir?
☐ Çalışmıyorum ☐ Destekli çalışıyorum ☐ Düzenli bir işte çalışıyorum
 (Öğrenci ise derslere katılma)
☐ Katılmıyorum ☐ Arada katılıyorum ☐ Düzenli katılıyorum
 (Ev hanımı ise ev işleriyle ilgili sorumlulukları)
☐ Yerine getiremiyorum ☐ Yardıma ihtiyaç duyuyorum ☐ Kendim yerine getiriyorum

EK-5:

BECK BİLİŞSEL İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ				
Lütfen aşağıdaki tüm ifadeleri dikkatli okuyunuz. Düşüncenizi yansıyan ifadelerin altına X işareti koyarak belirtiniz.	Hiç Katılmıyorum	Çok Az Katılmıyorum	Epeyce Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
1. Bazen diğer insanların bana karşı tutumlarını yanlış anlıyorum				
2. Yaşantılarımla ilgili yorumlarım kesinlikle doğrudur				
3. Diğer insanlar olağandışı yaşantılarımdan nedenlerini benim anladığımdan daha iyi anlayabilir.				
4. Çok çabuk sonuca atlıyorum.				
5. Bana çok sahici görünen bazı yaşantılarımdan benim hayal gücüme bağlı olabilir.				
6. Gerçek olduğuna kesinlikle emin olduğum bazı fikirlerimin yanlış olduğu ortaya çıktı.				
7. Eğer bir şeyin doğru olduğunu hissediyorsam o şey doğrudur.				
8. Güçlü bir şekilde haklı olduğumu hissetsem bile, yanlış olabilirim.				
9. Kendi sorunlarımın neler olduğunu bir başkasından çok daha iyi bilirim.				
10. İnsanlar benimle aynı fikirde değilse genellikle onlar yanlıştır.				
11. Yaşantılarımla ilgili diğer insanların kanaatlerine güvenemem.				
12. Eğer birisi inançlarımdan yanlış olduğunu belirtirse, onun görüşünü dikkate almaya istekliyimdir.				
13. Her zaman kendi yargıma güvenebilirim.				
14. İnsanların neden belli bir şekilde davrandıklarının sıklıkla birden fazla açıklaması vardır.				
15. Benim olağandışı yaşantılarımdan aşırı keyifsiz olmama ya da strese bağlı olabilir.				

EK-6:

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

1. Isınma Açıklamaları

Öncelikle çalışmaya katılımanız ve görüşmeye katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederim. Yapacağımız görüşmede 6 hafta boyunca katılımcısı olduğunuz "Akran Eğitimi Destekli Psikososyal Beceri Eğitimi" adını verdiğimiz ve sizinle benzer bir ruh sağlığı sorununa sahip Toplum Ruh Sağlığı Merkezi(TRSM) danışanı tarafından verilen eğitime yönelik deneyimlerinizi konuşacağız.

Eğitim boyunca merkezde kayıtlı olan bir arkadaşınız tarafından günlük hayatta yaşadığınız iletişim sorunları, kişisel temizlik ve hastalığınız nedeniyle toplum tarafından yaşadığınız dışlanma gibi sorunlara karşı neler yapabileceğinizi tartıştınız. Birbirinizle günlük yaşamınızdaki sosyal hayatınızdaki sorunlarınıza yönelik deneyimlerinizi paylaştınız. Yapacağımız bu görüşmede de bu eğitim hakkında düşüncelerinizi almak istiyoruz.

Çalışmanın kapsamı gereği sizinle yapacağımız görüşmede belirttiğiniz tüm fikir ve görüşleriniz çalışma bulguları açısından oldukça önemli ve değerli olacaktır. Size yönelteceğim soruların doğru veya yanlış bir yanıtı olmamakla birlikte sizin görüşlerinizle ilgileniyoruz. Bu nedenle olumlu ya da olumsuz tüm görüşleriniz çalışma için önemli bulunmaktadır. Lütfen karşı olduğunuz görüşlerinizi açıklamakta rahat olun. Bu konudaki tüm değişik/farklı görüşlerle ilgileniyoruz.

İzinizle yapacağımız görüşmeyi sesli olarak kaydedeceğim. Bütün kayıtlar yalnız araştırma amacıyla kullanılacak, güvenle korunacak, araştırmanın hiçbir aşamasında adınız geçmeyecektir. Lütfen söz vermeme beklemeyin. İstedığınız zaman konuşabilirsiniz. Anlaşılmayan bir durumda sorunuza rahatlıkla sorabilirsiniz. Soru sormaktan lütfen çekinmeyin.

-Sizi tanımam için bana biraz kendinizden bahseder misiniz?

2. Konunun Genel Olarak Algılanması

2.1. Genellikle ruhsal sağlıktaki değişimler olumsuz kabul edilir. Ancak hiçbir şey bütünüyle olumlu ya da olumsuz değildir. Ruhsal durumunuzdaki bu değişimin yaşamınız üzerindeki olumlu etkilerinden söz eder misiniz?

-Şimdi de ruhsal durumunuzdaki bu değişimin yaşamınız üzerindeki olumsuz etkilerinden söz eder misiniz?

2.2. Ruhsal durumunuzdaki bu değişim sosyal hayatınızı (*arkadaşlar ile vakit geçirme, gezi, piknik, konser gibi sosyal aktivitelerde bulunma, kafe/çay bahçesi gibi yerlere gitme vb.*) nasıl etkiliyor?

2.3. Ruhsal durumunuzdaki bu değişim ile yaşamak kişisel bakımınızı (*Örneğin, banyo, tıraş, ağız, diş bakımı, kadınlardan ~~menstrüel~~ hijyen vb.*) nasıl etkiliyor?

2.4. Ruhsal durumunuzdaki bu değişim çevrenizdeki insanlar ile olan iletişiminizi nasıl etkiliyor?

2.5. Günlük yaşamınızda sizinle benzer bir ruhsal süreç yaşayan birisinden aldığımız destek hakkında görüşlerinizi öğrenebilir miyim?

3. Kavramların Sunuluşu

3.1. Altı hafta boyunca katılımcısı olduğunuz ve sizinle benzer ruhsal süreçler yaşayan bir arkadaşınızın / TRSM danışanının günlük hayatta yaşadığınız sorunlarla baş etme ile ilgili sizlere eğitim vermesi hakkında ne düşünüyorsunuz? Biraz açıklayabilir misiniz?

3.2. TRSM danışanından aldığımız bu eğitimin çevrenizdeki insanlarla iletişiminizi üzerine olan etkilerini anlatabilir misiniz?

