



**RUHSAL HASTALIĞI OLAN BİREYLERE VERİLEN
POZİTİF PSİKOTERAPİ TEMELLİ PSİKOEĞİTİMİN,
AFFETME VE PSİKOLOJİK İYİ OLUŞA ETKİSİ**

Abdurrezzak GÜLTEKİN

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Psikiyatri Hemşireliği Programı**

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

Doktora Tezi-2023

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

**RUHSAL HASTALIĞI OLAN BİREYLERE VERİLEN POZİTİF
PSİKOTERAPİ TEMELLİ PSİKOEĞİTİMİN, AFFETME VE PSİKOLOJİK İYİ
OLUŞA ETKİSİ**

Abdurrezzak GÜLTEKİN

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Psikiyatri Hemşireliği Programı
Doktora Tezi**

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

**MALATYA
2023**

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Psikoz ve İlişkili Bozukluklar	4
2.1.1. Şizofreni.....	4
2.1.2. Şizofreniform Bozukluklar	5
2.1.3. Şizoaffektif Bozukluklar	5
2.1.4. Sanrılı Bozukluklar	5
2.1.5. Kısa Psikotik Bozukluklar	6
2.1.6. Katatoni.....	6
2.2. Anksiyete Bozuklukları	7
2.2.1. Ayrılma Anksiyete Bozukluğu	8
2.2.2. Seçici Mutizm (Seçici Konuşmazlık)	8
2.2.3. Panik Bozukluk ve Agorafobi.....	9
2.2.4. Yaygın Anksiyete Bozukluğu	9
2.2.5. Sosyal Kaygı Bozukluğu	10
2.3. Duygu-Durum Bozuklukları	10
2.3.1. Bipolar ve ilişkili Bozukluklar.....	11
2.4. Madde ile ilişkili Bozukluklar	12
2.5. Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar	13
2.6. Pozitif Psikoterapi ve Ruhsal Hastalıklar	13
2.7. Ruhsal Hastalıklar ve Affetme.....	14
2.8. Ruhsal Hastalıklar ve Psikolojik İyi Oluş.....	15
2.9. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde Affetme ve Psikolojik İyi Oluşu Arttırmaya Yönelik Psikiyatri Hemşireliği Yaklaşımları.....	16
3. MATERYAL VE METOT	18
3.1. Araştırmanın Türü.....	18

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	18
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	18
3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri	19
3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	19
3.3.3. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri	19
3.4. Veri Toplama Araçları	21
3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu	21
3.4.2. Heartland Affetme Ölçeği	21
3.4.3. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği	22
3.5. Verilerin Toplanması	22
3.6. Hemşirelik Girişimi	23
3.6.1. PPTP Temelli Eğitim Oturumlarının İçeriği	23
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	25
3.8. Verilerin İstatistiksel Analizi	27
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	28
4. BULGULAR	29
5. TARTIŞMA	35
5.1. Affetmeyle İlgili Bulguların Tartışılması	36
5.2. Psikolojik İyi Oluşla İlgili Bulguların Tartışılması	37
5.3. Tanılarla İlgili Bulguların Tartışılması	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	40
KAYNAKLAR	41
EKLER	53
EK-1. Özgeçmiş	53
EK-2. Tanıtıcı Özellikler Formu	54
EK-3. Heartland Affetme Ölçeği	55
EK-4. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOÖ)	57
EK-5. Bilgilendirici Gönüllü Onam Formu	58
EK-6. Heartland Affetme Ölçeği Kullanım İzni	61
EK-7. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Kullanım İzni	62
EK-8. Etik Kurul İzni	63
EK-9. Kurum İzni	64
EK-10. Katılım Belgesi	66

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans ve doktora eğitimim boyunca ve tezimin tüm aşamalarında benden desteğini ve emeğini esirgemeyen, bu tezi değerli bilgi ve katkılarıyla yöneten ve bana yol gösteren değerli hocam Doç. Dr. Sayın Funda KAVAK BUDAK'a, araştırmanın her aşamasında desteğini ve katkılarını cömertçe veren değerli jürilerim Doç. Dr. Sayın Emine YILMAZ'a ve Prof. Dr. Sayın Hatice Birgül CUMURCU'ya, akademik hayatımda önem verdiğim bilgi birikimi ve kişiliğiyle her zaman yanımda hissettiğim hocam prof. Dr. Sayın Behice ERCİ'ye, ilkokul birinc sınıftan şimdiye kadar görüştüğüm her zaman beni motive eden ilkokul öğretmenim Sayın Şenel YALÇIN öğretmenime, araştırmanın uygulanmasında sağladıkları yardım ve destek için araştırmanın yapıldığı Turgut Özal Tıp Merkezi Psikiyatri Servisi'nde araştırmamın yapılmasına vesile olan hastalara ve burada çalışan tüm sağlık personeline, özellikle duasını hep bir kalkan gibi hissettiğim canım annem Atiye GÜLTEKİN'e ve aileme, tanıdığım günden beri hayatıma bir güneş gibi giren eşim Funda GÜLTEKİN'e canım oğlum Ömer Faruk GÜLTEKİN'e dünyalar tatlısı kızım Hafsa Sare GÜLTEKİN'e

Canı gönülden teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Verilen Pozitif Psikoterapi Temelli Psikoeğitimin, Affetme ve Psikolojik İyi Oluşa Etkisi

Amaç: Bu araştırma ruhsal hastalığı olan bireylere verilen pozitif psikoterapi temelli psikoeğitimin (PPPT), affetme ve psikolojik iyi oluşa etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Araştırma randomize kontrollü olarak Ekim 2021 ile Şubat 2023 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırma Turgut Özal Tıp Merkezi (TÖTM) psikiyatri kliniğinde tedavi gören 120 ruhsal hastalık tanısı alan birey (60 deney 60 kontrol) ile tamamlandı. Araştırmada deney grubuna sekiz oturumluk PPPT eğitimi verildi. Kontrol grubuna herhangi bir girişimde bulunulmadı. Araştırmada (Tanıtıcı Özellikler Formu, Heartland Affetme ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği) uygulandı. Verilerin analizinde, sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ki kare, bağımlı ve bağımsız gruplarda t testi kullanıldı.

Bulgular: Deney grubu son test ölçek alt boyutlarından olan başkasını affetme alt boyutu ve affetme ölçek toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Deney grubunda son test affetme ölçek toplam puan ortalaması ve başkasını affetme ölçek alt boyut toplam puan ortalamasının kontrol grubuna göre arttığı saptandı. Deney grubu son test psikolojik iyi oluş ölçeği toplam puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Sonuç: Ruhsal hastalığı olan bireylere verilen PPTP eğitiminin affetme ve psikolojik iyi oluş düzeyini arttırmada etkili olduğu belirlendi. Bu sonuçlar psikiyatri kliniğindeki tüm hasta gruplarında PPTP eğitiminin uygulanabileceği, psikiyatri kliniğinde çalışan ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerine de bu eğitimlerin verilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Affetme, pozitif psikoterapi, psikiyatri hemşireliği, psikoeğitim, psikolojik iyi oluş, ruhsal hastalık

ABSTRACT

The Effect of Positive Psychotherapy-Based Psychoeducation Given to Individuals with Mental Illness on Forgiveness and Psychological Well-Being

Aim: This study was conducted to determine the effect of positive psychotherapy-based psychoeducation (PPBP) given to individuals with mental illness on forgiveness and psychological well-being.

Material and Method: The study was conducted between October 2021 and February 2023 in a randomized controlled manner. The study was completed with 120 individuals diagnosed with mental illness (60 experiment and 60 control) who were treated at the TOTM psychiatry clinic. Eight sessions of PPBP training were given to the experimental group in the study. No attempt was made to the control group. (Descriptive Characteristics Form, Heartland Forgiveness and Psychological Well-Being Scale) was applied in the research. In the analysis of the data, number, percentage, mean, standard deviation, chi-square, dependent and independent groups t-test was used.

Results: It was determined that the mean scores of the experimental group's post-test scale sub-dimensions, forgiveness of others and forgiveness scale total score were statistically significant ($p<0.05$). It was determined that the post-test forgiveness scale total score average and the forgive others scale sub-dimension total score average in the experimental group increased compared to the control group. It was determined that the total mean score of the experimental group post-test psychological well-being scale was statistically significant ($p<0.05$).

Conclusion: It was determined that PPBP training given to individuals with mental illness was effective in increasing the level of forgiveness and psychological well-being. These results suggest that PPBP training can be applied to all patient groups in the psychiatry clinic, and that these trainings should be given to mental health and psychiatry nurses working in the psychiatry clinic.

Keywords: Forgiveness, positive psychotherapy, psychiatric nursing, psychoeducation, psychological well-being, mental illnesses

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

APA	: American Psychiatry Association
DSM-V	: Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
OKB	: Obsesif-Kompulsif Bozukluk
PİOÖ	: Psikolojik İyi Oluş Ölçeği
PPBP	: Positive Psychotherapy-Based Psychoeducation
PPTP	: Pozitif Psikoterapi Temelli Psikoeğitim
TÖTM	: Turgut Özal Tıp Merkezi
WHO	: World Health Organisation

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 3.1. Araştırma Konsort Akış Diyagramı	20
Şekil 3.2. PPTP Eğitimi Uygulama Planı	25



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo.3.1. Heartland Affetme Ölçek Alt Maddeleri	22
Tablo 3.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması...	26
Tablo 3.3. Affetme ile psikolojik iyi oluş arasında korelasyon tablosu	27
Tablo 3.4. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	27
Tablo 4.1. Kontrol ve deney grubundaki bireylerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı	29
Tablo 4.2. Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin ön test affetme ve affetme alt boyut ile ön test psikolojik iyi oluş ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	30
Tablo 4.3. Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin son test affetme alt boyut ve affetme ile son test psikolojik ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	31
Tablo 4.4. Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin ön test ve son test affetme ve affetme alt boyut ile ön test ve son test psikolojik iyi oluş ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	32
Tablo 4.5. Deney grubundaki bireylerin tanılara göre affetme ön test ve son test ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	33
Tablo 4.6. Deney grubundaki bireylerin tanılara göre psikolojik iyi oluş ön test ve son test ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	34

1.GİRİŞ

Amerika Psikiyatri Birliği (American Psychiatry Association-APA) ruhsal hastalığı, bireyin biyo-psiko-sosyo-kültürel ve bilişsel, duygusal, davranışsal, işlevsellik özelliklerinde önemli ölçüde bozulma olarak tanımlamaktadır (1,2). Ruhsal hastalıklar tüm dünyada yaygın olarak görölmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) her dört bireyden birinin yaşamın bir döneminde en az bir ruhsal hastalık geçirdiğini belirtmektedir (3). Türkiye’de ruhsal hastalık görölme sıklığı, nüfusun yaklaşık olarak beşte biri kadardır (4). Bu derece ruhsal hastalıkların fazla olması tedavi arayışlarını da arttırmaktadır. Farmakolojik tedavinin yanı sıra kullanılan bilişsel davranışçı terapi, motivasyonel görüşme, farkındalık temelli terapiler, davranış terapisi, oyun terapisi, psikodinamik ve pozitif psikoterapiler gibi uygulamalar geçmişten günümüze bireylerin ruh sağlığını koruma ve geliştirmede önemli bir yer tutmaktadır (5,6).

Pozitif psikoterapinin temel özelliği olumlu duygu ve düşüncelere sahip olma, bu duygu ve düşünceleri ortaya çıkarabilmedir. Pozitif psikoterapi bireylerin güçlü yönlerini ortaya çıkararak ve bu yönleriyle bireylerin kendini daha iyi hissettirerek ruhsal sağlığı geliştirebilmektedir (7). İnsanların yaşamlarının üretken ve tatmin edici olmasını sağlamayı amaçlayan pozitif psikoterapi temelli psikoeğitim (PPTP) bireylerin güçlü yönlerine vurgu yapmakta, yeteneklerini daha aktif kullanmalarını sağlayabilmektedir (8). PPTP, bireylerin kendini ve hastalığını tanımasını sağlamakta ve ayrıca kendine yardım edebilmesinin önünü açabilmektedir (9). Rashid, yaptığı pozitif psikoterapi çalışmasında bireylerin güçlü yönlerinin belirlenmesi, bireylerin sadece şimdiki var olan hastalığın semptomlarını azaltmakla kalmadığını, aynı zamanda gelecekte ruhsal rahatsızlıkların semptomlarının tekrarlamasında tampon görevi üstlenebildiğini belirtmiştir (7). PPTP bireylerin kendini dahi iyi tanıyabilmesini sağlayabilmekte, affetme eğilimlerinin arttırabilmekte ve kendilerini iyi hissettirerek ruh sağlığı üzerinde olumlu etkileri olabilmektedir (10).

Diener ve ark. yaptıkları çalışmada pozitif psikoterapi desteği alan bireylerin kendini psikolojik yönden daha iyi hissettiklerini, ruhsal hastalık belirtilerinin daha az olduğunu belirlemiştir (8). Seligman ve ark yaptığı PPTP'nin randomize kontrollü bir çalışmasında bireylerin psikolojik iyi oluşlarının deney grubunda kontrol grubuna oranla daha fazla arttığını belirlemiştir (10,11). Ruhsal hastalığı olan tüm bireylerin birçok yeteneğe sahip olduğunu ama yeterince farkında olmadığı ve kendine yeterince

yardım etmediği düşünülmektedir. PPTP ile ruhsal hastalığı olan bireylere eğitim verilerek affetme ve psikolojik iyi oluşlarının artırılması ve dolayısıyla hastaların kendine yardım edebilmesi hedeflenmektedir. Pozitif psikoterapi yapılarının öznel iyi oluş ile ilişkilerinin incelediği çalışmada Eryılmaz öznel iyi oluş düzeylerinin yükseldiği sonucuna varmıştır (12). PPTP ile bireylerin psikolojik yönden kendini iyi hissedebilmesi, kendine ve çevresine merhamet ve şefkat duyulmasına katkı sağlayabilmektedir. Eğitim sayesinde bireylerde affetme ve affetme eğilimleri artabilmektedir. Pozitif psikoterapide önemli kavramlardan bir tanesi de affetmedir.

Affetme yüzyıllardır felsefe, din ve inanç alanlarında kullanılmasına karşın son yıllarda, sağlık alanında da ilgi görmektedir (1, 2). Affetme, genellikle mağdurun yanlış yapana yönelik kötü niyetini iyi niyetle değiştirmesi veya olumsuz düşünce, duygu, davranışların azaltılması ve bunların yerine suçluya yönelik olumlu düşünce, duygu, davranışların yerleştirilmesi olarak tanımlanmaktadır (2, 4). Felsefede affetme erdem olarak değerlendirilirken, din alanında ise bireysel ilişkiler ve yarar sağlama ile ilişkilendirilmektedir (4,5). Ruhsal hastalıklar boyutunda affetme ruhsal olarak bireylerin sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik olabilmektedir. Son çeyrek asırdan günümüze ruhsal hastalıkların tedavi edilmesinde affetmeyle ilgili çalışmalara ilgi artmış durumdadır (6,13). Araştırmaların bireylerin affetme düzeylerini arttırmaya yönelik olması affetme düzeylerinin yeterince yüksek olmadığının göstergesi olabilmektedir (6, 13). Affetmenin ruhsal hastalıklar üzerine faydaları (bireylerin zihninde yer alan olumsuz düşüncelerin atılması, bedeninde taşıdığı yüklerden kurtulması, stresin azalması, iyilik halinin artması, suçluluk, kendine ve başkalarına karşı kin duygularının azalması gibi) olduğu literatür tarafından desteklenmektedir (4,13,6). Toussaint ve ark. 66 yaş üstü bireylerle yaptığı çalışmada 7 ayrı türlü affetme türünden 2'sinin (Tanrı'nın koşulsuz bağışlaması ve başkalarını koşullu bağışlaması) ömrü arttırıcı yanının olduğu saptanmıştır (13). Macaskill yaptığı literatür çalışmasında affetmenin bireylerin ruh sağlığını olumlu yönde etkileyebildiğini belirtmiştir (14). Toussaint ve Friedman'ın ayaktan tedavi gören psikoterapi hastalarıyla yaptığı çalışmada affetmenin hastaların psikolojik iyi oluşlarını hem olumlu yönde etkilediğini saptanmıştır (15). Batı ülkelerinde affetme konusunda birçok çalışma olmasına rağmen ülkemizde ruhsal hastalık ve affetmeye odaklı yeterince çalışma bulunmamaktadır.

Psikolojik iyi oluş bireyin ruhsal olarak kendini nasıl algıladığı ile ilgilidir. Psikolojik iyi oluş kendini kabul, olumlu ilişkiler, özerk olma, yaşama amacı gibi bireysel gelişimde oluşmaktadır (16). Ruhsal hastalıklarda psikolojik iyi oluş

hastalıkların seyrini ve semptomlarını etkileyebilmektedir. Kim ve ark. ruhsal hastalığı olan bireylerde yaptığı çalışmada psikolojik iyi oluş düzeyinin düşük olduğunu saptamıştır (17). Özdemir ve Kavak Budak şizofreni hastalarında yaptığı randomize kontrollü çalışmanın ön testlerinde psikolojik iyi oluşun orta düzeyde olduğunu saptamıştır (16). Ruhsal hastalıklarda yapılan çalışmalarda psikolojik iyi oluşun yeterince yüksek olmadığı görülmektedir (13, 16).

Literatürde ruhsal hastalığı olan bireylere pozitif psikoterapi eğitim verilmesi ile affetme ve psikolojik iyi oluş ile ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Bu araştırma ile literatüre ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin, psikiyatri klinikleri dahilinde ve haricinde hastaların olumlu yanlarını fark etmelerini sağlamak, hastaların kendi yeteneklerinin farkına varması ve yine hastaların kendi kendine yardım etmesi gibi katkıları olacağını düşünmekteyiz.

Ruhsal hastalığı olan bireylere verilen pozitif psikoterapi temelli psikoeğitimin, affetme ve psikolojik iyi oluşa etkisini belirlemek amacıyla bu araştırma yapılmıştır.

