



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



DOKTORA TEZİ

**ŞİZOFRENİ HASTALARINA UYGULANAN ATILGANLIK EĞİTİMİNİN
İŞLEVSEL İYİLEŞME VE ATILGANLIK DÜZEYİNE ETKİSİ**

GONCA ÜSTÜN

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. LEYLA KÜÇÜK**

**RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI**

İSTANBUL-2018

Bu çalışma 21.12.2018 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ruh sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Doç. Dr. Leyla KÜÇÜK
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Sevim BUZLU
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Hülya BİLGİN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Ayşe OKANLI
İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Gül ÜNSAL
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.



Gonca ÜSTÜN

İTHAF

Anneme ve babama ithaf ediyorum...

TEŞEKKÜR

Doktora eğitim sürecim ve tez çalışmamın her aşamasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, özverili katkılarını ve içten desteğini esirgemeyen danışmanım Doç. Dr. Leyla Küçük'e,

Tez çalışmamın başlangıcından itibaren bana yol gösteren ve beni destekleyen hocalarım Prof. Dr. Sevim Buzlu ve Doç. Dr. Gül Ünsal'a,

Akademik gelişimime katkıda bulunan başta Prof. Dr. Meral Kelleci olmak üzere diğer tüm hocalarıma,

Tezimin hazırlık aşamasında uzun uğraşlar sonucu kendisi ile tanıştığım ve Atılganlık Beceri Eğitici Eğitimi'ni almamı sağlayan Uzm. Psk. Dan. Özden Bilgin'e,

Tezimin uygulama aşamasında beni tamamlayan Amasya Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nin tüm çalışanları, danışanları ve ailelerine,

Bu zorlu süreci benimle birlikte yaşayan, her aşamamı sabırla takip eden sevgili arkadaşım Özlem Taşçılar'a,

Her an yanımda olduklarını hissettiğim, anlayış ve hoşgörü ile bana en büyük desteği veren anneme, babama, ablalarıma, kardeşime ve yeğenlerime sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ	X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİ
ÖZET	Xİİ
ABSTRACT.....	Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Şizofreni.....	4
2.1.1. Şizofreni Tanımı	4
2.1.2. Epidemiyoloji.....	4
2.1.3. Etyoloji.....	5
2.1.4. Belirti ve Bulgular.....	5
2.1.5. Tanı Kriterleri	6
2.1.6. Prognoz	7
2.1.7. Tedavi.....	8
2.1.8. Rehabilitasyon.....	9
2.1.9. İşlevsel İyileşme.....	14
2.2. Atılgnlık Eğitimi	16
2.2.1. Atılgnlık Kavramı	16
2.2.2. Atılgnlık Eğitimi	17
2.2.3. Psikiyatri Alanında Atılgnlık Eğitimi	23
2.2.4. Şizofrenide Atılgnlık Eğitimi.....	23
2.2.5. Atılgnlık Eğitiminde Psikiyatri Hemşiresinin Rolü	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Amacı.....	26

3.2. Araştırmanın Türü.....	26
3.3. Araştırmanın Değişkenleri ve Hipotezleri	26
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	26
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	27
3.6. Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçları	28
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu	28
3.6.2. Rathus Atılganlık Envanteri.....	29
3.6.3. Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği.....	29
3.7. Araştırma Süreci	30
3.8. Uygulamanın İçeriği	33
3.8.1. Atılganlık Eğitim Programı.....	33
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	35
3.10. Araştırmanın Etik Yönü	35
3.11. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri.....	35
3.12. Araştırmanın Bütçesi	36
4. BULGULAR.....	37
4.1. Katılımcıların Bireysel Özellikleri ve Eğitim Öncesi Toplam Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular	38
4.2. Katılımcıların Ön Test, Son Test ve 3 Ay Sonraki İzlem RAE, ŞİLÖ ve ŞİLÖ'nün Alt Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular.....	41
5. TARTIŞMA	45
5.1. Katılımcıların Bireysel Özellikleri ve Eğitim Öncesi Toplam Ölçek Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	46
5.2. Katılımcıların Ön Test, Son Test ve 3 Ay Sonraki İzlem RAE, ŞİLÖ ve ŞİLÖ'nün Alt Ölçek Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	56
6.1. Sonuçlar	56
6.2. Öneriler	59
KAYNAKLAR	60
FORMLAR	68
Form-1 Kişisel Bilgi Formu.....	68
Form-2 Rathus Atılganlık Envanteri.....	70
Form-3 Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği	72

EKLER.....	81
Ek-1 Kurum İzni	81
Ek-2 Ölçek Kullanım İzni	82
Ek-3 Bilgilendirilmiş Onay Formu	83
Ek-4 Şizofrenide Atılganlık Eğitimi Programı	84
Ek-5 Atılganlık Eğitimi Tanıtım Afışı	96
Ek-6 Atılganlık Eğitimi Kayıt Formu	98
Ek-7 Atılganlık Eğitimi Broşürü.....	99
Ek-8 Atılganlık Eğitimi Başarı Belgesi	101
Ek-9 Sertifikalar.....	102
ETİK KURUL KARARI	104
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	107
ÖZGEÇMİŞ	108

TABLolar LİSTESİ

Tablo 3-1: Atılganlık Eğitimi Oturumlarına Katılan Üye Sayısı.....	33
Tablo 3-2: Atılganlık Eğitimi Oturumlarının Amaç ve Kazanımları	34
Tablo 4-1: Katılımcıların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı (N=60).....	38
Tablo 4-2: Katılımcıların Atılganlık Eğitimi Öncesi RAE, ŞİLÖ ve ŞİLÖ Alt Ölçek Puanları (N=60)	40
Tablo 4-3: Katılımcıların RAE, ŞİLÖ ve ŞİLÖ'nün Alt Ölçeklerinden Aldıkları Ön Test, Son Test ve 3 Ay Sonraki İzlem Puanlarının Karşılaştırması (N=60).....	41



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3-1: Araştırmanın Akış Şeması.....	32
Şekil 4-1: Deney ve Kontrol Grubunun RAE Toplam Puanları	43
Şekil 4-2: Deney ve Kontrol Grubunun ŞİLÖ Toplam Puanları	44



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

DSM - Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

TRSM - Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

SBE - Sosyal Beceri Eğitimi

RAE - Rathus Atılganlık Envanteri

ŞİLÖ - Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

Sİ - Sosyal İşlevsellik

ST - Sağlık ve Tedavi

GYB - Günlük Yaşam Becerileri

Mİ - Mesleki İşlevsellik

ÖZET

Üstün, G. (2018). Şizofreni Hastalarına Uygulanan Atılgnlık Eğitiminin İşlevsel İyileşme ve Atılgnlık Düzeyine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Bu araştırma, şizofreni hastalarına uygulanan atılgnlık eğitiminin hastaların işlevsel iyileşme ve atılgnlık düzeyine etkisini incelemek amacıyla ön test-son test kontrol gruplu tekrarlayan ölçümlü tasarlanmış randomize kontrollü deneysel nitelikte bir araştırmadır. Araştırmanın örneklemini bir toplum ruh sağlığı merkezine en az 1 aydır kayıtlı ve son 8 hafta içinde hastaneye yatmamış olan, araştırmaya katılmayı kabul eden 60 şizofreni tanılı hasta (30 deney, 30 kontrol) oluşturdu. Veriler, Kişisel Bilgi Formu, Rathus Atılgnlık Envanteri (RAE) ve Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) kullanılarak toplandı. Bilgi formu, hastaların kendileri tarafından eğitim öncesinde dolduruldu. RAE ve ŞİLÖ ise, ön test-son test olarak eğitimin ilk ve son oturumlarında ve eğitim bittikten 3 ay sonra uygulandı. ŞİLÖ, hasta yakını ile yapılan yüz yüze görüşmeler sonucunda araştırmacı tarafından değerlendirildi. Deney grubundaki hastalara 10'ar kişilik gruplar halinde haftada 1 gün, toplam 8 hafta uygulanan atılgnlık eğitimi, 45'er dakikalık 2 oturum şeklinde gerçekleştirildi. Eğitim sürecinde kontrol grubuna rutin uygulamalar dışında herhangi bir eğitim girişiminde bulunulmadı. Eğitim öncesi deney ve kontrol grubunun bireysel özellikleri, RAE, ŞİLÖ ve ŞİLÖ alt ölçek puanları arasında anlamlı fark olmayıp gruplar birbirine benzerdi. Eğitim sonrası ve izlemde toplam atılgnlık, toplam işlevsel iyileşme, sosyal işlevsellik, sağlık ve tedavi, günlük yaşam becerileri ve eğitimden 3 ay sonra mesleki işlevsellik alt ölçek puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Sonuç olarak, şizofreni hastalarına uygulanan atılgnlık eğitiminin hastaların işlevsel iyileşme ve atılgnlık düzeylerini arttırmada etkili olduğu görüldü. Bu sonuçlar doğrultusunda atılgnlık eğitiminin psikiyatri hemşireleri tarafından şizofreni hastalarında kullanılması önerildi.

Anahtar Kelimeler: Atılgnlık, atılgnlık eğitimi, işlevsel iyileşme, şizofreni, psikiyatri hemşiresi.

ABSTRACT

Ustun, G. (2018). The Effect of Assertiveness Training for Schizophrenic Patients on Functional Remission and Assertiveness Level. İstanbul University, Institute of Health Science, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing. Doctoral Thesis. İstanbul.

This research is an experimental, randomized controlled research with pre-test post-test control group and repeated measures designed to evaluate the effect of assertiveness training for schizophrenic patients on functional remission and assertiveness level. The sample of the study consisted of 60 patients with schizophrenia diagnose (30 tests, 30 controls) who were enrolled in a community mental health center for at least 1 month, who were not hospitalized in the last 8 weeks and who agreed to participate in the study. The data were collected using the Personal Information Form, Rathus Assertiveness Schedule (RAS) and Functional Remission of General Schizophrenia (FROGS) Scale. The information form was filled out by the patients themselves before the training. RAS and FROGS were practiced as pre-test and post-test at the first and last sessions of the training and 3 months after the end of the training. FROGS was evaluated by the researcher as a result of face-to-face interviews with the patient's relative. The assertiveness training, which was practiced on the patient groups of 10 people in the test group, was carried out 1 day in a week, a total of 8 weeks, as 2 sessions of 45 minutes for each. In the training process, the control group did not undergo any training other than routine practice. Before the training, there was not any significant difference between the individual characteristics of the test and control groups, RAS, FROGS and FROGS subscale scores, and the groups were similar. There was a statistically significant difference between the groups in terms of total assertiveness, total functional remission, social functioning, health and treatment, daily life skills subscale scores after the training and the following, and of occupational functioning subscale scores 3 months after the training ($p<0,05$). As a result, assertiveness training for schizophrenic patients was found to be effective in increasing the functional remission and assertiveness levels of the patients. In accordance with these results, it was suggested that assertiveness training should be used by psychiatric nurses for schizophrenic patients.

Key Words: Assertiveness, assertiveness training, functional recovery, schizophrenia, psychiatric nurse.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşam boyu devam eden ve yıkıcı ruhsal bozukluklardan biri olarak tanımlanan şizofreni; sosyal, mesleki ve kişiler arası işlevselliği bozan, yetiyitimine yol açan, düşünce, algı, duygu, hareket ve davranışlarda önemli derecede bozulma ile karakterize bir hastalıktır (Videbeck 2011; Shives 2012; NICE 2014; Townsend 2015; Öztürk ve Uluşahin 2016). Nüfusun %1'ini etkileyen şizofreninin tedavisinde çok boyutlu bir yaklaşım ele alınmakta, farmakolojik ve psikososyal tedavi yöntemleri bir arada kullanılmaktadır (Patel ve ark. 2008; Videbeck 2011; Svavarsdottir ve ark. 2012; Corrigan ve ark. 2016).

Şizofrenide ilaç tedavisi, pozitif ve negatif belirtiler, dezorganize davranışlar, duygudurum ve bilişsel semptomlar gibi belirtileri hedef alırken; kendine bakım yetersizlikleri, kötü yaşam kalitesi, kişiler arası ilişki sorunları, tedaviye uyumsuzluk, işlev bozuklukları, bağımlılık, toplumsal ve mesleki becerilerde yetersizlik gibi belirtiler için psikososyal müdahaleler gerekmektedir (Whitley ve ark. 2012; Elis ve ark. 2013; NICE 2014; Rus-Calafell ve ark. 2014). Bu müdahaleler; ruhsal eğitim (psikoeğitim), bireysel görüşmeler, aile eğitimi, sosyal beceri eğitimi, bütüncül yaklaşımlı grup tedavileri, destekleyici terapi, bilişsel davranışçı terapiler gibi programları içermektedir (Lieberman 2008; Compton ve Broussard 2009; Svavarsdottir ve ark. 2012; Chien ve ark. 2013; Elis ve ark. 2013; NICE 2014; Morin ve Franck 2017).

Şizofreni hastalarının rehabilitasyonunda sıklıkla psikososyal beceri eğitimleri uygulanmakta ve yapılan çalışmalarda bu eğitimlerin hastaların yaşam kalitesi, sosyal işlevsellik düzeyleri, benlik saygıları, iletişim becerileri, tedaviye uyum düzeyleri ve içgörülerini arttırdığı; yetiyitimi, relaps ve hastaneye tekrarlı yatışları azalttığı; pozitif ve negatif belirtiler üzerinde ise olumlu etkileri olduğu görülmektedir (Kopelowicz ve ark. 2003; Xiang ve ark. 2006; Seo ve ark. 2007; Ünsal Barlas ve Işıl 2010; Rus-Calafell ve ark. 2013; Almerie ve ark. 2015; Abd El Aziz ve ark. 2017).

Sosyal beceri eğitimlerinin içeriğinde öz bakım, konuşma, problem çözme, ilaç yönetimi, bağımsız yaşam, stresle baş etme, çatışma yönetimi, arkadaş edinme ve mesleki beceriler gibi çeşitli konuların yanı sıra atılganlık becerisi eğitimine de yer verilmektedir (Chien ve ark. 2003; Seo ve ark. 2007; Lieberman 2008; Palumbo ve ark. 2017; Granholm ve Harvey 2018). Ülkemizde ise uygulanan sosyal beceri eğitimi;

belirti yönetimi, ilaç tedavisi yönetimi ve boş zamanda eğlenti modüllerinden oluşmaktadır. Atılganlık becerilerini doğrudan ele almamakla birlikte, bu eğitimin iletişim becerileri oturumunda etkili iletişim becerileri, sözlü ve sözsüz iletişimden söz edilmektedir (Yıldız 2011).

Atılganlık becerisi, bireyin kendi duygu, düşünce ve inançlarını, kişisel haklarını başkalarının duygu ve düşüncelerini göz önünde bulundurarak, haklarına saygı göstererek, açıkça ve dürüst bir şekilde ifade edebilmesidir (Berger 2009; Matjacic 2010; Maric ve Ferjan 2010; Morrissey ve Callaghan 2011; Garner 2012; Peneva ve Mavrodiev 2013; Speed ve ark. 2018). Atılgan becerilerin eksikliği, şizofreninin en temel karakteristik tanı özelliklerinden biri olan işlevsellikte bozulmaya yol açmaktadır (Chien ve ark. 2003; Seo ve ark. 2007; Emiroğlu ve ark. 2009; Mousa ve ark. 2011; Rus-Calafell ve ark. 2014). Hastalar günlük yaşam becerileri ve sosyal rollerini yerine getirmek, aile ve çevreleri ile etkili sosyal iletişim kurmak, duygu ve düşüncelerini ifade etmek, etkin bir şekilde kendi problemlerini çözmek, istekte bulunmak, başkalarının mantıksız taleplerini reddetmek ve sosyal etkileşim gerektiren durumlarda güçlük çekmektedirler (Seo ve ark. 2007; Emiroğlu ve ark. 2009; Mousa ve ark. 2011; Rus-Calafell ve ark. 2014).

Şizofreni hastalarına yönelik müdahaleler ile ilgili literatürde yer alan programlardan biri de atılganlık eğitimidir (Park ve Han 2018). Atılganlık eğitimi farklı yaş gruplarında ve birçok alanda uygulanan, etkinliği kanıtlanmış bir eğitim programıdır. Psikiyatri alanında ise alkol bağımlılığı, kişilik bozuklukları, yeme bozuklukları, şizofreni, depresyon, depresif bipolar bozukluk, anksiyete bozukluğu veya uyum bozukluğunda uygulanmaktadır (Lin ve ark. 2004; Shiina ve ark. 2005; Matsuda ve Uchiyama 2006; Lin ve ark. 2008; Lee ve ark. 2013; Peneva ve Mavrodiev 2013).

Kronik şizofreni hastalarında, atılganlık, özgüven ve sosyal becerilerin geliştirilmesine odaklanan atılganlık eğitimi ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmakta; bu programların geliştirilmesi ve sürekliliğinin değerlendirilmesine gereksinim duyulmaktadır (Mousa ve ark. 2011; Lee ve ark. 2013; Park ve Han 2018). Yapılan çalışmalarda atılganlık eğitimi içeren sosyal beceri eğitim programlarının şizofreni hastalarında kişiler arası ilişki, konuşma ve atılganlık becerilerini arttırdığı görülmektedir (Chien ve ark. 2003; Seo ve ark. 2007; Amell ve Llandrich 2008; Park ve ark. 2011; Khalil 2012). Ülkemizde örneğine rastlanmamakla birlikte, sosyal beceri

eğitimlerinden bağımsız olarak atılganlık eğitiminin şizofreni hastalarına uygulandığı az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların sonucunda ise atılganlık eğitiminin şizofreni hastalarında etkili olduğu; hastaların atılganlık becerileri, iletişim becerileri ve benlik saygısını arttırdığı, sosyal anksiyete düzeyi ve psikiyatrik belirtileri azalttığı görülmektedir (Mousa ve ark. 2011; Lee ve ark. 2013; Mohamed ve Abd El Aziz 2016).

Rehabilitasyon hizmetlerinde aktif rol oynayan, psikososyal müdahalelerde bulunan ve hastayla doğrudan teması olan psikiyatri hemşireleri hastaların temel eğitim gereksinimlerini tanıyıp, bu gereksinimleri karşılamak için özel eğitim programları planlamalıdır (Lieberman 2008; Videbeck 2011; Bağ 2012; Uzdil ve Tanrıverdi 2015; Mohamed ve Abd El Aziz 2016). Eğitici veya danışman rolündeki psikiyatri hemşirelerinin rehabilitasyon programlarında yer aldığı çalışmalar zaman içinde artış göstermektedir (Seo ve ark. 2007; Lin ve ark. 2008; Mousa ve ark. 2011; Dikeç ve Kutlu 2015).

Psikososyal bir girişim olan ve hastaların işlevselliğinin bozulmasını önlemek, onların yaşam kalitesini ve sosyal uyum yeteneğini arttırmak için uygulanacak atılganlık eğitiminin psikiyatri hemşireleri tarafından yürütülebileceği; hastaların daha atılgan olmasına, benlik saygısını geliştirmesine ve kendi haklarını koruyarak başkalarının haklarına da saygı göstermesine yardımcı olabileceği düşünülmektedir (Mousa ve ark. 2011; Lee ve ark. 2013; Mohamed ve Abd El Aziz 2016). Buna rağmen ülkemizde hemşirelik uygulamaları içinde yerini alan atılganlık kavramı, daha çok üniversite öğrencileri (Buzlu 2006; Küçük ve ark. 2008; Kutlu 2009; Kelleci ve ark. 2011) ve hemşireler üzerinde yapılan çalışmalarda kullanılmıştır (Adana ve ark. 2010, Polat 2013). Hastalarla ve psikiyatrik hastalıklarla ilgili atılganlık düzeyini belirleyen ve atılganlık becerilerini geliştiren araştırmalara rastlanmamıştır.

Bu araştırmanın amacı, şizofreni hastalarına uygulanan atılganlık eğitiminin hastaların işlevsel iyileşme ve atılganlık düzeyine etkisini incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

2.1.1. Şizofreni Tanımı

Yaşam boyu devam eden ve yıkıcı ruhsal bozukluklardan biri olarak tanımlanan şizofreni; sosyal, mesleki ve kişiler arası işlevselliği bozan, yetiyitimine yol açan, düşünce, algı, duygu, hareket ve davranışlarda önemli derecede bozulma ile karakterize bir hastalıktır (Videbeck 2011; Shives 2012; NICE 2014; Townsend 2015; Öztürk ve Uluşahin 2016).

2.1.2. Epidemiyoloji

Şizofreni prevalansı dünya genelinde toplam nüfusun yaklaşık %1'i olarak tahmin edilmektedir (Murray ve Dean 2008; Patel ve ark. 2008; Videbeck 2011; Dülgerler 2014). ABD'de "Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü" (NIMH) tarafından gerçekleştirilen ve önemli epidemiyolojik çalışmalardan biri olan "Epidemiyolojik Alan Araştırması" verilerine göre şizofreninin 1 yıllık yaygınlık oranının %1,1 olduğu saptanmıştır (Regier ve ark. 1993). Türkiye'de yapılan sistematik bir gözden geçirme çalışmasında ise şizofreninin yaşam boyu yaygınlığının 1000 kişide 8,9 olduğu belirtilmiştir (Binbay ve ark. 2010).

Çocukluk çağında nadiren görülen, genç yetişkin dönemde ortaya çıkan şizofreni, genellikle 30 yaşından önce, geç ergenlik veya erken erişkinlik döneminde ortaya çıkmaktadır. Başlangıç insidansı erkekler için 15-25, kadınlarda ise 25-35 yaş arasındadır (Videbeck 2011; Shives 2012; Öztürk ve Uluşahin 2016).

Cinsiyetler arasında hastalığın sıklık ve yaygınlığı bakımından önemli fark görülmemekte, erkeklerde kadınlardan daha erken başlangıç eğilimi göstermektedir. Şizofreni, evli veya dul olanlarda olabileceği gibi bekar veya boşanmış bireylerde de iki kat daha sık görülmektedir. Herhangi bir ırk veya kültür gözetmemekle birlikte düşük sosyoekonomik gruplarda şizofreni olma olasılığı daha yüksektir (Murray ve Dean 2008; Shives 2012; Mueser ve ark. 2013; Öztürk ve Uluşahin 2016).

2.1.3. Etyoloji

Şizofreni kesin olarak ve tek bir nedenle açıklanamamakta; biyolojik ve psikososyal faktörlerden etkilenmektedir. Şizofreni oluşumunda genetik, bilinen etyolojik faktörlerin en önemlisi olarak kabul edilmekte ve bu oranın %85'e kadar çıkabileceği belirtilmektedir. Şizofreni hastalarının yakınları arasında ise şizofreni tanısı alma oranı genel nüfus oranlarına göre daha yüksektir (Murray ve Dean 2008; Townsend 2015).

Biyokimyasal ve nörolojik yapı teorisi, dopamin hipotezini içermektedir. Dopamin hipotezine göre şizofrenide dopaminerjik sistemlerde hiperaktivite meydana gelmekte ve hallüsinasyon, sanrılar gibi şizofreninin pozitif belirtilerini oluşturmaktadır. Şizofrenide diğer etkili nörotransmitterler arasında norepinefrin, serotonin, asetilkolin ve gama aminobütirik asit sayılmaktadır (Shives 2012; Townsend 2015; Turan 2016).

Sosyal ve ekonomik faktörler de psikoz ve şizofreninin seyrini etkilemektedir. Kentsel alanlardaki bireylerin, kırsal veya hem kentsel hem kırsal yerleşim yerlerine göre şizofreni için daha yüksek risk taşıdığı, düşük sosyoekonomik statüye sahip gruplarda da şizofreninin görülme sıklığı ve prevalansının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Patel ve ark. 2008; NICE 2014).

2.1.4. Belirti ve Bulgular

Şizofreni aniden ortaya çıkabileceği gibi çoğunlukla yavaş yavaş gelişmektedir (Shives 2012; Dülgerler 2014). Premorbid dönemde bireyler şizoid, şizotipal ve antisosyal kişilik özellikleri gösterir ve genellikle çocukluk dönemlerinden beri sessiz, sakin, fazla arkadaş olmayan, akranları ile ilişkisi zayıf, okulda başarısız, utangaç, içe dönük, ilgileri sınırlı, güvensiz ve iletişim girişimlerine karşı çekingen ve soğuk bireyler olarak tanınırlar (Townsend 2015; Öztürk ve Uluşahin 2016; Turan 2016).

Şizofreninin prodromal dönemi, premorbid işlevsellikte bir değişimle başlayıp, açık psikotik belirtilerin başlangıcına kadar uzanan, birkaç hafta ya da birkaç ay gibi kısa süren bir dönemdir (Dülgerler 2014; Townsend 2015). Hastalığın bu döneminde yavaş yavaş içe kapanma, evden çıkmama, çevreyle ilişkilerini sınırlama, arkadaşlık ilişkilerini koparma, işlevsellikte gerileme, metafizik ve dinsel uğraşlar, garip davranışlar, obsesyonlar, kompülsiyonlar, anksiyete, huzursuzluk, depresif hal,

korkular, sıra dışı konuşmalar, öz bakımda yetersizlikler görülmektedir (Videbeck 2011; Townsend 2015; NICE 2014; Öztürk ve Uluşahin 2016; Turan 2016).

Bu prodromal dönemi pozitif belirtiler ile belirgin akut dönem izler. Bu dönemde, hastalar iyileşebilir ya da nökslerin yaşandığı rezidüel döneme geçerler. Rezidüel dönemde ise, akut dönem belirtilerinin olmadığı, negatif belirtilerin varlığından söz edilmektedir (Shives 2012; NICE 2014; Townsend 2015).