3.3. TRSM danışanından aldığımız bu eğitimin günlük yaşamınızda yaşadığınız kişisel bakımınız üzerine olan etkilerini anlatabilir misiniz?

3.4. TRSM danışanından aldığımız bu eğitim sosyal yaşamınızı (*arkadaşlar ile vakit geçirme, gezi, piknik, konser gibi sosyal aktivitelerde bulunma, kafe/çay bahçesi gibi yerlere gitme vb.*) nasıl etkilediğinden bahsedebilir misiniz?

3.5. Altı hafta boyunca katılımcısı olduğunuz bu eğitim programının daha etkili olması için önerileriniz nelerdir?

4. Kapanış

Verdiğiniz her bir cevap çalışma bulguları için çok önemli ve değerli. Son olarak eklemek istediğiniz bir şey varsa lütfen söyleyin. Tekrar görüşmeye katılımanız ve verdiğiniz cevaplar için çok teşekkür ederim.

EK-7:

Görüşü ve Onayları Alınan Uzmanlar		
No	Unvan, Adı Soyadı	Kurum ve Alanı
1	Prof. Dr. Mustafa YILDIZ	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
2	Prof. Dr. Besti ÜSTÜN	İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
3	Prof. Dr. Gülşen TERAKEYE	Emekli Öğretim Üyesi (Psikiyatri Hemşireliği)
4	Prof. Dr. Özen KULAKAÇ	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
5	Doç. Dr. Bahadır GENİŞ	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
6	Doç. Dr. Figen İNCİ	Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
7	Doç. Dr. Nalan GÖRDELES BEŞER	Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
8	Dr. Öğr. Üyesi Tülay YILMAZ-BİNGÖL	Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
9	Dr. Öğr. Üyesi Sevda UZUN	Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
10	Dr. Öğr. Üyesi Esmâ ÖZMAYA	Karamanoğlu Mehmet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

EK-8:



EK-8 (devamı):



İÇİNDEKİLER	
01	BAŞLARKEN...
02	GRUP NEDİR NASIL YÖNETİLİR?
03	AKRAN EĞİTİCİ DESTEKLİ RUHSAL TOPLUMSAL BECERİ EĞİTİMİ
04	HAZIRLIK OTURUMU
05	RUHSAL BOZUKLUKLARI ANLAMAK
06	İLETİŞİM BECERİLERİNİ GELİŞTİRMEK
07	DUYGULARI TANIMA VE İFADE ETME BECERİLERİNİ GELİŞTİRMEK
08	GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ VE SORUNLARIYLA BAŞETMEK
09	DAMGALANMA DENEYİMİNİ ANLAMAK VE SONLANDIRMAK

EK-8 (devamı):

AKRAN EĞİTİMİ DESTEKLİ PSİKOSOSYAL BECERİ EĞİTİMİ		
Oturum*	İçerik	Yöntemler
1. Oturum Hazırlık Oturumu	-Tanışma -Programın ve çalışmanın tanıtımı -Akran desteğinin ve deneyim paylaşmanın önemi -Eğitimin ve çalışmanın amacı ve hedefleri -Grup kuralları ve düzeninin belirlenmesi -Beklentilerin tartışılması	-Tanışma ve ısınma oyunları -Sözlü anlatım -Yazılı anlatım -Soru-Cevap
2. Oturum Ruhsal Bozuklukları Anlamak	-Ruhsal bozuklukların tanımları, nedenleri ve normal-anormal kavramı hakkında bilgilendirmek -Dikkat ve bellek sorunlarını tanımlamak -Düşünce ve algı bozukluğunu tanımlamak -Deneyimlerin paylaşılması	-Isınma oyunları -Sözlü anlatım -Soru-Cevap -Rol oynama
3. Oturum İletişim Becerilerini Geliştirmek	-Ruhsal bozukluklarda iletişim becerisinin önemini tanımlamak -Etkili iletişim öğelerini tanımlamak -Rica etmek, reddetmek, şikâyet etmek, hoşnutsuzluğu ve kızgınlığı ifade etmek, şikâyet tepki göstermek -Deneyimlerin paylaşılması	-Isınma oyunları -Sözlü anlatım -Yazılı anlatım -Soru-Cevap -Rol oynama
4. Oturum Duygularını Tanıma ve İfade Etme Becerilerini Geliştirmek	-Duygu kavramını tanımlamak -Temel ve diğer duyguları tanımlamak -Duyguların temel özelliklerini tanımlamak -Duyguların ifade edilmesi ve ruhsal bozukluklarda önemini kavramak -Deneyimlerin paylaşılması	-Isınma oyunları -Sözlü ve görsel anlatım -Soru-Cevap -Rol oynama
5. Oturum Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Sorunlarıyla Başetmek	-Zamanın değerlendirilmesinin önemini anlamak -Günlük yaşam etkinliklerini düzenlemek -Özbakım kavramını ve aktivitelerini tanımlamak -Düzenli özbakım aktivitelerini sağlamak -Günlük yaşamda yaşanan sorunları tanımlamak -Günlük yaşamda yaşanan sorunlar ile başetme yöntemleri konusunda bilgi vermek -Deneyimlerin paylaşımı	-Isınma oyunları -Sözlü anlatım -Soru-Cevap
6. Oturum Damgalanma Deneyimini Anlamak Ve Sonlandırma	-Damgalanma kavramını tanımlamak -Ruhsal hastalıkların damgalanma ile ilişkisini anlamak -Kendini damgalamayı tanımlamak -Damgalanma algısı ile başa çıkma deneyimlerinin paylaşılması -Toplum ruh sağlığı ile ilgili kuruluşların tanıtılması -Oturumların özetlenmesi ve değerlendirilmesi -Kazanımların tartışılması -Geri bildirimlerin ve önerilerin alınması -Başarı belgelerinin verilmesi -Sonlandırma	-Isınma oyunları -Sözlü ve görsel anlatım -Soru-Cevap -Rol oynama -Sonlandırma oyunu
*Her oturumun süresi 45-90 dakika arası olarak belirlenmiştir. Katılımcı görüşleri dikkat alınarak gereksinime göre 15 dakikayı geçmeyen aralar verilmiştir.		