Araştırmanın ilk hipotezi ruhsal hastalığı olan bireylere verilen pozitif psikoterapi temelli psikoeğitim affetmeyi artırır, ikinci hipotez ise ruhsal hastalığı olan bireylere verilen pozitif psikoterapi temelli psikoeğitim psikolojik iyi oluşu artırır.

2. GENEL BİLGİLER

Ruh sağığına ilişkin hastalıklar, bireylerin yaşamını derinden etkileyen ve mutlaka önemsenerek tedavi edilmesi gereken sağık sorunlarıdır. Gerek ölkemizde gerekse dünya genelinde değışen yaşam koşulları ile birlikte görölme sıklığı artan ruhsal hastalıkların birçoğı aynı zamanda tedavi edilmediğinde ilerleyici özelliğı sahiptir. Bu hastalıkların bazıları psikoz ve ilişkili bozukluklar, anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar, madde ve ilişkili bozukluklardır.

2.1. Psikoz ve İlişkili Bozukluklar

Psikoz, gerçeğı değıerlendirme yetisinin bozulması, içgörünün olmaması, bireyler arası ilişkilerde gerçeklikten uzak, kendine özğü bir hayat sürme, duygu ve davranışlarda sorunların olduğı ruhsal bozukluklardır (18). Psikoz ilk olarak genelde 14-35 yaşlarda görölmeye başlar. Psikoz tek başına bir hastalık değıildir. Birçok ruhsal hastalıkta göröllebilir. En sık görölen psikotik bozuklular şizofreni, şizofreniform bozukluklar, şizoaffektif bozukluklar, sanrılı bozukluklar, kısa psikotik bozukluklar ve katatonidir (18).

2.1.1. Şizofreni

Şizofreni, dil, biliş, konuşma ve algıyı etkileyen bireylerin kendi içine kapandığı, duygu, düşünce ve davranışlarda önemli bozuklukların eşlik ettiğı, yetenek kaybına neden olan ve genellikle ömür boyu devam eden ağır bir ruhsal hastalıktır (19,20). Şizofreni toplumda yaygınlığının yüksek olması ve genç yaşta ortaya çıkması nedeniyle önemli bir psikiyatrik sorundur. Şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı %1.5, kadın ve erkeklerde görölme sıklığı ise 1.4 olduğı tespit edilmiştir (21). Şizofreni, dünya çapında yaklaşık 21 milyon kişinin yaşadığı zihinsel sağık engelinin önde gelen nedenidir (22). Şizofreni hastalarının ortalama yaşam beklentileri, genel popölasyondan 20 yıl daha az olduğı belirtilmektedir (23,24). Şizofreni teşhisi konan bireylerin benzersiz, karmaşık sorunları olmasına ve geçmiş zamanlara göre daha uzun yaşamalarına rağmen, nadiren bütünsel hemşirelik araştırmalarının odak noktasıdır (22,25). Ruh sağığı alanında çalışan psikiyatri hemşirelerinin şizofreni tanılı bireylerin sağılığını koruma ve geliştirmede önemli bir role sahip olduğı bilinmektedir (26). Şizofreni tedavisinde üç

temel amaç vardır. Hastaların semptomlarını azaltmayı, fonksiyonelliği ve yaşam kalitesini artırmayı, hastaların kişisel hedeflere ulaşmalarını sağlayarak iyileşmelerini desteklemeyi içerir (26).

2.1.2. Şizofreniform Bozukluklar

Şizofreniform bozukluğu ani başlangıçlı, iyi seyirli, duygu durum semptomları da beraberinde gösteren, bilinçte bulanıklık ile karakterize bir ruhsal bozukluktur (27). Şizofreniform bozukluk özellikleri itibariyle şizofreniye benzemektedir. Şizofreniden farkı 30 günden az olmaması ve 6 aydan daha uzun sürmeyen belirtilerin olmasıdır (18). Şizofrenide olduğu gibi şizofreniform bozuklukta da sanrı, varsanı dağınık konuşma, katatoni varlığı mevcut olabilmektedir. Tam olarak görülme oranları bilinmese de kadın ve erkeklerde görülme sıklığının benzer olduğu düşünülmektedir (18). Genç yaşlarda daha sık görülmektedir. Şizofreniform bozukluğu yaşayan bireylerin yaklaşık yarısında belirtiler ciddi oranda azalabilmekte ya da tam iyileşebilmektedir (18).

2.1.3. Şizoaffectif Bozukluklar

Şizoaffectif bozukluk, şizofreni ve duygu durum bozukluk belirtilerini birlikte içeren bir bozukluktur (18). Şizofreninin sanrı, varsanı gibi belirtilerinin yanı sıra günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük, konsantrasyon güçlükleri, iştah değişiklikleri, yüksek enerjili olma hali, mani ya da düşük enerjili depresif yada karışık durumlarıyla karakterize bir bozukluktur (28). Klinik seyri şizofreniden daha iyi ama duygu durum bozukluklarından daha kötü olabilmektedir. Bu tanı konulurken dikkatli olunmalıdır. Belirtilerin en az 2 hafta gözlemlenmesi doğru tanı koymada önemli olabilmektedir (29). Genel olarak ergenlik döneminde görülmektedir. Görülme oranı % 0.5 dolaylarındadır (30). Bu bozukluğun kesin nedeni bilinmemektedir ama genetik faktörlerin etkili olduğu görülebilmektedir. Şizoaffectif bozukluk tedavisinde antipsikotik, antidepresan ve antianksiyete ile birlikte üçlü tedavi kombinasyonu tercih edilmektedir (18).

2.1.4. Sanrılı Bozukluklar

Sanrılı bozukluklar affectif semptomların, belirgin halüsinasyonların veya şizofreninin diğer semptomlarının olmadığı, en az bir ay veya daha uzun süren bir veya daha fazla sanrı varlığı olarak tanımlanmaktadır (31). Bu sanrılarının çoğunu izlenme, aldatılma, hasta olduğuna inanma, erotomanik, kötülük görme gibi sanrılar

oluşturmaktadır. Fakat sanrılarının gerçekte olma ihtimalleri de olabilmektedir. Sanrılı bozuklukların prevalansının yaklaşık % 0.2 olduğu tahmin edilmektedir (31). Sosyal ve kişisel işleyişin şizofrenidekinden daha üstün olduğu sanrılı bozukluklar, bütün yaşlarda görülebilse de çoğunlukla 40'lı yaşlarda görülmektedir (32). Uzun yıllar boyunca sanrılı bozukluklar kısmen bu tanıya sahip hem erkek hem de kadın hastaların reçete edilen ilaç rejimlerine yetersiz uyması nedeniyle tedavi edilmesi zor bir durum olarak kabul edilmiştir (31). Farmakolojik ve destek tedavilerle sanrılı bozuklukların yaklaşık yarısında düzelme olabiliyorken, bazı kişilerde belirtilerde azalma bazı bireylerde ise belirtilerde değişiklik olmamaktadır. Antipsikotik ve psikoterapi tedavileri birlikte faydalı olabilmektedir (18).

2.1.5. Kısa Psikotik Bozukluklar

Kraepelin'in kronik ve sıklıkla kötüleşen bir durum olarak şizofreni kavramı, psikotik bozukluklarla ilgili günümüze kadar egemen olmuştur. Akut başlangıçlı ve sınırlı süreli (günler veya birkaç hafta) psikotik atakları olan hastalar bilim insanlarının ilgisini çekmiş durumdadır (32). Kısa psikotik bozukluk, 1 aydan kısa süreli ve hastalık öncesi duruma göre tam iyileşme ile kısa psikotik atakları olarak tanımlanmaktadır (33). Sıklıkla 20 ve 30'lu yaşlarda ortaya çıkmaktadır. Genel olarak bir stres faktörüyle gelişen sanrı, varsanı, katatoni, dezorganize davranışlar ya da değişken duygu durumla karakterize bir bozukluktur (18). Bu bozukluk sürecinde süreçte şizofreni tanı ölçütleri karşılanmaktadır. Ataklar 1 gün ya da 1 aydan az bir süre için geçerli olmaktadır. Büyük ölçüde düzensiz veya katatonik davranış mevcut olabilmektedir. Antipsikotik ilaçlara yanıt olarak hastalık seyrinden sonra hastalık öncesi işlevsellik düzeyine tam olarak dönebilmektedir (34). Kısa psikotik bozukluk, paranoid, narsistik, sınırda kişilik bozukluğu olan bireylerde daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (18). Kısa psikotik bozukluğu olan bireylerin ailelerinde duygu durum bozukluğu daha çok görüldüğü belirtilmektedir. Bu bozukluğun tedavisinde antipsikotik ilaçlar ve psikoterapi birlikteliği tedavi sürecini hızlandırabilmektedir (18).

2.1.6. Katatoni

Katatoni, tıbbi ya da psikiyatrik durumlar bağlamında ortaya çıkan çeşitli motor, davranışsal ve otonomik anormalliklerin yanı sıra çeşitli ilaçlar ve kötüye kullanılan maddelerle ilişkili olarak karakterize bir bozukluktur (35). Eskiden şizofreni bir parçası olarak düşünülürdü. Ancak tıp bilimi zamanla geliştikçe şizofreni bir parçası

ya da belirtisi değil, yeni bir bozukluk olarak literatürde yerini almıştır (36). Kataonininin en tipik belirtisi, verilen pozisyonda kalmasıdır. 40'ı aşkın katatoni belirtileri mevcuttur. En sık görülen katatoni belirtileri, mutizm, negativizm, postür alma ve stupor olarak bilinmektedir (36). Ruhsal hastalığı olan bireylerde katatoni sıklığı %8 ile %20 dolaylarında olduğu bildirilmiştir (36). Katatoni en sık depresyon, şizofreni ve bipolar bozukluklarda görülmektedir. Psikiyatri hastalarında yapılan bir çalışmada katatoni sıklığı %20.8 ile en fazla depresyon hastalıklarında bulunduğu belirlenmiştir (37).

2.2. Anksiyete Bozuklukları

Her birey hayatının bir ya da birçok bölümünde anksiyete yaşamaktadır. Bireyler anksiyeteyi sanki kötü bir şey olacakmış hissinin uyandığı, bunun beraberinde vücudunda fizyolojik değişimlerin eşlik edebildiği, nahoş bir durum olarak tanımlayabilmektedir (18). Anksiyete kavramı, endişe, kaygı, bunaltı, iç sıkıntısı olarak da ifade edilmektedir. Anksiyete ile korku farklı anlamlara sahip olmasına rağmen zaman zaman birbiriyle karıştırılabilmektedir. Korkunun anksiyeteden farkı, korkuda korku nesnesi belli olmaktadır, anksiyetede ise daha çok tanımlanamayan bir sıkıntı şeklinde olabilmektedir (38). Bebeklerden yaşlılara kadar her birey anksiyeteden muzdarip olabilmektedir. Anksiyete bozuklukları en sık görülen ruhsal bozukluklardandır. Genel nüfusun yaklaşık üçte birine yakınının yaşamları boyunca bir noktada anksiyete yaşadığı bildirilmektedir (35). Ergün ve ark. Kuzey Kıbrısta yaptığı çalışmada anksiyete bozukluklarının yaygınlığının % 19 olduğunu tespit etmiştir (39).

Anksiyete hafif, orta, ağır ve panik olmak üzere dört düzeyden oluşmaktadır. Hafif anksiyete düzeyinde bireyin dikkati artmıştır, bireyler çevresine karşı daha hassas bir durumdadır (38). Olumlu ve faydalı anksiyete olarak da algılanabilmektedir. Orta düzey anksiyetede bireyin iletişim kurma ve kavrama becerilerinde bir azalma söz konusudur. Birey bu durumun farkında olamayabilir ama bireyi gözlemleyen başka birey bu durumun farkında olur (18). Orta düzey anksiyetede gerilme, terleme, sinirlilik, kalp çarpıntısı fiziksel belirtiler meydana gelebilir. Nefes almada güçlük, bireyler arası ilişkilerde kötüleşme, boğulma hissi, nefes almada güçlüğü artmasıyla ağır derecede anksiyete yaşayabilmektedir. Anksiyetenin aşırı artmasıyla panik düzeyde anksiyete yaşanabilmektedir. Panik düzey anksiyetede bireylerin dış uyaranlara tepkisi ciddi oranda azalabilmektedir. Bireylerde boğulma, ölecekmiş gibi bir his olabilir, baş dönmesi, titreme meydana gelebilmektedir (18).

En sık görülen anksiyete bozuklukları ayrılma anksiyete bozukluğu, Mutizm, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, agorafobi ve sosyal anksiyete bozukluğudur.

2.2.1. Ayrılma Anksiyete Bozukluğu

Ayrılma anksiyetesi bozukluğu, çocukluk döneminde en yaygın görülen anksiyete bozukluklarından biridir (40). Geçmişte ayrılık anksiyetesi bozukluğu sadece çocuklarda görüldüğü söylenmişse de, yetişkin bireylerde de görülmektedir (41). Ayrılma anksiyetesi bozukluğu, genel olarak ebeveynler, kardeşler, çocuklar, partnerler veya eşler gibi ana bağlanma figürlerinden ayrılmaya ilişkin aşırı korku veya endişe ile karakterize bir bozukluktur (42). Bu bozukluğun en önemli özelliği yakınlarından ayrılmayı beklerken veya yaşarken aşırı sıkıntı deneyimleri, yalnız kalma korkusu, sosyal, mesleki, akademik veya diğer işlevsellik alanlarında ciddi bozulmaya yol açan, bağlanan figürlerin zarar görmesinden aşırı endişe duyma ve bağlanan figürlerden ayrılmaktan kaçınmadır (43). Anksiyeteden dolayı yetişkinler evin dışına çıkmak istememe, yalnız kalmamak gibi belirtiler olabilmektedir. Ayrılma içeren rüyalar görebilme, bağlandığı kişilerden uzak kalacakmış gibi tekrarlayan durumlar söz konusu olabilmektedir (44). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) araştırmaları verileriyle yapılan çalışmada, ayrılma anksiyete bozukluğu sıklığının % 4.8, örneklemin % 43.1'inin hastalığının 18 yaşından sonra başladığı saptanmıştır (45).

2.2.2. Seçici Mutizm (Seçici Konuşmazlık)

Seçici mutizm, çocukların örneğin evde konuşmasına rağmen konuşma beklentisinin olduğu okul gibi belirli sosyal durumlarda tutarlı bir konuşma eksikliği ile karakterize bir anksiyete bozukluğudur (46). Mutizm çocuklukta yaklaşık %1'lik bir prevalansa sahip olup, iki dil konuşan çocuklarda biraz daha sıktır ve başlangıç yaşı tipik olarak 5 yaşından önce başladığı bildirilmektedir (47). İlaçlı tedavinin yanı sıra hem bireysel hem de gruplu vaka çalışmalarında farklı davranışçı yaklaşımlarının semptom iyileşmesine katkı sağladığı belirlenmiştir (48). Geriye dönük hasta kayıtları kullanılarak, tedaviden ortalama 12 yıl sonra 45 çocuğun dahil edildiği bir çalışmada önemli bir bölümünde devam eden iletişim sorunları saptanırken, % 39'unun tam remisyonda olduğu belirlenmiştir (49). Okul, aile ve hastane işbirliği içerisinde olması durumunda başarı şansı yükselmektedir (50).

2.2.3. Panik Bozukluk ve Agorafobi

Panik, başlangıçta normal veya hafif stresli bir duruma anormal ve kontrolsüz bir tepkidir. Yani ani ve aşırı anksiyete durumu olan akla ve mantığa uymayan, önceden tahmin edilemeyen bir anksiyete bozukluğudur (31,51). Panik bozuklukta sık görülen semptomlar, çarpıntı, taşikardi, terleme, titreme, nefes darlığı veya boğulma hissi, göğüs ağrısı, sersemlik veya bayılma, derealizasyon (gerçek dışılık hissi) veya kontrolü kaybetme veya delirme korkusu, ölüm korkusu, vücutta uyuşma veya karıncalanma hissi, sıcak basmasıdır (51). Panik bozuklukla birlikte veya ayrı da görülen agorafobi, halka açık veya kalabalık bir yerdeyken, olası bir kaçışın zor olduğu veya yardımın kolayca bulunamayacağı endişesi taşınması olarak tanımlanmaktadır. Agorafobisi olan bireyler bu nedenle bu tür durumlardan veya yerlerden kaçınmaya çalışırlar (52). Tanı kriterlerini karşılamak için, bireyin hem halka açık yerlere maruz kalmaktan korkması hem de davranışsal veya bilişsel değişiklikler yoluyla bu tür durumlardan kaçınmak için aktif girişimlerde bulunması ve tanı kriterleri altı aydan daha uzun süredir mevcut olmalıdır (53).

Genel popülasyonda, panik bozukluğu olan kişilerin yaklaşık dörtte biri aynı zamanda agorafobiye de sahiptir (54). Panik bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı agorafobi olmadan % 3.7 ve agorafobi ile %1.1'dir (54).

2.2.4. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu, en az 6 ay devam eden, hemen hemen her gün aşırı anksiyete, üzüntülü olma hali olarak açıklanabilmektedir (55). Aşırı endişe bireyin günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu bireyler her olay veya durumda olabilecek en kötü tabloyu düşünmektedirler. Bireylerin aşırı anksiyeteleri genellikle sağlık, iş, para veya aile ilgili olabilmektedir (56). Bozukluğun temel nedenini stres kaynaklı olabilmekte ve sık görülmektedir. Bu bozukluk, fobilerden sonra yaygınlığı en fazla olan anksiyete bozukluğudur. Bozukluğunun görülme sıklığı %2.2'dir (56). En sık huzursuzluk, endişe, ve çabuk yorulma gibi belirtiler mevcuttur. Kadınlarda erkeklere göre görülme oranı 1.5, 2 kat kadar daha fazla görülmektedir (55). Diğer anksiyete bozuklukları ortalama 50'li yaşlarda azalma olabilmesine rağmen bu bozukluk yaşlılık dönemine kadar da devam edebilmektedir (18). Yaygın anksiyete bozukluğunun uzun seyirli bir hastalık olması, bireylerin işlev düzeylerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bandelow ve ark. belirtğine göre, farmakolojik tedavinin

yanında bilişsel davranışçı terapiler, psikoterapilerle desteklenmesi tedavi şansını yükseltebilmektedir (56).