Şizofreni belirtilerini pozitif ve negatif olarak tanımlamak mümkündür. Pozitif belirtiler, normal işlevlerin aşırılığı veya bozulmasını yansıtırken; negatif belirtiler, normal işlevlerin azalması veya kaybını yansıtmaktadır. Çoğu hastalar, her iki belirti kümesini birlikte sergilemektedir. Pozitif belirtiler; hallüsinasyonlar (işitsel, görsel, koklama, tat, dokunsal), sanrılar (perseküsyon, grandiyöz, referans, kontrol edilme, etkilenme, somatik), dağınık düşünce/konuşma ve davranışlardır. Negatif belirtiler ise; duygulanımda düzleşme/küntleşme, uygunsuz duygulanım, apati (ilgisizlik), anhedoni (zevk alamama), aloji (konuşma yoksunluğu), avolüsyon (amaca yönelik davranışların sürdürülememesi), işe veya sosyal faaliyetlere ilgisizlik, öz bakım eksikliği ve sosyal izolasyondur (Videbeck 2011; NICE 2014; Townsend 2015; Öztürk ve Uluşahin 2016; Turan 2016).

2.1.5. Tanı Kriterleri

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin 2013'de yayınladığı DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'nda belirtilen şizofreni tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir (Koroğlu 2014):

A. Bir aylık bir dönem boyunca, bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden en az ikisinin ya da daha fazlasının bulunması (bu belirtilerden en az birinin 1, 2 ya da 3. belirti olması gerekir).

1. Sanrılar
2. Varsanılar
3. Darmadağın (dezorganize) konuşma (örn. sık sık konudan konuya sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma)
4. İleri derecede dağınık ya da katatonik davranış
5. Silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışamama)

B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişiler arası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlası, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır.

C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az 6 ay sürer. Bu altı aylık evre içinde A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri kapsmalıdır ve ön (prodromal) ya da artakalan (rezidüel) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, ön ya da artakalan evreleri sırasında, yalnızca silik belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşikaltı biçimleriyle (örn. yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

D. Şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da iki uçlu (bipolar) bozukluk dışlanmış olmalıdır.

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

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

2.1.6. Prognoz

Şizofreninin şiddetli ve ömür boyu devam eden bir hastalık olduğu düşünülmektedir. İlk akut fazdan sonra hastaların yalnızca %14-20'si tamamen iyileşirken; diğerleri stres, sıkıntı, sosyal izolasyon ve büyük oranda tedaviye uyumsuzluk ile ilişkili tekrarlayan ataklar veya nöksler göstermektedir (NICE 2014). Şizofreni hastalarının tamamen hastalık öncesi işlevselliğe dönmeleri mümkün olmamakla birlikte prognozu, hastalığın ne zaman ve nasıl geliştiği ile ilgili değişmektedir (Videbeck 2011; Townsend 2015).

Hastalığın iyi prognoz özellikleri şunlardır: hastalığın ileri yaşlarda başlaması, kadın cinsiyeti, evli olma, hastalık öncesi uyumun iyi olması, stresli bir olayın ardından belirtilerin aniden ortaya çıkması, duygudurum bozukluğu ile birlikte olması, pozitif belirtiler göstermesi, aktif aşamadaki belirtilerin kısa sürmesi, epizotlar arasındaki

dönemlerde sorun yaşamama, rezidüel semptomların en az düzeyde olması, yapısal beyin anormalliklerinin bulunmaması, normal nörolojik işleyiş, ailede duygudurum bozukluğu öyküsünün olması, ailede şizofreni öyküsünün bulunmaması, güvenli bir çevre ve sosyal destek sistemlerinin iyi olması (Dülgerler 2014; Townsend 2015). Erken tedavinin de rezidüel belirtileri ve hastaneye tekrarlı yatışları, sosyal ve mesleki işlevsellikteki açıkları azaltarak prognozu olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir (Landolt ve ark. 2012).

2.1.7. Tedavi

Şizofreninin tedavisinde çok boyutlu bir yaklaşım ele alınmakta, farmakolojik ve psikososyal tedavi yöntemleri bir arada kullanılmaktadır. Tedavinin üç temel ilkesinden söz edilmektedir. Birincisi, ilk remisyonu sağlamak, belirtileri azaltmak veya ortadan kaldırmak için antipsikotik ilaçların kullanılması ve uzun süre devamının sağlanmasıdır. İkincisi, hem akut dönemde hem de bakım aşamasında psikososyal işlevselliğin ve yaşam kalitesinin artırılmasını amaçlayan psikolojik yaklaşımdır. Üçüncüsü ise, hastanın özel ihtiyaçlarına uygun, bireysel yaşam hedefleri kazanmasına yardımcı olacak şekilde iyileşmeyi desteklemektir (Murray ve Dean 2008; Alptekin ve ark. 2014).

Şizofreninin temel tıbbi tedavisi psikofarmakolojidir. 1952'de Klorpromazin'in keşfi, hastaların depo hastanelerden taburcu edilmelerini ve toplumdan izole bir şekilde yaşamaktan kurtulmalarını sağlayarak şizofreni tedavisinde büyük bir ilerleme sağlamıştır (Murray ve Dean 2008; Videbeck 2011). Günümüzde antipsikotik ilaçlar hem akut psikotik atakların tedavisinde hem de relapsları önlemede etkin rol almaktadır. Buna rağmen hastaların %40 gibi önemli bir kısmı tipik antipsikotik ilaçlara olumsuz yanıt vermekte ve orta şiddetli psikotik belirtiler (hem pozitif hem de negatif) göstermeye devam etmektedir (NICE 2014).

İlk psikotik atak geçiren hastalarda, psikopatolojik belirtileri azaltan ve aynı zamanda psikososyal işlevselliğe odaklanan bir tedavi yaklaşımından yararlanılmaktadır (Landolt ve ark. 2012). Atakların sayısı arttıkça hastalar hallüsinasyon ve sanrılar gibi pozitif belirtilerle tedaviye karşı daha dirençli hale gelmekte ve ciddi yetiyitimine maruz kalmakta, böylece hastalığın kronikleşme olasılığı artmaktadır. Dolayısıyla tedavide hedef yalnızca belirtilerin yatıştırılması değil, hastalığın yıkıcı etkilerinin önlenip, hastanın toplumsal uyumunu da arttırmak olmalıdır (Morin ve Franck 2017).

Ruhsal hastalıkların tedavisinde en temel yapı taşı psikotrop ilaçların kullanımı olmasına rağmen, şizofrenide yalnızca farmakolojik tedavi sınırlı kalmaktadır (Svavarsdottir ve ark. 2012; Corrigan ve ark. 2016). İlaç tedavisi, pozitif ve negatif belirtiler, dezorganize davranışlar, duygudurum ve bilişsel semptomlar gibi belirtileri hedef alırken; kendine bakım yetersizlikleri, kötü yaşam kalitesi, kişiler arası ilişki sorunları, tedaviye uyumsuzluk, işlev bozuklukları, bağımlılık, toplumsal ve mesleki becerilerde yetersizlik gibi belirtiler için psikososyal müdahaleler gerekmektedir (Whitley ve ark. 2012; Elis ve ark. 2013; NICE 2014; Rus-Calafell ve ark. 2014).

Şizofreni tedavisinde modern bakış, düzelmeyi/iyileşmeyi belirti şiddetinin azalmasına indirgeyen geleneksel yaklaşımdan farklı olarak, bağımsız yaşama becerileri, sosyal işlevsellik, istihdam, eğitim, kişiler arası ilişkiler gibi psikososyal alanlarda düzelmeyi/iyileşmeyi hasta, aile ve toplumu da içine alacak şekilde hastanın topluma entegrasyonunu sağlayıcı yönde planlanması ve uygulanması olduğunu vurgulamıştır (Landolt ve ark. 2012; Whitley ve ark. 2012). İşlevselliği iyileştirmek ve düzelmeyi sağlamak için psikososyal müdahaleler geliştirilmeli ve hastalığın standart tedavisinin önemli bir parçası haline getirilmelidir (Morin ve Franck 2017).

2.1.8. Rehabilitasyon

Ağır ve kalıcı ruhsal bozukluğu olan bireyler sık sık bağımlılığı arttıran ve sosyal becerilerin kaybıyla sonuçlanan uzun hastane yatışlarına maruz kalmışlardır. Bireylerin kurumlardan çıkarılması 1960'lerde başlamıştır. Bu durum erken evrelerde taburcu edilen hastaların çoğunluğunun göreceli olarak yüksek işlerlik göstermesini ve aileleri ile kendi başlarına yaşama dönmelerini sağlamıştır. Ancak bu defa da bireylerin ihtiyaçları ile ilgili yeterince planlama yapılmadan hızlı bir şekilde topluma katılım süreci söz konusu olmuştur (Townsend 2015; Corrigan ve ark. 2016). Bireyler toplum içerisinde yaşamaya başlamalarıyla birlikte gerek gündelik stres faktörleri ile gerekse toplumun kendilerine yönelik ayrımcı, damgalayıcı davranışları ve sosyal izolasyon ile baş etmek durumunda kalmışlardır (Yılmaz 2012).

Kurumsuzlaştırma ile birlikte toplum ruh sağlığı hizmetleri önem kazanmıştır (Corrigan ve ark. 2016). Ülkemizde Bakanlık tarafından 2006 yılında hazırlatılan Ulusal Ruh Sağlığı Politikası ile hastane temelli modelden toplum temelli modele geçme kararı alınmış, merkez nüfusu 100 bin ve üstü olan her yerleşim alanında bir Toplum Ruh

Sağlığı Merkezi (TRSM) açılması hedeflenmiştir. 2008’de ilk TRSM uygulamaya geçmiştir (Erkoç ve ark. 2011).

Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin çekirdeğini oluşturan toplum ruh sağlığı merkezlerinde; hastalık durumlarının değerlendirilmesi, hastaneye yatışların önlenmesi, yetiyetimini azaltmak ve işlevsel iyileşme sağlamak amacıyla psikososyal beceri kazandırma ve desteklemeye ilişkin plan, program ve çalışmaların yapılması, topluma, hasta yakınlarına, sağlık personeline ve diğer ilgili personele ağır ruhsal bozukluklar alanında eğitim verilmesi amaçlanmıştır (TRSM Çalışma Rehberi 2011; TRSM hakkında yönerge 2014).

Rehabilitasyon hizmetleri ve psikososyal müdahaleler

Kronik ruhsal hastalıkların tedavi ve bakımında hasta merkezli yaklaşımı temel alan toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin yerleşmesi ile psikiyatrik rehabilitasyon kavramı gelişmeye başlamıştır (Lieberman 2008; Erkoç ve ark. 2011; Yılmaz 2012; Corrigan ve ark. 2016). Psikiyatrik rehabilitasyon; Dünya Sağlık Örgütü tarafından “ruhsal bozukluğa bağlı olarak bireylerde ortaya çıkan işlev kaybı, yetersizlik ve engellerin azaltılması veya giderilmesi ve bireyin yaşam kalitesinin yükseltilmesi amacıyla planlanan girişimler” olarak tanımlanmaktadır (WHO 2011).

Psikiyatrik rehabilitasyon hizmetleri, kronik ruhsal sorunu olan bireylerin yaşadıkları ortamda takip ve tedavilerinin yapılması, dışlanmadan toplum içerisinde ve bağımsız olarak en az destekle toplumsal, mesleki, eğitimsel ve ailevi rollerini sürdürebilmeleri için gerekli becerilerle donatılmasını sağlamaktadır. Rehabilitasyon programları, eğitim, danışmanlık, bakım ve tedavi uygulamaları gibi hizmetlerle yürütülmektedir (Lieberman 2008; Erkoç ve ark. 2011).

Rehabilitasyon hizmetleri kapsamında yapılan psikososyal müdahaleler, sosyal faktörler ile bireyin davranışları ve psikososyal durumu arasındaki karşılıklı ilişki yoluyla sağlık üzerinde etki yaratan müdahaleler olarak tanımlanmaktadır (TRSM Çalışma Rehberi 2011). Bu psikososyal müdahaleler; ruhsal eğitim (psikoeğitim), bireysel görüşmeler, aile eğitimi, sosyal beceri eğitimi, bütüncül yaklaşımlı grup tedavileri, destekleyici terapi, bilişsel davranışçı terapiler gibi programları içermektedir (Lieberman 2008; Compton ve Broussard 2009; Svavarsdottir ve ark. 2012; Chien ve ark. 2013; Elis ve ark. 2013; NICE 2014; Morin ve Franck 2017). Şizofreni hastalarının

tedavisinde ilaç tedavisine ek olarak verilen bu psikososyal girişimler negatif belirtilerin azaltılmasına, sosyal uyum, işlevsellik ve yaşam kalitesinin artmasına, relapsların önlenmesine yardımcı olmaktadır (Chien ve ark. 2013; NICE 2014; Uzdil ve Tanrıverdi 2015; Morin ve Franck 2017).

Araştırmalar, ciddi ruhsal hastalığa sahip birçok insanın, toplum ruh sağlığı merkezlerinde etkili psikososyal iyileşme odaklı hizmetlere erişemediğini veya bu hizmetlerden yararlanmak istemediğini ortaya koymaktadır (Landolt ve ark. 2012; Whitley ve ark. 2012). Bu hizmetlere ulaşmada, yaklaşık 9-12 ay sürecek psikososyal girişimlerin uygulanmasında yeterli zamanın olmaması, bu konuda yetişmiş personel sayısının azlığı ve yeterli kaynak sağlanamaması gibi nedenler engel teşkil etmektedir (Chien ve ark. 2013). Ülkemizde ruhsal toplumsal yaklaşımlar arasında en çok uygulananlar; uyumlandırma tedavileri (ruhsal toplumsal beceri eğitimi, işe uyumlandırma, bilişsel davranışçı tedaviler) ve aile ruhsal eğitimleridir (Ünsal Barlas ve Işıl 2010; Uzdil ve Tanrıverdi 2015).

Sosyal beceri eğitimi

Sosyal beceriler, insanların sosyal ve duygusal gereksinimlerini karşılama olarak tanıyan, günlük yaşamda sosyal yeterliliği yansıtan, başarıya ulaşmayı sağlayan, çeşitli sosyal kabul ve öğrenim davranışları için kullanılan bir kavramdır (Svavarsdottir ve ark. 2012; Chien ve ark. 2013). Sosyal beceri eksikliği, şizofreni hastalarının en büyük açıklarından biridir. Engellenmiş sosyal beceriler, hasta özerkliğini önemli ölçüde azaltmakta ve toplumsal çekilme veya izolasyona neden olabilmektedir (Chien ve ark. 2013; Morin ve Franck 2017).

Sosyal beceri eğitimi (SBE), şizofreni ve diğer ruhsal hastalıklarda bireylerin yaşadıkları toplum içinde işlevselliklerini arttırmak için hastalık yönetimi ve bağımsız yaşama becerileri edinmelerine ve önceki sosyal becerilerini tekrar kazanmalarına olanak tanıyan, sosyal öğrenme ilkelerini ve davranışçı teknikleri kullanan psikososyal bir tedavidir (Compton ve Broussard 2009; Elis ve ark. 2013; Almerie ve ark. 2015; Abd El Aziz ve ark. 2017). Çoğunlukla gruplar halinde uygulanan bu eğitim programında; pozitif pekiştirme, hedef belirleme, rol modelleme, davranışsal prova, olumlu geri bildirim, becerileri uygulama ve becerilerin kullanımına teşvik etme için ev ödevleri verme gibi öğrenme teknikleri uygulanmaktadır (Chien ve ark. 2013; Mueser ve ark. 2013; NICE 2014; Rus-Calafell ve ark. 2014; Morin ve Franck 2017).

Şizofreni tedavisinde en yaygın kullanılan psikososyal müdahalelerden biri haline gelmiş bu eğitim ile hastaların hastalıkla daha kolay başa çıkabilmeleri, hastalığın alevlenme ve yinelenmelerinin önlenmesi, kişiler arası ilişkilerin güçlendirilmesi, yetiyitimlerinin önlenmesi, sosyal işlevsellik, içgörü, ilaç tedavisine uyum ve yaşam kalitesinin artırılması ve hastaların daha bağımsız yaşamaları amaçlanmaktadır (Seo ve ark. 2007; Liberman 2008; Compton ve Broussard 2009; Mousa ve ark. 2011; Chien ve ark. 2013; Mueser ve ark. 2013; NICE 2014; Almerie ve ark. 2015; Dikeç ve Kutlu 2015; Uzdil ve Tanrıverdi 2015; Abd El Aziz ve ark. 2017).

Şizofrenide yaygın olarak kullanılan sosyal beceri eğitimi, Liberman ve arkadaşları tarafından 1993 yılında geliştirilen UCLA Toplumsal ve Bağımsız Yaşama Becerileri adlı yapılandırılmış programdır (Rus-Calafell ve ark. 2014). Programın modülleri; ilaç tedavisi yönetimi, belirti yönetimi, madde kötüye kullanımı yöntemi, topluma yeniden katılım, temel konuşma becerileri, arkadaşlık ve yakınlık kurma, boş zamanda eğlenti, iş yerinde temel beceriler, ailelerin hizmetlere dahil edilmesidir (Liberman 2008).

Ülkemizde ise şizofreni hastalarında psikososyal tedavi ve rehabilitasyona yönelik yapılan uygulamalarda, bu programa temellendirilmiş olan Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi kullanılmaktadır. Bu eğitim, belirti yönetimi, ilaç tedavisi yönetimi ve boş zamanda eğlenti modüllerinden oluşmaktadır. Bu programda; iletişim becerileri, sorun çözme becerileri, psikoz ve antipsikotik ilaçlar, tedaviyi değerlendirmek ve izlemek, ilaç yan etkilerini tanımak ve onlarla baş etmek, uyarıcı işaretleri tanımak ve onlarla baş etmek, inatçı belirtileri tanımak ve onlarla baş etmek, alkol ve uyuşturuculardan sakınmak, destek seansları, sosyal ve zevk verici etkinliklerin artırılması konu başlıkları doğrultusunda eğitim verilmektedir (Yıldız 2011).

Şizofreni hastaları ile yapılan çalışmalar, psikososyal eğitim programlarının hastaların yaşam kalitesini, sosyal işlevsellik düzeylerini, benlik saygılarını, iletişim becerilerini, tedaviye uyum düzeylerini ve içgörülerini arttırdığını; yetiyitimi, relaps ve hastaneye tekrarlı yatışları azalttığını; pozitif ve negatif belirtiler üzerinde olumlu etkisi olduğunu göstermektedir (Kopelowicz ve ark. 2003; Xiang ve ark. 2006; Seo ve ark. 2007; Ünsal Barlas ve Işıl 2010; Rus-Calafell ve ark. 2013; Almerie ve ark. 2015; Abd El Aziz ve ark. 2017). Bazı çalışmalarda ise sosyal beceri eğitim programının kişiler

arası ilişki ve atılganlık becerilerini arttırdığı görülmektedir (Chien ve ark. 2003; Seo ve ark. 2007; Amell ve Llandrich 2008; Park ve ark. 2011).

Sosyal beceri eğitimi (SBE)'nin içeriğinde öz bakım, konuşma, problem çözme, ilaç yönetimi, bağımsız yaşam, stresle baş etme, çatışma yönetimi, arkadaş edinme ve mesleki beceriler gibi çeşitli konuların yanı sıra atılganlık becerisi eğitime yer verildiği görülmektedir (Chien ve ark. 2003; Seo ve ark. 2007; Liberman 2008; Palumbo ve ark. 2017; Granholm ve Harvey 2018). SBE dışında şizofreni hastalarına yönelik iletişim müdahaleleri ile ilgili literatürde yer alan programlardan biri olan atılganlık eğitimi ise henüz geliştirilmemiştir (Park ve Han 2018). Ülkemizde örneği olmamakla birlikte SBE'den bağımsız olarak atılganlık eğitiminin şizofreni hastalarına uygulandığı az sayıda çalışma bulunmaktadır (Mousa ve ark. 2011; Lee ve ark. 2013; Mohamed ve Abd El Aziz 2016).

SBE ve Atılganlık Eğitimi hastalar üzerinde benzer kazanımları hedef olsa da, farklı konuları ele almaktadır. SBE doğrudan iletişimin kendisi ile ilgilenmez, programın bir parçası olarak iletişim konusunu içermektedir (Park ve Han 2018). Ülkemizde de uygulanan SBE'nin iletişim becerileri oturumunda etkili iletişim becerileri geliştirebilmenin önemi üzerinde durulmakta, sözlü ve sözsüz iletişim becerilerinden söz edilmektedir (Yıldız 2011). Sözlü öğelerin işlendiği diğer oturumların tamamında sözsüz iletişim becerileri de birlikte kullanılmaktadır (Hosseini ve ark. 2015). SBE'nin tek oturumunda verilen sözlü ve sözsüz iletişim becerileri, atılganlık eğitimi hedefleri içerisinde de yer almaktadır.

SBE'den farklı olarak atılganlık eğitimi ile karar verebilme, istekte bulunma ve isteklere yanıt verme, hayır diyebilme, ben dilini kullanma, olumlu ve olumsuz duyguları ifade etme, aynı görüşte olduğunu ifade etme, farklı görüşte olduğunu tartışmadan ifade etme, iş birliği yapma, rekabet etme, övgü/iltifat etme, övgü/iltifatları kabul etme gibi becerilerin geliştirilmesi hedeflenmektedir. Bu atılganlık becerileri sosyal beceri eğitiminde sınırlı ölçüde ele alınmaktadır.

SBE ve atılganlık eğitiminin her ikisi de şizofreni hastalarının sosyal işlevselliğini arttırmayı ve hastalığın negatif belirtilerini azaltmayı hedeflese de, eğitimin içeriği bakımından birbirinden farklıdır. Atılganlık eğitimi ile ilgili detaylı bilgiler ayrı bir başlık altında verilmiştir.

2.1.9. İşlevsel İyileşme

İyileşme, sosyal ve mesleki işlevselliği, bağımsız yaşama, boş zamanlarını değerlendirebilme, topluma katılım ve karşılıklı olarak destekleyici kişiler arası ilişkiler kurmayı ve yaşam kalitesinde önemli bir gelişmeyi ifade etmektedir (Burns ve Patrick 2007; Whitley ve ark. 2012; Rus-Calafell ve ark. 2014). İyileşme kavramının geleneksel olarak bilinen “klinik iyileşme” tanımı yalnız semptomların hafifletilmesini ve yokluğunu ifade ederken, iyileşmenin ikinci kriteri olan “sosyal işlevsellik” kavramı anlamlı ve değerli bir yaşama erişme olarak tanımlanmaktadır (Whitley ve ark. 2012; Morin ve Frnack 2017).

Semptomlardan bağımsız olarak değerlendirilen “işlevsel iyileşme” kavramı ise; sağlık ve tedavi hakkında içgörünün kazanılmasının yanı sıra, hastanın günlük yaşam becerilerini yerine getirebilmesi, idari ve finansal yönetimi sağlayabilmesi, ev işi etkinliklerini yerine getirebilmesi, kişiler arası ilişkiler, yaşam için gerekli olan sosyal ortamın sağlanması, mesleki işlevsellik gibi alanlarda ideal işlevselliğe sahip olabilmeyi kapsamaktadır (Emiroğlu ve ark. 2009).

Şizofreni; kişisel bakım ve bağımsız yaşama becerilerinin sürdürülememesi, hobileri bırakma, boş vakitleri değerlendirememe, eş, aile üyesi, arkadaş, çalışan veya öğrenci gibi toplumsal olarak tanımlanmış rollerini yerine getirememe, buna bağlı olarak da akademik başarının düşmesi, okulu bırakma, aile ve arkadaşlar ile ilişkilerin sürdürülmesindeki güçlükler veya iş yerinde işlev görememe, istihdam düzeylerinin büyük ölçüde azalması, güvenli konut edinme ve sürdürmede zorluklar gibi sosyal işlevlerin önemli ölçüde bozulmasına neden olmaktadır (Compton ve Broussard 2009; Sabbag ve ark. 2011; Hunter ve Barry 2012; Whitley ve ark. 2012; Chien ve ark. 2013; Mueser ve ark. 2013; Rus-Calafell ve ark. 2014; Mohamed ve Abd El Aziz 2016).

Şizofrenide işlevsel iyileşme, devam eden semptomlara rağmen bilişsel performans ve sosyal işlevselliğin gelişmesi gibi sonuçları içeren, anlamlı yaşamlar geliştirmek için hastaların desteklenmesini vurgulamaktadır. Sosyal işlevsellik kavramı ise; hastanın kendisine bakabilme, günlük faaliyetlerini sürdürebilme becerisi ve hastanın sosyal yaşama uyum sağlayabilmesi için gerekli tüm sosyal becerilerin kazanılması gerekliliğini kapsamaktadır (Emiroğlu ve ark. 2009; Hunter ve Barry 2012).

Şizofreninin değerlendirilmesinde sosyal işlevsellik, 1980'de çıkarılan Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın üçüncü baskısında (DSM-III) ele alınmış, işlevsellikteki açıklar şizofreninin rezidüel belirleyici özelliklerinden biri olarak ortaya çıkmıştır. Sosyal işlevsellik, iş/akademik, kişiler arası ilişkiler ve öz bakım olmak üzere üç geniş alanı kapsamaktadır. DSM-IV-TR'de sosyal işlev bozukluğunun sanrı, hallüsinasyon ve negatif belirtiler gibi şizofreni belirtilerinden ayrı ancak ilişkili olduğu belirtilmiştir (Burns ve Patrick 2007). DSM-V'de ise işlevsellikte bozulma, şizofreninin temel tanımlayıcı belirtilerinden biri olarak kabul edilmiş ve tanı ölçütleri arasında yer almıştır (Köroğlu 2014).

Şizofreninin psikotik belirtileri hafifletilmiş olsa bile negatif belirtiler ve özellikle sosyal işlevsellikle ilgili açıklar devam etmektedir (Sabbag ve ark. 2011; Mueser ve ark. 2013). Bu açıklar destekleyici sosyal ağların gelişimini engellemekte ve hastaların stresle baş etme güçlerini azaltmaktadır. Ayrıca belirtilerin alevlenmesini ve yeniden hastaneye yatışları arttırmaktadır (Mousa ve ark. 2011).