EK-9:**İsim-Soyisim.....****Tarih.....**

***Aşağıdaki seçeneklerin doğru olduğunu düşünüyorsanız “D” harfini, yanlış olduğunu düşünüyorsanız “Y” harfini işaretleyiniz.**

ÖNTEST-SONTEST

1. Akran kelimesi sadece aynı yaşta olan insanlar için kullanılan bir kavramdır.	D	Y
2. Aynı deneyime sahip olan kişiler için akran kelimesi kullanılır.	D	Y
3. Psikososyal beceri eğitiminin diğer adı Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi (RUTBE)’dir.	D	Y
4. Grup ortamında siyaset ve din ile ilgili konular konuşulabilir.	D	Y
5. Göz teması iletişimde oldukça önemlidir.	D	Y
6. Canlandırmalar oyunlarında hastalar ilgili soruyu bilemediğinde yanlış bilgileri düzeltilmez, kopya verilmez.	D	Y
7. Eğitimde lider olumsuz bir yorumu önleyip olumlu yorumları ön plana çıkarmalıdır.	D	Y
8. Eğitim içeriğinde özbakım, damgalanmayla mücadele, duygu yönetimi gibi konular bulunmaktadır.	D	Y
9. Grup kurallarını sadece lider belirlemelidir.	D	Y
10. Her oturumun başında konu anlatılmadan önce ısınma oyunları yaptırılır.	D	Y

EK-10:

KATILIM BELGESİ Akran Eğitimi Destekli Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi	
Uzman Psikiyatri Hemşiresi Halil İbrahim BİLKAY tarafından Prof. Dr. Nermin GÜRHAN danışmanlığında doktora tezi kapsamında yürütülen "Akran Eğitimi Destekli Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi-Uygulayıcı Eğitimi"ne tam katılım sağlayarak bu belgeyi almaya hak kazanmıştır.	
Halil İbrahim BİLKAY UZMAN PSİKİYATRİ HEMŞİRESİ / EĞİTİCİ	Prof. Dr. Nermin GÜRHAN TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**Eğitici akranlara verilen katılım belgesi*

KATILIM BELGESİ	
Uzman Psikiyatri Hemşiresi Halil İbrahim BİLKAY tarafından Prof. Dr. Nermin GÜRHAN danışmanlığında doktora tezi kapsamında yürütülen "Akran Eğitimi Destekli Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi"ne tam katılım sağlayarak bu belgeyi almaya hak kazanmıştır.	
Halil İbrahim BİLKAY UZMAN PSİKİYATRİ HEMŞİRESİ / EĞİTİCİ	Prof. Dr. Nermin GÜRHAN TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**Akranlar tarafından verilen eğitime katılım sağlayan katılımcılara verilen katılım belgesi*

EK-11



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 83116987 - 107
Konu : Etik Kurul Kararı
Toplantı Tarihi : 08.12.2022
Toplantı No : 2022/21
Proje No : 22-KAEK-267

27.02.2023

Sayın, Prof.Dr. Nermin GÜRHAN

Etik Kurulumuzun 08.12.2022 tarihli toplantısında görüşülen 22-KAEK-265 kayıt numaralı **"Kronik Ruhsal Bozukluğa Sahip Bireylere Uygulanan Akran Eğitimi Destekli Psikososyal Beceri Eğitiminin Hastaların Damgalanma Algılarına, İşlevsellik ve İlgörü Düzeylerine Etkisi"** başlıklı çalışmanız gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmeliğin 14-4. maddesi ve yönergemizin 18-3. maddesine göre çalışmanız tamamlandıktan sonra sonuç raporunun tarafımıza en geç 90 gün içerisinde bildirilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Doç.Dr. Muzaffer KATAR
Başkan

EK-12



T.C.
SAMSUN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-26521195-604.02.02-213484513
Konu : Halil İbrahim BİLKAY'ın Doktora Tezi
Onayı

17.04.2023

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi'nin 30.03.2023 tarihli ve 56314351-044.06.01-E.281336 sayılı yazısı.

İlgi sayılı yazıya istinaden; Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında doktora öğrencisi olan Halil İbrahim BİLKAY'ın, Hemşirelik Anabilim Dalında Öğretim Üyesi olan Prof. Dr. Nermin GÜRHAN'nın danışmanlığında yürüteceği "Kronik Ruhsal Bozukluğa Sahip Bireylere Uygulanan Akran Eğitimi Destekli Psikososyal Beceri Eğitiminin Hastaların Damgalanma Algılarına, İşlevsellik ve İçgörü Düzeylerine Etkisi" konulu doktora tezini Hastanenizde yapması Müdürlüğümüz "Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu" tarafından uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Muhammet Ali ORUÇ
İl Sağlık Müdürü

Dağıtım:
Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Rektörlüğüne
Samsun Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesine

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 1759E5D8-9B2C-42AD-B683-9F6FF9CADFC6

Belge doğrulama adresi: <https://www.nurkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Adalet Mahallesi 100. Yıl Bulvarı No:23

e-Posta: interne@trk.gov.tr

Kep Adresi:

Telefon No:



EK-13 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmacının Açıklaması

Akran eğitimi destekli psikososyal beceri eğitiminin toplum ruh sağlığı merkezinde takibi yapılan kronik psikiyatri hastalarının damgalanma algılarına, sosyal işlevsellik ve içgörü düzeylerine etkisini incelemek amacıyla bir bilimsel araştırma yapmayı planlamaktayız. Yapılması planlan araştırmanın ismi “**Kronik Ruhsal Bozukluğa Sahip Bireylere Uygulanan Akran Eğitimi Destekli Psikososyal Beceri Eğitiminin Hastaların Damgalanma Algılarına, İşlevsellik ve İçgörü Düzeylerine Etkisi**” dir. Araştırma uzman **hemşire Halil İbrahim BİLKAY**’ın öncülüğünde ve **Prof. Dr. Nermin GÜRHAN**’ın danışmanlığında gerçekleştirilecektir.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde takibi yapılan hastalar üzerinde uygulanacak olan bu çalışmaya, tıbbi durumunuz bu koşullara uyduğu için sizi de davet ediyoruz. Ancak hemen belirtilmelidir ki araştırmaya katılıp katılmamak gönüllülük esasına dayalıdır. Bu bilimsel çalışmaya katılma kararını tamamen hür iradeniz ile vermelisiniz. Bu kararı verirken hiç kimse tarafından size telkin ve baskıda bulunulamaz. Aşağıdaki bilgileri okuyup anladıktan sonra bu bilimsel araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bilimsel çalışma hakkında bilgiler

Araştırmaya davet edilmenizin neden TRSM’ye kayıtlı olmanız ve araştırma kriterlerimize uygun olmanızdır. Bu araştırma **Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı işbirliği** ile gerçekleştirilecektir. Bu çalışmada akran eğitimi verilerek gerçekleştirilen psikososyal beceri eğitiminin etkinliği incelenecektir. Aynı hastalık deneyimini yaşamış hastalar ile birlikte verilen psikososyal beceri eğitiminin hastaların kendini damgalama düzeyleri, işlevsellik ve içgörü düzeyleri üzerine etkisinin olabileceğini düşünüyoruz. Bu amaçla sizi 6 hafta sürecek olan araştırma kapsamında verilecek olan eğitim programına ve araştırma sonunda gerçekleştireceğimiz bireysel görüşmeye davet ediyoruz.