2.2.5. Sosyal Kaygı Bozukluğu

Sosyal anksiyete bozukluğu, sosyal fobi olarak da kullanılmaktadır. Bireyin başkalarının incelemesine tabi olduğu durumlardan aşırı korkma ile karakterize, oldukça yaygın bir anksiyete bozukluğudur (57). Bazı şartlarda bazen sosyal durumlarda, bir topluluğun önüne çıkmak, ders anlatmak gibi veya bir sunum yapmak bireyde endişeye ve kaygıya neden olabilmektedir (58). Fakat sosyal anksiyeye bozukluğu olan bireylerde bu durum aşırı bir endişeye ve kaygıya neden olmaktadır. Böyle bir durum, bireyin günlük rutinini, kişiler arası ilişkilerini veya günlük yaşam aktivitelerini negatif yönde etkileyebilmektedir. Bozukluk sıklıkla çocukluk veya ergenlik döneminde ortaya çıkar, genellikle psikososyal bozulma ile karakterize kronik bir seyir izler ve sıklıkla diğer ruhsal bozuklukların gelişiminden önce gelir (58). Sosyal anksiyete bozukluğu çoğunlukla başka bozukluklarla görülebilmektedir. Bu bireylerin %20-69'unda panik bozukluğu, agorafobi, basit fobi, majör depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), travma sonrası stres bozukluğu olduğu belirlenmiştir (59). Bu bozukluk en az 4 hafta sürmeli, 18 yaşından önce başlamalı ve klinik olarak belirgin bir sıkıntıya ya da sosyal, akademik ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olmalıdır (60).

2.3. Duygu-Durum Bozuklukları

Depresyon, bilişsel, duygusal, fiziksel ve davranış semptomları olan bir duygu durum bozukluğudur. Depresyon, yoğun üzüntü, ilgi veya zevk kaybı, suçluluk duygusu, düşük benlik saygısı, rahatsız uyku veya iştah, yorgunluk ve halsizlik hissi, konsantrasyon bozukluğu olabilen en yaygın görülen ruhsal bozuklukların başında gelmektedir (61). Depresyon, en az 2 hafta süre ile üzüntülü olma hali, bireyin, duygu, düşünce ve davranışlarında bir yavaşlama belirtilerin olmasıyla bireylerin yaşamlarını olumsuz etkileyebilmektedir (62). Duygu durum bozuklukları genellikle kronik bir seyir izler ve bireyin mesleki potansiyelini ve yaşam kalitesini önemli ölçüde bozabilmektedir (62). Depresyon, dünya genelinde ortalama yüzde 5 oranında görülmekte ve yaşam boyunca %15 görülme riskiyle karşı karşıya olan bir bozukluktur (63). Prevalansı bölgeden bölgeye ve ülkeden ülkeye göre değişse de, depresyon dünyanın her yerinde yaygın olan kronik bir hastalıktır (64). Dünya çapında tahminen

350 milyon insanın depresyonla karşı karşıya olduğu belirtilmektedir (65). Kadınlarda depresif belirtilerin yaygınlığının erkeklere göre yaklaşık 2 kat daha fazla olduğu, 75 yaş üstü kişilerde gençlere göre ve tıbbi hastalığı olanlarda olmayanlara göre daha sık depresyon bozuklukları görülmektedir (65,66). Açık göz ve ark. ülkemizde geniş katılımlı yapılan bir çalışmada depresyon bozuklukları yaygınlığının kadınlarda %13.1, erkeklerde ise %5.0, kadın ve erkek toplam nüfusuna göre %9.3 oranında olduğunu saptamıştır (67). Şiddetli depresyon intihara ve ölüm riskinin artmasına neden olabilmektedir (61). Dünya çapında ortalama 1 yılda bir milyon kadar birey hayatını kaybettiği bildirilmektedir (46). Depresyon bozukluklarını tedavi etmek ilaçlı tedavilerin başında antidepresan tedavileri gelmektedir. İlaçlı tedavinin yanı sıra psikoterapiler, bilişsel davranışçı terapilerin yanı sıra elektrokonvülsif terapi gibi terapilerde ya depresyon bozukluklarında tercih edilebilmektedir (18). COVID-19 salgının da etkisiyle genel Çin popülasyonunda depresyon prevalansı 2019'da %4 iken, 2020'de %20'ye yükselmiştir (68).

2.3.1. Bipolar ve ilişkili Bozukluklar

Bipolar bozukluğu, bipolar I bozukluk ve bipolar II bozukluğu olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Bipolar I bozukluğu, bir ya da daha fazla manik epizodun veya karma dönemin varlığıdır. Yaşam boyu ortalama gelişmiş ülkelerde görülme prevalansı %0.6–%1'dir (69). Bipolar II bozukluk, en az bir hipomani ve bir majör depresif dönemin varlığı fakat karma ya da maninin olmamasıdır. Genel olarak görülme sıklığı %0-4-1.1 arasında değişmektedir (69). Düşük gelirli ve orta gelirli ülkelerde bipolar bozuklukların yaşam boyu yaygınlığı değişken olarak rapor edilmiştir. Örneğin, bipolar bozuklukların yaşam boyu yaygınlığı Etiyopya ve Nijerya'da yaklaşık %0.1–1.8 ve Güney Afrika'da %3.0–4.0'dir (70,71). Bipolar bozukluğu olan kişilerde yapılan çalışmalarda oldukça tekrarlanan bir bulgu, başlangıç, burada bipolar bozukluğu olan bireylerin %70'inden fazlası 25 yaşından önce hastalığın klinik özelliklerini gösterir (72, 73).

Bireylerde manik ataklar sırasında hiperaktivite, artan benlik saygısı, büyüklük sanrıları, uyku ihtiyacında azalma, genişleyen duygu durumu, davranış ve psikotik belirtiler sık görülürken, depresif ataklar sırasında enerjide, azalma, üzüntü, sosyal geri çekilme, hypersomni ve düşük benlik saygısı en önemli belirtilerdendir (74). Hipomani, maninin daha hafif ve daha kısa bir şeklidir. Bipolar bozukluğu erken fark etmek, uygulanan ilaçlı tedavinin yanı sıra iyi desteklenen bir sosyal destekle remisyona ulaşabilir ve bozukluğun latent olduğu varsayılan semptomsuz dönemler yaşayabilir.

Özellikle ikinci, üçüncü ve sonraki ataklardan sonra fonksiyonel iyileşmenin sağlanmasını zorlaştırır (71). Manik (veya hipomanik) ve depresif atakların akut fazları için farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavileri ve atak tekrarını önlemek için uzun süreli tedaviyi gerekebilmektedir (74).

2.4. Madde ile ilişkili Bozukluklar

Madde kullanım bozukluğu, bireyin maddeyle ilgili önemli sorunlara rağmen maddeyi kullanmaya devam ettiğini gösteren bilişsel, davranışsal ve fizyolojik belirtileri ifade etmektedir (75). Madde kullanımı insanoğlunun var olmasıyla başlamıştır. Madde kötüye kullanımı ve madde kullanım bozuklukları yıkıcı etkilere sahip olabilmektedir. Birçok bireyin gelecek planlarını alt üst edebilmektedir. Maddenin kötüye kullanımı önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir (75). Dünya çapında her yıl yaklaşık 250 milyon kişi bağımlılık yapıcı madde kullanmaktadır ve bunların yaklaşık 30 milyonu madde kullanım bozukluklarından muzdariptir (76). Madde kullanımı günden güne artmaktadır. Bağımlılık yapıcı özelliği olan ve sık kullanılan maddelerin başında alkol, esrar, opiatlar, inhalanlar, halüsinojenler, kafein ve tütün gelmektedir (77, 78). Özellikle opioid ve metamfetaminle ilgili teşhisler için hastaneye yatışlar artmaktadır (79). Madde kullanım bozukluğu olan hastaların hastanede daha uzun kalış süreleri, daha yüksek maliyetleri beraberinde getirebilmektedir (78- 81).

Küresel olarak madde kullanımının önüne geçebilmek için yetkin, duyarlı ve uygun bakım gibi uygulamaya dayalı çerçeveler de geliştirilmiştir (78,80). Bunlar, ilaçlı tedaviyi destekleyen psikososyal tedaviler olarak kullanılmaktadır. Madde kullanım bozukluğu olan altı kişiden sadece biri psikososyal tedaviye girer ve psikososyal tedavisinin nüks oranları genellikle %40 ile 60 arasında değişebilmektedir (82). Bu çabalara rağmen, küresel tahminler, madde kullanım bozukluğu tedavisinde istenilen düzeye ulaşamamaktadır. Madde kullanım bozukluğu tedavisine ihtiyacı olan her altı kişiden birinin veya daha azının tedavi aldığını göstermektedir (75,83). 2019 yılında başlayan COVID -19 pandemisiyle madde kullanım bozukluklarında artış olduğu saptanmıştır (84). Farmakolojik tedaviyle birlikte, bireyler arası ilişkiler, madde kullanan bireyin kendi hakkındaki algıları, psikososyal sorunlar, madde kullanımı durdurulduğunda veya azaltıldığında sıklıkla azalabileceği belirtilmektedir (82).

2.5. Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar

İnsanın zihnine zaman zaman düşünceler gelebilmektedir. Bu düşünceler insanın davranışını etkileyebilme eğiliminde olabilmektedir (85). Bu eğilimler aşırı hale geldiğinde, obsesyonlar ve kompulsiyonlar şeklinde bireylerin yaşam kalitesini bozabilmektedir. Obsesif kompulsif bozuklukların popülasyonda %2.5 - %3 görüldüğü belirlenmiştir (86). Bu bozukluğun yüksek yaygınlık oranları hem bireyler için zor olabilmekte hem de toplum için büyük bir yük oluşturabilmektedir. Obsesif kompulsif bozukluk aşırı endişe ve kirlenme korkuları ile ilişkili, kontrol ve yıkama da dahil olmak üzere, şaşırtıcı bir şekilde çeşitli şekillerde ifade edilen ciddi ve yaşamı olumsuz etkileyen bir bozukluk olarak bilinmektedir (86). Birçok hastada bozukluğun en dikkat çekici yönlerinden biri, genellikle tuhaf davranış olarak neyin ortaya çıktığına dair içgörüyü korumalarıdır. Fakat obsesyon ve kompulsiyonlara engel olunamamaktadır (85). Bu durum da bireylerin kaygı duymasına neden olabilmektedir (58). En çok görülen obsesyon ve kompulsiyonların başında kirlenme (kontaminasyon) olmak üzere, şüphe, saldırgan, biriktirme, dinsel, cinsel, simetri ve düzen gelmektedir (87). Hastalığın tedavisinde farmakolojik tedaviyle birlikte nonfarmakolojik olan davranışçı, bilişsel davranışçı, psikoterapi gibi terapiler sıklıkla tercih edildiği bilinmektedir. Farmakolojik tedaviden ziyade non farmakolojik ve farmakolojik tedavilerin birlikte uygulanması tedavi şansının yükseldiği literatürce saptanmış durumdadır (87). Sinici ve ark. obsesif kompulsif bozukluğu olan bir hastayla yaptıkları olgu sunumu çalışmasında pozitif psikoterapinin etkili olduğu saptanmıştır (88). Okb ve ilişkili bozukluklar, beden dismorfik bozukluğu, trikotillomani ve biriktiricilik bozukluğudur.

2.6. Pozitif Psikoterapi ve Ruhsal Hastalıklar

Ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve iyileştirilmesinde birçok tedavi yöntemine başvurulmaktadır. Bu tedavilerden bir tanesi de psikoterapilerdir. Psikoterapiler günden güne önemli hale gelmektedir (89). Pozitif psikoterapiler pozitif psikoloji akımından esinlenerek geliştirilmiştir. Pozitif psikoloji akımından doğan pozitif psikoterapiler ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesinde günümüzde önemi artarak devam etmektedir. Pozitif psikoterapileri anlamak için öncelikle, pozitif psikoloji yaklaşımını ele almak gerekir (90). Pozitif psikolojinin odağı, anlamlı bir yaşam örüntüsüne sahip olmak, haz merkezli yaşamak ve yaşama anlam katma üzerinde durulduğu görülmektedir (91,92). Yani pozitif uygulamaların temel özelliği

olumlu duygu ve düşüncelere sahip olması ve bu duygu ve düşüncelerin ortaya çıkarılmasıdır. Bu uygulamalar bireylerin güçlü yönlerini ortaya çıkarabilmesi ve bu yönleriyle bireylerin kendini daha iyi hissetmesiyle ilişkili olabilmektedir (90).

Araştırmalar yapıldıkça gelişen pozitif psikoterapinin kökleri, pozitif psikolojinin tanımının yanı sıra, DSÖ'nün sağlık tanımına dayandığı görülmektedir (89). Pozitif psikoterapi uygulamaları bireylerde kendini tanıma, ruh sağlığını geliştirmede önemli olabilmektedir. Pozitif psikoterapi terapotik ilişkiye dayanmaktadır (92). 1960'ların sonlarında Nossrat Peseschkian arkadaşlarıyla Almanya'da pozitif psikoterapi geliştirmiştir (93). İranlı olan Peseschkian tıp eğitimini Almanya'da almıştır. Farklı kültürlerden etkilenen Peseschkian pozitif psikoterapinin mimarı olmuştur. Kuramında çatışmaların çözümü üzerinde durmaktadır. Çatışmaların çözümünde başta hikayeler olmak üzere, ata sözleri, özlü sözler ve metaforlar kullanılmaktadır (93). Pozitif psikoterapinin insanoğluna bakış açısı pozitiftir. Her insanın bazı yeteneklere sahip olduğu ve zamanla bu yeteneklerin geliştirilebileceği belirtilmektedir (93).

Pozitif psikoterapi sağlıklı insanların sağlığını koruma, geliştirmenin yanı sıra ruhsal hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde önemli bir yer almaktadır. Pozitif psikoterapi eğitimi bireylerin yeteneklerinin farkına varmasına katkı sağlayabilmektedir (94). Bireylerde var olan yeteneklerin kullanmasına yardımcı olabilmektedir. Ruhsal hastalığı olan bireylerle yapılan birçok çalışmada pozitif psikoterapinin etkili olduğu görülebilmektedir (9,95,10). Seligman ve ark yaptığı çalışmada pozitif psikoterapinin kişilerin depresif belirtilerde önemli bir azalma olduğunu belirlemiştir (9). Furchtlehner ve ark. depresif bozukluklarda yaptığı çalışmada pozitif psikoterapinin etkili olduğunu saptamıştır (96). Seligman ve ark yaptığı başka bir bireysel pozitif psikoterapi randomize kontrollü bir çalışmasında, depresyonu olan bireylerle olmayan bireyler karşılaştırmıştır. Deney grubunda depresyon belirtilerinin ciddi oranda azaldığı saptanmıştır (10). Diener ve ark. yaptıkları çalışmada pozitif psikoterapi desteği alan bireylerin kendini daha iyi hissettiklerini, ruhsal hastalık belirtilerinin daha az olduğunu belirlemiştir (8). Sinici ve ark. obsesif kompulsif bozukluğu olan bir hastayla yaptıkları olgu sunumu çalışmasında pozitif psikoterapinin etkili olduğunu saptamıştır (88).

2.7. Ruhsal Hastalıklar ve Affetme

DSÖ her dört bireyden birinin yaşamının bir döneminde en az bir ruhsal hastalık geçirdiğini belirtmektedir (3). Türkiye'de yaşayan bireylerin yaklaşık beşte biri yaşamı boyunca en az bir ruhsal hastalık geçirmektedir (4). Ruhsal hastalıkların yaygın olması

ruhsal hastalıklarla ilişkili birçok kavramı da beraberinde getirebilmektedir. Bu kavramlardan bir tanesi affetmedir.

Affetme kavramı yüzyıllardır felsefe, din ve inanç alanlarında kullanılmasına karşın son yıllarda, sağlık alanında da ilgi görmektedir (1, 2). Affetme, genellikle mağdurun yanlış yapana yönelik kötü niyetini iyi niyetle değiştirmesi veya olumsuz düşünce, duygu ve davranışların azaltılması ve bunların yerine suçluya yönelik olumlu düşünce, duygu ve davranışların yerleştirilmesi olarak tanımlanmaktadır (2, 4). Felsefede affetme erdem olarak değerlendirilirken, din alanında ise bireysel ilişkiler ve yarar sağlama ile ilişkilendirilmektedir (4,15). Ruhsal hastalıklar boyutunda affetme ruhsal olarak bireylerin sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik olabilmektedir. Son çeyrek asırdan günümüze ruhsal hastalıkların tedavi edilmesinde affetmeyle ilgili çalışmalara ilgi artmış durumdadır (14, 15). Çalışmalarda bireylerin affetme düzeylerini arttırmaya yönelik yapılıyor olması, affetme düzeylerinin yeterince yüksek olmadığının göstergesi olabilmektedir. Affetmenin ruhsal hastalıklar üzerine faydaları olduğu çalışmalarca desteklenmektedir (4-14). Toussaint ve ark. Amerika’da yaptığı çalışmada 7 ayrı türlü affetme türünden 2’sinin ömrü artırıcı yanının olduğu saptanmıştır (15). Macaskill yaptığı çalışmada affetmenin bireylerin ruh sağlığını olumlu yönde etkileyebildiğini belirtmiştir (14). Akın ve ark çalışmalarında belirttiğine göre affetme eğiliminin bireylerin ruh sağlığını güçlendirdiği ifade edilmiştir (97). Batı ülkelerinde affetme konusunda birçok çalışma olmasına rağmen ülkemizde ruhsal hastalık ve affetmeye odaklı yeterince çalışma bulunmamaktadır. Toussaint ve Friedman’ın yaptığı çalışmada affetmenin psikolojik iyi oluşla hem olumlu hem de güçlü bir şekilde ilişkili olduğu saptanmıştır (15).