Negatif belirtiler, zayıf işlevsellik ve yaşam kalitesiyle ilişkili olup, bu belirtilerin tedavi girişimlerinde, sosyal yeterliliğe ulaşmak ve sosyal işlevleri yerine getirmek öncelikli hedef olmalıdır (Hunter ve Barry 2012; Elis ve ark. 2013; Rus-Calafell ve ark. 2013; Morin ve Frnack 2017). Bu işlevsel ve sosyal zorlukların tedavisinde; farmakolojik tedaviye ek olarak sosyal beceri eğitimi, desteklenen istihdam ve konut gibi çeşitli psikososyal müdahaleler uygulanmalıdır (Whitley ve ark. 2012; Mueser ve ark. 2013; Rus-Calafell ve ark. 2014).

Psikososyal tedaviler, öncelikle pozitif belirtilerin azaltılması üzerine yoğunlaşmakta; sosyal işlevsellik için bu tedavilerin etkinliğini araştıran nispeten az sayıda çalışma bulunmaktadır (Elis ve ark. 2013). Literatürde şizofreni hastalarına uygulanan psikososyal girişimlerin negatif belirtileri azalttığı, işlevselliği arttırdığı görülmüştür (Xiang ve ark. 2006; Khalil 2012; Rus-Calafell ve ark. 2013; Uzdil ve Tanrıverdi 2015; Abd El Aziz ve ark. 2017; Inchausti ve ark. 2017; Okanlı ve ark. 2017; Palumbo ve ark. 2017).

2.2. Atılganlık Eğitimi

2.2.1. Atılganlık Kavramı

Duygu ve düşüncelerin ifade edilmesinde çekingen, saldırgan, atılgan davranış olmak üzere üç temel davranış sergilenmektedir. (Berger 2009; Garner 2012). Atılgan davranış bir uçtaki çekingenlikten diğer uçtaki saldırganlığa kadar değişen bir skalanın merkezinde yer almaktadır (Murray 2009; ECU 2018).

Atılganlık, bireyin kendi duygu, düşünce ve inançlarını, kişisel haklarını başkalarının duygu ve düşüncelerini göz önünde bulundurarak, haklarına saygı göstererek, kaygı duymadan, açıkça ve dürüstçe ifade etmesidir (Berger 2009; Maric ve Ferjan 2010; Matjacic 2010; Morrissey ve Callaghan 2011; Garner 2012; Peneva ve Mavrodiev 2013; Speed ve ark. 2018). Atılganlık, temel bir davranış biçimi olup kişiler arası ilişkilerin ve pek çok alanda başarının anahtarıdır. Sağlıklı iletişim kurabilmek için kazanılması gereken sosyal bir beceridir (Maric ve Ferjan 2010; Garner 2012).

Atılgan birey, ne istediğini, ne düşündüğünü ve ne hissettiğini açık ve net bir şekilde ifade eder. Benlik saygısı yüksek ve kendine güveni tamdır. Başkalarının görüşlerini dinler ve onların haklarına saygı gösterir. Başkalarının duygu, düşünce ve inançlarına saygı gösterir. Aynı şekilde kendi duygu, düşünce, inanç ve haklarına da saygı duyulmasını ister. Kendine değer verir ve diğerlerini eşit derecede değer gösterir. Atılgan birey ne çekingen ne de saldırgan davranır. Başkalarına karşı anlayışlıdır. Diğerlerini etiketlemek ve yargılamaktan kaçınır. İletişimde “ben dili”ni kullanır. Sözlü ve sözsüz olarak verdiği mesajlar arasında bir bütünlük vardır. Bir ilişkide, ilgili her iki tarafın eşitliğine ve yararına güdümlüdür. Atılgan davranış insanın doğasında yoktur, fakat öğrenilebilir (Alberti ve Emmons 2002; Murray 2009; Matjacic 2010; Morrissey ve Callaghan 2011; Balzar-Riley 2012; Garner 2012; Peneva ve Mavrodiev 2013).

İletişimde karşılıklı olarak memnuniyet sağlayan ve değerli hissettiren en iyi yol atılgan davranmaktır (Berger 2009; Murray 2009; Abed ve ark. 2015). Atılgan olmak temelde çekinmeden ve saldırgan da olmadan haklarını savunabilme becerisini gerektirir. Atılgan davranmak insanlarla açık ve dürüst iletişim kurmayı sağlayarak bireye kendini iyi hissettirir. Benlik saygısını geliştirir ve karşı tarafa güven verir. Bağımsızlık kazandırır ve bağımlı ilişkilerden uzaklaştırır. Eleştirilere açık hale getirir ve iletişimden doğacak çatışmaları, gerginlik ve anksiyeteyi azaltır. Bireylerin

problemleri çözmeye ve karar verme becerilerini geliştirir (Alberti ve Emmons 2002; Maric ve Ferjan 2010; Balzar-Riley 2012; Garner 2012; Abed ve ark. 2015).

2.2.2. Atılganlık Eğitimi

Atılganlık eğitimi, psikiyatrik hastalığı olan bireyler de dahil; çocuklar, gençler ve yetişkinler olmak üzere her yaşta bireyde karmaşık kişiler arası etkileşime odaklanan, kendini güçlendirme ve sosyal etkileşim yeteneklerini geliştirmeyi amaçlayan, davranışçı ve bilişsel teknikleri içeren yapılandırılmış sistematik bir müdahaledir (Lin ve ark. 2008; Mousa ve ark. 2011; Abed ve ark. 2015; Eslami ve ark. 2016; Mohamed ve Abd El Aziz 2016; Speed ve ark. 2018).

Eğitimin amacı: Atılganlık eğitiminin temel amacı, bireyin temel insan haklarına sahip olduğunu ve bu haklarını nasıl başkalarının haklarını ihlal etmeden ayakta tutabileceğini öğretmektir (Mousa ve ark. 2011; Eslami ve ark. 2016). Atılganlık eğitim programı, bireyin özgüvenini, benlik saygısını ve kendilik algısını arttırma, duygu ve düşüncelerini yeterince ifade edebilme, atılganlık düzeyi ve sosyal iletişim becerilerini geliştirme, iletişimle ilgili kaygıları azaltma, sosyal işlevselliği geliştirme ve sonuçta yaşam memnuniyetini arttırmayı ve başa çıkma becerilerini geliştirmeyi amaçlamaktadır (Lin ve ark. 2008; Lee ve ark. 2013; Eslami ve ark. 2016; Speed ve ark. 2018).

Eğitim grupları: Grup şeklinde verilen atılganlık eğitim programının bireysel eğitim programından daha yararlı olduğu düşünülmektedir. Bunun nedeni; grup üyelerinin grup içinde atılgan davranışlarda bulunarak, bu davranışların nedenlerini anlayabilmeleri ve atılgan davranışı daha kolay kabul etmelerini sağlamasıdır. Ayrıca grup eğitiminde, üyeleri atılganlığa teşvik etmek ve cesaretlendirmek için daha fazla fırsat vardır (Lin ve ark. 2004). Atılganlık eğitiminin küçük gruplarda daha etkin olacağı belirtilmektedir (Mousa ve ark. 2011). Bir grup 5-12, ortalama 8 üyeden oluşmalı ve grup üyeleri homojen olmalıdır (Lin ve ark. 2004; Lee ve ark. 2013).

Eğitim süre ve sıklığı: Atılganlık eğitim müfredatının her biri 45-90 dakika boyunca haftada 2-3 seans halinde, 6-12 oturum arasında gerçekleştirilmesi önerilmektedir (Mousa ve ark. 2011; Mohamed ve Abd El Aziz 2016). Haftada bir, 45-90 dakikalık, 8 oturumda gerçekleştirilen atılganlık eğitim programları yaygın olarak uygulanmaktadır (Hosseini ve ark. 2015; Eslami ve ark. 2016).

Eğitim salonu: Eğitim programı oturumları için sabit bir oda tespit edilmeli ve oturumlar aynı salonda gerçekleştirilmelidir (Mohamed ve Abd El Aziz 2016).

Gerekli malzemeler: Eğitim, bireylerin yaptığı eylemi görmesine ve öğrenmesine yardımcı olmak için video veya ses kayıt cihazı, sözlü anlatımlara yardımcı olmak için ise bir yazı tahtası kullanılarak gerçekleştirilmelidir (Chien ve ark. 2003; Mousa ve ark. 2011; Speed ve ark. 2018).

ğrenme teknikleri: Atılganlık eğitiminde her oturum açılış-gevşeme egzersizi, grup çalışması ve kapanış-değerlendirme olacak şekilde üç aşamada yürütülmektedir.

Açılış ve gevşeme/ısınma egzersizi: Her oturumun yaklaşık ilk 10 dakikası gevşeme ve nefes alma egzersizleri yapılır. Oturumun bu bölümünde ayrıca önceki haftanın ev devi değerlendirilir (Lin ve ark. 2008; Lee ve ark. 2013).

Grup alışması: Eğitimin açılış sonrası yaklaşık 60 dakikası bilgi verme ve açıklama yapma, rehberlik etme, uygulama ve gösteri yapma, modelleme, rol oynama, geribildirim verme ve grup tartışması yapma gibi çok yönlü öğrenme tekniklerini içermektedir. (Chien ve ark. 2003; Lin ve ark. 2004; Lin ve ark. 2008; Mousa ve ark. 2011; Lee ve ark. 2013; Abed ve ark. 2015; Mohamed ve Abd El Aziz 2016; Speed ve ark. 2018). Gösteri yapma, bireye doğru davranışı göstermek amacıyla kullanılır. Daha sonra bir katılımcı ve eğitici veya iki katılımcı rol yapar ve diğerlerinden geri bildirim alırlar. Bireylerin atılgan davranışını cesaretlendiren, somut ve olumlu yapılan geri bildirim, rol oynamanın hemen ardından verilmesi önem taşımaktadır (Chien ve ark. 2003).

Kapanış ve değerlendirme: Eğitimin son 10 dakikası ise, duyguların ve davranışsal ifadelerin paylaşılması, gelecek oturuma kadar ev ödevlerinin verilmesi ve bir sonraki toplantı saatinin ve yerinin katılımcılara hatırlatılması şeklinde yapılır (Lee ve ark. 2013; Mohamed ve Abd El Aziz 2016). Verilen ev ödevleri grup üyelerinin aktif katılımını ve atılgan davranış becerilerini günlük yaşamlarına entegre edebilmelerini sağlamaktadır (Mitchell 2006; Mousa ve ark. 2011; Abed ve ark. 2015).

Eğitimin içeriği: Atılgan becerileri geliştirmeye yönelik oluşturulan eğitimde oturumların içeriği şunlardır; iletişimi başlatma, sürdürme ve bitirme, grubun amacını açıklama, grup kurallarını belirleme, sözlü-sözsüz mesajları tanıma, etkili iletişim

becerilerini ifade etme, atılgan davranışı ayırt etme, temel insan haklarını tanıma, karar verebilme, istekte bulunma ve isteklere yanıt verme, hayır diyebilme, ben dilini kullanma, olumlu ve olumsuz duyguları ifade etme, aynı görüşte olduğunu ifade etme, farklı görüşte olduğunu tartışmadan ifade etme, iş birliği yapma, rekabet etme, övgü/iltifat etme, övgü/iltifatları kabul etme, değerlendirme yapma (Alberti ve Emmons 2002; Chien ve ark. 2003; Mitchell 2006; Lin ve ark. 2008; Murray 2009; Maric ve Ferjan 2010; Matjacic 2010; Morrissey ve Callaghan 2011; Mousa ve ark. 2011; Balzar-Riley 2012; Garner 2012; Lee ve ark. 2013; Peneva ve Mavrodiev 2013; Abed ve ark. 2015; Hosseini ve ark. 2015; Manesh ve ark. 2015; Eslami ve ark. 2016; Mohamed ve Abd El Aziz 2016; ECU 2018).

Eğitim programı: Literatür taraması sonucunda yaygın olarak uygulanan konu içeriği ele alınarak atılganlık eğitim programı 8 oturum olarak değerlendirilmiştir. Her oturum, eğitim sonucunda kazanılması hedeflenen atılganlık becerilerini içermektedir.

1.Oturum: İletişimi başlatma, sürdürme ve bitirme, grubun amacını açıklama, grup kurallarını belirleme, ön testlerin uygulanması: Bilgilendirilmiş onamları alınan tüm grup üyeleri programa başlamadan önce ön testleri uygulamalıdır (Mousa ve ark. 2011; Mohamed ve Abd El Aziz 2016). Bu oturum; grup üyelerinin birbirlerini tanıması, eğitim amacının belirtilmesi ve günlük yaşamdaki önemini açıklanması, iletişimi başlatma, sürdürme ve bitirme eylemlerini içermektedir (Alberti ve Emmons 2002; Manesh ve ark. 2015; Eslami ve ark. 2016).

2.Oturum: Sözlü-sözsüz mesajları tanıma, etkili iletişim becerilerini ifade etme: Atılgan davranışın sözlü (istekte bulunma, duyguları ifade etme gibi) ve sözsüz (konuşma hızı, ses şiddeti, ses tonu, sözler, göz teması, yüz ifadeleri ve fiziksel mesafe gibi) mesajları bulunmaktadır (Alberti ve Emmons 2002; Morrissey ve Callaghan 2011; Hosseini ve ark. 2015). Tüm bu öğeler bazı basit becerileri gerektirir (Berger 2009; ECU 2018). Atılganlık eğitiminin ilk adımı bu becerilerin doğru algılanmasını öğretmektir (Mitchell 2006).

Atılgan birey; rahat ve sakin görünür, kendini güvende hisseder, dik ve rahat duruşa sahiptir, kişisel mesafeyi duruma uygun kullanır, eller açıktır, yüz ifadesi duygularını yansıtır, uygun ve doğrudan göz teması kurar, sakin bir ses tonu vardır, konuşması akıcı ve nettir, aktif dinleme becerisine sahiptir (Alberti ve Emmons 2002; Murray 2009; Matjacic 2010; Balzar-Riley 2012; Garner 2012; Lee ve ark. 2013). Sözlü

öğelerin işlendiği diğer oturumların tamamında bu sözsüz iletişim becerileri de birlikte kullanılır (Hosseini ve ark. 2015).

3.Oturum: Atılğan davranışı ayırt etme, temel insan haklarını tanıma: Atılğan davranışı ayırt edebilmek ve uygun atılğanlık becerisini geliştirmek için çekingen ve saldırgan davranış türlerini tanımlamak gerekir (Mitchell 2006; Murray 2009; Peneva ve Mavrodiev 2013; Hosseini ve ark. 2015; Manesh ve ark. 2015).

Çekingen davranış: Çekingen ya da pasif davranış; bireyin duygu, düşünce ve inançlarını ifade etmeyerek başkalarının kendi haklarını ihlal etmesine izin vermesi anlamına gelmektedir (Berger 2009; Garner 2012). Çekingen kişi itaatkar ve hogörülüdür, başkaları tarafından ezildiğini hisseder, başkalarını üzmemekten kaçınır, hayır demekte güçlük çeker, başkalarının hak ve görüşlerinin daha önemli olduğunu düşünür, tartışma ve çatışmaya girmez, çok fazla özür diler, kararsız tavırları vardır, fırsatları kaçırabilir, başkaları tarafından suistimal edilir, otoriteler tarafından korkutulur (Matjacic 2010; Morrissey ve Callaghan 2011; Garner 2012). Çekingen davranışın sözsüz mesajları şunları içerir: ses tonu alçak ve yumuşaktır, göz temasından kaçınır, yere bakma ya da başka tarafa bakma eğilimindedir, üzgün ve korkulu bir ifadesi vardır, omuzları yukarıda ve gergindir, konuşurken yüzünü ve ağzını kapatır, kolları bağlanmış, bacakları birbirine kenetlenmiş olabilir (Murray 2009; Garner 2012).

Saldırgan davranış: Saldırganlık; duygu, düşünce ve inançlarını çoğunlukla dürüst olmayan, uygunsuz ve diğer kişinin haklarını ihlal edecek şekilde ifade etmektir (Berger 2009; Garner 2012). Saldırgan kişi yargılama, suçlama, etiketleme ve tehdit etme eğilimindedir, başkalarının hak ve görüşlerini göz ardı eder, istediklerini elde etmek için başkalarının sınırlarını ihlal eder, kendi ihtiyaçlarını başkalarının ihtiyaçlarından daha önemli bulur, güç ve üstünlük gösterisi yapar, alaycıdır, kaba ve kötü sözler kullanır, şiddet uygulayabilir (Murray 2009; Matjacic 2010; Garner 2012). Saldırganlığın sözsüz mesajları şunlardır: yüksek ses tonu kullanır, kişisel alanı ihlal eder, gergin, kızgın ve düşmanca görünür, kaşları çatık, çene öndedir, işaret parmağını sıkça kullanır, yumruklarını sıkar (Murray 2009; Morrissey ve Callaghan 2011; Garner 2012).

Atılğan davranış ise başkalarının haklarını ihlal etmeksizin temel haklarını koruma becerisidir. Bu haklar yasal haklar değil, temel insan haklarıdır (Garner 2012; Peneva ve Mavrodiev 2013). Atılğan davranış için bireylerin sahip oldukları hakları

bilmeleri gerekir (Manesh ve ark. 2015). Bu temel insan hakları şu şekildedir (Matjacic 2010; Garner 2012; Peneva ve Mavrodiev 2013):

- Saygıyla muamele görme hakkı,
- Kendi duygu, düşünce ve davranışlarını ifade etme ve sonuçlarının sorumluluğunu alma hakkı,
- Kendi görüş ve değerlerini ifade etme hakkı,
- “Evet” veya “hayır” deme hakkı,
- Sessiz kalma hakkı,
- Hata yapma ve hatalarının sorumluluklarını alma hakkı,
- Fikrini değiştirme hakkı,
- “Bilmiyorum” deme hakkı,
- Anlamadığını söyleme hakkı,
- Ne istediğini sorma hakkı,
- Başkalarının sorunları için sorumlulukları reddetme hakkı,
- Haklı olduğu takdirde agresif ve saldırgan olmayı seçme hakkı.

4.Oturum: Karar verebilme, istekte bulunma ve isteklere yanıt verme, hayır diyebilme: Bireylerin kendi çıkarları doğrultusunda karar verme, karar vermek için düşünme ve gerekli zamanı talep etme, gerektiğinde kararını değiştirme hakkı vardır (Alberti ve Emmons 2002; Peneva ve Mavrodiev 2013). Birey, suçlanacağı veya yargılanacağını düşünmeden, utanç duymadan, diğerlerini küçümsemekten ve istismar etmeden istekte bulunabilmelidir (Peneva ve Mavrodiev 2013; ECU 2018). Bireyin başkalarının taleplerine kendisini suçlu hissetmeden “evet” veya “hayır” deme hakkı vardır (Garner 2012; Manesh ve ark. 2015; Eslami ve ark. 2016).

5.Oturum: Ben dilini kullanma, olumlu ve olumsuz duyguları ifade etme: Atılganlık, başkalarının ihtiyaç ve görüşleri göz önüne alınırken, hem olumlu hem de olumsuz duygu ve düşünceleri açık, doğrudan ve dürüst bir şekilde ifade etme becerisidir (Alberti ve Emmons 2002; Mitchell 2006). Bireylerin duygu ve düşüncelerini kendini kötü hissetmeden ifade etme hakkı vardır (Garner 2012; Peneva ve Mavrodiev 2013).

Atılğan birey karşı tarafı suçlayan “sen dili” ile değil, duygu ve düşüncelerini açık ve net bir şekilde ifade eden “ben dili”ni kullanarak mesajını etkin bir şekilde iletebilir (Matjacic 2010; ECU 2018). Öğrenilerek geliştirilebilen “ben dili” ile iletişim kurmayı sağlayacak bir cümle yapısının dört temel özelliği bulunmaktadır (Matjacic 2010; Balzar-Riley 2012; Garner 2012; ECU 2018):

- Problemi belirtmek: Diğer kişinin eylemini veya endişe olayını tamamen gerçekçi bir şekilde tarif edin.
- Duyguları ifade etmek: Durumla ilgili duygularınızı ifade edin.
- Gereksinimleri belirtmek: Diğer kişilerin haklarını ihlal etmeden isteklerinizi ve gelecekte nasıl bir alternatif yol olduğunu tarif edin.
- Sonuçları belirtin: Sonucun ne olacağını ifade edin.

6.Oturum: Aynı görüşte olduğunu ifade etme, farklı görüşte olduğunu tartışmadan ifade etme: Atılğan bireylerin, duygu ve düşüncelerini kendine güvenen, pozitif ve saygılı bir biçimde ifade etmeleri gerekir (Alberti ve Emmons 2002; ECU 2018). Bireylerin görüşleri ne olursa olsun sadece aile ve arkadaşlarından değil aynı zamanda sosyal ilişkiye girdiği tüm insanlardan saygıyla muamele görmeye hakları vardır (Peneva ve Mavrodiev 2013).

7.Oturum: İş birliği yapma, rekabet etme, övgü/iltifat etme, övgü/iltifatları kabul etme: Atılğanlık, işbirliği yapma ve rekabet etme becerisi gerektirir. Bireysel başarı ve bağımsızlığın yanı sıra grup başarısı da atılğanlık için önemli bir ölçüttür (Morrissey ve Callaghan 2011). Duygularını dürüst bir şekilde harekete geçirerek insanlara iltifat etmek, yine bir başkasının övgüsünü kabul etmek her iki tarafı da zenginleştiren atılğan bir davranıştır. Atılğan bireyler sözel olarak “teşekkür ederek” veya sözsüz olarak bir gülümseme, memnuniyet dolu bir bakış ile övgüleri kabul ederler (Alberti ve Emmons 2002; Garner 2012).

8.Oturum: Değerlendirme yapma, son testlerin uygulanması: Eğitimin son oturumunda önceki oturumlar gözden geçirilir ve değerlendirilir (Eslami ve ark. 2016). Grup üyeleri eğitim sonrası ön testlerin aynısını tekrar doldurmalı, bu son testler eğitim bittikten hemen sonra yapılmalıdır. İzlem testleri üç ay sonrası için planlanabilir (Lin ve ark. 2008; Mohamed ve Abd El Aziz 2016).

2.2.3. Psikiyatri Alanında Atılganlık Eğitimi

Atılganlık kavramının incelenmesi, 20. yüzyılın ortalarında başlamış, bu başlangıç klinik uygulamayla bağlantılı olarak devam etmiştir. Atılganlık eğitimi ilk olarak 1960'lı yıllarda güvensizlik, yalnızlık, iletişim eksikliği yaşayan ve çekingen davranışlar gösteren ruhsal hastalığa sahip bireylerde kişiler arası tutumların belirsizliklerini ve sosyal açıklarını düzeltmeyi ve toplumsal yetkinlik kazandırmayı amaçlayan terapötik bir yöntem olarak uygulanmıştır. İlk kez Wolpe ve Lazarus (1966) tarafından sosyal anksiyeteyi gidermek için davranış terapisinde kullanılmıştır (Peneva ve Mavrodiev 2013).

Atılganlık eğitimi farklı yaş gruplarında ve birçok alanda uygulanan, etkinliği kanıtlanmış bir eğitim programıdır. Türkiye'de örnekleri olmamakla birlikte, psikiyatri alanında alkol bağımlılığı, kişilik bozuklukları, yeme bozuklukları, şizofreni, depresyon, depresif bipolar bozukluk, anksiyete bozukluğu veya uyum bozukluğunda uygulandığı görülmektedir (Lin ve ark. 2004; Shiina ve ark. 2005; Matsuda ve Uchiyama 2006; Lin ve ark. 2008; Lee ve ark. 2013; Peneva ve Mavrodiev 2013).

Kronik şizofreni hastalarında, atılganlığı geliştirmek, kendine güven ve sosyal becerilerin geliştirilmesine odaklanan atılganlık eğitimi ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmakta; bu programların geliştirilmesi ve sürekliliğinin değerlendirilmesine gereksinim duyulmaktadır (Mousa ve ark. 2011; Lee ve ark. 2013; Park ve Han 2018). Ülkemizde şizofreni hastalarının atılganlık becerileri ve atılganlık düzeylerini ele alan ve atılganlık eğitimi konusunda yapılmış araştırmalara rastlanmamıştır.

2.2.4. Şizofrenide Atılganlık Eğitimi

Şizofreni hastaları genellikle bilişsel bozukluklara maruz kalıp, duygu ve düşüncelerini etkili bir şekilde ifade edemezler. Toplumsal ve sosyal kaygı, başkaları tarafından yargılanma veya olumsuz değerlendirilme korkusu yaşarlar. Bu durumlar hastalar arasında, kişiler arası iletişimle ilgili sorunlar ve bunlara yol açan kişiler arası çatışmalar; endişe, hayal kırıklıkları, depresyon ve öfkeye yol açmaktadır (Mousa ve ark. 2011; Lee ve ark. 2013). İnsan ilişkileri ve yaşam becerileri gibi birçok işlev alanında yetersizliklere neden olan şizofrenide; hastalar çekingen bir görünüme sahip olup, ses tonu tekdüze, kendiliğinden konuşmayı başlatma becerisinde bozulma,

duygusal tepkilerde azalma, düşünme ve konuşmada fakirleşme, toplumdaki çekilme gibi belirtiler göstermektedirler (Öztürk ve Uluşahin 2016).

Atılma becerilerin eksikliği, şizofreninin en temel karakteristik tanı özelliklerinden biri olan işlevsellikte bozulmaya yol açmaktadır (Chien ve ark. 2003; Seo ve ark. 2007; Emiroğlu ve ark. 2009; Mousa ve ark. 2011; Rus-Calafell ve ark. 2014). Hastalar günlük yaşam becerileri ve sosyal rollerini yerine getirmek, aile ve çevreleri ile etkili sosyal iletişim kurmak, duygu ve görüşlerini ifade etmek, etkin bir şekilde kendi problemlerini çözmek, istekte bulunmak, başkalarının mantıksız taleplerini reddetmek ve sosyal etkileşim gerektiren (esnafla pazarlık yapmak, yardım istemek gibi) durumlarda güçlük çekmektedirler (Seo ve ark. 2007; Emiroğlu ve ark. 2009; Mousa ve ark. 2011; Rus-Calafell ve ark. 2014). Bu gibi işlev bozuklukları hastalığın kötü prognozuna, tekrarlı hastane yatışlarına ve yaşam kalitesinin düşmesine yol açmaktadır (Seo ve ark. 2007; Mousa ve ark. 2011).