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

Araştırmaya katılmanız durumunda;

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

Katılımcının (Gönüllü) / Hastanın Beyanı

Sayın bilim uzmanı **Halil İbrahim BİLKAY** tarafından, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı ve Lisansüstü Eğitim Enstitüsü işbirliği ile bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam, hekim ile aramda kalması gereken, bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı gösterileceği, araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı kesin ve net bir şekilde belirtilmiştir.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Benden herhangi bir ücret talep edilmeyeceği ve bana da herhangi bir ödeme yapılmayacağı net ve kesin bir şekilde ifade edilmiştir.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğum bildirilmiştir. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını da bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun, araştırma sürecinde araştırma ile ilgili ortaya çıkabilecek sağlık durumuyla ilgili olumsuzluklarda sorumluluk araştırmacılara ait olup parasal bir yük altına girmeyeceğim.

Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; günün herhangi bir saatinde bilim uzmanı Halil İbrahim BİLKAY’a ---- numaralı telefonlardan ulaşarak danışabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı herhangi bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (gönüllü) olarak yer alma kararını tamamen hür iradem ile almış bulunuyorum. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcı (Gönüllü)

İmza

Görüşme Tanığı

İmza

Görüşme Yapan Araştırmacı

İmza

EK-14:

Kendini Damgalama Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Karışık Ölçümler İçin İki Faktörlü ANOVA Sonuçları

Kendini Damgalama Ölçeği Toplam	Grup	Ölçümler	Ort±Ss	Anlamlı Farklılık	Gruplar Arası Etkileşim (Grup x Ölçüm)		
					F	η2	p
	Deney Grubu	Öntest	34.21±16.57	----	7.652*	0.001	0.481
		Ara Ölçüm-1	35.37±18.27				
		Ara Ölçüm-2	34.53±16.04				
		Son Test-1	34.89±15.16				
		Son Test-2	36.68±16.56				
	Kontrol Grubu	Öntest	42.68±11.26	----			
		Ara Ölçüm-1	40.95±10.97				
		Ara Ölçüm-2	39.47±10.97				
		Son Test-1	35.68±10.65				
		Son Test-2	34.05±9.16				
Algılanan Değersizlik-Devalüasyon Alt Boyut	Deney Grubu	Öntest	16.47±8.21	----	0.885*	0.097	0.484
		Ara Ölçüm-1	16.68±8.74				
		Ara Ölçüm-2	16.84±8.72				
		Son Test-1	16.53±8.03				
		Son Test-2	17.32±8.35				
	Kontrol Grubu	Öntest	18.26±5.63	----			
		Ara Ölçüm-1	16.79±5.13				
		Ara Ölçüm-2	16.84±5.41				
		Son Test-1	17.21±4.34				
		Son Test-2	16.37±6.18				
İçselleştirilmiş Stereotipler ve Sosyal Geri Çekilme Alt Boyutu	Deney Grubu	Öntest	13.95±7.26	----	2.834**	0.004	0.256
		Ara Ölçüm-1	15.21±8.20				
		Ara Ölçüm-2	13.79±7.00				
		Son Test-1	14.95±7.00				
		Son Test-2	15.68±7.67				
	Kontrol Grubu	Öntest	18.53±5.37	----			
		Ara Ölçüm-1	16.58±6.72				
		Ara Ölçüm-2	16.89±6.02				
		Son Test-1	16.26±5.80				
		Son Test-2	18.47±7.26				
Hastalığın Gizlenmesi Alt Boyut	Deney Grubu	Öntest	4.53±2.46	----	0.228***	0.006	0.922
		Ara Ölçüm-1	3.68±2.08				
		Ara Ölçüm-2	3.89±2.13				
		Son Test-1	3.47±2.12				
		Son Test-2	3.79±1.81				
	Kontrol Grubu	Öntest	5.89±3.21	----			
		Ara Ölçüm-1	5.63±2.77				
		Ara Ölçüm-2	5.37±2.95				
		Son Test-1	5.32±2.50				
		Son Test-2	5.05±2.97				

*Pillai's Trace Testi; ** Wilks' Lambda Testi; *** Sphericity Assumed Testi; η²=Etki Büyüklüğü; Ort=ortalama; Ss=standart sapma; Öntest=A; Ara Ölçüm-1=B; Ara Ölçüm-2=C; Son Test-1=D; Son Test-2=E

EK-14 (devamı):

Toplumsal İşlevsellik Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarına İlişkin Karışık Ölçümler İçin İki Faktörlü ANOVA Sonuçları

	Grup	Ölçümler	Ort±Ss	Anlamlı Farklılık	Gruplar Arası Etkileşim (Grup x Ölçüm)		
					F	η2	p
Özbakım Alt Boyutu	Deney Grubu	Öntest	13.37±2.22	E > B, C, D > A (p<0.05)	25.592*	0.756	0.000
		Ara Ölçüm-1	16.05±2.82				
		Ara Ölçüm-2	16.16±1.92				
		Son Test-1	17.16±1.89				
		Son Test-2	18.00±1.70				
	Kontrol Grubu	Öntest	13.79±2.04	A, B, C > D, E (p<0.05)			
		Ara Ölçüm-1	13.47±2.55				
		Ara Ölçüm-2	13.58±2.36				
		Son Test-1	11.58±1.95				
		Son Test-2	11.47±2.14				
Kişilerarası İlişkiler ve Eğlenti Alt Boyut	Deney Grubu	Öntest	13.11±2.16	D, E > B, C > A (p<0.05)	46.443*	0.849	0.000
		Ara Ölçüm-1	14.42±2.39				
		Ara Ölçüm-2	15.21±2.35				
		Son Test-1	17.32±1.97				
		Son Test-2	17.89±2.47				
	Kontrol Grubu	Öntest	13.95±2.86	A> B, C > D, E (p<0.05)			
		Ara Ölçüm-1	12.58±3.10				
		Ara Ölçüm-2	11.89±2.81				
		Son Test-1	10.16±1.98				
		Son Test-2	9.63±1.54				
Bağımsız Yaşam Alt Boyut	Deney Grubu	Öntest	9.47±2.14	D > C (p<0.05)	6.928*	0.456	0.000
		Ara Ölçüm-1	9.42±2.04				
		Ara Ölçüm-2	9.53±1.58				
		Son Test-1	10.32±1.42				
		Son Test-2	10.26±1.45				
	Kontrol Grubu	Öntest	9.16±1.64	B, C > D (p<0.05)			
		Ara Ölçüm-1	9.05±2.07				
		Ara Ölçüm-2	8.53±1.93				
		Son Test-1	7.68±2.38				
		Son Test-2	8.53±1.98				
İş/Meslek Alt Boyut	Deney Grubu	Öntest	1.95±0.91	----	1.089**	0.120	0.378
		Ara Ölçüm-1	1.89±0.81				
		Ara Ölçüm-2	2.00±0.88				
		Son Test-1	2.05±0.97				
		Son Test-2	2.17±0.92				
	Kontrol Grubu	Öntest	1.84±0.83	----			
		Ara Ölçüm-1	1.79±0.71				
		Ara Ölçüm-2	1.79±0.79				
		Son Test-1	1.68±0.75				
		Son Test-2	1.74±0.73				