2.8. Ruhsal Hastalıklar ve Psikolojik İyi Oluş

Psikolojik iyi oluş bireyin ruhsal olarak kendini nasıl algıladığı ile ilgilidir. Psikolojik iyi oluş kendini kabul, olumlu ilişkiler, özerk olma, yaşama amacı gibi bireysel gelişimden oluşmaktadır (16). Son on yıllarda bireylerin psikolojik iyi oluş düzeylerinin arttırılmasıyla ruhsal ve fiziksel sağlık faydalarına ilişkin kanıtlar çarpıcı biçimde genişlemiş durumdadır (98). Ruhsal hastalığı olan bireylerde psikolojik iyi oluş, yalnızca fiziksel sağlık üzerindeki potansiyel etkileri nedeniyle değil, aynı zamanda bireyi bir bütün olarak ele alan bir yaklaşım söz konusu olmaktadır. DSÖ sağlığı “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır. Ruhsal hastalıklarda psikolojik iyi

oluş sadece anksiyete veya depresif semptomları azaltmakla kalmadığı gibi diğer ruhsal hastalıkların da semptomlarının azalmasına katkı sağlayabilmektedir (98). Ruhsal hastalıklarda psikolojik iyi oluş hastalıkların seyrini ve semptomlarını etkileyebilmektedir. Psikolojik iyi oluşun düşük ya da yüksek olması bireylerin hastalıkla mücadelesini etkileyebilmektedir. Ruhsal hastalığı olan bireylerin hastalık sürecinin uzun olabilmesi, kişiler arası ilişkileri etkilemesi açısından psikolojik iyi oluşlarını negatif yönde etkileyebilmektedir. Yapılan birçok çalışmada ruhsal hastalığı olan bireylerin psikolojik iyi oluşlarının yüksek olmadığı görülmektedir. Kim ve ark. ruhsal hastalığı olan bireylerde yaptığı çalışmada psikolojik iyi oluş düzeyinin düşük olduğunu saptamıştır (17). Özdemir ve Kavak Budak şizofreni hastalarında yaptığı randomize kontrollü çalışmanın ön testlerinde psikolojik iyi oluşun orta düzeyde olduğunu saptamıştır (16). Ruhsal hastalıklarda yapılan çalışmalarda psikolojik iyi oluşun yeterince yüksek olmadığı görülmektedir. Kim et al. psikiyatri hastaları arasında psikolojik iyi oluşun düşük olduğu belirtilmiştir ve ilaç tedavisi ile eğitim birleştirildiğinde alternatif uygulamaların psikolojik iyi oluş düzeylerini olumlu yönde etkileyebileceğini bulmuşlardır (17). Ruhsal hastalığı olan bireylerin psikolojik iyi oluşunu arttırmaya yönelik olarak, farmakolojik tedaviye ek olarak non farmakolojik tedavilerin hastaların psikolojik iyi oluşunu olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (17). Meyer ve ark. şizofreni hastalarında yaptığı pilot çalışmada pozitif psikoterapinin hastaların psikolojik iyi oluşun arttığını saptamıştır (99).

2.9. Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde Affetme ve Psikolojik İyi Oluşu Arttırmaya Yönelik Psikiyatri Hemşireliği Yaklaşımları

19 Nisan 2011 tarihinde çıkan hemşirelik yönetmeliğine göre psikiyatri hemşiresinin görevlerinden biri eğitim ve danışmanlık rolüdür (100). Psikiyatri hemşiresi bireyin, ailenin, toplumun ruh sağlığını koruma ve geliştirmede bütüncül bakış açısıyla hareket etmektedir. Bu bütüncül bakış açısıyla bireylerin bakımı üstlenmektedir. Psikiyatri hemşireleri ruhsal hastalığı olan bireylerle 7 gün 24 saat ilgilenen ve hastayla en uzun zaman geçiren sağlık profesyonelleridir. Bu süreçte hastaların bakımını üstlenir, onların sorunlarını saptar, belirlediği amaç ve hedefleri uygulamaya koymaktadır.

Psikiyatri hemşireleri günümüz çağına uygun bir şekilde kendini geliştiren bilgi ve becerileri elde etmektedir. Psikiyatri hemşireleri çeşitli eğitim alır ve aynı zamanda eğitimler verebilmektedir. Bu eğitimlerden biri pozitif psikoterapidir. Pozitif psikoterapi

eğitimleriyle bireyler kendilerinde var olan problem ve yetenekleri kabul etmektedir. Her insan yaşamı boyunca olumlu ya da olumsuz durum/durumlarla karşılaşmaktadır. Eğitimle bireyler yeteneklerinin farkına varabilmektedir. Bedenindeki, zihnindeki olumsuzlukların yerini pozitif bakış açısı alabilmektedir. Ve böylece olumlu kişilik özellikleri kazandırmada mihenk taşı görevini üstlenmektedir. Bireyler daha önce bedeninden atamadığı yükü, yorgunluğu atabilmektedir. Olumsuz anı ve deneyimlerin yerini olumlu bakış açısı alabilmektedir. Bireyler başta kendini affetmeyle, başkasını ve durumu affetmesiyle büyük bir yükten kurtulabilmektedir. Psikiyatri hemşireleri terapiyle hastaların yeteneklerini fark eder. Fark ettiği yetenekleri hastanın da farkına varmasına ve bu yeteneklerin geliştirilmesine katkı sağlayabilmektedir (94). Güçlü yeteneklerin farkında olan birey kendi kendine yardım etme kabiliyeti artmaktadır. Kendi kendine yardım eden birey affetmeyi bilen, mutlu, psikolojik iyi oluşu daha yüksek olabilmektedir.

Son yıllarda sağlık profesyonellerinin dikkatini çeken pozitif psikoterapi, bazı ruhsal hastalıklarda uygulanmış ve hastalarda önemli iyileşme görüldüğü saptanmıştır. Psikiyatri hemşireleri ruhsal hastalığı olan bireylere pozitif psikoterapi temelli psikoeğitim vererek, ruh sağlığını koruma ve geliştirme yönünden önemli katkıları olduğu literatürce belirlenmiştir.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, randomize kontrollü olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Ekim 2021 ile Şubat 2023 arasında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi psikiyatri kliniğinde yürütüldü.

İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi 1996 yılında hizmete açılmıştır. Turgut Özal Tıp Merkezi 24.000 m² alan üzerine kurulu 126.000 m² toplam kapalı alana sahiptir. Psikiyatri kliniği 52 yatak kapasitesine sahiptir. 12 hemşire, 7 öğretim üyesi, 13 asistan ve 13 diğer personel olmak üzere toplamda 45 sağlık personelinde oluşmaktadır. Turgut Özal Tıp Merkezi Psikiyatri Kliniği'nde hastalar için kütüphane, bahçe, masa tenisi masası, spor bahçesi, uğraşı odası, bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi psikiyatri kliniğinde bir yıl boyunca yatarak tedavi gören 526 ruhsal hastalığa sahip birey oluşturmaktadır. 526 bireyden araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılamayan 13, araştırmaya katılmayı reddeden 6 hasta olmak üzere toplamda 19 hasta araştırmaya dahil edilmedi.

Araştırmanın örneklemini belirlemek için yapılan power analizi ile örneklem büyüklüğü %95 güven aralığında, 0.05 yanılğı düzeyinde, 0.5 yaygınlık ve 0.9 cevaplama oranı ile 120 birey (60 kontrol, 60 deney) olarak belirlenmiştir. Bu araştırmada katılımcıların kontrol ve deney gruplarına atanması işlemi randomizasyon yöntemi ile yapıldı. Ayrıca her hastalık grubundan (anksiyete bozukluğu, depresyon, bipolar bozukluk, obsesif-kompulsif bozukluk, psikoz, madde kullanım bozukluğu) eşit sayıda birey araştırmaya randomize olarak alındı.

Örneklem seçim kriterlerine uygun olan ruhsal hastalığa sahip bireyler random.org sitesinin Numbers alt başlığında yer alan Random Integer Generator (random.org- Erişim Tarihi: 10.10.2021) yöntemi kullanılarak 1-150 arasında tek gruplu

sütunlar oluşturuldu. Sütunda tek ve çift rakamlar gözetilerek (tek rakamlar kontrol, çift rakamlar deney) bireyler gruplara randomize olarak atandı.

Araştırmadan kayıplar dikkate alınarak deney grubuna 65, kontrol grubuna 65 birey dahil oldu. 3 birey farklı zamanlarda eğitim uygulamasına katılmadığı için, 2 birey eğitime devam etmek istemediği için araştırmadan çıkarıldı. Kontrol grubundan 5 bireye son test esnasında ulaşamadığı için araştırmadan çıkarıldı. Araştırma toplam 120 (60 deney, 60 kontrol) birey ile tamamlandı. Araştırma Konsort Akış Şeması Şekil 3.1’de verildi.

3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

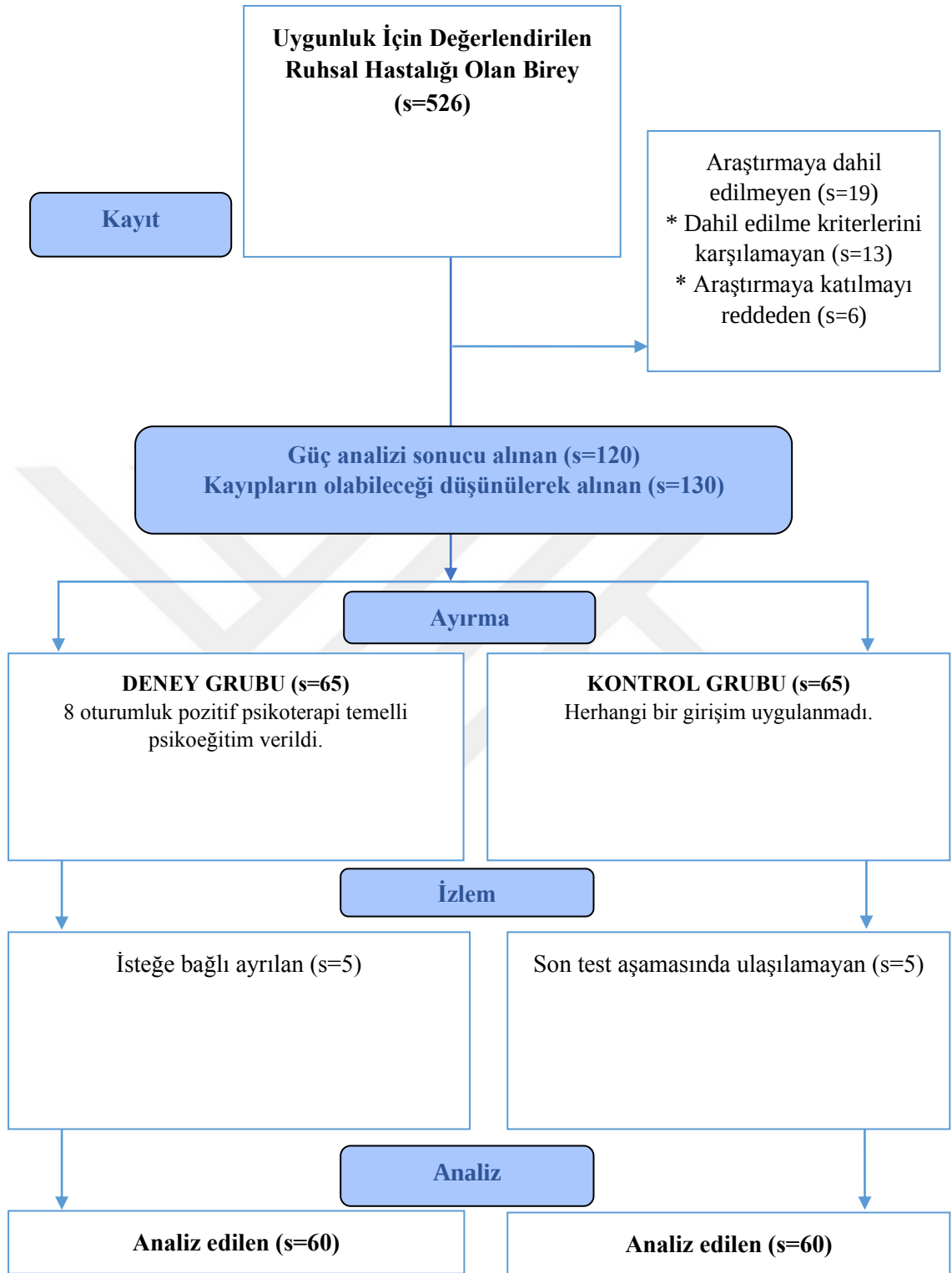
- DSM-5’e göre ruhsal hastalık tanısı almış olma ve yatan hasta olma
- 18 yaşın üzerinde olma,
- Okuma-yazma bilme,
- Türkçe konuşabilme,
- İletişime ve işbirliğine açık olması,

3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Alevlenme döneminde bulunma
- Ek tanı olarak demans, deliryum, mental retardasyon, kafa travmaları vb. olma
- Araştırmanın yapıldığı zamanda herhangi bir fiziksel kısıtlılığının olması
- En az 6 ay önce pozitif psikoterapi temelli bir eğitime katılmış olma

3.3.3. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- Eğitime eksik katılma
- Son testleri doldurmak istememe
- Eğitime devam etmek istememe



Şekil 3.1. Araştırma Konsort Akış Diyagramı

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu (Ek-1)

Araştırmacı tarafından literatür çerçevesince oluşturulan anket formunda, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, çalışma durumu, ailede ruhsal hastalık durumu, hastalığın ilk başlama yaşı, ne kadar süredir hasta olduğu, psikiyatrik tanısı olmak üzere toplamda 10 sorudan oluşan anket formu uygulandı (7-15).

3.4.2. Heartland Affetme Ölçeği (Ek-2)

Thompson ve ark. tarafından bireylerin kendini, başkasını ve durumu affetme özelliklerinin tümünü ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (101). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması 2010 yılında Bugay ve Demir tarafından yapılmıştır (102). 18 maddeden oluşan affetme düzeyini değerlendiren ölçek “Kendini Affetme”, “Başkasını Affetme” ve “Durumu Affetme” olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Likert tipi ölçeğin maddeleri 7’li değerlendirme ölçeğine göre değerlendirilmekte olup değerlendirme, “Beni hiç yansıtmıyor” (1 puan), “Beni pek yansıtmıyor” (3 puan), “Beni biraz yansıtıyor” (5 puan) ve “Beni tamamen yansıtıyor” (7 puan) şeklindedir. Ölçek maddelerinde, 2, 4, 6, 7, 9, 11, 13, 15, ve 17. maddeler ters olarak puanlanmaktadır. Ölçek, toplam ve alt ölçek puanlarına göre değerlendirilmekte ve bir kesme puanı bulunmamaktadır. Ölçeğin alt boyutlarının her birinden alınan yüksek puanların ilgili alt boyuttaki affetme düzeyinin yüksek oluşunu veya azlığını işaret etmektedir. Ölçeğin alt boyutlarının puanlarının toplamıyla toplam affetme puanı meydana gelmektedir (103). Yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasında Cronbach α katsayıları, kendini affetme alt boyutu için 0.64, başkasını affetme alt boyutu için 0.79 ve durumu affetme alt boyutu için 0.76 olarak ve ölçeğin toplam affetme puanı için ise 0.81 olarak hesaplanmıştır (11). Bu çalışmada ise ölçeğin toplam affetme için Cronbach α katsayısı 0.78 olarak hesaplanmıştır.

Tablo.3.1. Heartland Affetme Ölçek Alt Maddeleri

Heartland Affetme Ölçek Alt Maddeleri	Ölçek Maddeleri	Ölçekten Alınabilecek En Yüksek ve En Düşük Değerler
Kendini affetme	1,2,3,4,5,6,	6-42
Başkasını affetme	7,8,9,10,11,12	6-42
Durumu affetme	13,14,15,16,17,18	6-42
TOPLAM PUAN	18	18-126

3.4.3. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (Ek-3)

Psikolojik İyi Oluş Ölçeği, Diener ve ark. tarafından psikolojik iyi oluş verilerini bütünlemek, tamamlamak ve sosyal ve psikolojik iyi oluşu ölçmek amacı ile geliştirilmiştir (8). Psikolojik İyi Oluş Ölçeğinin Türkçeye uyarlaması Telef tarafından yapılmıştır (104). Psikolojik İyi Oluş Ölçeği 8 maddeden oluşmaktadır. Bu 8 madde, Kesinlikle Katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Kısmen Katılmıyorum (3), Kararsızım (4), Kısmen Katılıyorum (5), Katılıyorum (6) ve Kesinlikle Katılıyorum (7) olmak üzere 7'li likert ile ölçülmüştür. Psikolojik İyi Oluş Ölçeğindeki cümlelerin tamamı olumlu şekildedir. Ölçekte ters puanlama yapılan herhangi bir soru maddesi bulunmamaktadır. Ölçekten en yüksek 56 puan alınırken, en az ise 8 puan alınmaktadır. Güvenilir ve en yakın gelen seçenekler işaretlendiği takdirde ölçekten yüksek puan alınması, kişinin psikolojik yönden olumlu düzeyde olduğunu, düşük puan alınması ise kişinin psikolojik yönden olumsuzluklar yaşadığını ifade eder (8). Ölçeğin güvenirlik çalışmasında elde edilen Cronbach's Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.80 olarak hesaplanmıştır. Araştırmamızda ise ölçeğin toplam affetme için Cronbach α katsayısı 0.91 olarak hesaplanmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler Kasım 2021 ile Mayıs 2022 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi psikiyatri kliniğinde görüşmenin yapılabileceği toplantı odasında araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Ortam pandemi koşullarına uygun olarak (maske, mesfae, havalandırma vb...) hazırlandı. Araştırmada deney ve kontrol gruplarına ön test formları (Tanıtıcı Özellikler Formu, Affetme ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği) ve son test formları (Affetme ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği) uygulandı. Formlar araştırmacı tarafından hastalara dağıtıldı ve formları hastalar

kendileri doldurdu. Doldurulan formlar araştırmacı tarafından toplandı. Veri toplama araçlarının doldurulma süresi yaklaşık olarak 20 dk sürdü.