Şizofreni hastalarına verilen atılma eğitimi ile hastaların atılma düzeyleri, sosyal becerileri, kişiler arası etkileşim ve kendilik algılarını geliştirmek, özgüvenlerini ve başa çıkma yeteneklerini arttırmak, anksiyete düzeylerini azaltmak, duygu ve düşüncelerini ifade edebilme ve toplumda yaşam rolünü yerine getirebilmelerini sağlamak amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda yapılan çalışmalar atılma eğitiminin şizofreni hastalarında etkili olduğunu; atılma becerileri, iletişim becerileri ve benlik saygısını arttırdığını, sosyal anksiyete düzeyi ve psikiyatrik belirtileri azalttığını göstermektedir (Mousa ve ark. 2011; Lee ve ark. 2013; Mohamed ve Abd El Aziz 2016).

2.2.5. Atılma Eğitimiinde Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA)'ne göre toplum ruh sağlığı hemşiresi; toplumun diğer üyeleri ile birlikte ruhsal hastalıkların birincil, ikincil ve üçüncül önleme aşamalarının sürekliliğini sağlayan ruh sağlığı hizmetlerinde tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmeye katılan kişidir. Toplum ruh sağlığı hemşiresinin değerlendirme, eşgüdüm, hasta haklarını gözetme, savunma, sevk etme, eğitim, rehabilitasyon, ev ziyaretleri, krize müdahale, fiziksel değerlendirme, ilaç uygulamalarının izlenmesi gibi beceri ve yetenekleri kazanmış olması beklenir (Bağ 2012; İçel ve ark. 2016).

Türkiye’de Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik 19.04.2011 tarihinde 27910 sayı onayı ile yürürlüğe girmiş, bu yönetmelikte ise Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hemşiresi: birey, aile ve toplumun ruh sağlığını koruma, geliştirme ve sürdürmede görev yapan sağlık ekibi üyesi olarak tanımlanmıştır (Hemşirelik Yönetmeliği 2011).

Toplum ruh sağlığı hizmetleri içinde yer alan ve hastalık yönetiminde rol oynayan psikiyatri hemşirelerinin hastalara psikososyal bakım sağlayabileceği, psikososyal müdahalelerde aktif rol alabileceği bilinmektedir (Lieberman 2008; Bağ 2012). TRSM hakkında yönerge ve çalışma rehberinde belirtilen sosyal çalışmacı, psikolog ve hemşirelerin ortak görev ve sorumlulukları arasında “hizmet alanlara ve ailelerine yönelik psikososyal müdahaleleri yürütmek” rolü yer almaktadır (TRSM Çalışma Rehberi 2011, TRSM hakkında yönerge 2014):

Psikososyal müdahalelerde bulunan ve hastayla doğrudan teması olan psikiyatri hemşireleri hastaların ve ailelerinin sağlığını korumak ve geliştirmek için eğitim gereksinimlerini belirleyebilir, bu gereksinimleri karşılamak ve hastaların topluma yeniden katılımını sağlamak için özel eğitim programları planlayabilirler (Videbeck 2011; Uzdil ve Tanrıverdi 2015; Mohamed ve Abd El Aziz 2016; Abd El Aziz ve ark. 2017). Eğitici veya danışman rolündeki psikiyatri hemşirelerinin rehabilitasyon programlarında yer aldığı çalışmalar zaman içinde artış göstermektedir (Seo ve ark. 2007; Lin ve ark. 2008; Mousa ve ark. 2011; Dikeç ve Kutlu 2015; Abd El Aziz ve ark. 2017).

Psikososyal bir girişim olan ve hastaların işlevselliğinin bozulmasını önlemek, onların yaşam kalitesini ve sosyal uyum yeteneğini arttırmak için uygulanacak atılganlık eğitiminin psikiyatri hemşireleri tarafından yürütülebileceği belirtilmektedir (Mousa ve ark. 2011; Lee ve ark. 2013). Psikiyatri hemşireleri, hastaların daha atılgan olmasına, benlik saygılarını geliştirmeye ve kendi haklarını koruyarak başkalarının haklarına da saygı göstermesine yardımcı olabilir (Mohamed ve Abd El Aziz 2016).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, şizofreni hastalarına uygulanan atılgnlık eğitiminin hastaların işlevsel iyileşme ve atılgnlık düzeyine etkisini incelemektir.

3.2. Araştırmanın Türü

Ön test-son test kontrol gruplu tekrarlayan ölçümlü tasarlanmış randomize kontrollü deneysel bir araştırmadır.

3.3. Araştırmanın Değişkenleri ve Hipotezleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri, atılgnlık düzeyi ve işlevsel iyileşme düzeyi; bağımsız değişkeni ise atılgnlık eğitimidir.

Araştırma hipotezleri;

H₁: “Atılgnlık eğitimi alan şizofreni hastalarının atılgnlık düzeyi artar.”

H₂: “Atılgnlık eğitimi alan şizofreni hastalarının işlevsel iyileşme düzeyi artar.”

H₃: “Atılgnlık eğitimi alan şizofreni hastaları eğitim almayanlara göre daha atılgn olacaktır.”

H₄: “Atılgnlık eğitimi alan şizofreni hastaları eğitim almayanlara göre daha yüksek işlevsel iyileşme gösterecektir.”

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Temmuz-Ağustos 2017 tarihleri arasında eğitim programı ve ön test, Eylül 2017 tarihinde son test, Aralık 2017 tarihinde ise izlem testi uygulandı. Araştırma Amasya Recep Akyılmaz Toplum Ruh Sağlığı Merkezi 'nde yapıldı.

Recep Akyılmaz Toplum Ruh Sağlığı Merkezi: Ocak 2014 tarihinde, Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı olarak faaliyet göstermeye başlamıştır. “Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi” ve 2014 yılında Bakan onayı ile yürürlüğe konulan “Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge” doğrultusunda işleyişini sürdürmektedir. Amasya il merkezinde hastaneden ayrı ve yaklaşık 322 bin nüfuslu Amasya ili ve bağlı olduğu ilçeleri kapsamaktadır.

Merkezin haftalık programı içerisinde bir hemşire veya psikolog liderliğinde her sabah ısınma egzersizi ve günaydın toplantıları, haftada 1 gün sosyal beceri eğitimleri ve danışan psikoeğitimleri yapılmaktadır. Merkezde, ayda 1 kez aile psikoeğitim grubu psikiyatrist tarafından yürütülmektedir. Bireysel danışmanlık hizmetleri ise; hemşire, psikolog ve sosyal çalışmacılar tarafından verilmektedir. Ayrıca merkezde her gün halk eğitim merkezi tarafından görevlendirilen usta öğreticilerle resim ve iş-uğraşı terapisi, müzik terapisi, tiyatro gibi sanatsal etkinlikler sürdürülmekte, film gösterimi, kitap okuma gibi aktiviteler dönüşümlü olarak devam etmektedir. Öğle yemeği, takip ve tedaviler hemşire denetiminde gerçekleştirilmektedir.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini, Amasya ili Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 120 şizofreni hastası oluşturdu.

Çalışmanın örneklemini oluşturan hastalarda aşağıdaki kriterler arandı:

- Şizofreni tanısı olma,
- Son 8 hafta içinde hastaneye yatmamış olma,
- En az 1 aydır TRSM'ye kayıtlı olma ve
- Araştırmaya katılmayı kabul etme.

Dışlama kriteri olarak ise;

- İletişim becerilerini içeren düzenli olarak katıldığı psikoeğitim programının olması,
- TRSM'ye yeni başlamış olması,
- Formların doldurulmasına eşlik edebilecek bilişsel yeterlilikte yakınının olmaması koşulları belirlendi.

TRSM'ye kayıtlı 120 şizofreni tanılı hasta bulunuyordu. Sorumlu doktor ve hemşire ile araştırma kriterlerine uygun olmayan 24 hasta dışlanarak, toplam 96 hastadan oluşan liste elde edildi.

Hastaların tamamına TRSM'de yüz yüze görüşülerek veya telefonla aranarak çalışma hakkında bilgi verildi. Telefonla aranan 16 hastaya ulaşılamadı, 20 hasta ise araştırmaya katılmayı kabul etmedi. Araştırmaya katılmayı kabul etmeme nedenleri

arasında; yaşanan bölgenin TRSM'ye uzaklığı, hafta içi düzenli bir işte çalışıyor olma ve çalışmaya katılmaya isteksizlik yer alıyordu. Böylece araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 60 hasta belirlendi.

60 hasta listesi 1-60 arasında TRSM kayıtlarında yer alan sıra numaralarına göre, araştırmacının dışında bir hemşire tarafından listelenerek, tek-çift yöntemi ile deney-kontrol grubu olarak atandı. Listedeki 30 tek rakam, kontrol grubunu; 30 çift rakam, deney grubunu oluşturdu.

%95 güven düzeyinde 0,8 etki büyüklüğü ile %80 power değerine göre örneklem sayısı; 26 deney, 26 kontrol grubu olmak üzere toplam 52 hasta olarak hesaplandı. Olası veri kayıpları da göze alınarak, belirlenen 60 hastanın tamamı için ön testler uygulandı ve eğitim programı planlandı.

Eğitimler başladıktan sonra devam etmek istemeyen, hastaneye yatışı yapılan veya başka bir nedenle katılım göstermeyen hastaların olması durumunda kalan sayı ile grubun eğitimine devam edilmesi ve sonuçta istenilen örneklem sayısına ulaşamadığı takdirde yeni bir grup alınarak (4. grup) eğitim programının başlanması planlandı. Eğitimler başlanan örneklem sayısı ile tamamlandığından yeni bir grup oluşturulmadı.

3.6. Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçları

Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Rathus Atılganlık Envanteri (RAE) ve Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) kullanıldı. Kişisel bilgi formu hastaların kendileri tarafından eğitim öncesinde dolduruldu. RAE ve ŞİLÖ ise, ön test-son test olarak eğitimin ilk ve son oturumlarında ve eğitim bittikten 3 ay sonra uygulandı. ŞİLÖ, hasta yakını ile yapılan yüz yüze görüşmeler sonucunda elde edilen bilgiler doğrultusunda, araştırmacı tarafından değerlendirildi. Her uygulama için aynı hasta yakını ile görüşme yapıldı.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu, hastaların sosyo-demografik özelliklerini ve hastalık ile ilgili özelliklerini içeren toplam 15 sorudan oluşmaktadır (Form-1).

3.6.2. Rathus Atılganlık Envanteri

RAE, 1973 yılında Rathus tarafından geliştirilmiştir. 30 maddeden oluşan ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Voltan (1980) tarafından yapılmıştır. Envanter, -3'ten +3'e doğru sıralanmış biçimde 6 dereceli olarak kullanılmaktadır. Alınacak toplam puan -90 ile +90 arasında olup; -90 en yüksek derecede çekingenliği, +90 ise en yüksek derecede atılganlığı ifade etmektedir (Voltan 1980). Bu puanlama sisteminin yanı sıra çalışmalarda ikinci bir puanlama sistemi de kullanılmaktadır (Chien ve ark. 2003; Lin ve ark. 2004; Seo ve ark. 2007; Lin ve ark. 2008; Kelleci ve ark. 2011; Park ve ark. 2011; Lee ve ark. 2013). Bu puanlamada her maddeye 1-6 arasında puan verilmektedir. 3, 6, 7, 8, 10, 18, 20, 21, 22, 25, 27, 28 ve 29. maddeler (13 madde) olumlu ifadeleri; 1, 2, 4, 5, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 23, 24, 26 ve 30. maddeler (17 madde) ise olumsuz ifadeleri tanımlamaktadır. İfadeler sırası ile 1-6 arasında puanlanır ve olumlu ifadeler ters çevrilir. Olumlu ve olumsuz ifadelerin toplamından elde edilen puan envanterin toplam puanını vermektedir. Çekingenliğe doğru uzanan uç 30 puan, atılganlığa doğru uzanan uç puan ise 180'dir (Form-2).

Voltan, envanterin alfa tutarlılık katsayısını $r=0,70$ olarak ve test-tekrar test güvenilirliğini $r=0,92$ olarak bulmuştur (Voltan 1980). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha Değeri 0,866 olarak bulunmuştur.

3.6.3. Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

Llorca ve arkadaşları (2009) tarafından geliştirilen ve Türkçe geçerlilik çalışması Emiroğlu ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan ŞİLÖ, hastaların belirtilerinden bağımsız olarak, işlevsellikteki düzelmeleri inceleyen 19 maddelik 5'li likert tipi bir ölçektir. Uygulamalar yarı yapılandırılmış görüşmeler şeklinde gerçekleştirilmektedir. Uygulama süresi yaklaşık 30 dakikadır. Değerlendirme, hem hastanın kendisinden hem de ailesinden alınan bilgiye dayanır. Değerlendirmede sorgulanacak olan zaman zarfı görüşmeden önceki son bir aydır. Her madde için 5 değerlendirme düzeyi bulunmaktadır. 1. düzey (yok) en düşük düzeydeki iyileşmeyi belirtirken, 5. Düzey (mükemmel derecede var) "ideal" işlev düzeyine karşılık gelmektedir. 2. Düzey (kısmen var), 3. Düzey (yeterince var) ve 4. Düzey (neredeyse tamamen var)'den oluşmaktadır. İki düzey arasında kalındığında düşük olan düzey seçilmektedir. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 95, minimum puan ise 19'dur. Sosyal İşlevsellik (2, 5, 7, 11, 12, 14, 15. maddeler), Sağlık ve Tedavi (9, 16, 18, 19.

maddeler), Günlük Yaşam Becerileri (1, 4, 6, 8, 10, 17. maddeler), Mesleki İşlevsellik (3 ve 13. maddeler) alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Her bir alt ölçekten alınan yüksek puanlar o alana ait işlevselliğin yüksek olduğunu, ölçeğin toplam puanının yükselmesi ise genel işlevselliğin yüksek olduğunu göstermektedir (Emiroğlu ve ark. 2009, Form-3).

Ölçeğin orijinal versiyonunun iç tutarlılık katsayısı 0,90, Türkçe formunun iç tutarlılık katsayısı ise 0,89 olarak bulunmuştur (Emiroğlu ve ark. 2009). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha Değeri 0,925 olarak hesaplanmıştır.

3.7. Araştırma Süreci

Araştırmaya başlamadan önce TRSM'ye kayıtlı hasta profili, merkezde uygulanan rehabilitasyon hizmetleri ve merkezin fizik ortam koşulları değerlendirildi. Araştırma kapsamına alınan 60 hasta, deney ve kontrol grubu olarak randomize atandı. Ön test uygulanarak grupların bireysel ve hastalık özellikleri, atılganlık ve işlevsel iyileşme puanları açısından homojen dağılım gösterdiği tespit edildi.

Deney grubuna yönelik girişimler

Araştırma kriterlerine uygun olarak belirlenmiş 30 hastadan ön test olarak Kişisel Bilgi Formu ve RAE'yi doldurmaları istendi. ŞİLÖ için hasta yakınları ile görüşme yapılarak, bilgiler ölçek formuna kaydedildi. TRSM'ye gelmeyen hasta yakınları ile telefonla görüşülerek veya ev ziyaretleri yapılarak veriler toplandı.

Eğitim öncesi hastalarla ön görüşme yapılarak eğitim için uygun gün ve zaman planlandı. 10'ar kişilik 3 eğitim grubu oluşturuldu. 8 hafta süren atılganlık eğitimi verildi ve eğitimin ardından son test olarak RAE ve ŞİLÖ tekrar uygulandı. Eğitim bittikten 3 ay sonra RAE ve ŞİLÖ izlem ölçümü yapıldı.

Kontrol grubuna yönelik girişimler

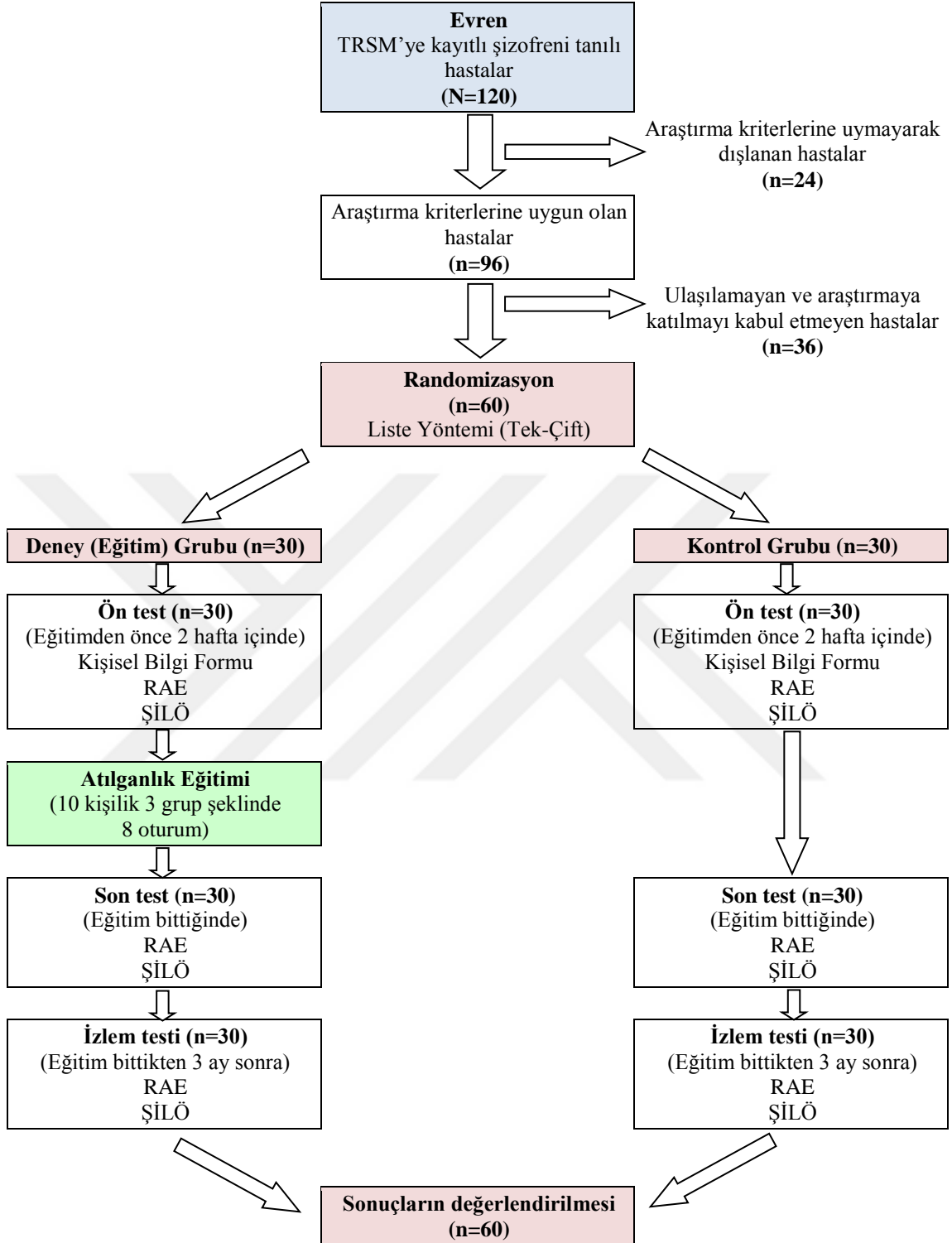
Araştırma kriterlerine uygun olarak belirlenmiş ve kontrol grubu için atanmış 30 hastaya ön test için Kişisel Bilgi Formu ve RAE'yi doldurmaları istendi. ŞİLÖ için hasta yakınları ile görüşüldü ve bilgiler ölçek formuna kaydedildi. Son test ve 3 ay sonraki izlem için RAE ve ŞİLÖ tekrar uygulandı. TRSM'ye gelmeyen hasta yakınları ile telefonla görüşülerek veya ev ziyaretleri yapılarak veriler toplandı.

Deney grubuna verilen atılganlık eğitimi bittikten sonra, kontrol grubu için de atılganlık eğitimi becerileri ile ilgili 1 günlük eğitim programı uygulandı. Programa 6 hasta katıldı. Programa katılan hastalara Atılganlık Eğitimi Broşürü verildi, kalem ve defter hediye edildi.

Çalışmanın yürütülmesi sırasında hem deney, hem de kontrol grubunun rutin tedavisi devam etti ve hastalar TRSM’de verilen diğer hizmetlerden (resim ve iş-uğraşı terapisi, müzik terapisi vb.) yararlanabildi. Atılganlık eğitimi süresince merkezde yürütülen sosyal beceri eğitimi ve psikoeğitimler devam etmedi.

Araştırmanın uygulama akış şeması aşağıda verilmiştir (Şekil 3-1).





Şekil 3-1: Araştırmanın Akış Şeması

3.8. Uygulamanın İçeriği

Deney grubunu oluşturan 30 hastaya, 10 kişilik 3 grup şeklinde uygulanan eğitim, Temmuz-Ağustos 2017 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Hastaların 3 gruba ayrılması için kayıt formu dolduruldu (Ek-6). Bu form, hastalarla iletişim için gerekli telefon numaralarını, kısa adres bilgilerini ve araştırmacının belirlediği Pazartesi, Çarşamba, Perşembe günlerinden hangisinin kendileri için uygun olup olmadığını kaydetmek için kullanıldı. Belirledikleri günler doğrultusunda 10'ar kişilik gruplar oluşturuldu. Kendi eğitim gününde devam edemeyen hastanın diğer grupla eğitime katılmasına izin verildi. 8 haftalık eğitim tamamlandığında en fazla 3 hafta devamsızlık yapıldığı, eğitimin en az 5 oturumuna katılım sağlandığı görüldü. Her grup için oturumlara ait katılımcı sayısı Tablo 3-1'de verilmiştir. Tabloda belirtilen sayılara ek olarak, araştırmacı ile birlikte TRSM'de çalışan bir hemşire de eğitimlere katıldı.

Tablo 3-1: Atılgnlık Eğitimi Oturumlarına Katılan Üye Sayısı

Grup	Oturumlara ait katılımcı sayısı							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Grup	10	10	10	7	10	8	9	9
2. Grup	9	10	7	7	7	7	9	7
3. Grup	6	5	8	5	7	5	8	7

3.8.1. Atılgnlık Eğitim Programı

Atılgnlık Eğitimi haftada 1 gün, 90 dakikalık (45+45 dakika) toplam 8 oturum şeklinde uygulandı. Atılgnlık eğitiminde her oturum; ısınma egzersizi, açılış (tanışma, geçen haftanın değerlendirilmesi ve ev ödevlerinin incelenmesi), amaç ve genel bilgilerin verilmesi, grup çalışması (rol oynama tekniği ile alıştırmalar yapma) ve kapanışı (gelecek haftanın planlanması ve ev ödevlerinin verilmesi) temel alan öğrenme etkinliklerinden oluştu. Eğitim, “Atılgnlık Becerisi Geliştirme Grup Çalışması Eğitici Eğitimi” ve “Şizofreni Hastalarında Sosyal Beceri Eğitici Eğitimi” kurslarını tamamlayan, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği alanında lisansüstü eğitimi almış araştırmacı tarafından verildi (Ek-9).

Eğitim programı, Ekim 2016 tarihinde alınan “Atılgnlık Becerisi Geliştirme Grup Çalışması Eğitici Eğitimi” kapsamında ve literatürde yer alan atılgnlık eğitimi programları referans alınarak araştırmacı tarafından hazırlandı (Alberti ve Emmons 2002; Chien ve ark. 2003; Mitchell 2006; Lin ve ark. 2008; Murray 2009; Maric ve

Ferjan 2010; Matjacic 2010; Morrissey ve Callaghan 2011; Mousa ve ark. 2011; Balzar-Riley 2012; Garner 2012; Lee ve ark. 2013; Peneva ve Mavrodiev 2013; Abed ve ark. 2015; Hosseini ve ark. 2015; Manesh ve ark. 2015; Eslami ve ark. 2016; Mohamed ve Abd El Aziz 2016; ECU 2018).

Atılganlık eğitimi, oturma düzeninin daire şeklinde olduğu bir eğitim salonunda, toplam 8 oturum şeklinde uygulandı. Her bir oturumun amacı ve oturuma ait kazanımlar Tablo 3-2’de verilmiştir.

Tablo 3-2: Atılganlık Eğitimi Oturumlarının Amaç ve Kazanımları

Oturum	Oturumun Amacı	Oturumun Kazanımları
1	Katılımcılar ile tanışma Programın tanıtımı ve amacının açıklanması Grup kurallarının belirlenmesi Ön testlerin uygulanması	İletişimi başlatma, sürdürme ve bitirme Grubun amacını açıklama Grup kurallarını belirleme
2	Katılımcıların sözlü-sözsüz iletişim mesajlarını tanıması ve etkili iletişim becerilerini ifade edebilmesi	Sözlü-sözsüz mesajları tanıma Etkili iletişim becerilerini ifade etme
3	Katılımcıların çekingen, atılgan ve saldırgan davranışları ayırt edebilmesi	Atılgan davranışı ayırt etme Temel insan haklarını tanıma
4	Katılımcıların karar verebilmesi, atılganca istekte bulunabilme ve isteklere yanıt verebilmesi, hayır diyebilmesi	Karar verebilme, İstekte bulunma ve isteklere yanıt verme, hayır diyebilme
5	Katılımcıların olumlu ve olumsuz duygularını ben dili ile ifade edebilmesi	Ben dilini kullanma Olumlu duyguları ifade etme Olumsuz duyguları ifade etme
6	Katılımcıların aynı görüşte ya da farklı görüşte olduğunu atılganca ifade edebilmesi	Aynı görüşte olduğunu ifade etme Farklı görüşte olduğunu tartışmadan ifade etme
7	Katılımcıların iş birliği yapabilmesi, rekabet edebilmesi, övgü/iltifat edebilme ve övgü/iltifatları kabul edebilmesi	İş birliği yapma ve rekabet etme Övgü/iltifat etme ve övgü/iltifatları kabul etme
8	Katılımcıların eğitim hakkındaki görüşlerini belirtmesi, atılgan davranışlarını değerlendirmesi Son testlerin uygulanması Katılım belgelerinin verilmesi	Değerlendirme yapma

Oturumlar 2 ayrı bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; ısınma egzersizleri, açılış yapılarak hastaların her birinin söz alması sağlandı. İlk oturumun bu bölümünde tanışma etkinliği yapıldı, daha sonraki oturumlarda ise geçen haftanın değerlendirilmesi ve ev ödevleri hakkında konuşuldu. Oturumun amacı ve konu hakkında açıklayıcı genel bilgiler verildi. Yaklaşık 45 dk süren birinci bölümün ardından 15 dk mola verildi. Molada hastaların motivasyonunu arttırmak için küçük ikramlarda bulunuldu.