* Wilks' Lambda Testi; ** Pillai's Trace Testi; η²=Etki Büyüklüğü; Ort=ortalama; Ss=standart sapma; Öntest=A; Ara Ölçüm-1=B; Ara Ölçüm-2=C; Son Test-1=D; Son Test-2=E

EK-14 (devamı):

Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği Alt Boyut Puanlarına İlişkin Karışık Ölçümler İçin İki Faktörlü ANOVA Sonuçları

	Grup	Ölçümler	Ort±Ss	Anlamlı Farklılık	Gruplar Arası Etkileşim (Grup x Ölçüm)		
					F	η2	p
Kendini İfade Etme Alt Boyutu	Deney Grubu	Öntest	13.79±5.48	----	1.228*	0.130	0.318
		Ara Ölçüm-1	14.58±5.54				
		Ara Ölçüm-2	12.89±5.02				
		Son Test-1	13.42±6.16				
		Son Test-2	14.32±5.89				
	Kontrol Grubu	Öntest	12.26±4.38	----	1.228*	0.130	0.318
		Ara Ölçüm-1	11.26±4.21				
		Ara Ölçüm-2	12.00±4.35				
		Son Test-1	13.00±3.59				
		Son Test-2	13.37±3.92				
Kendinden Eminlik Alt Boyutu	Deney Grubu	Öntest	9.53±4.40	----	0.646**	0.018	0.630
		Ara Ölçüm-1	9.95±4.21				
		Ara Ölçüm-2	9.84±3.25				
		Son Test-1	9.21±3.72				
		Son Test-2	10.32±4.88				
	Kontrol Grubu	Öntest	9.63±3.09	----	0.646**	0.018	0.630
		Ara Ölçüm-1	9.00±2.24				
		Ara Ölçüm-2	9.16±3.30				
		Son Test-1	9.47±2.25				
		Son Test-2	9.37±2.67				

*Pillai's Trace Testi; ** Sphericity Assumed Testi; η²=Etki Büyüklüğü; Ort=ortalama; Ss=standart sapma; Öntest=A; Ara Ölçüm-1=B; Ara Ölçüm-2=C; Son Test-1=D; Son Test-2=E

EK-14 (devamı):

Deney Grubundaki Hastaların Kendini Damgalama Ölçeği Ölçüm Puanlarının Psikososyal Beceri Eğitimi Alma Durumuna Göre Karşılaştırmasına Yönelik Sonuçlar

Ölçek	Ölçümler	Deney Grubu-1 (n=10)	Deney Grubu-2 (n=9)	Test istatistiği	P değeri
		Med (Min-Maks)	Med (Min-Maks)		
Kendini Damgalama Ölçeği Toplam	Öntest	28.50 (17.00-79.00)	35.00 (19.00-58.00)	MWU=48.000	0.842
	Ara Ölçüm-1	30.50 (17.00-81.00)	32.00 (17.00-63.00)	MWU=46.500	0.905
	Ara Ölçüm-2	31.00 (19.00-65.00)	32.00 (17.00-66.00)	MWU=44.000	0.968
	Sontest-1	36.00 (21.00-70.00)	30.00 (19.00-60.00)	MWU=30.000	0.243
	Sontest-2	39.50 (22.00-74.00)	33.00 (18.00-62.00)	MWU=32.000	0.315
Algılanan Değersizlik- Devalüasyon Alt Boyutu	Öntest	14.00 (8.00-38.00)	15.00 (9.00-29.00)	MWU=52.000	0.604
	Ara Ölçüm-1	13.50 (8.00-38.00)	14.00 (8.00-31.00)	MWU=48.500	0.780
	Ara Ölçüm-2	15.50 (8.00-32.00)	13.00 (8.00-35.00)	MWU=40.500	0.720
	Sontest-1	14.50 (10.00-34.00)	11.00 (8.00-31.00)	MWU=36.000	0.497
	Sontest-2	20.00 (9.00-37.00)	12.00 (8.00-29.00)	MWU=29.000	0.211
İçselleştirilmi ş Stereotipler ve Sosyal Geri Çekilme Alt Boyutu	Öntest	11.50 (7.00-32.00)	11.00 (7.00-24.00)	MWU=50.000	0.720
	Ara Ölçüm-1	15.50 (7.00-33.00)	11.00 (7.00-29.00)	MWU=42.500	0.842
	Ara Ölçüm-2	11.00 (7.00-27.00)	14.00 (7.00-30.00)	MWU=50.500	0.661
	Sontest-1	16.00 (7.00-28.00)	12.00 (7.00-30.00)	MWU=37.000	0.549
	Sontest-2	17.00 (7.00-30.00)	11.00 (7.00-28.00)	MWU=38.500	0.604
Hastalığın Gizlenmesi Alt Boyutu	Öntest	6.00 (2.00-10.00)	2.00 (2.00-7.00)	MWU=16.000	0.017
	Ara Ölçüm-1	3.00 (2.00-8.00)	3.00 (2.00-8.00)	MWU=47.000	0.905
	Ara Ölçüm-2	5.00 (2.00-8.00)	2.00 (2.00-4.00)	MWU=25.500	0.113
	Sontest-1	2.00 (2.00-10.00)	3.00 (2.00-7.00)	MWU=60.000	0.243
	Sontest-2	3.50 (2.00-9.00)	3.00 (2.00-6.00)	MWU=51.000	0.661

MWU=Mann-Whitney U testi; Med=Medyan (Ortanca); Min=Minimum; Maks=Maksimum

EK-14 (devamı):

Deney Grubundaki Hastaların Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği Ölçüm Puanlarının Psikososyal Beceri Eğitimi Alma Durumuna Göre Karşılaştırmasına Yönelik Sonuçlar