3.6. Hemşirelik Girişimi

Hastalara hemşirelik girişimi olarak pozitif psikoterapi temelli psikoeğitim (PPTP) interaktif eğitim yoluyla araştırmacı tarafından grup eğitimi şeklinde verildi. Araştırmacı, 4. Türkiye Psikoterapi Zirvesine 20-21 Mart 2021 tarihinde verilen ‘‘Pozitif Psikoterapi’’ adlı eğitim programına katıldı ve katılım belgesini aldı. Ayrıca Olgu Psikoloji ve Danışmanlık Merkezi’nin Ocak 2022 ile Ağustos 2022 tarihleri arasında ‘‘ Pozitif Psikoterapi Temel Eğitimi’’ni tamamladı ve katılım belgesini aldı.

Deney grubundaki bireylere ilk oturumda, her grup için eğitimin yapılabilieceği uygun bir toplantı odasında araştırmacı tarafından PPTP programı hakkında bilgi verildi. Ardından eğitim günleri belirlendi. Bilgilendirme sonrası deney grubundaki bireyler psikiyatrik tanılarına göre gruplandırıldı (psikoz, bipolar, depresyon, anksiyete bozukluğu, okb ve ilişkili bozukluk, madde kullanım bozukluğu). Her grup 10 kişiden oluşturuldu. Eğitim haftada iki gün, aynı saatlerde olmak üzere toplam 4 hafta (8 oturum) grup eğitimi şeklinde araştırmacı tarafından verildi. Eğitimlere başlamadan önce tanılara göre belirlenen gruplar 1. 2. ve 3. eğitim gruplarına bölündü. Birinci eğitim grubuna psikoz ve bipolar bozukluk, ikinci eğitim grubuna depresyon, anksiyete bozukluğu, üçüncü eğitim grubuna ise OKB ve ilişkili bozukluk ve madde kullanım bozukluğu tanısı alan hasta grupları dahil edildi. Her oturum ortalama 45-60 dakika sürdü. Ayrıca çeşitli nedenlerle oturlara katılamayan ya da programa (gün/tarih olarak) uymakta güçlük çeken bireyler için telafi oturumları düzenlendi.

Kontrol grubundaki bireylere eğitim boyunca herhangi bir girişim (eğitim) uygulanmadı. Bu süre içerisinde kontrol ve deney grubundaki hastalar ilaç tedavisi ve kliniğin rutin uygulamalarına devam etti.

3.6.1. PPTP Temelli Eğitim Oturumlarının İçeriği

PPTP programının içeriği literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlandı (10-19). PPTP programı oturumlarının konuları şu şekilde belirlendi:

1. **Oturum:** Bu oturumdaki temel amaç eğitim ile ilgili bilgilendirme yapmak ve hastaları tanımaktır. Eğitimci ve bireyler kendini tanıtır. PPTP içeriğinden ve eğitime düzenli katılımın öneminden bahsedilir. Eğitime

katılmak isteyen bireyler ile eğitim günleri ve grup kuralları belirlenir. Bireylerin tecrübe ve beklentileri paylaşılır.

2. **Oturum:** Bu oturumdaki temel amaç hastalığa yönelik bilgilendirme yapmaktır. Hastalığa, nedenlerine, tanı ve tedavisine, hastalığın ruhsal, toplumsal, ekonomik ve sosyal yönlerine ilişkin bilgilendirme yapılır. Pozitif psikoterapi kapsamında çatışmalar belirlenir. Bu çatışmalara mesafe konulması için eğitim verilir.
3. **Oturum:** Umut, denge ve konsültasyon ilkeleri hakkında eğitim verilir. Bu ilkelere göre çatışmalar belirlenir. Günlük faaliyetlerden bahsedilir. Bireylerin kendi duygu ve davranışlarını daha iyi tanıması için örnek hikaye okunur.
4. **Oturum:** Bireylerin ön yargılarını fark etmesi, kendi hayat hikayeleri üzerinden güçlü yönlerini keşfetmeleri sağlanır. Bireylerin ön yargılarını fark etmesi, yaşadıkları sıkıntıları, durumları, kendini affetme yöntemleri hakkında bilgilendirme yapılır. Kötü anı ve düşüncelerin yerine pozitif duygu ve düşüncelerin geliştirilmesi amacıyla örnek hikaye paylaşılır.
5. **Oturum:** Bireylerin günlük hayatlarında üç pozitif şeyi belirlemeleri istenir. Olumlu bakış açısı geliştirilmeye çalışılır. Bireylere iletişim becerilerini artırma ve problem çözme yetisi kazandırma yoluyla bireylerin davranışlarının pozitif yönde geliştirilmesi amaçlanır. İletişim ve problem çözebilmeye yönelik bilgilendirilir. İletişimin öneminden bahsedilir ve ben dili çalışması yapılır. Örnek hikaye anlatılır.
6. **Oturum:** Psikolojik iyi oluş hakkında bilgilendirme yapılır. Çatışmalara karşı çözüm becerilerin farkına varma ve çözüm geliştirilir. Olumlu duygu geliştirme ve geçmişe ait olumlu anılar hakkında örnek hikaye paylaşılır.
7. **Oturum:** Negatif duygu durumların yerine pozitif duygu durumun geliştirme çalışmaları yapılır. Mektup yazmanın önemi hakkında konuşulur. Sorunlarına mektup yazılır ve değerlendirilir. Kişisel güçlü yanların ön plana alınmaya çalışılır. Örnek hikaye (mektup) okunur.
8. **Oturum:** Bireylerin sağlıklı ve dengeli bir yaşam sürmesini sağlamak amacıyla kısa, orta ve uzun soluklu gelecek planı belirlenmesi amaçlanır. Programın etkinliğini değerlendirme ve öğrenilenleri pekiştirmenin yapıldığı son oturumdur. Psikoeğitim ile ilgili grup üyelerinin kendilerini ve programı değerlendirmeleri istenir. İşleyişle ilgili eleştiri ve öneriler varsa dinlenir ve değerlendirilir.

PPTP uygulama planı şekil 3.2.'de verilmiştir.

1. Oturum: Hazırlık Oturumu	2. Oturum: (Gözlem/ Mesafe evresi)
• Eğitim verilecek olan bireylerle tanışma, • Hastalıkları hakkında bilgi verme, • Pozitif psikoterapi terapinin içeriği hakkında bilgilendirme, • Eğitimlere katılımın önemi hakkında bilgilendirme • Eğitim verilecek günler belirleme • Ön test uygulama	• Farklılaşma analiz envanteri uygulama • Sorunları belirleme, • Sorunlara mesafe koyma • Bireylerin pozitif kaynaklarının belirleme • Örnek hikaye
3. Oturum: Hastalığı Tanıma (Envanter evresi)	4. Oturum: Durumsal Cesaretlendirme evresi
• Farklılaşma analiz envanteri uygulama • Umut, denge ve konsültasyon ilkeleri hakkında eğitim verme, • Hastanın kendini daha iyi tanımasına yardımcı olma • Örnek hikaye	• Bireylerin ön yargılarını fark etmesi • Bireylerin yaşadıkları sıkıntıları affetme • Durumları affetme • Kendini affetme, • Başkasını affetme, • Kötü anı ve düşüncelerin yerine pozitif duygu ve düşüncelerin geliştirilmesi, • Kendini tanıma,
5. Oturum: Sözeleştirme evresi/ affetme	6. Oturum: Sözeleştirme evresi/ psikolojik iyi oluş
• Bireylerin kendi hayat hikayesi üzerinden güçlü yönlerini görebilmesi • Sağlıklı yaşam ve başarı • Günlük hayatta üç pozitif şeyi belirleme • Örnek hikaye	• Psikolojik iyi oluş hakkında bilgilendirme, • Çatışmalara karşı çözüm becerilerin farkına varma ve çözüm geliştirme, • Olumlu duygu durumu geliştirme, • Geçmişe ait olumlu anılar, • Örnek hikaye
7. Oturum: Sözeleştirme evresi/	8. Oturum: Son oturum: Hedefleri Genişletme evresi ve Değerlendirme
• Negatif duygu durumların yerine pozitif duygu durumun geliştirilmesi • Mektup yazmanın önemi • Sorunlarına mektup yazılması • Kişisel güçlü yanların ön plana alınması • Örnek hikaye	• Bireylerin kısa, orta ve uzun vadede gelecek planı belirlenmesi. • Öğrenilenleri pekiştirme, • Son testlerin yapılması, • Pozitif psikoterapi sürecinin değerlendirilmesi,

Şekil 3.2. PPTP Eğitimi Ugulama Planı

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Affetme ve psikolojik iyi oluş

Bağımsız Değişken: Pozitif Psikoterapi Temeli Psikoeğitim programıdır.

Kontrol Değişkenleri: yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumları, gelir durumu, çalışma durumu, ailede ruhsal hastalık varlığı, hastalığın ilk başlama yaşı, ne kadar süredir hasta olduğu, psikiyatrik tanısı.

Tablo 3.2. Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Kontrol Grubu		Deney Grubu		Test ve Önemlilik
	S	%	S	%	
Yaş					
18-28	16	26.7	21	35	$X^2=3.104$ $p=0.376$
29-39	20	33.3	17	28.3	
40-50	16	26.7	10	16.7	
51-65	8	13.3	12	20.0	
Cinsiyet					
Erkek	33	55.0	31	51.7	$X^2=0.134$ $p=0.714$
Kadın	27	45.0	29	48.3	
Medeni Durum					
Evli	21	35.0	26	43.3	$X^2=0.874$ $p=0.350$
Bekar	39	65.0	34	56.7	
Eğitim Düzeyi					
Okur-Yazar	5	8.3	1	1.7	$X^2=3.946$ $p=0.267$
İlköğretim	14	23.3	12	20.0	
Ortaöğretim	28	46.7	28	46.7	
Yükseköğretim	13	21.7	19	31.7	
Gelir Durumu					
Kötü	15	25.0	10	16.7	$X^2=1.266$ $p=0.531$
Orta	34	56.7	38	63.3	
İyi	11	18.3	12	20.0	
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	11	18.3	20	33.3	$X^2=3.523$ $p=0.061$
Çalışmıyor	49	81.7	40	66.7	
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü					
Var	17	28.3	24	40.0	$X^2=1.815$ $p=0.178$
Yok	43	71.7	36	60.0	
Hastalığın Başlama Yaşı					
18-28	39	65.0	37	61.7	$X^2=0.338$ $p=0.844$
29-39	15	25.0	15	25.0	
40 Ve Üzeri	6	10.0	8	13.3	
Hastalık Süresi					
0-5 Yıl	24	40.0	23	38.3	$X^2=0.148$ $p=0.985$
6-11 Yıl	14	23.3	15	25.0	
12-17 Yıl	9	15.0	10	16.7	
18 Ve Üzeri Yıl	13	21.7	12	20.0	
Hastalık Tanısı					
Psikoz	10	16.6	10	16.6	-
Bipolar	10	16.6	10	16.6	
Depresyon	10	16.6	10	16.6	
OKB	10	16.6	10	16.6	
Madde	10	16.6	10	16.6	
Anksiyete	10	16.6	10	16.6	

Tablo 3.2’de deney ve kontrol grubundaki bireylerin tanıtıcı özelliklerinin değerlendirilmesinde, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi. ($p>0.05$, Tablo 3.2). Deney ve kontrol grubunun tanıtıcı özellikler açısından homojen olduğu söylenebilir.

Tablo 3.3. Affetme ile psikolojik iyi oluş arasında korelasyon tablosu

	Affetme	
Psikolojik İyi Oluş	R	0.503
	p	0.001

Tablo 3.3’te affetme ile psikolojik iyi oluş arasında istatistiksel olarak pozitif yönde orta düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. Hastaların affetme düzeyleri arttıkça psikolojik iyi oluşlarının da arttığı söylenebilir.

3.8.Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin değerlendirilmesi için SPSS 25.0 istatistik programı kullanılarak ve anlamlılık düzeyi için $p<0,05$ değeri kabul edildi. Bireylerin demografik ve tanıtıcı özellikleri ile ilgili bilgiler ortalama ve yüzdelik değerler ile gösterildi.

Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile değerlendirildi. Normal dağılıma uyan veriler parametrik yöntemlerden Bağımsız Gruplarda t ve Bağımlı Gruplarda t testleri ile değerlendirildi. Ayrıca ölçeklerin karşılaştırılmasında pearson korelasyon analizi, psikiyatrik tanı ile ölçeklerin karşılaştırılmasında anova ve bonferonni analizleri uygulandı.

Tablo 3.4. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Kontrol ve deney grubundaki bireylerin tanıtıcı özelliklerinin belirlenmesi ve karşılaştırılması	• Yüzdelik dağılım • Aritmetik ortalama • Ki-kare testi • Standart sapma • Min-max (minimum maximum değerleri)
Affetme ve psikolojik iyi oluş ölçek puan ortalamalarının kontrol ve deney grubunda karşılaştırılması	• Bağımsız gruplarda t testi
Kontrol ve deney gruplarının affetme ve psikolojik iyi oluş ölçek toplam puan ortalamalarının eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılması	• Bağımlı gruplarda t testi

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan onay ve araştırmanın yapılacağı kurumdan yasal izin alındı (Ek-6, Ek-7). Araştırmaya dahil edilen hastalara çalışmanın amacı açıklanacak ve soruları yanıtlandı. Hastalara, verdikleri bilgilerin gizli tutulacağı, başka hiçbir yerde kullanılmayacağı ve istedikleri anda çalışmadan ayrılma hakkına sahip oldukları açıklandı. Araştırmaya başlamadan önce hasta ve hasta yakınlarına araştırmanın amacı açıklanıp, sözel ve yazılı izinleri alındı. Deney grubuna verilen PPTP programı sonrası son testler verileri toplandıktan sonra kontrol grubundan isteyen hastalara da PPTP verildi.

Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın tek bir merkezde ve grup eğitimi olarak yapılmış olması sınırlılığı oluşturmaktadır. Pandemi nedeniyle kliniklerde yatan hasta sayısının azalması ve kliniğin ara ara karantinaya alınması araştırmanın bir başka sınırlılığıdır.

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular araştırmanın hipotezleri doğrultusunda sunuldu.

Tablo 4.1. Kontrol ve deney grubundaki bireylerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Kontrol Grubu		Deney Grubu	
	S	%	S	%
Yaş				
18-28	16	26.7	21	35.0
29-39	20	33.3	17	28.3
40-50	16	26.7	10	16.7
51-65	8	13.3	12	20.0
Cinsiyet				
Erkek	33	55.0	31	51.7
Kadın	27	45.0	29	48.3
Medeni Durum				
Evli	21	35.0	26	43.3
Bekar	39	65.0	34	56.7
Eğitim Düzeyi				
Okur-Yazar	5	8.3	1	1.7
İlköğretim	14	23.3	12	20.0
Ortaöğretim	28	46.7	28	46.7
Yüksekokul	13	21.7	19	31.7
Gelir Durumu				
Kötü	15	25.0	10	16.7
Orta	34	56.7	38	63.3
İyi	11	18.3	12	20.0
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	11	18.3	20	33.3
Çalışmıyor	49	81.7	40	66.7
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü				
Var	17	28.3	24	40.0
Yok	43	71.7	36	60.0
Hastalığın Başlama Yaşı				
18-28	39	65.0	37	61.7
29-39	15	25.0	15	25.0
40 Ve Üzeri	6	10.0	8	13.3
Hastalık Süresi				
0-5 Yıl	24	40.0	23	38.3
6-11 Yıl	14	23.3	15	25.0
12-17 Yıl	9	15.0	10	16.7
18 Ve Üzeri Yıl	13	21.7	12	20.0
Hastalık Tanısı				
Psikoz	10	16.6	10	16.6
Bipolar	10	16.6	10	16.6
Depresyon	10	16.6	10	16.6
OKB	10	16.6	10	16.6
Madde	10	16.6	10	16.6
Anksiyete	10	16.6	10	16.6

Tablo 4.1’de kontrol ve deney grubundaki bireylerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımında; deney grubundaki bireylerin %28.3’ünün 29-39 yaş aralığında, %51.7’sinin erkek, %56.7’sinin bekar, %46.7’sinin ortaöğretim mezunu, %63.3’ünün gelir düzeyinin orta, %66.7’sinin çalışmadığı, %60’ının ailesinde ruhsal hastalık olmadığı, %61.7’sinin hastalığının başlama yaşının 18-28 aralığında, %38.3’ünün hastalığın başlama süresinin 0-5 yıl arasında, %16.7 ile tüm tanıların eşit olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1’de kontrol ve deney grubundaki bireylerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımında; kontrol grubundaki bireylerin %33.3’ünün 29-39 yaş aralığında, %55’inin erkek, %65’inin bekar, %46.7’sinin ortaöğretim mezunu, %56.7’sinin gelir düzeyinin orta, %81.7’sinin çalışmıyor, %71.7’sinin ailesinde ruhsal hastalık olmadığı, %65’inin hastalığın başlama yaşının 18-28 aralığında, %40’ının hastalığın başlama süresinin 0-5 yıl arasında, %16.7 ile tüm tanıların eşit olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin ön test affetme ve affetme alt boyut ile ön test psikolojik iyi oluş ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

	ÖN TEST		*Test ve Önemlilik
	Deney Grubu (s=60) ($\bar{X} \pm S.S$)	Kontrol Grubu (s=40) ($\bar{X} \pm S.S$)	
Kendini Affetme Toplam Puan	25.38 $\pm$ 6.49	24.96 $\pm$ 6.20	$t=-0.359$ $p=0.720$
Başkasını Affetme Toplam Puan	27.16 $\pm$ 7.12	23.65 $\pm$ 8.36	$t=-2.479$ $p=0.015$
Durumu Affetme Toplam Puan	25.18 $\pm$ 6.02	25.66 $\pm$ 7.12	$t=0.401$ $p=0.689$
Affetme Toplam Puan	77.73 $\pm$ 15.15	74.28 $\pm$ 17.05	$t=-1.171$ $p=0.244$
Psikolojik İyi Oluş Toplam Puan	33.20 $\pm$ 11.47	34.78 $\pm$ 12.16	$t=0.733$ $p=0.465$

*Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 4.2’de deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin ön test affetme ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, deney grubunun ön test kendini affetme alt boyutu toplam puan ortalaması 25.38 $\pm$ 6.49, kontrol grubunun 24.96 $\pm$ 6.20, deney grubunun ön test başkasını affetme alt boyutu toplam puan ortalaması 27.16 $\pm$ 7.12, kontrol grubunun 23.65 $\pm$ 8.36, deney grubunun ön test durumu affetme alt boyutu toplam puan ortalaması 25.18 $\pm$ 6.02, kontrol grubunun puan ortalaması

25.66±7.12 ve deney grubunun affetme toplam puan ortalaması, 7.73±15.15, kontrol grubunun 74.28±17.05 olarak saptandı. Deney ve kontrol grubu ön test affetme ölçek alt boyutlarından başkasını affetme toplam puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanırken ($p<0.05$), diğer alt boyutlar ve ölçek toplam puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Deney ve kontrol grubu bireylerin ön test affetme ölçek toplam puan ortalaması açısından benzer olduğu söylenebilir (Tablo 4.2).

Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin ön test psikolojik iyi oluş toplam puan ortalaması 34.78±12.16, kontrol grubunun puan ortalamaları 33.20±11.47.16 olarak saptandı. Deney ve kontrol grubu ön test psikolojik iyi oluş ölçek toplam puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi ($p>0.05$). Deney ve kontrol grubu hastaların ön test psikolojik iyi oluş ölçek toplam puan ortalaması açısından benzer olduğu söylenebilir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin son test affetme alt boyut ve affetme ile son test psikolojik ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

	SON TEST		
	Deney Grubu (s=60) ($\bar{X}\pm S.S$)	Kontrol Grubu (s=60) ($\bar{X}\pm S.S$)	*Test ve Önemlilik
Kendini Affetme Toplam Puan	26.75±6.32	25.46±5.95	$t=-1.144$ $p=0.255$
Başkasını Affetme Toplam Puan	29.60±7.01	24.21±7.76	$t=-3.984$ $p=0.001$
Durumu Affetme Toplam Puan	27.21±7.20	25.91±7.38	$t=-0.976$ $p=0.331$
Affetme Toplam Puan	83.56±17.20	75.60±15.89	$t=-2.635$ $p=0.010$
Psikolojik İyi Oluş Toplam Puan	39.20±11.57	34.33±13.12	$t=2.155$ $p=0.033$

*Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 4.3’de deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin son test affetme ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, deney grubunun son test kendini affetme alt boyutu toplam puan ortalaması 26.75±6.32, kontrol grubunun 25.46±5.95, deney grubunun son test başkasını affetme alt boyutu toplam puan ortalaması 29.60±7.01, kontrol grubunun 24.21±7.76, deney grubunun son test durumu affetme alt boyutu toplam puan ortalaması 27.21±7.20, kontrol grubunun toplam puan ortalaması

25.91±7.38 ve deney grubunun son test affetme toplam puan ortalamasının 83.56±17.20 olduğu belirlendi. Deney ve kontrol grubu son test ölçek alt boyutlarından başkasını affetme ve ölçek toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanırken ($p<0.05$), diğer alt boyut ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$, Tablo 4.3). Deney grubunun son test affetme ölçek toplam puan ortalaması ve başkasını affetme ölçek alt boyut toplam puan ortalamasının kontrol grubuna göre arttığı saptandı.

Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin son test psikolojik iyi oluş toplam puan ortalaması 39.20±11.57, kontrol grubunun puan ortalamaları 34.33±13.12 olarak saptandı. Deney ve kontrol grubu son test psikolojik iyi oluş ölçeği toplam puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$, Tablo 4.3). Deney grubunun son test psikolojik iyi oluş ölçek toplam puan ortalamasının kontrol grubuna göre arttığı saptandı.

Tablo 4.4. Deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin ön test ve son test affetme ve affetme alt boyut ile ön test ve son test psikolojik iyi oluş ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (S=120)

Gruplar		Ön Test	Son Test	*Test ve Önemlilik
		(X±S.S)	(X±S.S)	
Deney Grubu (s=60)	Kendini Affetme Toplam Puan	25.38±6.49	26.75±6.32	t=-2.491 p=0.016
	Başkasını Affetme Toplam Puan	27.16±7.12	29.60±7.01	t=-3.117 p=0.003
	Durumu Affetme Toplam Puan	25.18±6.02	27.21±7.20	t=-2.816 p=0.007
	Affetme Toplam Puan	77.73±15.15	83.56±17.20	t=-4.035 p=0.001
	Psikolojik İyi Oluş Toplam Puan	33.20±11.47	39.20±11.57	t=-5.011 p=0.001
Kontrol Grubu (s=60)	Kendini Affetme Toplam Puan	24.96±6.20	25.46±5.95	t=-0.802 p=0.426
	Başkasını Affetme Toplam Puan	23.65±8.36	24.21±7.76	t=-0.579 p=0.565
	Durumu Affetme Toplam Puan	25.66±7.12	25.91±7.38	t=-0.278 p=0.782
	Affetme Toplam Puan	74.28±17.05	75.60±15.89	t=-0.746 p=0.459
	Psikolojik İyi Oluş Toplam Puan	34.78±12.16	34.33±13.12	t=0.421 p=0.676

*Bağımlı gruplarda t testi

Tablo 4.4'te deney grubu ön test son test affetme ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; ön test son test başkasını affetme ölçek alt boyutu

ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0.05$). Deney grubu ön test son test psikolojik iyi oluş ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0.05$, Tablo 4.4). Deney grubundaki bireylerin affetme ölçek toplam puan ortalaması, başkasını affetme ölçek alt boyut toplam puan ortalaması ve psikolojik iyi oluş ölçek toplam puan ortalamasında artma olduğu saptandı.

Kontrol grubu ön test son test affetme ölçek alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0.05$). Kontrol grubu ön test son test psikolojik iyi oluş ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$, Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Deney grubundaki bireylerin tanılara göre affetme ön test ve son test ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

Affetme		
Tanılar	Ön test	Son test
Anksiyete	75.50±16.64	79.80±16.52
Depresyon	70.55±15.42	77.20±15.58
OKB	75.15±13.47	73.60±16.75
Bipolar	81.75±18.56	84.50±17.51
Psikoz	77.00±16.76	82.00±18.95
Madde	76.10±15.64	80.40±16.25

F=9.573
p=0.471

*Anova

Tablo 4.5.'te deney grubunda tanılara göre affetme ölçek toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Deney grubundaki bireylerin tanılara göre psikolojik iyi oluş ön test ve son test ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

Psikolojik iyi oluş		
Tanılar	Ön test ortalama	Son test ortalama
Anksiyete	27.55±13.97	31.45±13.22
Depresyon	32.20±11.63	34.45±13.87
OKB	34.00±10.22	37.35±11.26
Bipolar	40.00±11.66	42.00±11.09
Psikoz	38.45±9.77	42.05±8.17
Madde	31.75±9.73	33.30±14.03

*Anova, ** Bonferonni

Tablo 4.6’da deney grubunda tanılara göre psikolojik iyi oluş ölçek toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde anlamlılığın anksiyete bozuklukları grubundan kaynaklı olduğu belirlendi. Anksiyete bozuklukları grubuna verilen PPTP’in psikolojik iyi oluşta daha anlamlı olduğu söylenebilir (Tablo 4.6).

5. TARTIŞMA

Bu araştırma ruhsal hastalığı olan bireylere verilen pozitif psikoterapi temelli psikoeğitimin, affetme ve psikolojik iyi oluşa etkisini belirlemek amacıyla literatür ekseninde tartışılmıştır.

Literatürde ruhsal hastalığı olan bireylere verilen pozitif psikoterapi temelli psikoeğitimin, affetme ve psikolojik iyi oluşa etkisi ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla araştırma literatürde ilk olma özelliğini taşımaktadır. Araştırma en yakın literatürle tartışılmaya çalışılmıştır.

PPTP ruh sağlığı hastalıklarında giderek daha fazla uygulanmaya başlanmıştır. Bireyin güçlü yönlerini, bireyde olan kaynakların fark edilmesi ve bu kaynakları harekete geçirmek için uğraşmaktadır. Ağır ruhsal hastalığı olan bireylerde PPTP ile ilgili yeterince çalışma olmadığı için kanıt temelli çalışmalara ihtiyaç duyulduğu söylenebilir (105). Araştırmanın sonuçlarının anksiyete, depresyon, okb, bipolar, psikoz ve madde bozukluklarında önemli olduğu düşünülmektedir.

Yapılan taramalarda ruhsal hastalığı olan bireylerin affetme ve psikolojik iyi oluşlarının yüksek olmadığı saptandı (8,105). Özdemir ve Kavak Budak şizofreni hastalarında yaptığı randomize kontrollü çalışmanın ön testlerinde psikolojik iyi oluşun yüksek olmadığını saptamıştır (8). Literatür doğrultusunda ruhsal hastalıklarda farmakolojik tedaviye ek olarak terapilere ihtiyaç olduğu görülmektedir (93, 106).

Ruhsal hastalığı olan bireylerin tedavisinde önemli bir yer edinmiş olan pozitif psikoterapi eğitimleri araştırmacıların dikkatini çekmiş durumdadır (93, 106). PPTP bireylerin güçlü yönleri hakkındaki farkındalıklarını geliştirerek ve psikolojik olarak kendini iyi hissettirerek hastalıkları tedavi etmeye çalışmaktadır (107). PPTP bireylerde var olan yeteneklerin farkına varmasına yardım eder. Aynı zamanda bireyler kendi kendine yardımcı öğrenebilmektedir. Doğu özdeyişinde denildiği gibi, eğer birine balık verirseniz, onu bir kez beslemiş olursunuz. Eğer ona nasıl balık tutulacağını öğretirseniz, o kendi kendinin karnını her zaman doyurabilir (93). Doğu özdeyişinde de belirtildiği gibi kendini tanıma, kendi vücudunu tanıma, kendi yeteneklerini tanıma ve yeteneklerini kullanmayı bilen birey her zaman kendine yardım edebilir.

5.1. Affetmeyle İlgili Bulguların Tartışılması

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin eğitim öncesi gruplararası affetme ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; başkasını affetme altboyutunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanırken ($p<0.05$), diğer alt boyutlar ve ölçek toplam puan ortalamasının ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$, Tablo 4.2). Ölçekten alınan yüksek puan affetmenin de yüksek olabileceği anlamına gelebilir. Eğitim öncesi deney ve kontrol grubundaki ruhsal hastalığı olan bireylerin affetme alt boyut ve affetme toplam puanlara bakıldığında affetmenin yüksek olmadığı anlaşılabılır. Karaca'nın anksiyete, depresyon hastalarında yapmış olduğu çalışmada kendini ve başkasını affetme anlamlı çıkmamışken, durumu affetme anlamlı çıkmıştır (108). Kartaltepe'nin psikosomatik hastalığı olan bireylerde yapmış olduğu çalışmada o bireylerin affedicilik düzeylerinin orta düzeyde olduğunu belirlemiştir (109). Araştırmada başkasını affetmenin istatistiksel olarak anlamlı çıkması bireylerin affetmeye eğilimleri, empati yeteneklerinin güçlü olması, olumlu kişilik özellikleri, aldıkları ilaçlı tedavinin etkisinden kaynaklanmış olabilir. Araştırma literatürle paralellik göstermektedir.

Eğitim sonrası deney ve kontrol grubu gruplararası affetme ölçek alt boyutlarından başkasını affetme ve ölçek toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanırken ($p<0.05$), ölçeğin diğer alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$, Tablo 4.3). Deney grubu ön test son test grup içi başkasını affetme ölçek alt boyutu ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0.05$, Tablo 4.4). Kontrol grubu ön test son test grup içi affetme ölçek alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0.05$). Deney grubundaki bireylerin eğitim sonrası affetme ölçek toplam puan ortalaması ve alt boyutlardan başkasını affetme ölçek alt boyut toplam puan ortalamasının arttığı belirlendi. PPTP eğitim sonrası deney grubundaki hastaların affetme düzeylerindeki artış araştırmanın hipotezlerinden biri olan **'Ruhsal hastalığı olan bireylere verilen pozitif psikoterapi temelli psikoeğitim affetmeyi arttırır'** hipotezini doğrulamaktadır. Karduz, affetme eğilimi kazandırmaya yönelik nevrotik kişilikli bireylerle yapmış olduğu çalışmada psikoeğitim sonrasında başkasını affetme alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu saptamıştır (110). PPTP eğitiminde ruhsal hastalığı olan bireylere kendi kendine yardım etmeyi öğretebilmektedir. PPTP eğitimiyle

affedemediği bireyleri, durumları veya olayları affederek, bedenindeki veya zihnindeki yükleri atmasıyla kendi kendine yardım prensibiyle yardım etmiş olabilir. Aynı zamanda verilen PPTP eğitimiyle bireylerin kendini, durumu ve başkasını affetmesi sonucunda, kendilerine ya da başkalarına karşı suçluluk ve öfkenin azalması, affetme düzeylerinde artışa sebep olmuş olabilir. Ayrıca PPTP eğitiminde “Patates çuvaları ve affetme” gibi hikayelerin anlatılması, bireylerin affedemediği olay, durum kendisi ya da başkasına ya da hastalığına mektup yazması hastalığı konusunda farkındalık, iç görü geliştirebilmektedir. Dolayısıyla PPTP eğitimiyle bireylerdeki olaya, duruma, kendisine, başkasına ya da hastalığa karşı, öfke ve nefret duygularının yerini sevgi, merhamet ve şefkat duyguları alabilmektedir. Bu durum bireylerin affetme düzeylerinin artmasında etkili olmuş olabilir. Araştırmanın bulgularına istinaden PPTP eğitiminin ruhsal hastalığı olan bireylerde affetmeyi arttırmak için etkin bir psikososyal müdahale olarak kullanılabileceği söylenebilir.

5.2. Psikolojik İyi Oluşla İlgili Bulguların Tartışılması

Eğitim öncesi deney ve kontrol grubunun gruplararası ön test psikolojik iyi oluş ölçek toplam puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi ($p>0.05$; Tablo 4.2). Eğitim öncesi deney ve kontrol grubundaki bireylerin psikolojik iyi oluş düzeylerinin ortalamasının üstünde olduğu söylenebilir. Özdemir ve Kavak Budak şizofreni hastalarında yaptığı randomize kontrollü çalışmanın ön testlerinde psikolojik iyi oluşun ortalamasının üstünde olduğunu saptamıştır (8). Ruhsal hastalıkların iyileşme süreci uzun olabilmektedir. Bu süreçte hastalar psikolojik, fizyolojik ve mental olarak zor zamanlar geçirebilmekte dolayısıyla psikolojik iyi oluşları olumsuz etkilenebilmektedir. Işıktaş ve ark. yaptığı çalışmada bireylerin yaşadığı anksiyetenin onların psikolojik iyi oluşlarını olumsuz yönde etkilediğini belirlemiştir (112). Mahmoudi ve Khoshakhlagh depresyon hastalığı olan ergen bireylerde yaptığı çalışmada ön testte psikolojik iyi oluşun istatistiksel olarak anlamlı olmadığını saptanmıştır (112). Slade ruhsal hastalık ve iyilik: pozitif psikoloji ve iyileşme yaklaşımlarının hayati önemi çalışmasında ruhsal hastalıklarda pozitif psikoterapi yaklaşımlarının önemli olduğunu ifade etmiştir (113). Araştırma bulguları literatürle benzerlik göstermektedir.

Eğitim sonrası deney ve kontrol grubunun gruplararası son test psikolojik iyi oluş ölçeği toplam puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$, Tablo 4.3). Deney grubunun grup içi ön test ve son test psikolojik iyi oluş

ölçek toplam puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı oluğu saptanırken ($p<0.05$), kontrol grubunun grup içi ön test ve son test psikolojik iyi oluş ölçek toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$; Tablo 4.4). PPTP eğitim sonrası deney grubundaki bireylerin psikolojik iyi oluş düzeylerindeki artış araştırmanın hipotezlerinden biri olan **‘Ruhsal hastalığı olan bireylere verilen pozitif psikoterapi temelli psikoeğitim psikolojik iyi oluşu artırır’** hipotezini doğrulamaktadır. Bu bulgu ruhsal hastalığı olan bireylere uygulanan ilaçlı tedavinin yanı sıra araştırmacı tarafından verilen PPTP eğitiminin etkili olduğunu düşündürmektedir. Bolier ve ark. depresyon ile ilgili yaptığı meta analiz çalışmasında PPTP’nin psikolojik iyi oluş üzerinde etkili olduğunu belirlemiştir (114). Meyer ve ark. şizofreni hastalarıyla yaptığı pilot çalışmada pozitif psikoterapinin hastaların psikolojik iyi oluşunu arttırdığını saptamıştır (75). Mahmoudi ve Khoshakhlagh depresyon hastalığı olan ergen bireylerde yaptığı çalışmada pozitif psikoterapinin bireylerin psikolojik iyi oluşları üzerinde etkili olduğunu belirlemiştir (112). Noferesty ve ark. depresyon semptomları olan bireylerde yaptığı çalışmada pozitif psikoterapinin hastaların psikolojik iyi oluşlarını arttırdığını bulmuştur (115). PPTP eğitimi, ruhsal hastalığı olan bireyleri eğitime aktif katılmasını sağlama, kişiler arası ilişkilerin geliştirilmesi, bireylerin eğitim boyunca kendilerini ifade edebilmeleri için cesaretlenmesi ve desteklenmesiyle hastalıkları hakkında iç görü kazandırması psikolojik iyi oluşlarını arttırmada etkili olmuş olabilir. PPTP eğitimi sırasında anlatılan hikayelerin, atasözlerin, özdeyişlerin anlatılması da bireylerin yaşamış oldukları olumsuz duygu ve düşüncelerle ilgili farkındalık oluşturmaktadır. Böylece olumsuz duygu ve düşüncelerin yerini olumlu düşünme, kendini daha iyi hissetmesi, psikolojik iyi oluşlarını arttırmada etkili olduğu yorumu yapılabilir.