Eğitimin ikinci bölümünde ise oturum konusu ile ilgili grup çalışması (rol oynama tekniği ile alıştırmalar yapma) ve kapanış (gelecek haftanın planlanması ve ev ödevlerinin verilmesi) yapıldı. Hastaların aktif olarak katıldığı grup etkinliğinin

sonuçları değerlendirildi. Hastalar etkinliklere katılmaları ve kendilerini değerlendirmeleri konusunda cesaretlendirildi. Yaklaşık 45 dk süren bu bölümde son olarak, gelecek hafta planlandı ve ev ödevi verilerek oturum kapatıldı (Ek-4).

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada elde edilen veriler IBM SPSS Statistics Version 20 paket programı ile analiz edildi. Değişkenlerin normal dağılımdan gelme durumları araştırılırken birim sayıları nedeniyle Shapiro Wilk's' den yararlanıldı. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanıldı ve $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı belirtildi.

Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılımdan gelmemesi nedeniyle Mann Whitney U ve Kruskal Wallis-H Testlerinden yararlanıldı. Kruskal Wallis-H Testinde anlamlı farklılıkların görülmesi durumunda Post-Hoc Çoklu Karşılaştırma Testi ile aralarında farklılık olan gruplar belirlendi. İki'den çok bağımlı değişkenlerin analizlerinde normal dağılımdan gelmemeleri nedeniyle Friedman's Two-Way ANOVA kullanıldı. Anlamlı farklılıkların çıkması durumunda Çoklu Karşılaştırma Testlerinden yararlanılarak birbiriyle farklılık gösteren değişkenler tespit edildi.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Amasya Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (28.02.2017 tarihli 4866 sayılı karar) ve Amasya İli Kamu Hastaneleri Birliği'nden (23.06.2017 tarihli 4423 sayılı karar) yazılı izin alındı (Ek-1). Ölçek kullanım izni (Ek-2), hasta ve yakınlarından bilgilendirilmiş onam alındı (Ek-3).

3.11. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri

Güçlü Yönleri

- Araştırmada deney ve kontrol gruplarının bulunduğu tekrarlayan ölçümlü randomize deneysel tasarım tipi kullanıldı.
- Türkiye'de şizofreni hastalarına yönelik rehabilitasyon hizmetleri arasında atılganlık eğitimi ilk kez uygulandı.

Sınırlı Yönleri

- Araştırmanın örnekleminin bir toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı 60 hasta ile sınırlı olması nedeniyle genellenemez.

- Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği aile tanılması boyutunda, ailelerle görüşme planlanmasında güçlük çekildi.
- Deney ve kontrol grubuna alınan hastaların rehabilitasyon merkezinde karşılaşması ve etkileşimde bulunması engellenemedi.

3.12. Araştırmanın Bütçesi

Araştırmada kullanılan tüm eğitim materyali, araç ve gereçlerin maliyeti araştırmacı tarafından karşılandı. Araştırma kapsamına alınan hasta ve yakınlarından maddi bir karşılık alınmadı.



4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular iki bölümde ele alındı;

Birinci bölümde deney ve kontrol grubundaki katılımcıların bireysel özelliklerinin dağılımı ve eğitim öncesi Rathus Atılganlık Envanteri (RAE), Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) ve Sosyal İşlevsellik (Sİ), Sağlık ve Tedavi (ST), Günlük Yaşam Becerileri (GYB), Mesleki İşlevsellik (Mİ) alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları verildi (Tablo 4-1).

İkinci bölümde ise deney ve kontrol grubundaki katılımcıların RAE, ŞİLÖ ve ŞİLÖ alt ölçeklerinden aldıkları ön test, son test ve 3 ay sonrası izlem puanları ile ilgili bulgular verildi (Tablo 4-2).

4.1. Katılımcıların Bireysel Özellikleri ve Eğitim Öncesi Toplam Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular

Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların bireysel özellikleri Tablo 4-1’de gösterildi.

Tablo 4-1: Katılımcıların Bireysel Özelliklerinin Dağılımı (N=60)

Özellikler	Deney (n=30)		Kontrol (n=30)		Anlamlılık		
	Ort.±SS	Min-Max	Ort.±SS	Min-Max	Test	p	
Yaş	38,17±9,75	24-59	38,37±8,79	22-59	t=-0,083	0,934	
Hastalığın süresi (yıl)	13,77±6,51	3-29	13,83±7,12	2-29	t=-0,038	0,970	
Hastalığın başlangıç yaşı	24,07±9,21	17-54	24,53±5,98	16-35	Z=-0,978	0,328	
Hastaneye yatış sayısı	2,23±2,42	0-10	2±1,44	0-5	Z=-0,440	0,660	
Rehabilitasyon programlarına katılma sıklığı (gün)	2,43±2,08	0-5	2±1,98	0-5	Z=-0,710	0,478	
	n	%	n	%	Ki kare	p	
Cinsiyet	Kadın	9	30	12	40	0,293	0,588
	Erkek	21	70	18	60		
Eğitim Durumu	Okur yazar-İlkokul	16	53,33	15	50	2,106	0,349
	Ortaokul	3	10	7	23,33		
	Lise ve Yükseköğretim	11	36,67	8	26,67		
Medeni Durum	Bekar	22	73,33	20	66,67	0,079	0,778
	Evli	8	26,67	10	33,33		
Çalışma durumu	Hiç çalışmadım	11	36,67	13	43,33	0,657	0,720
	Şu an çalışıyorum	2	6,67	3	10		
	Daha önce bir işte çalıştım	17	56,67	14	46,67		
Sosyal güvence	Var	24	80	25	83,33	0,000	1,000
	Yok	6	20	5	16,67		
Gelir durumu	Kötü	6	20	7	23,33	0,101	0,951
	Orta	21	70	20	66,67		
	İyi	3	10	3	10		
Maddi yardım alma	Evet	10	33,33	11	36,67	0,000	1,000
	Hayır	20	66,67	19	63,33		
Maddi yardımı kimin aldığı	Maddi yardım almıyor	20	66,67	19	63,33	0,226	0,893
	Kendisi	8	26,67	8	26,67		
	Anne-babası	2	6,67	3	10		
Birlikte yaşanan kişiler	Eş ve çocuk	6	20	8	26,67	0,536	0,765
	Anne ve baba	15	50	15	50		
	Kardeşi, yalnız annesi veya yalnız çocukları	9	30	7	23,33		
TRSM’ye kayıtlı olduğu süre	1-6 ay	16	53,33	19	63,33	0,274	0,600
	6 aydan uzun	14	46,67	11	36,67		
Daha önce grup eğitimi alma durumu	Evet	14	46,67	11	36,67	0,274	0,600
	Hayır	16	53,33	19	63,33		
Daha önce aldığı eğitim	Eğitim almadı	16	53,33	19	63,33	0,274	0,600
	Psikoeğitim ve SBE	14	46,67	11	36,67		

t: Bağımsız t testi, Z: Mann Whitney U Testi

Deney grubundaki hastaların bireysel özellikleri incelendiğinde; yaş ortalaması $38,17 \pm 9,75$, %70'i erkek, %53,33'ü ilkokul mezunu ya da okur yazar, %73,33'ü bekar, %56,67'si daha önce bir işte çalışmış ve şu an çalışmıyor, %80'inin sosyal güvencesi var, %70'i gelir durumunu orta olarak nitelendiriyor, %33,33'ü maddi yardım alıyor ve bunların %26,67'si maddi yardımı kendisi alıyor ve yönetiyor, %50'si anne ve babası ile yaşıyor, %53,33'ü 1-6 aydır TRSM'ye kayıtlı ve daha önce bir grup eğitimi almadı.

Kontrol grubundaki hastaların bireysel özellikleri incelendiğinde; yaş ortalaması $38,37 \pm 8,79$, %60'ı erkek, %50'si ilkokul mezunu ya da okur yazar, %66,67'si bekar, %46,67'si daha önce bir işte çalışmış ve şu an çalışmıyor, %83,33'ünün sosyal güvencesi var, %66,67'si gelir durumunu orta olarak nitelendiriyor, %36,67'si maddi yardım alıyor ve bunların %26,67'si maddi yardımı kendisi alıyor ve yönetiyor, %50'si anne ve babası ile yaşıyor, %63,33'ü 1-6 aydır TRSM'ye kayıtlı ve daha önce bir grup eğitimi almadı.

Deney grubundaki hastalar; ortalama $13,77 \pm 6,51$ yıldır şizofreni tanısı almış, hastalığın başlangıç yaşı ortalama $24,07 \pm 9,21$, tanı aldıktan sonra ortalama $2,23 \pm 2,42$ kez psikiyatri kliniğine yatmış, haftada ortalama $2,43 \pm 2,08$ gün rehabilitasyon programlarına katılmaktadır.

Kontrol grubundaki hastalar ise; ortalama $13,83 \pm 7,12$ yıldır şizofreni tanısı almış, hastalığın başlangıç yaşı ortalama $24,53 \pm 5,98$, tanı aldıktan sonra ortalama $2 \pm 1,44$ kez psikiyatri kliniğine yatmış, haftada ortalama $2 \pm 1,98$ gün rehabilitasyon programlarına katılmaktadır.

Deney ve kontrol grubunun bireysel özellikleri karşılaştırıldığında grupların homojen dağılım gösterdiği ve aralarında anlamlı fark olmadığı görüldü ($p > 0,05$, Tablo 4-1).

Deney ve kontrol grubundaki hastaların atılgnlık eğitimi öncesi RAE, ŞİLÖ ve ŞİLÖ alt ölçeklerinden aldıkları toplam puanlara ilişkin bulgular Tablo 4-2’de verildi.

Tablo 4-2: Katılımcıların Atılgnlık Eğitimi Öncesi RAE, ŞİLÖ ve ŞİLÖ Alt Ölçek Puanları (N=60)

Ölçekler	Deney (n=30)		Kontrol (n=30)		Anlamlılık	
	Ort.±SS	Min-Max	Ort.±SS	Min-Max	Z	p
RAE	70,23±19,54	28+103	65,97±17,91	34+109	-1,109	0,267
ŞİLÖ	41,17±10,27	25+59	38,17±9,27	25+55	-1,095	0,274
Şİ	15,5±4,34	9+24	14,1±4	8+22	-1,225	0,221
ST	8,33±2,68	4+14	7,63±2,16	4+13	-0,859	0,391
GYB	13,9±3,75	7+20	12,87±2,9	8+18	-1,137	0,256
Mİ	3,43±1,07	2+6	3,57±1,19	2+7	-0,124	0,902

Z: Mann Whitney U Testi

Eğitim öncesi ölçek puanları bakımından deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$ Tablo 4-2). Gruplar RAE, ŞİLÖ ve ŞİLÖ alt ölçek puanları açısından homojen dağılım gösterdi.

4.2. Katılımcıların Ön Test, Son Test ve 3 Ay Sonraki İzlem RAE, ŞİLÖ ve ŞİLÖ'nün Alt Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular

Katılımcıların RAE, ŞİLÖ ve ŞİLÖ'nün alt ölçeklerinden aldıkları ön test, son test ve 3 ay sonraki izlem bulguları Tablo 4-3'de verildi.

Tablo 4-3: Katılımcıların RAE, ŞİLÖ ve ŞİLÖ'nün Alt Ölçeklerinden Aldıkları Ön Test, Son Test ve 3 Ay Sonraki İzlem Puanlarının Karşılaştırması (N=60)

Ölçekler	Deney (n=30)		Kontrol (n=30)		Anlamlılık		
	Ort.±SS	Min-Max	Ort.±SS	Min-Max	Z	p	
RAE	Ön test	70,23±19,54	28+103	65,97±17,91	34+109	-1,109	0,267
	Son test	115,2±18,59	82+159	69,53±17,45	35+109	-6,182	0,001
	3 ay izlem	127,43±15,71	83+149	74,23±13,82	44+100	-6,551	0,001
		Ki kare: 52,79 p= 0,001		Ki kare: 9,846 p= 0,007			
		Çoklu karşılaştırma: 1-2 1-3 2-3		Çoklu karşılaştırma: 1-3			
ŞİLÖ	Ön test	41,17±10,27	25+59	38,17±9,27	25+55	-1,095	0,274
	Son test	52,2±14,52	30+83	38,1±9,07	26+55	-3,854	0,001
	3 ay izlem	54,93±13,57	34+87	39,83±9,2	26+58	-4,209	0,001
		Ki kare: 45,983 p= 0,001		Ki kare: 19,235 p= 0,001			
		Çoklu karşılaştırma: 1-2 1-3		Çoklu karşılaştırma: 1-3 2-3			
Sİ	Ön test	15,5±4,34	9+24	14,1±4	8+22	-1,225	0,221
	Son test	20,5±5,69	12+30	14,3±3,91	9+22	-4,195	0,001
	3 ay izlem	20,57±5,04	14+31	15±3,81	9+22	-4,092	0,001
		Ki kare: 36,232 p= 0,001		Ki kare: 11,444 p= 0,003			
		Çoklu karşılaştırma: 1-2 1-3		Çoklu karşılaştırma: 1-3			
ST	Ön test	8,33±2,68	4+14	7,63±2,16	4+13	-0,859	0,391
	Son test	10,1±3,79	5+20	7,57±2,1	4+13	-2,749	0,006
	3 ay izlem	10,8±3,29	6+19	7,67±2,12	4+13	-3,925	0,001
		Ki kare: 30,079 p= 0,001		Ki kare: 1,512 p=0,469			
		Çoklu karşılaştırma: 1-2 1-3					
GYB	Ön test	13,9±3,75	7+20	12,87±2,9	8+18	-1,137	0,256
	Son test	17,33±4,53	8+26	12,63±2,75	8+18	-4,069	0,001
	3 ay izlem	18,9±4,66	10+30	13,47±2,85	8+19	-4,542	0,001
		Ki kare: 42,554 p= 0,001		Ki kare: 13,435 p= 0,001			
		Çoklu karşılaştırma: 1-2 1-3		Çoklu karşılaştırma: 2-3			
Mİ	Ön test	3,43±1,07	2+6	3,57±1,19	2+7	-0,124	0,902
	Son test	4,27±1,57	2+8	3,6±1,16	2+7	-1,619	0,105
	3 ay izlem	4,67±1,54	2+8	3,7±1,15	2+7	-2,346	0,019
		Ki kare: 32,025 p= 0,001		Ki kare: 2,6 p=0,273			
		Çoklu karşılaştırma: 1-2 1-3					

Z: Mann Whitney U Testi, Ki kare: Friedman's Two Way ANOVA

Eğitim sonrası toplam atılganlık, toplam işlevsel iyileşme, Sosyal İşlevsellik (Sİ), Sağlık ve Tedavi (ST) ve Günlük Yaşam Becerileri (GYB) alt ölçek puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Deney grubunun eğitim sonrası toplam atılganlık, toplam işlevsel iyileşme, Sİ, ST ve GYB alt ölçek puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksektir. Mesleki

İşlevsellik (Mİ) alt ölçek puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Eğitimden 3 ay sonra toplam atılgnlık, toplam işlevsel iyileşme, Sİ, ST, GYB ve Mİ puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Deney grubunun eğitimden 3 ay sonra toplam atılgnlık, toplam işlevsel iyileşme, Sİ, ST, GYB ve Mİ puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksektir.

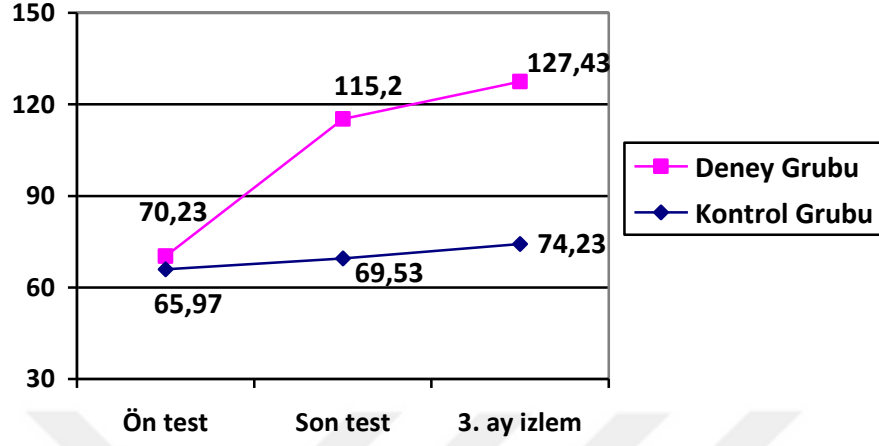
Deney grubunda toplam atılgnlık puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Eğitim sonrası ve eğitimden 3 ay sonrası toplam atılgnlık puanı, eğitim öncesi toplam atılgnlık puanına göre; eğitimden 3 ay sonrası toplam atılgnlık puanı ise eğitim sonrası toplam atılgnlık puanına göre anlamlı derecede yüksektir.

Kontrol grubunda toplam atılgnlık puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Eğitimden 3 ay sonrası toplam atılgnlık puanı, eğitim öncesi toplam atılgnlık puanına göre anlamlı derecede yüksektir.

Deney grubunda toplam işlevsel iyileşme puanları ve Sİ, ST, GYB, Mİ alt ölçek puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Eğitim sonrası ve eğitimden 3 ay sonrası ŞİLÖ, Sİ, ST, GYB ve Mİ puanları eğitim öncesi puanlarına göre anlamlı derecede yüksektir.

Kontrol grubunda toplam işlevsel iyileşme puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Eğitimden 3 ay sonrası toplam işlevsel iyileşme puanı, eğitim öncesi ve sonrası toplam işlevsel iyileşme puanına göre anlamlı derecede yüksektir. Sİ puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Eğitimden 3 ay sonrası Sİ puanı, eğitim öncesi Sİ puanına göre anlamlı derecede yüksektir. GYB puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Eğitimden 3 ay sonrası GYB puanı, eğitim sonrası GYB puanına göre anlamlı derecede yüksektir. ST ve Mİ puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

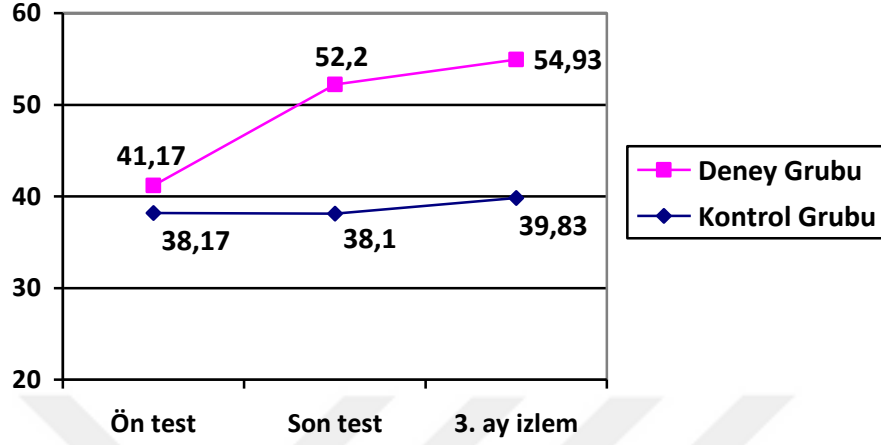
Deney ve kontrol grubundaki hastaların ön test, son test ve 3 ay sonraki izlem RAE toplam puanları arasındaki değişim Şekil 4-1’de gösterildi.



Şekil 4-1: Deney ve Kontrol Grubunun RAE Toplam Puanları

Deney grubunun atılganlık eğitimi öncesi toplam atılganlık puan ortalaması $70,23 \pm 19,54$, eğitim sonrası $115,2 \pm 18,59$ ve eğitimden 3 ay sonraki izlemde $127,43 \pm 15,71$ bulundu. Kontrol grubunun ise atılganlık eğitimi öncesi toplam atılganlık puan ortalaması $65,97 \pm 17,91$, eğitim sonrası $69,53 \pm 17,45$ ve eğitimden 3 ay sonraki izlemde $74,23 \pm 13,82$ bulundu (Şekil 4-1).

Deney ve kontrol grubundaki hastaların ön test, son test ve 3 ay sonraki izlem ŞİLÖ toplam puanları arasındaki değişim Şekil 4-2’de gösterildi.



Şekil 4-2: Deney ve Kontrol Grubunun ŞİLÖ Toplam Puanları

Deney grubunun atılganlık eğitimi öncesi toplam işlevsel iyileşme puan ortalaması $41,17 \pm 10,27$, eğitim sonrası $52,2 \pm 14,52$ ve eğitimden 3 ay sonraki izlemde $54,93 \pm 13,57$ bulundu. Kontrol grubunun ise atılganlık eğitimi öncesi toplam işlevsel iyileşme puan ortalaması $38,17 \pm 9,27$, eğitim sonrası $38,1 \pm 9,07$ ve eğitimden 3 ay sonraki izlemde $39,83 \pm 9,2$ bulundu (Şekil 4-2).

5. TARTIŞMA

Şizofreni hastalarına uygulanan atılganlık eğitiminin hastaların işlevsel iyileşme ve atılganlık düzeyine etkisini incelemek amacıyla ön test-son test kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlü tasarım şeklinde yapılan araştırmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda iki bölümde tartışıldı;

Birinci bölümde; deney ve kontrol grubundaki katılımcıların bireysel özelliklerinin dağılımı ve eğitim öncesi RAE ve ŞİLÖ'den aldıkları puanlarına ilişkin bulgular tartışıldı.

İkinci bölümde ise; deney ve kontrol grubundaki katılımcıların RAE ve ŞİLÖ'den aldıkları ön test, son test ve 3 ay sonrası izlem puanları ile ilgili bulgular tartışıldı.

5.1. Katılımcıların Bireysel Özellikleri ve Eğitim Öncesi Toplam Ölçek Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

60 hastanın toplam örneklemini oluşturduğu çalışmada yaş ortalamasının deney grubunda $38,17 \pm 9,75$, kontrol grubunda $38,37 \pm 8,79$ ve çoğunluğunun erkek olduğu görüldü. Deney grubundaki hastaların ortalama hastalık süresi $13,77 \pm 6,51$ yıl, hastalığın başlangıç yaşı $24,07 \pm 9,21$ 'dir. Kontrol grubundaki hastaların ise; hastalık süresi ortalama $13,83 \pm 7,12$ yıl, hastalığın başlangıç yaşı $24,53 \pm 5,98$ 'dir.

Şizofreni hastaları ile yapılan çalışmalarda (Mousa ve ark. 2011; Karow ve ark. 2012; Lee ve ark. 2013; Rus-Calafell ve ark. 2013; Uzdil ve Tanrıverdi 2015; Mohamed ve Abd El Aziz 2016; Abd El Aziz ve ark. 2017; Inchausti ve ark. 2017; Park ve Han 2018) yaş ortalamasının 30-40 arasında olduğu, hastalığın 20'li yaşlarda başladığı ve hastaların hastalık süresinin 10 yıl ve daha fazla süre olduğu belirtilmiştir. Çalışmadaki hastaların bireysel özellikleri, literatürde şizofreniye dair hastaların özellikleri ile benzerdir. Şizofreni, genellikle 30 yaşından önce, geç ergenlik veya erken erişkinlik döneminde ortaya çıkmaktadır. Literatürde şizofreninin başlangıç yaşı erkekler için 15-25, kadınlarda ise 25-35 yaş arasındadır (Videbeck 2011; Shives 2012; Öztürk ve Uluşahin 2016). Yapılan çalışmalarda, mevcut çalışmada da olduğu gibi hastalığın başlangıç yaşı literatürle uyumlu görülmektedir.

Şizofreni hastaları ile yapılan çalışmalarda erkek sayısının daha fazla, hastaların çoğunluğunun bekar ve anne babasıyla yaşadığı saptanmıştır (Amell ve Llandrich 2008; Mousa ve ark. 2011; Rus-Calafell ve ark. 2013; Uzdil ve Tanrıverdi 2015; Abd El Aziz ve ark. 2017; Inchausti ve ark. 2017; Park ve Han 2018). Araştırmadaki bu sonuçlar literatürle uyumlu bulunmuştur.

Şizofreni epidemiyolojisi incelendiğinde hastalığın bekar olanlarda daha sık görüldüğü, bütün sosyal sınıflarda ortaya çıkabileceği, kadın ve erkeklerde görülme oranının eşit olduğu ifade edilmektedir (Videbeck 2011; Mueser ve ark. 2013; Dülgerler 2014). Literatürde cinsiyetler açısından hastalığın görülme sıklığı değişken olup, şizofreninin erkeklerde daha sık görüldüğü de bildirilmektedir (Shives 2012). Hastaların çoğunluğunun anne babası ile yaşıyor olması, bekar olmalarından kaynaklandığını düşündürmektedir. Aynı zamanda şizofreni hastalarının yetersiz işlev düzeyleri nedeniyle bağımsız yaşayamadıkları, bakımından sorumlu yakınlarına ihtiyaç duydukları bilinmektedir (Uzdil ve Tanrıverdi 2015; Kavak ve Ekinci 2014). Bu

bağlamda araştırma grubundaki hastaların bekar olması literatürle ilişkili beklenen bir sonuçtur.