Ölçek	Ölçümler	Deney Grubu-1 (n=10)	Deney Grubu-2 (n=9)	Test istatistiği	P değeri
		Med (Min-Maks)	Med (Min-Maks)		
Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği Toplam	Öntest	43.00 (36.00-48.00)	36.50 (32.00-44.00)	MWU=71.500	0.028
	Ara Ölçüm-1	42.00 (39.00-49.00)	38.50 (32.00-47.00)	MWU=68.000	0.065
	Ara Ölçüm-2	44.00 (38.00-47.00)	39.50 (33.00-44.00)	MWU=78.500	0.004
	Sontest-1	44.00 (40.00-49.00)	41.00 (34.00-48.00)	MWU=66.000	0.095
	Sontest-2	45.00 (37.00-48.00)	44.00 (35.00-50.00)	MWU=55.000	0.447
Özbakım Alt Boyutu	Öntest	13.00 (11.00-18.00)	13.50 (10.00-17.00)	MWU=39.000	0.661
	Ara Ölçüm-1	16.00 (12.00-21.00)	15.50 (10.00-19.00)	MWU=55.500	0.400
	Ara Ölçüm-2	17.00 (13.00-18.00)	16.00 (11.00-19.00)	MWU=49.000	0.780
	Sontest-1	16.00 (13.00-20.00)	18.00 (14.00-20.00)	MWU=27.000	0.156
	Sontest-2	17.00 (15.00-20.00)	19.00 (16.00-20.00)	MWU=25.500	0.113
Kişilerarası İlişkiler ve Eğlenti Alt Boyutu	Öntest	13.00 (10.00-18.00)	12.00 (10.00-16.00)	MWU=58.000	0.315
	Ara Ölçüm-1	15.00 (13.00-18.00)	12.50 (11.00-17.00)	MWU=69.000	0.053
	Ara Ölçüm-2	16.00 (14.00-19.00)	13.50 (11.00-17.00)	MWU=69.500	0.043
	Sontest-1	18.00 (17.00-20.00)	16.50 (13.00-19.00)	MWU=71.000	0.035
	Sontest-2	20.00 (16.00-21.00)	17.00 (11.00-20.00)	MWU=73.500	0.017
Bağımsız Yaşam Alt Boyutu	Öntest	10.00 (8.00-12.00)	9.50 (5.00-12.00)	MWU=62.500	0.156
	Ara Ölçüm-1	10.00 (6.00-12.00)	10.00 (5.00-11.00)	MWU=55.500	0.400
	Ara Ölçüm-2	11.00 (8.00-12.00)	9.00 (6.00-10.00)	MWU=74.500	0.013
	Sontest-1	11.00 (8.00-12.00)	10.50 (6.00-11.00)	MWU=58.000	0.315
	Sontest-2	10.00 (9.00-12.00)	10.00 (7.00-12.00)	MWU=52.500	0.549
İş/Meslek Alt Boyutu	Öntest	2.00 (1.00-3.00)	2.00 (1.00-3.00)	MWU=47.500	0.842
	Ara Ölçüm-1	2.00 (1.00-3.00)	2.00 (1.00-3.00)	MWU=45.000	1.000
	Ara Ölçüm-2	2.00 (1.00-3.00)	2.00 (1.00-3.00)	MWU=51.000	0.661
	Sontest-1	2.00 (1.00-3.00)	2.50 (1.00-3.00)	MWU=42.500	0.842
	Sontest-2	3.00 (1.00-3.00)	2.50 (1.00-3.00)	MWU=43.000	0.829

MWU=Mann-Whitney U testi; Med=Medyan (Ortanca); Min=Minimum; Maks=Maksimum

EK-14 (devamı):

Deney Grubundaki Hastaların Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği Ölçüm Puanlarının Psikososyal Beceri Eğitimi Alma Durumuna Göre Karşılaştırmasına Yönelik Sonuçlar

Ölçek	Ölçümler	Deney Grubu-1 (n=10)	Deney Grubu-2 (n=9)	Test istatistiği	p değeri
		Med (Min-Maks)	Med (Min-Maks)		
Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği Toplam	Öntest	5.00 (1.00-14.00)	3.00 (-3.00-13.00)	<i>MWU=31.500</i>	<i>0.278</i>
	Ara Ölçüm-1	3.00 (-3.00-14.00)	3.00 (-2.00-13.00)	<i>MWU=44.500</i>	<i>0.968</i>
	Ara Ölçüm-2	5.50 (-2.00-8.00)	1.00 (-3.00-11.00)	<i>MWU=30.000</i>	<i>0.243</i>
	Sontest-1	6.00 (-1.00-10.00)	6.00 (-7.00-12.00)	<i>MWU=33.000</i>	<i>0.356</i>
	Sontest-2	2.50 (-2.00-15.00)	2.00 (-6.00-16.00)	<i>MWU=36.000</i>	<i>0.497</i>
Kendini İfade Etme Alt Boyutu	Öntest	13.50 (6.00-23.00)	14.00 (6.00-18.00)	<i>MWU=40.500</i>	<i>0.720</i>
	Ara Ölçüm-1	16.00 (5.00-24.00)	14.00 (9.00-24.00)	<i>MWU=43.500</i>	<i>0.905</i>
	Ara Ölçüm-2	15.50 (1.00-21.00)	10.00 (9.00-17.00)	<i>MWU=30.000</i>	<i>0.243</i>
	Sontest-1	13.50 (4.00-22.00)	13.00 (5.00-21.00)	<i>MWU=41.000</i>	<i>0.780</i>
	Sontest-2	15.50 (6.00-24.00)	15.00 (4.00-21.00)	<i>MWU=33.500</i>	<i>0.356</i>
Kendinden Eminlik Alt Boyutu	Öntest	9.50 (3.00-16.00)	10.00 (2.00-18.00)	<i>MWU=44.000</i>	<i>0.968</i>
	Ara Ölçüm-1	10.00 (3.00-16.00)	11.00 (2.00-14.00)	<i>MWU=45.500</i>	<i>1.000</i>
	Ara Ölçüm-2	11.00 (3.00-14.00)	9.00 (6.00-16.00)	<i>MWU=45.000</i>	<i>1.000</i>
	Sontest-1	9.00 (1.00-15.00)	9.00 (6.00-15.00)	<i>MWU=54.000</i>	<i>0.497</i>
	Sontest-2	9.50 (2.00-18.00)	11.00 (5.00-18.00)	<i>MWU=47.000</i>	<i>0.905</i>