5.3. Tanılarla İlgili Bulguların Tartışılması

Deney grubunda tanılara göre affetme ölçek toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 4.5). PPTP ilk uygulandığı zamanlarda depresyon tanısı almış bireylerle bir pozitif psikoloji müdahalesi olarak ortaya çıkmıştır (10). Roepke ve ark. yaptığı pozitif psikoterapi çalışmasında PPTP’nin depresyonda etkili olduğunu belirlemiştir (116). Ayrıca Bolier ve ark. depresyonla ilgili yaptığı meta analiz çalışmasında PPTP’nin depresyonda etkili olduğunu saptamıştır (114). Depresyon hastalarının ümitsiz olabilmesi, yeteneklerinin olması ama bu yeteneklerinin farkında olmaması ya da bu yeteneklerini kullanacak

enerjilerinin olmadığını düşünmesi onları olumsuzluğa teşvik edebilmektedir. PPTP eğitimiyle bu hasta grubunda farkındalık düzeylerinin harekete geçirilmesi daha kolay olmuş olabilir. Bu durumda verilen eğitim bireylerin yeteneklerini kullanmada ve kendine yardım etmede diğer tanılara göre daha hızlı ve etkili olmuş olabilir. Araştırmada affetme puan ortalamasının en fazla olan tanının depresyon olması literatürle paralellik göstermektedir.

Deney grubunda tanılara göre psikolojik iyi oluş ölçek toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$; Tablo 4.6).). Yapılan ileri analizde anlamlılığın anksiyete bozuklukları grubundan kaynaklı olduğu belirlendi. Anksiyete bozukluğu olan bireylerde PPTP eğitiminin psikolojik iyi oluşu daha fazla arttırdığı belirlenmiştir. Özbey yaptığı çalışmada pozitif psikoterapi eğitiminin anksiyete bozukluklarında bireylerin psikolojik iyi oluşlarının arttığını belirlemiştir (106). Kök Eren ve Eryılmaz anksiyete hastalarında yaptığı çalışmada PPTP nin etkili bir müdahale olduğunu saptamıştır (117). Anksiyete bozukluklarında PPTP eğitiminin diğer tanılara göre daha etkili olmasının nedenleri, deney grubunda yer alan anksiyete tanılı bireylerin hastalıkları hakkında içgörülerin daha fazla olması, işbirliğine daha açık olması, eğitim süresince eğitime interaktif katılımlarının daha fazla olması psikolojik iyi oluşlarını arttırmada daha etkili olmuş olabilir. Araştırmanın bulguları alanyazınla paralellik gösterdiği söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ruhsal hastalığı olan bireylere verilen pozitif psikoterapi temelli psikoeğitimin, affetme ve psikolojik iyi oluşa etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- PPTP eğitim öncesi deney ve kontrol grubu bireylerinin affetme düzeylerinin ve psikolojik iyi oluşlarının yüksek olmadığı,
- PPTP eğitimi sonrası, deney grubu bireylerinin, kontrol grubuna oranla affetme düzeylerinin arttığı,
- PPTP eğitimi sonrası, deney grubu bireylerinin kontrol grubuna oranla psikolojik iyi oluşlarının yükseldiği,
- PPTP eğitimi sonrası, deney grubu bireylerinin psikiyatrik tanılara göre karşılaştırılmasında affetme eğilimlerinde depresyon hastalarında affetme eğiliminin diğer tanılara göre daha fazla artış olduğu,
- PPTP eğitiminin anksiyete bozukluğu olan bireylerde diğer tanılara göre psikolojik iyi oluşu arttırmada daha etkili olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Bu sonuçları doğrultusunda;

- ✓ Ruhsal hastalığı olan bireylere farmakolojik tedavinin yanısıra eğitim programlarının uygulanması,
- ✓ Eğitim programlarının pozitif psikoterapi temelli olması,
- ✓ Ruhsal hastalığı olan bireylere pozitif psikoterapi temelli eğitimlerin yaygınlaştırılması,
- ✓ Özellikle ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerine pozitif psikoterapi eğitimlerinin yaygınlaştırılması,
- ✓ Klinikteki tüm ruhsal hastalığı olan bireylerde ilaç tedavisine ek olarak pozitif psikoterapi eğitimlerin yapılabilmesi için klinikteki hemşirelere eğitim verilmesi,
- ✓ Klinikteki doktor ve hemşirelere kanıta dayalı uygulamaları arttırmaya yönelik yapılan bu araştırmanın sonuçları ile ilgili detaylı bilgi verilmesi,
- ✓ Daha büyük çalışma gruplarında çalışılabileceği, önerilir.

KAYNAKLAR

1. Townsend MC. *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları* (Çeviri editörleri). Tangül Özcan C, Gürhan N. 6. Baskı, Ankara: Akademisyen Kitabevi, 2016.
2. Özbaş Gençarslan D. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri. İçinde Tanrıverdi D (Editör). *Farklı Yönleriyle Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*. 1. Baskı Antalya, Çukurova Nobel Tıp kitabevi, 2021:1-13
3. https://www.who.int/mental_health/media/en/545.pdf Son Erişim Tarihi: 01Aralık 2021
4. Esin Ocaktan M, Özdemir O, Akdur R. Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri. *Kriz Derg* 2004,12(2): 63-73.
5. Bekiroğlu S, Attepe Özden S. Türkiye’de Ağır Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylere ve Ailelerine Yönelik Psikososyal Müdahaleler: Sistematik Bir İnceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2021, 13(1): 52-76.
6. Seligman MEP. Authentic happiness: Using the new Positive Psychology to realize your potential for lasting fulfillment. New York, NY, Free Press. 2002
7. Rashid T. Positive psychotherapy: A strength-based approach. *J Posit Psychol* 2015,10(1):25–40.
8. Diener BR, Kashdan TB, Minhas G. A dynamic approach to psychological strength development and intervention. *J Posit Psychol* 2011, 6: 106-18.
9. Seligman ME, Steen TA, Park N, Peterson C. Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *Am Psychol* 2005, 60(5): 410–21
10. Seligman ME, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. *Am Psychol* 2006, 61(8):774–88.
11. Korkmaz S, Korucu T, Yıldız S, Kaya S, İzci F, Atmaca M. Psikiyatri hastalarında aile içi şiddetin sıklığı ve ilişkili faktörler. *Düşünen Adam* 2016, 29(4): 359-66

12. Eryılmaz A. Pozitif psikoterapi bağlamında geliştirilen ergenler için amaçları genişletme grup rehberliği programının etkililiğinin incelenmesi. *Eğitim ve Bilim* 2012,37(164): 3-19.
13. Toussaint L, Owen D ve Cheadle A. Forgive to Live: Forgiveness, Health, and Longevity. *J Behav Med* 2012, 35: 375–86.
14. Macaskill A. Differentiating Dispositional Self- Forgiveness from Other- Forgiveness: Associations with Mental Health and Life Satisfaction. *J Soc Clin Psychol* 2012, 31 (1): 28-50.
15. Toussaint L, Friedman P. Forgiveness, Gratitude, and Well-Being: The Mediating Role of Affect and Beliefs. *J Happiness Stud* 2009, 10(6):635-54.
16. Özdemir AA, Kavak Budak F. The effects of mindfulness-based stress reduction training on hope, psychological well-being, and functional recovery in patients with schizophrenia. *Clin Nurs Res* 2022, 31(2) :183–93
17. Kim H, Kim S, Choe K, Kim J. Effects of mandala art therapy on subjective wellbeing, resilience, and hope in psychiatric inpatients. *Arch Psychiatr Nurs* 2018, 32(2): 167-73.
18. Çam O, Engin E. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. Geliştirilmiş 3. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2021
19. Angers K, Suhr JA, Buelow MT. Cognitive-perceptual and disorganized schizotypal traits are nonlinearly related to atypical semantic content on tasks of semantic fluency. *J Psychiatry Res* 2021,136:7-13.
20. Yıldırım T, Kavak Budak F. The relationship between internalized stigma and loneliness in patients with schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care* 2020,56(1) :168-74.
21. Kocal Y, Karakuş G, Sert D.Şizofreni: etiyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Derg* 2017,26(2):251-67
22. Walker VG. Communication strategies for nursing research with older adults diagnosed with schizophrenia using life course theory. *J Nurs Sch* 2022, 54(2):234– 41

23. Longden E, Branitsky A, Moskowitz A, Berry K, Bucci, S, Varese F. The relationship between dissociation and symptoms of psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin* 2020, 46(5):1104– 13.
24. Muntané G, Farré X, Bosch E, Martorell L, Navarro A, Vilella E The shared genetic architecture of schizophrenia, bipolar disorder and lifespan. *Hum Clin Genet* 2021,140(3):441–55.
25. Siddi S, Nuñez C, Senior C, Preti A, Cuevas-Esteban J, Ochoa S, Brébion G, Stephan-Otto C. Depression, auditory- verbal hallucinations, and delusions in patients with schizophrenia: Different patterns of association with prefrontal and white matter volume. *Psychiatry Res Neuroimaging* 2019, 283: 55– 63
26. Kavak F, Ekinci M. The effect of yoga on functional recovery level inschizophrenic patients. *Arch Psychiatr Nurs* 2016,30(6) :761-7.
27. Kaplan BJ. Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry. Behavioral sciences/clinical psychiatry. *Tijdschr Psychiatr* 2016, 58(1): 78-79.
28. Archibald L, Brunette MF, Wallin DJ, Green AI. Alcohol use disorder and schizophrenia or schizoaffective disorder. *Alcohol Res* 2019, 40(1):1-9
29. Miller JN, Black DW. Schizoaffective disorder: A review. *Ann Clin Psychiatry* 2019,31(1):47-53.
30. Hartman LI, Heinrichs RW, Mashhadi F. The continuing story of schizophrenia and schizoaffective disorder: one condition or two? *Schizophr Res Cogn* 2019, 16:36-42.
31. Özdin S, Korkmaz U, Çulhacı E. Psikotik bozukluk tanılı hastaların taburculuk sonrası tedavi uyumları *Cukurova Med J* 2021, 46 (1): 201-207
32. González-Rodríguez A, Seeman MV. Addressing Delusions in Women and men with delusional disorder: Key Points for Clinical Management. *Int J Environ Res Public Health* 2020, 17(4583): 1-11
33. Fusar-Poli P, Cappucciati M, Bonoldi I, Hui LC, Rutigliano G, Stahl DR, Borgwardt S, Politi P, Mishara AL, Lawrie SM, William, Carpenter WT Jr, McGuire PK. Prognosis of brief psychotic episodes: a meta-analysis. *JAMA psychiatry* 2016, 73(3):211-20.

34. Fusar-Poli P, de Pablo GS, Rajkumar RP, López-Díaz Á, Malhotra S, Heckers S, Lawrie SM, Pillmann F. Diagnosis, prognosis, and treatment of brief psychotic episodes: a review and research agenda. *The Lancet Psychiatry* 2022, 9(1):72-83.
35. Jaimes-Albornoz W, Serra-Mestres J. Prevalence and clinical correlations of catatonia in older adults referred to a liaison psychiatry service in a general hospital. *Gen Hosp Psychiatry* 2013, 35(5):512-6.
36. Aşan A, Katatoni: Klinik özellikler ve tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2019, 11(3): 257-70
37. Cuevas-Esteban J, Iglesias-González M, Rubio-Valera, Serra-Mestres J, Serrano-Blanco A, Baladon L. Prevalence and characteristics of catatonia on admission to an acute geriatric psychiatry ward. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2017, 78: 27-33.
38. Loerinc AG, Meuret AE, Twohig MP, Rosenfield D, Bluett EJ, Craske MG. Response rates for CBT for anxiety disorders: Need for standardized criteria. *Clin Child Psychol Rev* 2015, 42: 72-82.
39. Ergün D, Babayiğit A, Çakıcı M. KKTC'de erişkin bireylerde anksiyete belirtilerinin yaygınlığı, risk etkenleri ve kültürlenme tutumları ile ilişkisinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2020,21(6):617-24.
40. Vaughan J, Coddington JA, Ahmed AH, Ertel M. Separation Anxiety Disorder in School-Age Children: What Health Care Providers Should Know. *J Pediatr Health Care* 2017, 31(4):433-40.
41. Runyon K, Chesnut SR, Burley H. Screening for childhood anxiety: A meta-analysis of the screen for child anxiety related emotional disorders. *J Affect Disord* 2018, 240:220-9.
42. Swantje M, Schiele MA, Koentges C, Pini P, Schmahl C, Domschke K. Please don't leave me—Separation anxiety and related traits in borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2018 20(10): 1-10.
43. Baldwin DS, Gordon R, Abelli M, Pini S. The separation of adult separation anxiety disorder. *CNS Spectr* 2016,21(4):289–94.

44. Karaytuğ MO, Tamam L, Demirkol ME, Namlı Z, Gürbüz M. Yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu tanılı hastalarda komorbidite ve işlevsellik ile ilişkili faktörler. *Klinik Psikiyatri Derg* 2021, 24(4): 481-90.
45. Silove D, Alonso J, Bromet E, Gruber M, Sampson N, Scott K, Andrade L, Benjet C, De Almeida JMC, De Girolamo G, De Jonge P, Demyttenaere K, Fiestas F, Florescu S, Gureje O, Yanling He MD, Karam E, Lepine JP, Murphy S, Villa Posada J, Zarkov Z, Kessler RC. Pediatric-onset and adult -onset separation anxiety disorder across countries in the world mental health survey. *Am J Psychiatry* 2015, 172(7):647-56.
46. Gonzalez Barrero AM. The Linguistic and Cognitive Effects of Bilingualism on Children with Autism Spectrum Disorders. School of Communication Sciences and Disorders. Faculty of Medicine. Doctoral Thesis, Montreal: McGill University, 2017
47. Muris P, Ollendick TH. Children who are anxious in silence: a review on selective mutism, the new anxiety disorder in DSM-5 *Clin Child Fam Psychol Rev* 2015, 18(2):151–69.
48. Vecchio J, Kearney CA. Treating youths with selective mutism with an alternating design of exposure-based practice and contingency management. *Behav Ther* 2009, 40(4):380–92.
49. Remschmidt H, Poller M, Herpertz-Dahlmann B, Hennighausen K, Gutenbrunner C. A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001, 251(6):284–96.
50. Bergman LR, Keller ML, Piacentini J, Bergman AJ. The development and psychometric properties of the selective mutism questionnaire. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008,37(2):456–64.
51. Perrotta G. Panic disorder: definitions, contexts, neural correlates and clinical strategies. *Curr Trends Clin Med Sci* 2019, 1(2) :1-10
52. Akçakaya RÖ, Yücens B. Agorafobinin eşlik ettiği ve etmediği panik bozukluk ile agorafobinin bilişsel özellikler açısından karşılaştırılması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Derg* 2020, (9)2: 132-8.

53. Asmundson GJ, Taylor S, Smits JA. Panic disorder and agoraphobia: an overview and commentary on DSM-5 changes. *Depress Anxiety* 2014,31(6):480-6.
54. Domhardt M, Letsch J, Kybelka J, Koenigbauer J, Doeblner P, Baumeister H. Are internet-and mobile-based interventions effective in adults with diagnosed panic disorder and/or agoraphobia? A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2020, 1(276):169-82
55. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci* 2015,17(3):327-35.
56. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci* 2017, 19(2): 93-107
57. Altınışık B, Hacıömeroğlu AB. The evaluation of social anxiety disorder in terms of cognitive behavioral therapy. *JCBPR* 2022, 11(3): 274-84.
58. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Chou P, Ruan WJ, Huang B. Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Psychiatr Res* 2005, 39(1):1–9.
59. Burstein M, He JP, Kattan G, Albano AM, Avenevoli S, Merikangas KR. Social phobia and subtypes in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011,50(9):870–80.
60. Manicavasagar V, Silove D, Curtis J, Wagner R. Continuities of separation anxiety from early life into adulthood. *J Anxiety Disord* 2000, 14(1):1–18.
61. Lim GY, Tam WW, Lu Y, Ho CS, Zhang MW, Ho RC. Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Sci Rep* 2018, 8(1):1-10.
62. Özkul B, Partlak Günüşen N. Lise öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığının ve etkileyen etkenlerin incelenmesi: Epidemiyolojik bir araştırma. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2020,21(2): 203-10
63. Otte C, Gold SM, Penninx BW, Pariante CM, Etkin A, Fava M, Mohr C, Alan F. Schatzberg AF. Major depressive disorder. *Nat Rev Dis Prim* 2016, 2(16065):1-20

64. Pedersen CB, Mors O, Bertelsen A, Waltoft BL, Agerbo E, McGrath JJ, Eaton WW. A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. *JAMA psychiatry* 2014, 71(5):573-81.
65. Summergrad P. Investing in global mental health: the time for action is now. *The lancet Psychiatry* 2016, 3(5): 390–1
66. Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Gender differences in depression in representative national samples: meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychol Bull* 2017,143(8):783–822
67. Açıkgöz A, Dayı A, Binbay T. Üniversitede okuyan kız öğrencilerde depresyon prevalansı ve ilişkili faktörler. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg* 2018, 43(1): 131-40
68. Li J, Yang Z, Qiu H, Wang Y, Jian L, Ji J, Li K, Anxiety and depression among general population in China at the peak of the COVID-19 epidemic. *World Psychiatry* 2020, 19(2): 249–50.
69. Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, Viana MC, Andrade LH, Hu C, Karam EG, Ladea M, Medina-Mora ME, Ono Y, Posada-Villa J, Sagar R, Wells JE. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry* 2011,68(3): 241–51
70. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, Silove D. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *Int J Epidemiol* 2014,43(2): 476–93
71. Godman B, Grobler C, Van-De-Lisle M, Wale J, Barbosa WB, Massele A, Opondo P, Petrova G, Tachkov K, Israel Sefah I, Abdulsalim S, Alian A Alrasheedy AA, Unnikrishnan MK, Garuoliene K, Bamitale K, Kibuule D, Kalemeera 18, Joseph Fadare J, Khan TA, Hussain S, Bochenek T, Kalungia AC, Mwanza J, Martin AP, Hill R, Barbui C. Pharmacotherapeutic interventions for bipolar disorder type II: addressing multiple symptoms and approaches with a particular emphasis on strategies in lower and middle-income countries. *Expert Opin Pharmacother* 2019, 20(18):2237-55.