Yapılan çalışmalar şizofreni hastalarının eğitim düzeylerinin ilk ve orta derecede olduğunu (Seo ve ark. 2007; Amell ve Llandrich 2008; Mousa ve ark. 2011; Khalil 2012; Uzdil ve Tanrıverdi 2015) ve hastaların çoğunluğunun işsiz olduklarını göstermiştir (Seo ve ark. 2007; Amell ve Llandrich 2008; Mousa ve ark. 2011; Üçok ve ark. 2012; Rus-Calafell ve ark. 2013; Uzdil ve Tanrıverdi 2015; Abd El Aziz ve ark. 2017; Park ve Han 2018). Mevcut çalışmada da bu özellikler benzerdir. Bazı çalışmalarda ise eğitim durumlarının yüksek olduğu belirtilmiştir (Üçok ve ark. 2012; Abd El Aziz ve ark. 2017; Park ve Han 2018). Bu durumu, çalışmaların farklı sosyal bölgelerde yapılmış olması ve o bölgenin kültürel özellikleri ile ilişkilendirebiliriz.

Şizofreni hastalarında belirtilerin genç erişkinlik döneminde başlaması, bu dönemin de okul yaşantısını etkilemesi ve hastalığın işlevsellikte bozulmaya yol açması nedeniyle; hastalar eğitimlerini tamamlamakta güçlük çekmekte, meslek edinme ve bir işi sürdürmede başarısız olmaktadır (Addington ve ark. 2008; Hunter ve Barry 2012; Shives 2012; Üçok ve ark. 2012). Çalışmalarda hastaların eğitim durumunun değişkenlik göstermesi ve çoğunlukla işsiz olmaları literatürle uyumlu görülmektedir.

Deney ve kontrol grubunun bireysel özellikleri ve hastalık özellikleri açısından grupların homojen dağılım gösterdiği ve aralarında anlamlı fark olmadığı görüldü. Grupların homojenliği örneklem grubunun deneysel araştırma tasarımına uygun olduğunu göstermekte, istatistiksel olarak randomizasyon ve grupların karşılaştırılması açısından önem taşımaktadır. Bir girişimin etkisinin değerlendirilmesinde en önemli gerekliliklerden birisi deney ve kontrol grubunun, uygulanan girişim dışında kalan diğer tüm değişkenler yönünden benzer olmasıdır. Bu değişkenlerin her iki grupta da eşit ve dengeli şekilde dağılması gerekmektedir (Akın ve Koçoğlu 2017).

Yapılan randomize kontrollü çalışmalarda (Xiang ve ark. 2006; Mousa ve ark. 2011; Khalil 2012; Lee ve ark. 2013; Rus-Calafell ve ark. 2013; Inchausti ve ark. 2017; Park ve Han 2018) deney ve kontrol grupları arasında psikososyal girişim öncesi bireysel özellikler ve hastalık özellikleri bakımından anlamlı fark bulunmaması, yani grupların homojen olarak belirlenmesi mevcut çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Şizofreni hastaları çekingen bir görünüme sahip olup, duygu ve düşüncelerini etkili bir şekilde ifade edememekte, bu nedenle kişiler arası ilişkilerde sorunlar ve sosyal çekilme yaşamaktadırlar (Mousa ve ark. 2011; Khalil 2012; Lee ve ark. 2013; Speed ve ark. 2018). Aynı zamanda hastalar istekte bulunabilme, hayır diyebilme gibi atılganlık becerilerine yeterince sahip olmadıklarından günlük yaşam aktivitelerini ve sosyal rollerini yerine getirmekte zorluk çekmektedirler (Seo ve ark. 2007; Rus-Calafell ve ark. 2014).

Yapılan çalışmalar şizofreni hastalarında atılganlık düzeylerinin orta derecede olduğunu ve sıklıkla çekingen davranış sergilediklerini göstermiştir (Chien ve ark. 2003; Seo ve ark. 2007; Mousa ve ark. 2011; Lee ve ark. 2013). Mevcut çalışmada da hastaların eğitim öncesi atılganlık puanlarının orta düzeyde olduğu literatürle uyumlu görülmektedir.

Şizofreni hastaları kişisel bakım ve bağımsız yaşam becerilerini sürdürmek gibi sosyal işlevlerde önemli ölçüde bozulma ile karşı karşıya kalmaktadırlar (Burns ve Patrick 2007; Compton ve Broussard 2009; Hunter ve Barry 2012; Whitley ve ark. 2012; Rus-Calafell ve ark. 2014). İşlevsellikte bozulma şizofreninin pozitif belirtileri iyileştirilse de devam eden, en temel negatif belirtilerinden biridir (Sabbag ve ark. 2011; Mueser ve ark. 2013; Townsend 2015).

Karow ve ark. (2012)'nin yaptıkları çalışmada remisyonda olan şizofreni hastalarının remisyonda olmayan hastalardan anlamlı derecede yüksek işlevselliğe sahip oldukları görülmüştür. Bu bulgu hastalığın işlevselliği önemli derecede etkilediğini göstermektedir. Şizofreni hastalarında yapılan mevcut çalışmada da hastaların işlevsellik düzeylerinin düşük olmasından yola çıkılmış ve psikososyal girişim sonrası hastaların işlevsellik düzeylerinin arttığı saptanmıştır.

Şizofreni hastalarında işlevsellik düzeylerinin literatürle uyumlu olarak düşük olduğu görülmektedir (Rus-Calafell ve ark. 2013; Uzdil ve Tanrıverdi 2015; Abd El Aziz ve ark. 2017; Inchausti ve ark. 2017; Okanlı ve ark. 2017). Bu çalışmada da hastaların işlevsellik düzeyi başlangıçta düşük düzeyde bulunmuştur. Bu bağlamda hastaların eğitim öncesi işlevsellik düzeyinin literatürle benzer olduğunu ifade edebiliriz.

5.2. Katılımcıların Ön Test, Son Test ve 3 Ay Sonraki İzlem RAE, ŞİLÖ ve ŞİLÖ'nün Alt Ölçek Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Katılımcıların ön test, son test ve 3 ay sonraki izlem RAE, ŞİLÖ ve ŞİLÖ'nün alt ölçek puanlarına ilişkin bulguları; “atılganlık” ve “işlevsel iyileşme” puanlarına ilişkin bulgular şeklinde iki alt bölümde tartışıldı.

Atılganlık puanlarına ilişkin bulguların tartışılması

Şizofreni hastaları genellikle duygu ve düşüncelerini ifade etme konusunda zorluk çekmekte, çekingen ve pasif davranmakta, toplum tarafından yargılanacakları veya olumsuz değerlendirilecekleri korkusu ile sosyal çekilme yaşamakta ve kişiler arası ilişkileri bozulmaktadır (Mousa ve ark. 2011; Lee ve ark. 2013; Öztürk ve Uluşahin 2016). Şizofreni hastalarına verilen atılganlık eğitimi ile hastaların atılganlık düzeyleri, sosyal becerileri, kişiler arası etkileşim ve kendilik algılarını geliştirmek, özgüvenlerini ve başa çıkma yeteneklerini arttırmak, anksiyete düzeylerini azaltmak, duygu ve düşüncelerini ifade edebilme ve toplumda yaşam rolünü yerine getirebilmelerini sağlamak amaçlanmaktadır (Mousa ve ark. 2011; Lee ve ark. 2013; Mohamed ve Abd El Aziz 2016).

Şizofreni hastalarında yapılan çalışmalarda atılganlık eğitimi doğrudan içeren SBE'nin farklı modüllerinin şizofrenide etkili olduğu, konuşma ve atılganlık becerilerini geliştirdiği görülmüştür (Chien ve ark. 2003; Seo ve ark. 2007; Amell ve Llandrich 2008; Park ve ark. 2011; Khalil 2012). Bu olumlu sonuçlar atılganlık eğitiminin, hastaların atılganlık düzeylerini arttırmada önemli rol oynadığını ileri sürmektedir.

Seo ve ark. (2007) ve Khalil (2012)'in şizofreni hastalarıyla konuşma ve atılganlık becerilerini temel alarak yaptıkları çalışmalarında deney grubundaki hastaların atılganlık becerilerinin eğitim sonrasına göre önemli ölçüde arttığı belirtilmiştir. Benzer şekilde Chien ve ark. (2003)'ün çalışmasında da atılganlık becerileri eğitimi alan hastaların atılganlık becerilerinin eğitim sonrasına göre yükseldiği bulunmuştur. Park ve ark. (2011) ve Amell ve Llandrich (2008)'in uyguladıkları SBE sonrası hastaların konuşma ve atılganlık becerilerinin geliştiği görülmüştür.

SBE'den farklı olarak şizofreni hastalarında, kendine güven ve sosyal becerilerin geliştirilmesine odaklanan atılganlık eğitimi ülkemizde kullanımına

rastlanmamakla birlikte literatürde de henüz geliştirilmiş değildir (Park ve Han 2018). Bu eğitimin çoğunlukla çekingen iletişim davranışı gösteren şizofreni hastalarında atılganlık becerileri, iletişim becerileri ve benlik saygısını arttırdığı, sosyal anksiyete düzeyi ve psikiyatrik belirtileri azalttığı görülmektedir (Mousa ve ark. 2011; Lee ve ark. 2013; Mohamed ve Abd El Aziz 2016).

Mevcut araştırmada atılganlık eğitiminin deney grubundaki hastaların atılganlık becerilerini arttırdığı bulunmuştur. Bu bulgu ile araştırmanın hipotezlerinden H₁ doğrulandı. Araştırma sonuçlarıyla benzer şekilde literatürdeki çalışmalar incelendiğinde de atılganlık eğitimi ve SBE kapsamında verilen atılganlık eğitiminin şizofreni hastalarında atılganlık becerilerini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Chien ve ark. 2003; Seo ve ark. 2007; Lee ve ark. 2013). Ancak rehabilitasyon hizmetleri kapsamında uygulanan ve şizofreni hastalarına yönelik iletişim müdahaleleri ile ilgili çalışmalarda yer alan sosyal beceri eğitimi ve atılganlık eğitimi arasında bazı farklılıklar bulunmaktadır (Park ve Han 2018).

Sosyal Beceri Eğitimi; şizofreni ve diğer ruhsal hastalıklarda bireylerin yaşadıkları toplum içinde işlevselliğini arttırmak için hastalık yönetimi ve bağımsız yaşama becerileri edinmelerine ve önceki sosyal becerilerini tekrar kazanmalarına olanak tanıyan, sosyal öğrenme ilkelerini ve davranışçı teknikleri kullanan psikososyal bir tedavidir (Compton ve Broussard 2009; Elis ve ark. 2013; Almerie ve ark. 2015; Abd El Aziz ve ark. 2017).

Atılganlık Eğitimi ise; psikiyatrik hastalığı olan bireyler de dahil; her yaşta bireyde karmaşık kişiler arası etkileşime odaklanan, kendini güçlendirme ve sosyal etkileşim yeteneklerini geliştirmeyi amaçlayan, davranışçı ve bilişsel teknikleri içeren yapılandırılmış sistematik bir müdahaledir (Lin ve ark. 2008; Mousa ve ark. 2011; Abed ve ark. 2015; Eslami ve ark. 2016; Mohamed ve Abd El Aziz 2016; Speed ve ark. 2018).

SBE ve atılganlık eğitiminin her ikisi de benzer öğrenme ilkelerini uygulasa da, eğitimin içeriği bakımından birbirinden farklıdır. SBE temelde işlevselliğin kazanılmasını hedef alıp, beraberinde iletişim becerilerini geliştirirken; atılganlık eğitimi iletişim becerilerini güçlendirmeyi hedef alıp, yanı sıra işlevsellik üzerine de etki etmektedir.

SBE’de öz bakım, konuşma, problem çözme, ilaç yönetimi, bağımsız yaşam, stresle baş etme, çatışma yönetimi, arkadaş edinme ve mesleki beceriler gibi konuların yanında atılganlık becerilerine yönelik oturumlara da yer verilmektedir (Chien ve ark. 2003; Seo ve ark. 2007; Liberman 2008; Palumbo ve ark. 2017; Granholm ve Harvey 2018). Ülkemizde şizofreni hastalarında uygulanan Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi ise; belirti yönetimi, ilaç tedavisi yönetimi ve boş zamanda eğlenti modüllerinden oluşmaktadır. Eğitimin iletişim becerileri oturumunda; etkili iletişim becerilerinin önemi vurgulanmakta, sözlü ve sözsüz iletişim becerilerinden söz edilmektedir (Yıldız 2011).

SBE’den farklı olarak atılganlık eğitimi ile hastaların karar verebilme becerilerinin geliştirilmesi; rahatça istekte bulunabilme ve isteklere yanıt verebilme, ben dilini kullanarak olumlu ve olumsuz duygularını açıkça ifade edebilmelerinin sağlanması; kendilerini kötü hissetmeden hayır diyebilme, aynı görüşte veya farklı görüşte olduklarını ifade edebilme, iş birliği yapma, rekabet etme, övgü/iltifat etme, övgü/iltifatları kabul etme gibi becerilerinin geliştirilmesi hedeflenmektedir.

Şizofreni hastalarında atılganlık eğitimi sonrası beklenen bu kazanımlar, sosyal beceri eğitiminde sınırlı ölçüde ele alınmaktadır. SBE alan hastalar; hastalıkları, belirtileri, tedavileri ve ilaç kullanımları konusunda yeterli bilgiye sahip olsalar da kendilerini ifade etme becerileri yetersiz olduğunda hastalık yönetimini sürdürmede güçlük çekebilir ve etkisiz kalabilirler. Bu nedenle atılganlık eğitiminin SBE kapsamında ya da ayrıca bir eğitim modülü olarak geliştirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Literatürde şizofreni hastalarına doğrudan atılganlık eğitimi uygulayan çok az sayıda çalışmaya rastlanmıştır ve bu çalışmalarda da eğitimin hastalar üzerinde olumlu sonuçları olduğu saptanmıştır. Atılganlık eğitimi sonrası hastaların atılganlık becerileri ve benlik saygısı artmış, sosyal kaygı düzeyleri azalmıştır (Mousa ve ark. 2011; Lee ve ark. 2013; Mohamed ve Abd El Aziz 2016).

Lee ve ark. (2013) grup atılganlık eğitiminin, kronik şizofreni hastaları arasında atılganlık, sosyal kaygı ve kişiler arası iletişimden memnuniyetleri üzerine etkisini araştırmış ve eğitim sonrası hastaların sosyal kaygılarının azaldığı ve işlevselliklerinin arttığını belirtmiştir.

Mousa ve ark. (2011) bir atılganlık eğitim programının şizofreni hastalarının atılganlık becerileri ve sosyal etkileşim kaygısı üzerine etkisini araştırmış ve eğitimin atılganlık düzeylerine etki etmemesine rağmen sosyal etkileşim kaygısını azalttığı sonucuna ulaşmıştır.

Mohamed ve Abd El Aziz (2016) hastanede yatan kronik şizofreni hastalarında atılganlık eğitiminin sosyal etkileşim kaygısı ve benlik saygısı üzerindeki etkinliğini araştırmış; sosyal etkileşim kaygısının azaldığı ve benlik saygısının arttığını belirlemiştir.

Mevcut çalışmada da deney grubundaki şizofreni hastalarının eğitim sonrası atılganlık puanlarının kontrol grubuna göre yüksek bulunması literatürle ilişkilidir. Bu bulgu araştırmanın hipotezlerinden H₃'ü doğrulamaktadır. Bu bağlamda atılganlık eğitimi programının etkili ve uygulanabilir olduğunu belirtebiliriz. Kontrol grubunda da atılganlık puanlarının zamana göre değişkenlik göstermesini, hastaların deney grubu ile etkileşim halinde olmaları ve TRSM hizmetlerinden yararlanmasıyla ilişkilendirebiliriz. Ayrıca tüm hastaların ortak alanı olan ve farklı etkinlikler için de kullanılan eğitim salonunda, eğitim materyallerinin paylaşılmasının kontrol grubundaki hastaları etkilemiş olacağı düşünülmektedir.

İşlevsel iyileşme puanlarına ilişkin bulguların tartışılması

Şizofreni, kişisel ve toplumsal açıdan bağımsız yaşama becerilerinin sürdürülememesi ve sosyal işlevlerin önemli ölçüde bozulmasına neden olmaktadır (Compton ve Broussard 2009; Hunter ve Barry 2012; Whitley ve ark. 2012; Chien ve ark. 2013; Rus-Calafell ve ark. 2014; Mohamed ve Abd El Aziz 2016). Şizofrenide devam eden sosyal işlevsellikle ilgili açıkları destekleyen bir yaklaşımla işlevselliğin olumlu yönde etkileneceği ifade edilmektedir (Mousa ve ark. 2011; Sabbag ve ark. 2011; Mueser ve ark. 2013).

Literatürde şizofreni hastalarının sosyal işlev düzeylerini inceleyen, psikososyal girişimler sonrası bu değişkenleri etkileyen farklı desende ve farklı gruplarda uygulanmış çalışmalardan elde edilen sonuçlar, eğitim sonrası hastalarda sosyal işlevselliğin arttığını bulmuşlardır (Xiang ve ark. 2006; Khalil 2012; Rus-Calafell ve ark. 2013; Uzdil ve Tanrıverdi 2015; Abd El Aziz ve ark. 2017; Inchausti ve ark. 2017; Okanlı ve ark. 2017; Palumbo ve ark. 2017). Atılganlık becerilerini de hedef alan bu

psikososyal eğitimlerin mevcut çalışmada olduğu gibi hastaların işlevselliklerini arttırdığı kanıtlanmıştır. Bu bulgu ile araştırmanın hipotezlerinden H₂ doğrulandı.

Rus-Calafell ve ark. (2013)'nin şizofrenili ayaktan hastalar için atılganlık becerilerini de içeren kısa sosyal beceri eğitimi uyguladığı çalışmasında deney grubu, normal tedavi grubuyla karşılaştırıldığında sosyal çekilme ve kişiler arası iletişimde iyileşme gösterdiği ve hastaların sosyal işlevselliğinin arttığı görülmüştür.

Abd El Aziz ve ark. (2017)'nin psikiyatri hastanesinde yaptıkları çalışmada, atılganlık becerileri oturumlarını da içeren sosyal beceri eğitiminin şizofreni hastaları arasında sosyal işlevsellik ve semptomların şiddeti üzerine etkinliğini değerlendirmiştir. Çalışma sonuçlarında, sosyal beceri eğitim programının hastaların sosyal işlevselliğini anlamlı derecede iyileştirdiği görülmüştür.

Inchausti ve ark. (2017) atılganlık hedeflerini içeren sosyal beceri eğitimi sonrasında şizofreni hastalarının sosyal işlevsellikleri üzerindeki etkilerine ilişkin bir çalışma yapmıştır. Çalışmada hastaların toplam işlevsellik puanları tedavi sonrası ve 6 ay sonrası izlemde anlamlı olarak artmıştır.

Khalil (2012)'in şizofreni hastaları arasında sosyal becerilerin geliştirilmesi üzerine yapılandırılmış, konuşma ve atılganlık becerilerini içeren SBE programının etkinliğini araştırdığı çalışmasında; eğitim sonrası hastaların sosyal becerilerinde önemli bir artış olduğu saptanmıştır.

Uzdil ve Tanrıverdi (2015)'nin psikososyal beceri eğitiminin şizofreni hastalarında işlevsel iyileşme düzeylerine etkisini belirlemek için yaptıkları çalışmada, eğitim alan grubun işlevsel iyileşme düzeyinin yükseldiği görülmüştür.

Okanlı ve ark. (2017), Palumbo ve ark. (2017) ve Xiang ve ark. (2006)'nın çalışmalarında da verilen sosyal beceri eğitiminin hastaların sosyal açıklarını önemli ölçüde etkilediği ve işlevsellik becerilerini arttırdığı bulunmuştur.

Mevcut çalışmada deney grubunun atılganlık eğitimi öncesi ve sonrası toplam işlevsel iyileşme puan ortalaması arasında fark olduğu ve eğitim alan deney grubunun işlevsel iyileşme puanının kontrol grubuna göre yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgu araştırmanın hipotezlerinden H₄'ü doğrulamaktadır. İşlevsellik puanının eğitimden 3 ay sonra kontrol grubunda da anlamlı derecede artmış olması hastaların kontrol grubu ile

etkileşim halinde olmaları ve aynı zamanda TRSM’de verilen diğer hizmetlerden yararlanmaları nedeniyle kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Şizofrenide pozitif ve negatif semptomlara bağlı olarak mesleki işlevselliğin diğer hastalara göre daha düşük olduğu ve buna bağlı olarak da şizofrenide işsizlik oranlarının yüksek olduğu belirtilmektedir (Addington ve ark 2008; Hunter ve Barry 2012; Shives 2012). Literatürde şizofreni hastalarında özellikle istihdamın desteklenmesi gerektiği bildirilmiştir (Hunter ve Barry 2012; Whitley ve ark. 2012; Öz ve Ünsal Barlas 2017).

Öz ve Ünsal Barlas (2017)’ın şizofreni hastalarının işe yerleştirme ile ilgili görüş ve beklentilerini inceledikleri niteliksel bir çalışmada hastalar bir işte çalışmanın sosyalleşmeleri için fırsat olacağı ve özgüvenlerini arttıracığını ifade etmişlerdir. Üçok ve ark. (2012)’nın şizofreni hastalarında çalışıyor/okuyor olma durumu ile belirti şiddeti, işlevsellik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmasında işlevsellik ve çalışma/okuma durumunun ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Uzdil ve Tanrıverdi (2015)’nin çalışmasında, psikososyal girişim uygulanan deney grubundaki hastaların Sosyal İşlevsellik, Sağlık ve Tedavi, Günlük Yaşam Becerileri ve Mesleki İşlevsellik alt ölçek puanlarının eğitim sonrası anlamlı derecede arttığı görülmüştür. En az iyileşmenin ise Mesleki İşlevsellik alt ölçeğinde olduğu bulunmuştur. Mevcut çalışmada eğitimden sonra hastaların ŞİLÖ alt ölçek puanları benzer şekilde anlamlı derecede artmıştır. Mesleki İşlevsellik alt ölçek puanı artış eğilimi göstermiş ve eğitimden 3 ay sonraki izlemde deney grubundaki 2 hasta bir işte çalışmaya başlamıştır. Bu durum, alınan eğitimin bir sonucu olarak hastaların özgüven artışı ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Çeşitli iletişim örneklerinin rol playlerle canlandırıldığı grup çalışmaları, hastaların toplumsal iletişim becerilerini de geliştirmiş ve işe kabulde kolaylaştırıcı bir faktör olmuştur.

Şizofreni hastalarında yapılan mevcut çalışmada da Mesleki İşlevsellik alt boyutu düşük düzeyde bulundu ve verilen atılacak eğitimi sonrası ölçümlerde anlamlı bir artış olmayıp, 3 ay sonraki izlemde anlamlı bir artış saptandı. Bu durum alınan eğitime bağlı olarak hastaların kendini ifade etme becerilerinin arttığını düşündürebilir. Deney grubundaki hastaların meslek edinme girişiminde bulunmaları ve 2 kişinin bu süreçte işe başlamış olması bu çalışmanın çıktısıyla ilgili önemli bir sonuçtur.

Psikoterapi alanında son yıllarda ihmal edilen bir eğitim programı olduğundan söz edilen atılgnlık eğitiminin; bilişsel, duygusal ve davranışsal yönden şizofreniye odaklı bir iletişim müdahalesi olarak geliştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Park ve Han 2018; Speed ve ark. 2018). Geliştirilen bu programların ise sürekliliğinin değerlendirilmesine gereksinim duyulmaktadır (Mousa ve ark. 2011; Lee ve ark. 2013).

Çalışmalarda atılgnlık eğitiminin psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gören hastalarda yapıldığı görülmektedir (Chien ve ark. 2003; Seo ve ark. 2007; Mousa ve ark. 2011; Khalil 2012; Lee ve ark. 2013; Mohamed ve Abd El Aziz 2016). Bir çalışmada atılgnlık eğitiminin ciddi belirti gösteren psikotik hastalarda etkisiz olduğu ve nevrotik hastalarda daha etkili olabileceği belirtilirken (Aschen 1997), diğer bir çalışmada ise ayaktan tedavi ortamında uygulanmasının daha etkin olacağı bildirilmektedir (Speed ve ark. 2018).

Yapılan çalışmalarda SBE'nin TRSM'lerde uygulandığı görülmüştür (Rus-Calafell ve ark. 2013). Benzer şekilde şizofreni hastalarına uygulanan bir İletişim İyileştirme Programı da rehabilitasyon merkezinde yapılmıştır (Park ve Han 2018). Mevcut çalışma ise bir il merkezinde bulunan TRSM'de uygulanmıştır.