MWU=Mann-Whitney U testi; Med=Medyan (Ortanca); Min=Minimum; Maks=Maksimum

Kontrol Grubundaki Hastaların Kendini Damgalama Ölçeği Ölçüm Puanlarının Psikososyal Beceri Eğitimi Alma Durumuna Göre Karşılaştırmasına Yönelik Sonuçlar

Ölçek	Ölçümler	Kontrol Grubu-1 (n=9)	Kontrol Grubu-2 (n=10)	Test istatistiği	p değeri
		Med (Min-Maks)	Med (Min-Maks)		
Kendini Damgalama Ölçeği Toplam	Öntest	38.00 (23.00-56.00)	46.50 (30.00-61.00)	<i>MWU=55.000</i>	<i>0.447</i>
	Ara Ölçüm-1	38.00 (22.00-55.00)	44.00 (28.00-58.00)	<i>MWU=52.500</i>	<i>0.549</i>
	Ara Ölçüm-2	36.00 (21.00-54.00)	42.00 (26.00-56.00)	<i>MWU=51.500</i>	<i>0.604</i>
	Sontest-1	30.00 (20.00-50.00)	36.50 (22.00-53.00)	<i>MWU=51.000</i>	<i>0.661</i>
	Sontest-2	30.00 (20.00-47.00)	33.50 (22.00-48.00)	<i>MWU=51.000</i>	<i>0.661</i>
Algılanan Değersizlik-Devalüasyon Alt Boyutu	Öntest	17.00 (11.00-26.00)	17.50 (10.00-28.00)	<i>MWU=48.500</i>	<i>0.780</i>
	Ara Ölçüm-1	16.00 (9.00-21.00)	18.00 (11.00-27.00)	<i>MWU=60.000</i>	<i>0.243</i>
	Ara Ölçüm-2	15.00 (10.00-22.00)	19.50 (10.00-30.00)	<i>MWU=57.000</i>	<i>0.356</i>
	Sontest-1	16.00 (10.00-22.00)	16.50 (10.00-27.00)	<i>MWU=53.500</i>	<i>0.497</i>
	Sontest-2	15.00 (9.00-21.00)	17.50 (8.00-31.00)	<i>MWU=49.500</i>	<i>0.720</i>
İçselleştirilmiş Stereotipler ve Sosyal Geri Çekilme Alt Boyutu	Öntest	17.00 (10.00-24.00)	20.00 (10.00-28.00)	<i>MWU=56.000</i>	<i>0.400</i>
	Ara Ölçüm-1	13.00 (7.00-21.00)	18.00 (8.00-31.00)	<i>MWU=66.000</i>	<i>0.095</i>
	Ara Ölçüm-2	17.00 (9.00-26.00)	16.00 (9.00-28.00)	<i>MWU=47.500</i>	<i>0.842</i>
	Sontest-1	19.00 (9.00-27.00)	16.00 (8.00-26.00)	<i>MWU=36.500</i>	<i>0.497</i>
	Sontest-2	20.00 (7.00-31.00)	14.50 (8.00-28.00)	<i>MWU=33.500</i>	<i>0.356</i>
Hastalığın Gizlenmesi Alt Boyutu	Öntest	3.00 (2.00-10.00)	6.50 (2.00-10.00)	<i>MWU=62.000</i>	<i>0.182</i>
	Ara Ölçüm-1	6.00 (2.00-10.00)	5.00 (2.00-10.00)	<i>MWU=47.500</i>	<i>0.842</i>
	Ara Ölçüm-2	3.00 (2.00-10.00)	6.00 (2.00-10.00)	<i>MWU=54.500</i>	<i>0.447</i>
	Sontest-1	3.00 (2.00-8.00)	6.00 (3.00-10.00)	<i>MWU=73.000</i>	<i>0.022</i>
	Sontest-2	2.00 (2.00-10.00)	6.00 (3.00-10.00)	<i>MWU=69.500</i>	<i>0.043</i>

MWU=Mann-Whitney U testi; Med=Medyan (Ortanca); Min=Minimum; Maks=Maksimum

EK-14 (devamı):

Kontrol Grubundaki Hastaların Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği Ölçüm Puanlarının Psikososyal Beceri Eğitimi Alma Durumuna Göre Karşılaştırmasına Yönelik Sonuçlar

Ölçek	Ölçümler	Kontrol Grubu-1 (n=9)	Kontrol Grubu-2 (n=10)	Test istatistiği	p değeri
		Med (Min-Maks)	Med (Min-Maks)		
Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği Toplam	Öntest	42.00 (36.00-53.00)	38.00 (31.00-49.00)	MWU=25.500	0.113
	Ara Ölçüm-1	40.00 (36.00-52.00)	37.50 (31.00-48.00)	MWU=32.000	0.315
	Ara Ölçüm-2	40.00 (33.00-50.00)	39.50 (31.00-54.00)	MWU=39.500	0.661
	Sontest-1	36.00 (27.00-52.00)	39.00 (29.00-45.00)	MWU=40.500	0.720
	Sontest-2	40.00 (31.00-52.00)	38.00 (29.00-52.00)	MWU=41.500	0.780
Özbakım Alt Boyutu	Öntest	13.00 (10.00-16.00)	14.00 (10.00-19.00)	MWU=60.000	0.243
	Ara Ölçüm-1	13.00 (10.00-15.00)	14.00 (9.00-19.00)	MWU=59.000	0.278
	Ara Ölçüm-2	13.00 (11.00-16.00)	14.50 (9.00-18.00)	MWU=57.000	0.356
	Sontest-1	11.00 (8.00-14.00)	11.50 (9.00-16.00)	MWU=46.000	1.000
	Sontest-2	12.00 (7.00-14.00)	11.00 (8.00-16.00)	MWU=36.500	0.497
Kişilerarası İlişkiler ve Eğlenti Alt Boyutu	Öntest	16.00 (12.00-19.00)	13.50 (8.00-16.00)	MWU=25.000	0.113
	Ara Ölçüm-1	15.00 (11.00-18.00)	11.00 (7.00-14.00)	MWU=18.000	0.028
	Ara Ölçüm-2	12.00 (9.00-17.00)	11.00 (8.00-14.00)	MWU=27.000	0.156
	Sontest-1	10.00 (9.00-14.00)	9.50 (7.00-12.00)	MWU=23.500	0.079
	Sontest-2	10.00 (8.00-12.00)	9.00 (7.00-12.00)	MWU=30.000	0.243
Bağımsız Yaşam Alt Boyutu	Öntest	10.00 (8.00-12.00)	9.00 (6.00-11.00)	MWU=32.500	0.315
	Ara Ölçüm-1	10.00 (5.00-12.00)	9.00 (6.00-11.00)	MWU=34.500	0.400
	Ara Ölçüm-2	9.00 (5.00-11.00)	9.00 (6.00-12.00)	MWU=55.000	0.447
	Sontest-1	8.00 (4.00-11.00)	7.50 (5.00-12.00)	MWU=44.500	0.968
	Sontest-2	8.00 (7.00-12.00)	8.00 (4.00-12.00)	MWU=38.000	0.604
İş/Meslek Alt Boyutu	Öntest	1.00 (1.00-3.00)	2.00 (1.00-3.00)	MWU=55.500	0.400
	Ara Ölçüm-1	1.00 (1.00-3.00)	2.00 (1.00-3.00)	MWU=61.000	0.211
	Ara Ölçüm-2	1.00 (1.00-3.00)	2.00 (1.00-3.00)	MWU=59.000	0.278
	Sontest-1	1.00 (1.00-3.00)	2.00 (1.00-3.00)	MWU=48.000	0.842
	Sontest-2	1.00 (1.00-3.00)	2.00 (1.00-3.00)	MWU=65.000	0.113