72. Sentissi O, Popovic D, Moeglin C, Stukalin YB, Mosheva M, Vieta E, Serretti A, Souery D. Predominant polarity in bipolar disorder patients: the COPE bipolar sample. *J Affect Disord* 2019,1(250): 43–50.
73. Nowrouzi B, McIntyre RS, MacQueen G, Kennedy SH, Kennedy JL, Ravindran A, Yatham L, Luca VD. Admixture analysis of age at onset in first episode bipolar disorder. *J Affect Disord* 2016, 1(201): 88–94.
74. Vieta E, Berk M, Schulze TG, Carvalho AF, Suppes T, Calabrese JR, Gao K, miscowiak KM, Grande I. Bipolar disorders. *Nat Rev Dis Astarlar* 2018,4(1):1-16
75. Bruijnen CJ, Dijkstra BA, Walvoort SJ, Markus W, VanDerNagel JE, Kessels RP, De Jong CA. Prevalence of cognitive impairment in patients with substance use disorder. *Drug and Alcohol Rev* 2019, 38(4): 435-42.
76. https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf
Son Erişim Tarihi 17 Kasım 2022
77. Güleç G, Köşger F, Eşsizoglu A. DSM-5'te Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2015, 7(4): 448-60.
78. Bassuk EL, Latta RE, Sember R, Raja S, Richard M. Universal Design for Underserved Populations: person-centered, recovery-oriented and trauma informed. *J Health Care Poor Underserved* 2017,28(3):896–914.
79. Göker Z, Üneri Ö, Dinç G, Güney E, Bozkurt Hekim Ö. Çocuk ve ergenlerde madde kullanım bozukluğuna yeni bir bakış: Dsm-5'in getirdikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg* 2015, 22(2), 131-9.
80. Gainsbury SM. Cultural competence in the treatment of addictions: theory, practice and evidence. *Clin Psychol Psychother* 2017, 24(4):987–1001.
81. Steinka-Fry KT, Tanner-Smith EE, Dakof GA, Henderson C. Culturally sensitive substance use treatment for racial/ethnic minority youth: a meta-analytic review. *J Subst Abus Treat* 2017,75:22-37
82. Lappan SN, Brown AW, Hendricks PS. Dropout rates of in-person psychosocial substance use disorder treatments: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2020,115(2): 201-17.
83. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331635>. Son erişim tarihi 17 Kasım 2022

84. Ornell F, Moura HF, Scherer JN, Pechansky F, Kessler FHP, von Diemen L. The COVID-19 pandemic and its impact on substance use: Implications for prevention and treatment. *Psychiatry Res* 2020, 289 (113096): 1-2
85. Robbins TW, Vaghi MM, Banca P. Obsessive-compulsive disorder: Puzzles and prospects. *Neuron* 2019, 102(1): 27-47.
86. Şahin HE, Ediboğlu GO. Obsesif kompulsif bozukluk: kısa bir gözden geçirme. *Çukurova Tıp Öğrenci Derg.* 2022, 2(2): 51-8.
87. Yılmaz B. Obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Lectio Sci* 2018, 2 (1):21-42.
88. Sinici E, Aydın S, Öznur T. Tedaviye dirençli obsesif kompulsif bozuklukta pozitif psikoterapi etkili olabilir mi? Bir olgu sunumu. *Klinik Psikiyatri* 2018, 21(4): 407-13.
89. Eryılmaz A, Mutlu T. *Kuramdan Uygulamaya Bireyle Psikolojik Danışma*. 2. Baskı. Ankara, Anı Yayıncılık, 2016.
90. Layous K, Chancellor J, Lyubomirsky S, Wang L, Doraiswamy PM. Delivering happiness: translating positive psychology intervention research for treating major and minor depressive disorders. *J Altern Complement Med* 2011,17(8):675-83.
91. Walsh S, Cassidy M, Priebe S. The application of positive psychotherapy in mental health care: A systematic review. *J Clin Psychol* 2017, 73(6): 638–51.
92. Demir R. Türk F. Pozitif psikoloji: tarihçe, temel kavramlar, terapötik süreç, eleştiriler ve katkılar. *Hum Perspect* 2020, 2(2):108-25.
93. Sarı T. Pozitif psikoterapi: Gelişimi, temel ilk ve yöntemleri ve Türk kültürüne uygulanabilirliği. *J Happiness and Well-Being* 2015,3(2):182-203.
94. Eryılmaz A. Pozitif psikoterapiler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2017, 9(3): 346-62.
95. Rashid Almasi B, Alipour A, Character NS. The effect of positive psychotherapy intervention on depression, stress and happiness infertile women. *FamPathol, Couns and Enrichment J* 2019, 4(2): 75-88.

96. Furchtlehner LM, Schuster R, Laireiter AR. A comparative study of the efficacy of group positive psychotherapy and group cognitive behavioral therapy in the treatment of depressive disorders: A randomized controlled trial. *J Posit Psychol* 2020, 15(6): 832-45.
97. Akın M, Özdevecioğlu M, Ünlü O. Örgütlerde İntikam Niyeti ve Affetme Eğiliminin Çalışanların Ruh Sağlıkları ile İlişkisi. *Amme İdaresi Derg* 2012, 45(1): 77-97.
98. Trudel-Fitzgerald C, Millstein RA, Von Hippel C, Howe CJ, Tomasso LP, Wagner GR, VanderWeele, TJ. Psychological well-being as part of the public health debate? Insight into dimensions, interventions, and policy. *BMC Public Health* 2019, 19(1): 1-11.
99. Meyer PS, Johnson DP, Parks A, Iwanski, C, Penn D L. Positive living: A pilot study of group positive psychotherapy for people with schizophrenia. *J Posit Psychol* 2012, 7(3): 239-48.
100. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm> Son Erişim Tarihi 12 Mayıs 2022.
101. Thompson LY, Snyder CR, Hoffman L, Michael ST, Rasmussen HN, Billings LS, Heinze L, Neufeld JE, Shorey HS, Roberts JC, Roberts DE. Dispositional forgiveness of self, others, and situations. *J Personal* 2005, 73: 313- 60.
102. Bugay A, Demir A. A Turkish version of heartland forgiveness scale. *Procedia Soc Behav Sci* 2010,5:1927-31.
103. Bugay A, Demir A, Delevi R. Assessment of reliability and validity of the Turkish version of Heartland Forgiveness Scale. *Psychol Rep* 2012, 111(2): 575-84.
104. Telef BB. Psikolojik iyi oluş ölçeği: Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg* 2013, 28(3): 374-84.
105. Schrank B, Brownell T, Tylee A, Slade M. Positive psychology: An approach to supporting recovery in mental illness. *East Asian Arch Psychiatry* 2014, 24(3) : 95-103.
106. Özbey MN. Pozitif Psikoterapi uygulamalarından şükran günlüklerinin depresyon, anksiyete ve psikolojik iyi oluşla ilişkisi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Klinik Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Üsküdar Üniversitesi, 2020.

107. Fredrickson B. Positive emotions broaden and build. *Adv Exp Soc Psychol* 2013, 47: 1–53
108. Karaca A. Affetme ve ruh sağılığı ilişkisi: Depresyon ve anksiyete tanısı almış hastalar üzerine bir araştırma. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2019
109. Kartaltepe S. Psikosomatik sindirim sistemi rahatsızlığı olan bireylerin nörotizm ve affedicilik düzeyleri arasındaki ilişki. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Klinik Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa: Yakın Doğu Üniversitesi 2019.
110. Karduz FFA. Affetme eğilimi kazandırmaya yönelik psiko-eğitim programının affetme eğilimi kazandırma ve beş faktör kişilik özellikleri üzerindeki etkisi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Doktora tezi, Sakarya: Sakarya Üniversitesi, 2019.
111. Işıқтаş S, Özsat K. Yaman Lesinger F. Covid-19 Pandemi Sürecinde Bireylerin Anksiyete Ve Yaşam Doyumu Düzeylerinin İncelenmesi. *Uluslararası Türk Kültür Coğrafyasında Sosyal Bilimler Derg* 2022, 7 (1): 65-75
112. Mahmoudi H, Khoshakhlagh H. The effectiveness of positive psychotherapy on psychological well-being and self-esteem among adolescents with depression disorder. *J Soc Beh and Com Health* 2018, 2(1): 153-63.
113. Slade M. Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Serv Res* 2010, 10(1): 1-14.
114. Bolier L, Haverman M, Westerhof GJ, Riper H, Smit F, Bohlmeijer E. Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health* 2013, 13(119): 1-20.
115. Noferesty A, Rimaz S, Fata L, Asmar M, Pasandideh A, Shaeiri MR. The effectiveness of positive psychotherapy in increasing happiness and psychological well-being in people with depression symptoms: a multiple–baseline study *J Posit Psychol* 2015,1(1):1-18.
116. Roepke AM, Jaffee SR, Riffle OM, McGonigal J, Broome R, Maxwell B. Randomized controlled trial of Super Better, a smartphone-based/internet-based self-help tool to reduce depressive symptoms. *Games For Health J* 2015, 4(3): 235-46.

117. Kök Eren H, Eryılmaz A. Pozitif psikoterapinin birincil ve ikincil yetenekleri açısından anksiyete bozukluğu olan ve olmayan yetişkinlerin karşılaştırılması. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2019, 20(3):229-36.



EKLER

EK-1. Özgeçmiş



EK-2. Tanıtıcı Özellikler Formu

1. Kaç yaşındasınız?

a)18-28 b)29-39 c)40-50 d)51 yaş ve üzeri

2. Cinsiyetiniz nedir?

a) Erkek b) Kadın

3. Medeni durumunuz nedir?

a) Evli b) Bekâr

4. Eğitim düzeyiniz nedir?

a) Okur-yazar b) İlköğretim c) Ortaöğretim d) Yüksekokul

5. Gelir durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?

a) Kötü b) Orta c) İyi

6. Çalışma durumunuz nedir?

a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

7. Ailenizde ruhsal hastalık öyküsü var mı?

a) Var b) Yok

8. Hastalık ilk kaç yaşında başladı?

a) 18-28 b)29-39 c) 40 ve üzeri

9. Ne kadar süredir hastasınız?

a) 0-5 yıl b) 6-11 yıl c) 12-17 yıl d) 18 yıl ve üzeri

10. Tanınız nedir?.....

EK-3. Heartland Affetme Ölçeği

Hayatımız boyunca, kendi davranışlarımız, başkalarının davranışları veya kontrolümüz dışındaki durumlar nedeniyle olumsuz olaylar yaşayabiliriz. Bu olumsuz yaşantıların ardından belli bir zaman geçtikten sonra, kendimiz, diğer insanlar veya yaşanan durumlar hakkında olumsuz duygu veya düşüncelerimiz olabilir. Bu tür olumsuz olaylara genel olarak nasıl tepki verdiğinizi düşününüz ve aşağıda verilen her ifadenin yanına, tarif edilen olumsuz duruma genellikle nasıl tepki verdiğinizi ifade eden sayıyı (aşağıdaki 7’li değerlendirme ölçeğine göre) yazınız. Vereceğiniz yanıtlarda doğru veya yanlış cevap yoktur. Lütfen yanıtlarınızda olabildiğince dürüst ve samimi olunuz.

	1	2	3	4	5	6	7				
	Beni hiç yansıtmıyor		Beni pek yansıtmıyor		Beni biraz yansıtıyor		Beni tamamen yansıtıyor				
1.	İşleri berbat ettiğimde önce kötü hissetmeme rağmen zamanla kendimi rahatlatabilirim.				1	2	3	4	5	6	7
2.	Yaptığım olumsuz şeyler için kendime kin tutarım.				1	2	3	4	5	6	7
3.	Yaptığım kötü şeylerden öğrendiklerim onlarla baş etmemde bana yardımcı olur.				1	2	3	4	5	6	7
4.	İşleri berbat ettiğimde, kendimi kabul etmek benim için gerçekten çok zordur.				1	2	3	4	5	6	7
5.	Yaptığım hatalara, zamanla daha anlayışlı olurum.				1	2	3	4	5	6	7
6.	Hissettiğim, düşündüğüm, söylediğim ya da yaptığım olumsuz şeyler için kendimi eleştirmeyi durduramam.				1	2	3	4	5	6	7
7.	Yaptığının yanlış olduğunu düşündüğüm kişiyi cezalandırmayı sürdürürüm.				1	2	3	4	5	6	7
8.	Beni incitenlere karşı zamanla daha anlayışlı olurum.				1	2	3	4	5	6	7
9.	Beni incitenlere karşı katı olmaya devam ederim.				1	2	3	4	5	6	7
10.	Başkaları bana geçmişte zarar vermiş de olsa, eninde sonunda onları iyi insanlar olarak görebilirim.				1	2	3	4	5	6	7
11.	Başkaları bana kötü davranırsa, onların hakkında kötü düşünmeye devam ederim.				1	2	3	4	5	6	7
12.	Biri beni hayal kırıklığına uğrattığında, bu olayı eninde sonunda geçmişte bırakabilirim.				1	2	3	4	5	6	7
13.	Kontrol edilemeyen nedenlerden dolayı işler ters gittiğinde, onlar hakkında olumsuz düşüncelere takılıp kalırım.				1	2	3	4	5	6	7

14.	Hayatımdaki kötü durumlara zamanla daha anlayışlı olabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
15.	Hayatımdaki kontrol edilemeyen durumlar yüzünden hayal kırıklığına uğrarsam, onlar hakkında olumsuz düşünmeyi sürdürürüm.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Hayatımdaki kötü durumlarla eninde sonunda barışıırım.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Kimsenin hatası olmayan olumsuz durumları kabullenmek benim için gerçekten çok zordur.	1	2	3	4	5	6	7
18.	Kimsenin kontrolünde olmayan kötü durumlarla ilgili olumsuz düşüncelerimden, eninde sonunda kurtulurum.	1	2	3	4	5	6	7



EK-4. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PIOÖ)

Aşağıda katılıp ya da katılamayacağınız 8 ifade vardır her bir madde için uygun olan cevabınızı belirtiniz. Kesinlikle Katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Biraz Katılmıyorum (3), Kararsızım (4), Biraz Katılıyorum (5), Katılıyorum (6), Kesinlikle Katılıyorum (7)

1	Amaçlı ve anlamlı bir yaşam sürdürüyorum	1	2	3	4	5	6	7
2	Sosyal ilişkilerim destekleyici ve tatmin edicidir	1	2	3	4	5	6	7
3	Günlük aktivitelerime bağlı ve ilgiliyim	1	2	3	4	5	6	7
4	Başkalarının mutlu ve iyi olmasına aktif olarak katkıda bulunurum	1	2	3	4	5	6	7
5	Benim için önemli olan etkinliklerde yetenekli ve yeterliyim	1	2	3	4	5	6	7
6	Ben iyi bir insanım ve iyi bir hayat yaşıyorum	1	2	3	4	5	6	7
7	Geleceğim hakkında iyimserim	1	2	3	4	5	6	7
8	İnsanlar bana saygı duyar	1	2	3	4	5	6	7

EK-5. Bilgilendirici Gönüllü Onam Formu

	İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİCİ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU	
---	--	---

Sizi Doç. Dr. Funda KAVAK BUDAK tarafından yürütülen “**Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Verilen Pozitif Psikoterapi Temelli Psikoeğitimin, Affetme ve İyilik Oluşa Etkisi**” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. 18 yaşının altındaki Katılımcı/Gönüllülerin, Velayet veya Vesayetindeki yasal temsilcilerine gerekli açıklamalar yapılarak bilgilendirildi. Çalışma için gerekli İzin/Onam alındı. **Çalışmaya katılmanız, soruları yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam/onay verdiğiniz anlamına gelmektedir.** Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen **Araştırma amacı** ile kullanılacaktır. **Araştırma yayınlansa bile isminiz ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacak ve 3. bir şahısa verilmeyecektir.**

1. ARAŞTIRMANIN ADI: Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Verilen Pozitif Psikoterapi Temelli Psikoeğitimin, Affetme ve İyilik Oluşa Etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır.

2. KATILIMCI SAYISI: Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam katılımcı sayısı 130’dur.

3.ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ: Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 8 haftadır.

4. ARAŞTIRMANIN AMACI: “Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Verilen Pozitif Psikoterapi Temelli Psikoeğitimin, Affetme ve İyilik Oluşa Etkisi”ni araştırmaktır.

5. ARAŞTIRMAYA KATILMA KOŞULLARI

Bu araştırmaya dahil edilebilmek için sahip olmanız gereken koşullar şu şekildedir;

6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu araştırmada yapılacak işlemler şu şekildedir;

7. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK OLASI RİSKLER

Olası bir soruna karşı gerekli tedbirler tarafımızdan alınacaktır.

8. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK / SORUMLULUK DURUMU

Araştırma nedeniyle bir zarar görmeniz söz konusu olursa gereken masraflar abdurrezzak GÜLTEKİN tarafından karşılanacaktır.

9. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK KİŞİ

Uygulama süresince, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da araştırma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki veya diğer rahatsızlıklarınız için herhangi bir saatte adresi ve telefonu aşağıda belirtilen ilgili hekime ulaşabilirsiniz.

İstedığınızde Günü 24 Saati Ulaşılabilir Araştırmacınızın

Adres ve Telefonları:

İş: Cep:

ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana; çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak ta anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ		İMZASI/TARİH
ADI-SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ARAŞTIRMACI		İMZASI/TARİH
ADI-SOYADI ve GÖREVİ	Abdurrezzak Gültekin Araştırma Görevlisi	
ADRES		
TELEFON		
TARİH		



EK-6. Heartland Affetme Ölçeği Kullanım İzni



EK-7. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Kullanım İzni



EK-8. Etik Kurul İzni



EK-9. Kurum İzni





EK-10. Katılım Belgesi