Mevcut çalışma ve literatürden elde edilen bilgiler doğrultusunda, atılgnlık eğitiminin şizofreni hastalarının atılgnlık becerileri ve işlevsel iyileşme düzeyleri üzerinde olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir. İşlevselliğin sosyal işlevsellik, sağlık ve tedavi, günlük yaşam becerileri ve mesleki işlevsellik boyutlarında anlamlı bir artış görülmüştür. Dolayısıyla bu durum bize atılgnlık eğitimi programının TRSM'lerde uygulanabilir bir psikososyal girişim olduğunu göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Şizofreni hastalarına uygulanan atılganlık eğitiminin hastaların işlevsel iyileşme ve atılganlık düzeyine etkisini incelemek amacıyla, ön test-son test kontrol gruplu tekrarlayan ölçümlü tasarlanmış randomize kontrollü deneysel olarak yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre;

- Deney grubundaki hastaların yaş ortalaması $38,17 \pm 9,75$, %70'i erkek, %53,33'ü ilkokul mezunu ya da okur yazar, %73,33'ü bekar, %56,67'si daha önce bir işte çalışmış ve şu an çalışmıyor, %80'inin sosyal güvencesi var, %70'inin gelir durumunu orta, %33,33'ü maddi yardım alıyor ve bunların %26,67'si maddi yardımı kendisi alıyor ve yönetiyor, %50'si anne ve babası ile yaşıyor, %53,33'ü 1-6 aydır TRSM'ye kayıtlı ve daha önce bir grup eğitimi almadı.
- Kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması $38,37 \pm 8,79$, %60'ı erkek, %50'si ilkokul mezunu ya da okur yazar, %66,67'si bekar, %46,67'si daha önce bir işte çalışmış ve şu an çalışmıyor, %83,33'ünün sosyal güvencesi var, %66,67'si gelir durumu orta, %36,67'si maddi yardım alıyor ve bunların %26,67'si maddi yardımı kendisi alıyor ve yönetiyor, %50'si anne ve babası ile yaşıyor, %63,33'ü 1-6 aydır TRSM'ye kayıtlı ve daha önce bir grup eğitimi almadı.
- Deney grubundaki hastaların hastalık süresi ortalama $13,77 \pm 6,51$ yıl, hastalığın başlangıç yaşı ortalama $24,07 \pm 9,21$, tanı aldıktan sonra ortalama $2,23 \pm 2,42$ kez psikiyatri kliniğine yatmış, haftada ortalama $2,43 \pm 2,08$ gün rehabilitasyon programlarına katılmaktadır.
- Kontrol grubundaki hastaların ise; hastalık süresi ortalama $13,83 \pm 7,12$ yıl, hastalığın başlangıç yaşı ortalama $24,53 \pm 5,98$, tanı aldıktan sonra ortalama $2 \pm 1,44$ kez psikiyatri kliniğine yatmış, haftada ortalama $2 \pm 1,98$ gün rehabilitasyon programlarına katılmaktadır.
- Atılganlık eğitimi öncesi deney grubunun RAE toplam puanı $70,23 \pm 19,54$, kontrol grubunun $65,97 \pm 17,91$; deney grubunun ŞİLÖ toplam puanı $41,17 \pm 10,27$, kontrol grubunun $38,17 \pm 9,27$; deney grubunun Sİ puanı $15,5 \pm 4,34$, kontrol grubunun $14,1 \pm 4$; deney grubunun ST puanı $8,33 \pm 2,68$,

kontrol grubunun $7,63 \pm 2,16$; deney grubunun GYB puanı $13,9 \pm 3,75$, kontrol grubunun $12,87 \pm 2,9$; deney grubunun Mİ puanı $3,43 \pm 1,07$, kontrol grubunun $3,57 \pm 1,19$ olduğu belirlendi.

- Deney ve kontrol grubunun bireysel özellikleri, RAE, ŞİLÖ ve ŞİLÖ alt ölçek puanları karşılaştırıldığında eğitim öncesi aralarında anlamlı fark olmadığı görüldü ($p > 0,05$). Dolayısıyla gruplar bireysel özellikler açısından homojendi.
- Eğitim sonrası toplam atılgnlık, toplam işlevsel iyileşme, Sİ, ST ve GYB alt ölçek puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p < 0,05$). Deney grubunun eğitim sonrası toplam atılgnlık, toplam işlevsel iyileşme, Sİ, ST ve GYB alt ölçek puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksektir. Mİ alt ölçek puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p > 0,05$).
- Eğitimden 3 ay sonra toplam atılgnlık, toplam işlevsel iyileşme, Sİ, ST, GYB ve Mİ puanları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p < 0,05$). Deney grubunun eğitimden 3 ay sonra toplam atılgnlık, toplam işlevsel iyileşme, Sİ, ST, GYB ve Mİ puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksektir.
- Deney grubunda toplam atılgnlık puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p < 0,05$). Eğitim sonrası ve eğitimden 3 ay sonrası toplam atılgnlık puanı, eğitim öncesi toplam atılgnlık puanına göre; eğitimden 3 ay sonrası toplam atılgnlık puanı ise eğitim sonrası toplam atılgnlık puanına göre anlamlı derecede yüksektir.
- Kontrol grubunda toplam atılgnlık puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p < 0,05$). Eğitimden 3 ay sonrası toplam atılgnlık puanı, eğitim öncesi toplam atılgnlık puanına göre anlamlı derecede yüksektir.
- Deney grubunda toplam işlevsel iyileşme puanları ve Sİ, ST, GYB, Mİ alt ölçek puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p < 0,05$). Eğitim sonrası ve eğitimden 3 ay sonrası ŞİLÖ, Sİ, ST, GYB ve Mİ puanları eğitim öncesi puanlarına göre anlamlı derecede yüksektir.

- Kontrol grubunda toplam işlevsel iyileşme puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Eğitimden 3 ay sonrası toplam işlevsel iyileşme puanı, eğitim öncesi ve sonrası toplam işlevsel iyileşme puanına göre anlamlı derecede yüksektir. Sİ puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Eğitimden 3 ay sonrası Sİ puanı, eğitim öncesi Sİ puanına göre anlamlı derecede yüksektir. GYB puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Eğitimden 3 ay sonrası GYB puanı, eğitim sonrası GYB puanına göre anlamlı derecede yüksektir. ST ve Mİ puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).
- Deney grubunun atılgnlık eğitimi öncesi toplam atılgnlık puan ortalaması $70,23\pm 19,54$, eğitim sonrası $115,2\pm 18,59$ ve eğitimden 3 ay sonraki izlemde $127,43\pm 15,71$ bulundu. Kontrol grubunun ise atılgnlık eğitimi öncesi toplam atılgnlık puan ortalaması $65,97\pm 17,91$, eğitim sonrası $69,53\pm 17,45$ ve eğitimden 3 ay sonraki izlemde $74,23\pm 13,82$ bulundu.
- Deney grubunun atılgnlık eğitimi öncesi toplam işlevsel iyileşme puan ortalaması $41,17\pm 10,27$, eğitim sonrası $52,2\pm 14,52$ ve eğitimden 3 ay sonraki izlemde $54,93\pm 13,57$ bulundu. Kontrol grubunun ise atılgnlık eğitimi öncesi toplam işlevsel iyileşme puan ortalaması $38,17\pm 9,27$, eğitim sonrası $38,1\pm 9,07$ ve eğitimden 3 ay sonraki izlemde $39,83\pm 9,2$ bulundu.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Atılganlık eğitiminin şizofreni hastalarında etkinliğini değerlendiren girişimsel çalışmaların yapılması,
- Atılganlık eğitiminin Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde uygulanan rehabilitasyon programları içerisinde yer alması, geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması,
- TRSM'lerde uygulanan Sosyal Beceri Eğitimlerine atılganlık becerilerini geliştirmeyi hedefleyen oturumların ilave edilmesi,
- Psikiyatri hemşirelerine atılganlık eğitimi konusunda eğitici eğitimleri verilmesi ve uygulamalarda aktif rol almasının desteklenmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Abd El Aziz, E.M., Abd El Aziz Rady, H.E. ve Nasr El Din, M. (2017). Effectiveness of social skills training program on social functioning and severity of symptoms among patients with schizophrenia. *American Journal of Nursing Science*, **6(6)**, 454-466. Erişim 23.05.2018, <http://article.nursingscience.net/pdf/10.11648.j.ajns.20170606.13.pdf>
- Abed, G.A., El-Amrosy, S.H. ve Atia, M.M. (2015). The effect of assertiveness training program on improving self-esteem of psychiatric nurses. *Journal of Nursing Science*, **1(1)**, 1-8. Erişim 14.08.2018, <http://article.aascit.org/file/pdf/8940729.pdf>
- Adana, F., Erdağı, S., Eliş, S., Aktaş, B., Kıranşal, N., Biçer, N. ve ark. (2010). Kars'ta çalışan hemşirelerin atılgnlık düzeylerinin geliştirilmesi. *İ.U.F.N. Hem. Derg.*, **18(3)**, 120-127. Erişim 05.05.2016, <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/95040>
- Addington, J., Penn, D., Woods, S.W., Addington, D. ve Perkins, D.O. (2008). Social functioning in individuals at clinical high risk for psychosis. *Schizophrenia Research*, **99(1)**, 119-124. Erişim 19.01.2018, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18023329>
- Akın, B. ve Koçoğlu, D. (2017). Randomize kontrollü deneyler. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*, **4(1)**, 73-92. Erişim 25.05.2018, <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/330382>
- Alberti, R. ve Emmons, M. (2002). *Atılgnlık*. S. Katlan (Çev.), Ankara, HYB Yayıncılık.
- Almerie, M.Q., Okba Al Marhi, M., Jawoosh, M., Alsabbagh, M., Matar, H.E., Maayan, N. ve ark. (2015). Social skills programmes for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **6**. Erişim 16.01.2018, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4235108/>
- Alptekin, K., Üçok, A., Ayer, A., Ünal, A., Erol, A., Ensari, H. ve ark. (2014). Psikiyatri kliniğine yatırılan şizofreni ve psikotik bozukluğu olan hastaların tedavi rehberi. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, **4(3)**, 276-88. Erişim 27.07.2017, <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=d820bd5d-71c0-471f-90a1-b00525d851b8%40pdc-v-sessmgr06>
- Amell, R.C. ve Llandrich, J.O. (2008). Validity of a social skills training program for schizophrenic patients. *Actas Esp Psiquiatr*, **36(3)**, 123-132. Erişim 03.08.2018, <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/9/51/ENG/9-51-ENG-123-132-652127.pdf>
- Aschen, S.R. (1997). Assertion training therapy in psychiatric milieus. *Archives of Psychiatric Nursing*, **11(1)**, 46-51. Erişim 20.08.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9046643>
- Bağ, B. (2012). Toplum ruh sağlığı merkezlerinde hemşirenin rolü: İngiltere örneği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **4(4)**, 465-485. Erişim 19.10.2017, http://www.cappsy.org/archives/vol4/no4/cap_04_28.pdf

- Balzar-Riley, J. (2012). *Communication in Nursing*. (7nd ed.). Chapter 1. Erişim 02.03.2018, https://books.google.com.tr/books?id=cMjsAwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=tr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Berger, B.A. (2009). *Communication Skills For Pharmacists*. (3rd ed.). Chapter 7. Erişim 03.03.2018, <https://www.amazon.com/Communication-Skills-Pharmacists-Relationships-Improving-ebook/dp/B009VJ7TM8>
- Binbay, T., Ulaş, H. ve Alptekin, K. (2010). Şizofreni epidemiyolojisine Türkiye’den katkı yapmak: Nasıl ve neden? *Klinik Psikiyatri*, **13(Ek 1)**, 9-15. Erişim 27.07.2017, <http://www.klinikpsikiyatri.org/files/journals/1/2322.pdf>
- Burns, T. ve Patrick, D. (2007). Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatr Scand*, **116**, 403–418. Erişim 21.02.2018, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17941964>
- Buzlu, S. (2006). Hemşirelik öğrencilerinde girişkenlik eğitiminin değerlendirilmesi. *İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O. Dergisi*, **14(56)**, 17-26. Erişim 14.11.2016, <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/95526>
- Chien, H.C., Ku, C.H., Lu, R.B., Chu, H., Tao, Y.H. ve Chou, K.R. (2003). Effects of social skills training on improving social skills of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, **17(5)**, 228-236. Erişim 22.08.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14608552>
- Chien, W.T., Leung, S.F., Yeung, F.K. ve Wong, W.K. (2013). Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: Psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care. *Neuropsychiatric disease and treatment*, **9**, 1463-1481. Erişim 17.01.2018, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24109184>
- Compton, M.T. ve Broussard, B. (2009). *The First Episode of Psychosis: A Guide For Patients and Their Families*. United States of America, Oxford University Press.
- Corrigan, P.W., Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E. ve Solomon, P. (2016). *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation*. New York, A Division of Guilford Publications.
- Dikeç, G. ve Kutlu, Y. (2015). Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumunu artırmak için bir yöntem: Tedaviye Uyum Programı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, **6(1)**, 40-46. Erişim 23.06.2016, <https://www.journalagent.com/phd/pdfs/PHD-69875-REVIEW-DIKEC.pdf>
- Dülgerler, Ş. (2014). Şizofrenik bozukluklar. İçinde O. Çam ve E. Engin (Ed.), *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. İstanbul, Medikal Yayıncılık, 413-446.
- ECU (2018). Assertive communication: Making yourself heard in a health care team. This clinical training initiative is supported by funding from the Australian government under The Increased Clinical Training Capacity (ICTC) program. Edith Cowan University, Erişim 03.03.2018, https://moodle.une.edu.au/pluginfile.php/452247/mod_data/intro/User-Manual-Assertive-communication-FINAL.pdf

- Elis, O., Caponigro, J.M. ve Kring, A.M. (2013). Psychosocial treatments for negative symptoms in schizophrenia: Current practices and future directions. *Clinical psychology review*, **33(8)**, 914-928. Erişim 17.01.2018, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23988452>
- Emiroğlu, B., Karadayı, G., Aydemir, Ö. ve Üçok, A. (2009). Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeğinin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *NöroPsikiyatri Arşivi*, **46**, 15-24. Erişim 14.11.2016, <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=4b67a02f-5bc-4505-8217-c338d7aee5e7%40sessionmgr4006>
- Erkoç, Y., Çom, S., Torunoğlu, M.A., Alataş, G. ve Kahiloğulları, A.K. (Ed.) (2011). *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı*. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Eslami, A.A., Rabiei, L., Afzali, S.M., Hamidizadeh, S. ve Masoudi, R. (2016). The effectiveness of assertiveness training on the levels of stress, anxiety, and depression of high school students. *Iran Red Crescent Med J.*, **18(1)**, 1-10. Erişim 15.08.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4752719/>
- Garner, E. (2012). *Assertiveness: Re-claim Your Assertive Birthright*. London, Ventus PublishingApS.
- Granholm, E. ve Harvey, P.D. (2018). Social skills training for negative symptoms of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, **44(3)**, 472-474. Erişim 06.06.2018, <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/44/3/472/4791811>
- Hemşirelik Yönetmeliği (2011). Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete. Erişim 12.10.2017, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>
- Hosseini, S.A., Mirnasab, M., Salimy, H. ve Zangiabadi, M. (2015). The effect of assertiveness skills training on reduction of emotional victimization of female high school students. *International Journal of Life Sciences*, **9(4)**, 59-64. Erişim 15.08.2017, <https://www.nepjol.info/index.php/IJLS/article/view/12679>
- Hunter, R. ve Barry, S. (2012). Negative symptoms and psychosocial functioning in schizophrenia: Neglected but important targets for treatment. *European Psychiatry*, **27(6)**, 432-436. Erişim 22.01.2018, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21602034>
- İçel, S., Özkan, B. ve Aydoğan, A. (2016). Toplum ruh sağlığı merkezlerinde hemşirenin rolü. *Ankara Med J*, **16(2)**, 208-214. Erişim 18.06.2017, <http://www.ankaramedicaljournal.com/download/article-file/260301>
- Inchausti, F., García-Poveda, N.V., Ballesteros-Prados, A., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-Reales, S., Prado-Abril, J. ve ark. (2017). The effects of metacognition-oriented social skills training on psychosocial outcome in schizophrenia-spectrum disorders: A randomized controlled trial. *Schizophrenia bulletin*, **16**, 1-10. Erişim 24.05.2018, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29267940>
- Karow, A., Moritz, S., Lambert, M., Schöttle, D. ve Naber, D. (2012). Remitted but still impaired? Symptomatic versus functional remission in patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, **27(6)**, 401-405. Erişim 24.05.2018, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21570262>

- Kavak, F. ve Ekinçi, M. (2014). Kendi evlerinde yaşayan ve korumalı evlerde yaşayan şizofreni hastalarının yaşam niteliklerinin ve işlevsel iyileşme düzeylerinin karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **3(1)**, 588-598. Erişim 01.02.2017, <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/84239>
- Kelleci, M., Avcı, D., Ata, E.E. ve Doğan, S. (2011). Kendini tanıma ve girişkenlik dersinin hemşirelik öğrencilerinin atılganlık düzeylerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **14(2)**, 46-51. Erişim 21.06.2016, <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/29496>
- Khalil, A.I. (2012). A Community based treatment: Impact of social skills training program on improving social skills among schizophrenic patients. *World Applied Sciences Journal*, **18(3)**, 370-378. Erişim 03.08.2018, <https://pdfs.semanticscholar.org/9348/0599692ffac2f7bdd54f0d9cb49452193edf.pdf>
- Kopelowicz, A., Zarate, R., Smith, V.G., Mintz, J. ve Liberman, R.P. (2003). Disease management in Latinos with schizophrenia: A family-assisted, skills training approach. *Schizophrenia Bulletin*, **29(2)**, 211-227. Erişim 09.10.2015, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14552498>
- Köroğlu, E. (Çev.) (2014). *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 49-51.
- Küçük, L., Buzlu, S. ve Can, G. (2008). Hemşirelik öğrencilerinde bir davranış biçimi olarak atılganlık düzeyi. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*, **16(62)**, 90-96. Erişim 14.11.2016, <http://dergipark.gov.tr/fnjn/issue/9016/112395>
- Kutlu, Y. (2009). Bir grup öğrenci hemşirede atılganlık eğitiminin etkinliği. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **2(3)**, 3-11. Erişim 24.03.2016, <http://hemsirelik.maltepe.edu.tr/dergiler/cilt2sayi3/cilt2sayi3/3-11.pdf>
- Landolt, K., Rössler, W., Burns, T., Ajdacic-Gross, V., Galderisi, S., Libiger, J. ve ark. (2012). Unmet needs in patients with first-episode schizophrenia: A longitudinal perspective. *Psychological medicine*, **42(7)**, 1461-1473. Erişim 04.12.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22099529>
- Lee, T.Y., Chang, S.C., Chu, H., Yang, C.Y., Ou, K.L., Chung, M.H. ve ark. (2013). The effects of assertiveness training in patients with schizophrenia: A randomized, single-blind, controlled study. *Journal of advanced nursing*, **69(11)**, 2549-2559. Erişim 22.08.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23551798>
- Liberman, R.P. (2008). *Recovery From Disability Manual of Psychiatric Rehabilitation*. England, American Psychiatric Publishing.
- Lin, Y., Wu, M., Yang, C., Chen, T., Hsu, C., Chang, Y. ve ark. (2004). Evaluation of an assertiveness training program on nursing and medical students' assertiveness, self-esteem, and interpersonal communication satisfaction. *Nurse Educ Today*, **24(8)**, 656-665. Erişim 15.08.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15519449>

- Lin, Y.R., Wu, M.H., Yang, C.I., Chen, T.H., Hsu, C.C., Chang, Y.C. ve ark. (2008). Evaluation of assertiveness training for psychiatric patients. *Journal of Clinical Nursing*, **17**, 2875-2883. Erişim 22.08.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19012757>
- Llorca, P.M., Lançon, C., Lancrenon, S., Bayle, F.J., Caci, H., Rouillon, F. ve ark. (2009). The “Functional Remission of General Schizophrenia” (FROGS) scale: development and validation of a new questionnaire. *Schizophrenia Research*, **113(2-3)**, 218-225. Erişim 06.06.2018, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996409002175>
- Manesh, R.S., Fallahzadeh, S., Panah, M.S.E., Koochehbiuki, N., Arabi, A. ve Sahami, M.A. (2015). The effectiveness of assertiveness training on social anxiety of health volunteers of Yazd. *Psychology*, **6**, 782-787. Erişim 02.03.2018, <https://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=56572>
- Maric, M. ve Ferjan, M. (2010). Assertiveness as a Determinant of an Individual’s Power. 29th International Conference on Organizational Science Development, People and Organization, March 24th-26th 2010, Portorož, Slovenia. Erişim 15.08.2017, https://www.researchgate.net/publication/273137039_Assertiveness_as_a_Determinant_of_an_Individual's_Power
- Matjacic, E. (2010). Assertive Communication. RMIT University, Melbourne. Erişim 03.03.2018, <http://mams.rmit.edu.au/owx2c90pize9.pdf>
- Matsuda, E. ve Uchiyama, K. (2006). Assertion training in coping with mental disorders with psychosomatic disease. In *International Congress Series*, **1287**, 276-278. Erişim 16.10.2017, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0531513105017450>
- Mitchell, Y. (2006). Schizophrenia and schizophrenia-type disorders. İçinde I. Peate ve S. Chelvanayagam (Ed.), *Caring for Adults with Mental Health Problems*. England, John Wiley&Sons Ltd, 145-160.
- Mohamed, S.M. ve Abd El Aziz, E.M. (2016). Effect of assertive training program on social interaction anxiety and self-esteem of institutionalized patients with chronic schizophrenia. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, **5(5)**, 36-44. Erişim 23.08.2017, <https://pdfs.semanticscholar.org/0857/41223b3d40279ba6a98c361c4652e7de8721.pdf>
- Morin, L. ve Franck, N. (2017). Rehabilitation interventions to promote recovery from schizophrenia: A systematic review. *Frontiers in psychiatry*, **8**, 1-12. Erişim 20.12.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28659832>
- Morrissey, J. ve Callaghan, P. (2011). *Communication Skills for Mental Health Nurses*. England, Open University Press.
- Mousa, A.A., Imam, S.A. ve Sharaf, A.Y. (2011). The effect of an assertiveness training program on assertiveness skills and social interaction anxiety of individuals with schizophrenia. *Journal of American Science*, **7(12)**, 454-466. Erişim 23.08.2017, http://www.jofamericanscience.org/journals/am-sci/am0712/060_7577am0712_454_466.pdf

- Mueser, K.T., Deavers, F., Penn, D.L. ve Cassisi, J.E. (2013). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual review of clinical psychology*, **9**, 465-497. Erişim 17.01.2018, <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620>
- Murray, R.M. ve Dean, K. (2008). Schizophrenia and related disorders. İçinde R.M. Murray, K.S. Kendler, P. McGuffin, S. Wessely, D.J. Castle (Ed.), *Essential Psychiatry*. (4nd ed.). New York, Cambridge University Press, 284-319.
- Murray, W.R. (2009). *For The Virtual Workshop Series and Self-Study Program: Module 4: Assertiveness Skills*. Eagle Alliance Executive Coaching, LLC, Erişim 02.03.2018, www.EmotionallyIntelligentLeadership.com
- NICE (2014). *Psychosis and Schizophrenia in Adults. Treatment and Management*. National Clinical Guideline, Number 178.
- Okanli, A., Karakas, S.A., Altun, Ö.S. ve Selvi, Y. (2017). The effect of the social and independent living skills, the community re-entry program application for patients with schizophrenia on their functional remission and drug adherence. *Studies on Ethno-Medicine*, **11(3)**, 233-238. Erişim 24.05.2018, <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09735070.2017.1305229>
- Öz, Y.C. ve Ünsal Barlas, G. (2017). Şizofreni hastalığı olan bireylerin işe yerleştirme ile ilgili görüşleri ve beklentileri: Niteliksel bir çalışma. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **3(3)**, 28-32. Erişim 12.09.2018, <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/357414>
- Öztürk, O. ve Uluşahin, N.A. (2016). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. (14. baskı). Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri.
- Palumbo, D., Mucci, A., Piegari, G., D'Alise, V., Mazza, A. ve Galderisi, S. (2017). SoCIAL-training cognition in schizophrenia: A pilot study. *Neuropsychiatric disease and treatment*, **13**, 1947-1955. Erişim 07.06.2018, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28790830>
- Park, K.M., Ku, J., Choi, S.H., Jang, H.J., Park, J.Y., Kim, S.I. ve ark. (2011). A virtual reality application in role-plays of social skills training for schizophrenia: A randomized, controlled trial. *Psychiatry Research*, **189**, 166-172. Erişim 16.10.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21529970>
- Park, Y. ve Han, K. (2018). Development and evaluation of a communication enhancement program for people with chronic schizophrenia: A quasi-experimental pretest-posttest design study. *Applied Nursing Research*, **42**, 1-8. Erişim 24.05.2018, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189717302197>
- Patel, J.K., Pinals D.A. ve Breier, A. (2008). Schizophrenia and other psychoses. İçinde A. Tasman, J. Kay, J.A. Lieberman, M.B. First, M. Maj (Ed.), *Psychiatry*. (3nd ed.). England, John Wiley&Sons, Ltd., 1201-1282.
- Peneva, I. ve Mavrodiev, S. (2013). A historical approach to assertiveness. *Psychological Thought*, **6(1)**, 3-26. Erişim 03.03.2018, <https://psyct.psychopen.eu/article/view/14>

- Polat, H. (2013). Hemşirelerin problem çözme becerileri ve atılganlıkları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın.
- Regier, D.A., Narrow, W.E., Rae, D.S., Manderscheid, R.W., Locke, B.Z. ve Goodwin, F.K. (1993). The de facto mental and addictive disorders service system. Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives of General Psychiatry*, **50(2)**, 85-94. Erişim 27.11.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8427558>
- Rus-Calafell, M., Maldonado, J.G., Bravo, M.O., Sabate, J.R. ve Urizar, A.C. (2013). A brief cognitive-behavioural social skills training for stabilised outpatients with schizophrenia: A preliminary study. *Schizophrenia Research*, **143**, 327-336. Erişim 21.08.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23235141>
- Rus-Calafell, M., Maldonado, J.G., Sabate, J.R. ve Giraldez, S.L. (2014). Social skills training for people with schizophrenia: What do we train? *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, **22(3)**, 461-477. Erişim 17.01.2018, <http://www.p3-info.es/PDF/Social-skills-training-for-people-with-schizophrenia.pdf>
- Sabbag, S., Twamley, E.M., Vella, L., Heaton, R.K., Patterson, T.L. ve Harvey, P.D. (2011). Assessing everyday functioning in schizophrenia: Not all informants seem equally informative. *Schizophrenia research*, **131(1)**, 250-255. Erişim 22.01.2018, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21620682>
- Seo, J.M., Ahn, S., Byun, E.K. ve Kim, C.K. (2007). Social skills training as nursing intervention to improve the social skills and self-esteem of in patients with chronic schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, **21(6)**, 317-326. Erişim 23.08.2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18037442>
- Shiina, A., Nakazato, M., Mitsumori, M., Koizumi, H., Shimizu, E., Fujisaki, M. ve ark. (2005). An open trial of outpatient group therapy for bulimic disorders: Combination program of cognitive behavioral therapy with assertive training and self-esteem enhancement. *Psychiatry and clinical neurosciences*, **59(6)**, 690-696. Erişim 21.06.2016, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16401245>
- Shives, L.R. (Ed.). (2012). Schizophrenia and schizophrenic-like disorders. İçinde, *Basic Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing*. (8nd ed.). Walnut Street, Philadelphia, Wolters Kluwer Health-Lippincott Williams&Wilkins, 323-342.
- Speed, B.C., Goldstein, B.L. ve Goldfried, M.R. (2018). Assertiveness training: A forgotten evidence-based treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, **25(1)**, 1-20. Erişim 08.06.2018, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/cpsp.12216>
- Svavarsdottir, S.J., Olofsdottir, K.V., Sturludottir, E. ve Juliusdottir, S. (2012). Psychiatric group work in social skill training. *Social Work with Groups*, **35**, 103-123. Erişim 16.10.2017, <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01609513.2011.602221>
- Townsend, M.C. (Ed.) (2015). Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders. İçinde, *Psychiatric Mental Health Nursing. Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. (7nd ed.). 419-457.