MWU=Mann-Whitney U testi; Med=Medyan (Ortanca); Min=Minimum; Maks=Maksimum

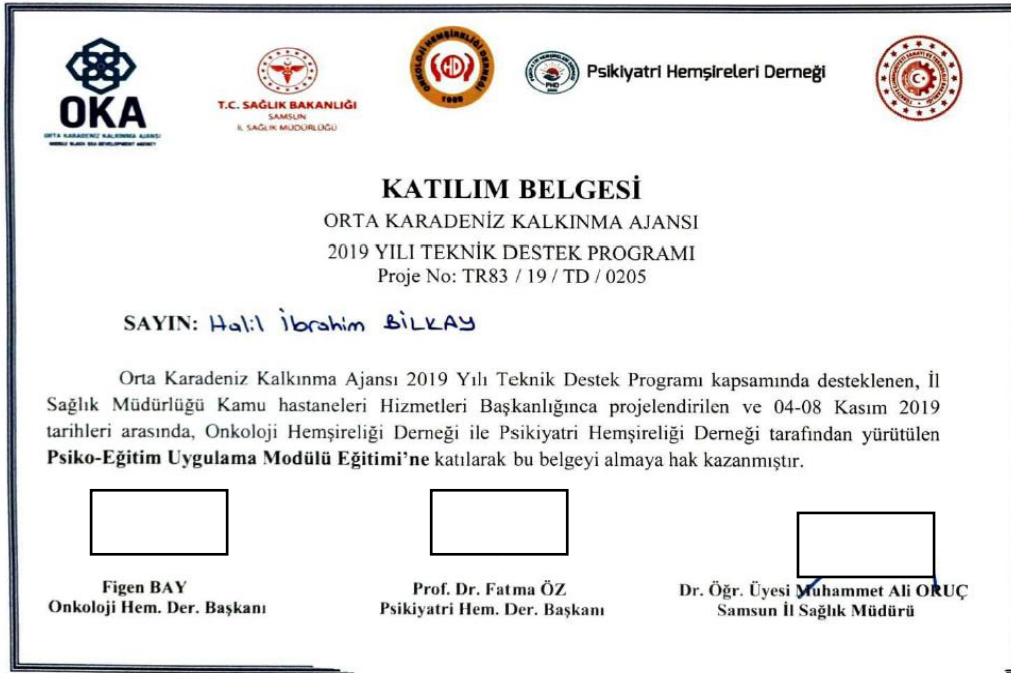
EK-14 (devamı):

Kontrol Grubundaki Hastaların Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği Ölçüm Puanlarının Psikososyal Beceri Eğitimi Alma Durumuna Göre Karşılaştırmasına Yönelik Sonuçlar

Ölçek	Ölçümler	Kontrol Grubu-1 (n=9)	Kontrol Grubu-2 (n=10)	Test istatistiği	p değeri
		Med (Min-Maks)	Med (Min-Maks)		
Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği Toplam	Öntest	3.00 (-5.00-13.00)	1.50 (-1.00-6.00)	<i>MWU=41.500</i>	<i>0.780</i>
	Ara Ölçüm-1	2.00 (-9.00-13.00)	1.00 (-1.00-6.00)	<i>MWU=35.000</i>	<i>0.447</i>
	Ara Ölçüm-2	2.00 (-9.00-17.00)	2.50 (-2.00-6.00)	<i>MWU=41.500</i>	<i>0.780</i>
	Sontest-1	3.00 (0.00-10.00)	4.00 (-3.00-7.00)	<i>MWU=37.000</i>	<i>0.549</i>
	Sontest-2	2.00 (-3.00-5.00)	1.00 (-3.00-4.00)	<i>MWU=40.000</i>	<i>0.720</i>
Kendini İfade Etme Alt Boyutu	Öntest	11.00 (5.00-20.00)	11.00 (9.00-16.00)	<i>MWU=46.000</i>	<i>1.000</i>
	Ara Ölçüm-1	10.00 (4.00-20.00)	11.00 (9.00-14.00)	<i>MWU=47.500</i>	<i>0.842</i>
	Ara Ölçüm-2	11.00 (4.00-23.00)	13.00 (9.00-16.00)	<i>MWU=58.500</i>	<i>0.278</i>
	Sontest-1	12.00 (9.00-18.00)	13.50 (9.00-20.00)	<i>MWU=52.000</i>	<i>0.604</i>
	Sontest-2	12.00 (7.00-19.00)	13.50 (9.00-19.00)	<i>MWU=56.500</i>	<i>0.356</i>
Kendinden Eminlik Alt Boyutu	Öntest	10.00 (3.00-14.00)	10.00 (6.00-14.00)	<i>MWU=48.000</i>	<i>0.842</i>
	Ara Ölçüm-1	8.00 (6.00-14.00)	9.00 (7.00-11.00)	<i>MWU=53.500</i>	<i>0.497</i>
	Ara Ölçüm-2	7.00 (3.00-13.00)	10.00 (6.00-15.00)	<i>MWU=65.500</i>	<i>0.095</i>
	Sontest-1	8.00 (6.00-11.00)	11.00 (5.00-14.00)	<i>MWU=74.000</i>	<i>0.170</i>
	Sontest-2	8.00 (5.00-12.00)	11.00 (6.00-14.00)	<i>MWU=66.000</i>	<i>0.095</i>

MWU=Mann-Whitney U testi; Med=Medyan (Ortanca); Min=Minimum; Maks=Maksimum

EK-15:
Araştırmacıya ait eğitim katılım belgeleri



EK-15 (devamı):
Araştırmacıya ait eğitim katılım belgeleri