- TRSM Çalışma Rehberi (2011). Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi. Erişim 09.03.2017, http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/tekd/pdf/TRSM_rehber.pdf
- TRSM Hakkında Yönerge (2014). 06/03/2014 tarih ve 9453 sayılı Bakan Onayı ile yürürlüğe konulan TRSM hakkında yönerge. Erişim 09.03.2017, https://khgm.saglik.gov.tr/DB/6/1789_toplum-ruh-sagligi-m
- Turan, N. (2016). Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. İçinde N. Gürhan (Ed.), *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 539-564.
- Uzdil, N. ve Tanrıverdi, D. (2015). Effect of psychosocial skills training on functional remission of patients with schizophrenia. *Western journal of nursing research*, **37(9)**, 1142-1159. Erişim, 22.01.2018, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25034247>
- Üçok, A., Gorwood, P. ve Karadayı, G. (2012). Employment and its relationship with functionality and quality of life in patients with schizophrenia: EGOFORS Study. *European Psychiatry*, **27(6)**, 422-425. Erişim 28.05.2018, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21592736>
- Ünsal Barlas, G. ve Işıl, Ö. (2010). Kronik şizofren hastalarda psikososyal beceri eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı*, 312-317. Erişim 23.06.2016, <https://hemsirelik.maltepe.edu.tr/dergiler/ozel/pdf/312-317.pdf>
- Videbeck, S.L. (Ed.) (2011). *Psychiatric-Mental Health Nursing*. (5nd ed.). Wolters Kluwer Health-Lippincott Williams&Wilkins.
- Voltan, N. (1980). Rathus Atılganlık Envanterinin geçerlik-güvenirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, **3(10)**, 23-25. Erişim 22.08.2016, <http://psikiyatridizini.net/articles.aspx?journalid=80&year=1980&volume=3&number=10>
- Whitley, R., Strickler, D. ve Drake, R. E. (2012). Recovery centers for people with severe mental illness: A survey of programs. *Community Mental Health Journal*, **48(5)**, 547-556. Erişim 13.11.2017, <https://link.springer.com/article/10.1007/s10597-011-9427-4>
- WHO (2011). Rehabilitation. Chapter 4. Erişim 06.01.2018, http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/chapter4.pdf
- Xiang, Y., Weng, Y., Li, W., Gao, L., Chen, G., Xie, L. ve ark. (2006). Training patients with schizophrenia with the community re-entry module: A controlled study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, **41**, 464-469. Erişim 29.01.2018, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16565915>
- Yıldız, M. (2011). Şizofreni Hastaları İçin Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi. İstanbul, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği.
- Yılmaz, V. (2012). Türkiye'de Ruh Sağlığı Politikaları: Tespitler ve Öneriler. İstanbul Bilgi Üniversitesi, Rusihak, Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği.

FORMLAR

Form-1 Kişisel Bilgi Formu

Değerli katılımcı,

Bu çalışma “Şizofreni hastalarına uygulanacak atılgnlık eğitiminin işlevsel iyileşme ve atılgnlık düzeyine etkisi”ni belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu doğrultuda hazırlanan aşağıdaki soruları içtenlikle cevaplamanız araştırmanın güvenilirliği açısından önem taşımaktadır. Araştırmada gizlilik önemli olup, verdiğiniz bilgiler bu çalışma dışında kullanılmayacaktır.

Araştırmaya yaptığınız katkı için teşekkür ederiz.

Gonca ÜSTÜN

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz:

- 1) Kadın
- 2) Erkek

3. Medeni durumunuz:

- 1) Bekar
- 2) Evli
- 3) Dul
- 4) Boşanmış

4. Eğitim durumunuz:

- 1) Okuryazar değil
- 2) Okuryazar
- 3) İlkokul
- 4) Ortaokul
- 5) Lise
- 6) Yükseköğretim

5. Çalışma durumunuz:

- 1) Hiç çalışmadım
- 2) Şu an çalışıyorum
- 3) Daha önce bir işte çalıştım

6. Sosyal güvenceniz:

- 1) Var
- 2) Yok

7. Gelir durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?

- 1) Kötü
- 2) Orta
- 3) İyi

8. Hastalığınız nedeniyle maddi yardım alıyor musunuz? Cevabınız EVET ise yardımı kimin aldığını yazınız.

- 1) Evet
- 2) Hayır

9. Birlikte yaşadığınız kişiler:

- 1) Yalnız
- 2) Eş ve çocuk
- 3) Anne ve baba
- 4) Diğer.....

10. Hastalığınızın başlangıç yaşı:**11. Hastalığınızın süresi (yıl):****12. Hastaneye yatış sayınız:****13. TRSM'ye ne kadar süredir kayıtlısınız:**

- 1) 1-6 ay
- 2) 6 aydan uzun

14. Rehabilitasyon programlarına katılma sıklığınız:

..... haftada gün

15. Daha önce bir grup eğitimine katıldınız mı? Cevabınız EVET ise eğitimin adını yazınız.

- 1) Evet
- 2) Hayır

Form-2 Rathus Atılganlık Envanteri**RATHUS ATILGANLIK ENVANTERİ**

AÇIKLAMA: Arka sayfada size 30 maddelik bir envanter verilmiştir. Her maddeyi dikkatlice okuyup, size uygunluk derecesine göre ilgili kutucuğu **İŞARETLEYEREK** cevaplandırınız.

ÖRNEK: *İnsanlarla kavga etmekten hoşlanırım.*

*Eğer bu madde size çok iyi uyuyor, sizi çok iyi anlatıyorsa **ÇOK İYİ UYUYOR**; oldukça iyi anlatıyor, uyuyorsa **OLDUKÇA UYUYOR**; biraz uyuyor, sizi biraz anlatıyorsa **BİRAZ UYUYOR**; cevabını işaretleyiniz. Eğer madde size pek uymuyor, pek anlatamıyorsa **PEK UYMUYOR**; oldukça uymuyor, oldukça anlatmıyorsa **FAZLA UYMUYOR**; size hiç uymuyorsa, sizi hiç anlatamıyorsa **HİÇ UYMUYOR** cevabını işaretleyiniz.*

RATHUS ATILGANLIK ENVANTERİ		Çok İyi Uyuyor	Oldukça Uyuyor	Biraz Uyuyor	Pek Uymuyor	Fazla Uymuyor	Hiç Uymuyor	TOPLAM PUAN
1	Bence insanların çoğu benden daha atılgan ve saldırgandır.							
2	Sıkılganlığım yüzünden karşıt cins herhangi bir öneride bulunamıyor ya da onların önerilerini kabul edemiyorum.							
3	Bir lokantada isteğime göre hazırlanmamış bir yemek gelince garsona şikayette bulunurum.							
4	Başkalarının beni kırdıklarını fark ettiğim halde onları incitmemeğe dikkat ederim.							
5	İstemediğim bir malı almam için ısrar edilirse "hayır" demekte zorluk çekerim.							
6	Benden bir şey yapmam istendiğinde nedenini öğrenmekte ısrar ederim.							
7	İnsanı geliştirici ve sert tartışmalara katılmak istediğim zamanlar olur.							
8	Benim durumumdaki herkes gibi ben de yükselmek için çabalarım.							
9	Doğrusunu isterseniz insanlar beni kullanır.							
10	Yeni tanıştığım insanlarla ya da yabancılarla rahatlıkla konuşurum.							
11	Karşıt cinsten çekici birine ne söyleyeceğimi çoğu kez bilmem.							
12	Resmi telefon konuşmaları yapmaktan çekinirim.							
13	Bir işe mektup yazarak başvurmayı yüz yüze görüşmeye tercih ederim.							
14	Satın aldığım şeyleri geri vermekten sıkılırım.							
15	Beni rahatsız eden saygıdeğer bir yakınım, rahatsızlığımı ifade etmek yerine duygularımı ondan saklamayı yeğlerim.							
16	Aptalca görünürüm korkusuyla soru sormaktan kaçırım.							
17	Bir tartışma sırasında kızdığım, hırslandığım belli olacak diye korkarım.							
18	Tanınmış ve saygı duyulan bir kimsenin yanlış bir şey söylediğini duyduğumda, dinleyenlere kendi görüşümü de duyurmaya çalışırım.							
19	Satıcılarla pazarlık yapmaktan kaçınırım.							
20	Önemli ve değerli bir iş yaptığımda başkalarının bunu öğrenmesinde sakınca görmem.							
21	Duygularımı ifade ederken açık ve samimiyimdir.							
22	Biri benim hakkımda yanlış ve kötü şeyler söylerse, hemen o kişiyle konuşurum.							
23	Çoğunlukla hayır demekte güçlük çekerim.							
24	Duygularımı anında açığa çıkarmaktansa biriktirmeyi yeğlerim.							
25	Kötü bir hizmetten şikayetçi olurum.							
26	Övüldüğümde bazen ne diyeceğimi bilemem.							
27	Tiyatro, konferans gibi topluluklarda iki kişi yüksek sesle konuşursa, onlara susmalarını ya da konuşmalarına başka yerde devam etmelerini söylerim.							
28	Kuyrukta öne geçen birine yaptığının yanlış olduğunu söylerim.							
29	Fikrimi ifade etmekte zorluk çekmem.							
30	Hiçbir şey söyleyemediğim zamanlar olur.							

Form-3 Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

ŞİZOFRENİDE İŞLEVSEL İYİLEŞME ÖLÇEĞİ (ŞİLÖ)

Bu ölçeğin amacı şizofreni hastalarındaki işlevsel iyileşmeyi (recovery) değerlendirmektir.

Değerlendirme, hem hastanın kendisinden hem de ailesinden alınan bilgiye dayanır.

Değerlendirmede sorgulanacak olan zaman zarfı görüşmeden önceki son bir ay olacaktır.

Her bir madde hasta görüşmesi ve aile görüşmesi sırasında ayrı ayrı değerlendirilmelidir.

Her bir madde için muhtemel 5 değerlendirme düzeyi vardır. 1. Düzey (yok) en düşük düzeydeki iyileşmeyi belirtirken, 5. Düzey (mükemmel derecede var) "ideal" işlev düzeyine karşılık gelir. 2. Düzey (kısmen var), 3. Düzey (yeterince var) ve 4. Düzey (neredeyse tamamen var) sosyal işleyiş ve kalitesi açısından tartışılacaktır. İki düzey arasında kalındığında, daha düşük düzeyi seçin (örneğin: 2. ve 3. düzeyler arasında kalırsanız 2. düzey seçilmelidir.)

Maddelerin değerlendirilmesinde bir soru örneği: Ev idaresi maddesi

Buradaki amaç, bir önceki ay boyunca temizlik ve ev işlerini değerlendirmek için hem hasta hem de ailesiyle çalışmaktır.

Bu maddeyi değerlendirmek için şu tür sorular sorulabilir: Evinizde temizliği kim yapar? Çöpü kim dışarı çıkarır? Çamaşırını kim yıkar? Değerlendirmeyi tamamlamak için ek sorular da sorulabilir, örneğin: Son bir ayda haftada kaç kez çöpü dışarı çıkardınız? Kaç kez çamaşır yıkadınız? Kıyafetlerinizi kaç kez yerleştirdiniz?

1. Sosyal İşlevsellik

Sosyal ilişkilerde kendini ortaya koyabilme (Sosyal ortamlarda hastanın kendisini ortaya koyma, kendini ifade edebilme becerisi.)

1. Yok: Hasta kendini ortaya koyamaz. Hasta bazen etrafındakiler tarafından kötü muamele görmeye ses çıkarmaz.
2. Kısmen var: Hasta sosyal ortamlarda pasiftir ve sadece arkadaş canlısı ortamlarda kendini ortaya koyabilir.
3. Yeterince var: Hasta herhangi bir ortamda kendisini yalnızca kısmen ortaya koyabilir.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta her ortamda kendisini ortaya koyabilir.

5. Mükemmel derecede var: Hasta her ortamda kendisini ortaya koyabilir hatta etrafındakiler üstünde etki bırakabilir.

Sosyal hayata ve/veya bir derneğe katılım (Politik olaylardan haberdar olmak, oy kullanmak, derneklere üye olmak vb.)

1. Yok: Hasta sosyal veya politik olaylarla hiç ilgilenmez.
2. Kısmen var: Hastanın sosyal ya da politik olaylara ilgisi belli belirsizdir ve kişisel olarak bu olaylara dahil olmaz.
3. Yeterince var: Hasta sosyal ve politik olaylarla ilgilidir ancak katılımı sınırlıdır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta sosyal ve politik olaylarla ilgilidir ve eğer katılımı istenirse katılır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta sosyal ve politik olaylarla ilgilidir ve aktif olarak katılır; dernek etkinliklerine katılır.

Kişisel aktiviteler (Kişisel ilgi alanlarına zaman ayırma, boş zamanları değerlendirebilme becerisi, örneğin; sportif faaliyetler, kitap okuma, el becerilerini geliştirme gibi hobiler.)

1. Yok: Hastanın hiçbir kişisel ilgi alanı yoktur veya hobilerini sürdüremez. Hasta, boş zamanlarında hareketsizdir.
2. Kısmen var: Hastanın birkaç ilgi alanı vardır ve kişisel aktiviteleri sınırlı ya da basmakalıptır veya dışarıdan zorlamayla gerçekleşir.
3. Yeterince var: Hasta, boş zamanlardaki etkinliklere kendiliğinden katılma konusunda belirli bir isteksizlik gösterir. Bazı ilgi alanları vardır ama bunları sürdürmekte zorlanırlar.
4. Neredeyse tamamen var: Hastanın kendiliğinden başlattığı ve zaman içinde sürdürebildiği kişisel ilgi alanları vardır. İlgi alanları görece sınırlıdır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta, farklı türlerde birkaç etkinliğe gönüllü olarak, kendiliğinden ve düzenli olarak katılır.

İletişim ve bilgilenme (Yaygın bilgi kaynaklarının kullanımı. Örneğin; gazete, dergi, televizyon, radyo gibi ya da iletişim kaynaklarının kullanılması, telefon, posta, elektronik posta gibi.)

1. Yok: Hasta yaygın bilgi ve iletişim kaynaklarını kendi başına kesinlikle kullanamaz.
2. Kısmen var: Hasta sadece kesinlikle gerekli olduğu hallerde bilgi ve iletişim kaynaklarını kullanır.

3. Yeterince var: Hasta zaman zaman bazı iletişim ve bilgi kaynaklarını kullanır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta çoğu yaygın iletişim ve bilgi kaynaklarını kullanır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta erişiminin olduğu tüm iletişim ve bilgi kaynaklarını düzenli olarak kullanır.

Aile ve arkadaşlar (Aile bireyleri ve arkadaşlarla olan iletişim kalitesi, görüşme sıklığı)

1. Yok: Hastanın ailesiyle iletişimi yoktur ve arkadaşı yoktur.
2. Kısmen var: Hastanın ailesi ve arkadaşlarıyla nadir ve/veya pasif iletişimi vardır ve ilişkileri yüzeysel ve/veya düşük niteliklidir (agresif).
3. Yeterince var: Hastanın ailesi ve arkadaşlarıyla iletişimi vardır. İletişim düzensiz ve/veya seyrek. İyi nitelikli olabilen bazı ilişkilere kısmen dâhil olurlar.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta aile üyeleri ve arkadaşlarıyla ilişkilerini sürdürür ve bu ilişkilerde bazen inisiyatif alır.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın aile üyeleri ve arkadaşlarıyla iyi nitelikli ilişkileri vardır. İletişim sıklıkla kurulur ve genellikle hasta iletişim kurma girişiminde bulunur.

Yaşam için gerekli olan sosyal çevre (mağazalar, hizmetler, komşular...): uyumlu sosyal entegrasyon için gerekli olan ilişkiler

1. Yok: Hastanın herhangi bir sosyal çevreyle hiçbir teması ya da etkileşimi yoktur.
2. Kısmen var: Hastanın komşularıyla olan etkileşimi çok azdır ve kesinlikle gerekli olan dışında çok nadiren temasta bulunur.
3. Yeterince var: Hastanın komşularıyla bazı etkileşimleri olur. Bu etkileşimler mesafelidir ve nadiren hasta tarafından başlatılır. Hasta hayatı için gerekli olan sosyal çevresini sadece kısmen kullanır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta sıklıkla komşularıyla etkileşim halindedir. Hasta, hayatı için gerekli olan sosyal çevresini düzenli olarak kullanır ancak kişisel ilişkiden kaçınır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta komşularıyla ve hayatı için gerekli olan sosyal çevresiyle kendisinin başlattığı düzenli ve neşeli etkileşimlerde bulunur.

Duygusal ve cinsel ilişkiler (Duygusal bir ilişki isteği ve bunu başarmak. Tatmin edici cinsel hayat)

1. Yok: Hastanın duygusal bir ilişkisi yoktur ve olması için aramaz. Hastanın ne fantezilerinde ne de gerçekte cinsel bir etkinliği yoktur.
2. Kısmen var: Hastanın duygusal bir ilişkisi yoktur ama olmasını ister. Cinsel etkinlik tatmin edici değildir ve nadirdir.
3. Yeterince var: Hastanın verimsiz ve düzensiz duygusal ilişkileri vardır. Cinsel hayatı aralıktır.
4. Neredeyse tamamen var: Hastanın yeterince istikrarlı duygusal bir ilişkisi vardır. Cinsel etkinlik her zaman tatmin edici değildir.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın, istekleri doğrultusunda, tatmin edici duygusal bir ilişkisi vardır. Cinsel hayatı tatmin edicidir.

2. Sağlık ve Tedavi

Hastalığın ve tedavinin idaresi (Hastalıklarını, belirtilerini, tedavi programlarını, nüksetme işaretlerini bilme ve tedaviye uyum.)

1. Yok: Hasta, hastalığının adını bilmez veya belirtilerini ve tedavisini anlamaz; tedavi programına uymaz.
2. Kısmen var: Hastanın, hastalığı ve sonuçları hakkında çok sınırlı bilgisi vardır. Belirtilerin bazılarının farkındadırlar ancak bu belirtileri hastalığıyla ilişkilendiremez. Tedaviyi yeterince kavramaz ve uyumun gerekli olduğunu düşünmez.
3. Yeterince var: Hasta ilaçlarının isimlerini söyleyebilir ancak onları kullanmanın önemini gerçekten kavramaz.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta hastalığını, temel belirtilerini ve sonuçlarını kavrar. İlaçlarının isimlerini söyleyebilir ve onları kullanmanın önemini anlar.
5. Mükemmel derecede var: Hasta, hastalığını, temel belirtilerini ve sonuçlarını kavrar. İlaçlarının isimlerini söyleyebilir ve tedavi programına tamamen uyar.

Sağlık idaresi (Sağlığını korumak için gerekli önlemleri almak.)

1. Yok: Hasta sağlığını ve kişisel temizliğini tamamen ihmal etmiştir.
2. Kısmen var: Hasta, yalnızca acı hissederse veya işlevsel bir bozulma yaşarsa sağlığıyla ilgilenir.
3. Yeterince var: Hasta, özellikle de acı hissederse veya işlevsel bir bozulma yaşarsa kendi sağlığıyla ilgilenir. Kişisel temizliğin asgari kurallarına uymaya çalışır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta kendi sağlığıyla ilgilidir. Genel olarak temizlik ve beslenmenin temel kurallarına uyarlar.

5. Mükemmel derecede var: Hasta kendi sağlığıyla ilgili olarak endişelidir ve aktif bir biçimde tedavi ve önleyici tedbirler alır. Hasta temizlik ve beslenme kurallarına tamamen uyar.

Empati ve başkalarına yardım

1. Yok: Hasta etrafındaki kişilere dikkat etmez ve başkalarıyla ilgilenmez.
2. Kısmen var: Hastanın etrafındaki kişilere karşı dikkati çok azdır ve hasta başkalarının sorunlarıyla ilgilenmez.
3. Yeterince var: Hasta etrafındaki kişilere ilgi gösterir ancak bu kişilerin sorunlarına karışmaz.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta başkalarının sorunlarıyla aktif olarak ilgilenir ancak onlara yardım etmek için aldığı sorumluluk sınırlıdır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta başka insanların sorunlarıyla kişisel olarak ilgilenir ve yardım etmekten memnuniyet duyar.

Tedavinin yan etkilerini idare etme (Tedavinin yan etkilerini bilme, tanıma ve bu etkilerle başa çıkma becerisi.)

1. Yok: Hasta, tedavisinin yan etkileriyle tamamen ilgisiz görünür.
2. Kısmen var: Hasta tedavisinin yan etkileriyle yalnızca muğlak biçimde alakalıdır, yan etkileri tanımakta zorluk yaşar ve bunlarla baş etmek için yardım istemez.
3. Yeterince var: Hasta, tedavisinin yan etkileri konusunda yeterince alakalıdır. Yalnızca en rahatsız edici yan etkileri tanıyıp onlarla başa çıkabilir.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta tedavisinin tüm yan etkileriyle alakalıdır. Neredeyse hepsini tanır ancak onlarla nasıl başa çıkacağını bilmesi şart değildir.
5. Mükemmel derecede var: Hasta tedavisinin olası tüm yan etkileriyle alakalıdır ve bu etkiler hakkında araştırma yapar. Tüm yan etkileri tanır ve onlarla başa çıkabilir.

3. Günlük Yaşam Becerileri

Biyolojik ritimlere uyum (hastanın uyanma/uyku, yemek saatleri gibi biyolojik ritimlere uyumu)

1. Yok: Hastanın yaşamla ilgili alışkanlıkları kesinlikle düzensizdir.
2. Kısmen var: Hasta, yalnızca başkası tarafından açıkça istendiğinde biyolojik ritimlere uyar.
3. Yeterince var: Hasta biyolojik ritimlere kendiliğinden ancak düzensiz biçimde uyar.

4. Neredeyse tamamen var: Hasta biyolojik ritimlere genellikle uyar ancak temel değişikliklere uyum sağlamakta zorlanır.

5. Mükemmel derecede var: Hasta her alanda ve her durumda biyolojik ritimlere uyar.

Beslenme (Yemek hazırlığı yapma; alış-veriş, düzenleme ve/veya (ailenin veya yaşanan yerin) yemek saatlerine uyma becerisi)

1. Yok: Hasta kendiliğinden tek başına alış-verişe çıkmaz ve yalnız yaşıyorsa kendi yemeğini hazırlamaz; ailesiyle ya da bir bakım evinde yaşıyorsa yemek saatlerine uymaz.

2. Kısmen var: Hasta nadiren yemek alış-verişine veya yemek hazırlığına dâhil olur. Yalnızca, ondan uyulması istenirse yemek saatlerine uyar.

3. Yeterince var: Hasta kendi yemeğini öyle ya da böyle yeterli biçimde hazırlar ancak yemek kalitesi ve düzeni yetersizdir.

4. Neredeyse tamamen var: Hasta kendi yemeğini sağlamak konusunda görece kendine yeterlidir. Besin kalitesi ve yemek düzeni çoğu zaman yeterlidir.

5. Mükemmel derecede var: Hasta yemeğini hazırlamak konusunda kendine yeter. Besin kalitesi ve yemek düzeni yeterlidir.

İdari ve finansal yönetim (Olağan harcamaların idaresi, fatura ödemeleri, idari işler, sahip olduğu hakları bilme, mal varlığının idaresi)

1. Yok: Hasta olağan harcamalarını kontrol edemez ve tüm idari işlerde dışarıdan yardıma ihtiyaç duyar.

2. Kısmen var: Hasta günlük harcamalarını idare edebilir ama bütçe ve çoğu idari iş konusunda yardıma ihtiyaç duyar.

3. Yeterince var: Hasta kendi kişisel bütçesini ayarlayabilir. Tek başına faturalarını ödeyebilir ve harcamalarını ve giderlerini kontrol edebilir.

4. Neredeyse tamamen var: Hasta tüm faturaları ve idari işleri kendi başına halledebilir. Hasta tüm haklarından ve mal varlığından haberdar değildir.

5. Mükemmel derecede var: Hasta tüm faturalarını ve idari işlemleri kendi başına halledebilir. Hasta haklarından ve mal varlığından haberdardır.

Kişisel görünüm ve bakım (Görünüş, kişisel hijyen, kıyafetlerin temizliği) Daha önceki alışkanlıklar ve sosyal-kültürel ortamla kıyaslanarak değerlendirilecektir.

1. Yok: Hasta kirli ve dağınıktır, kokmaktadır. Görünüşünü ve bakımını ihmal eder. Birbirleriyle uyumsuz ve uygun olmayan kıyafetler giyer.

2. Kısmen var: Hastanın görünüşü ve/veya bakımı vasatın altındadır. Görünüşü oldukça ihmal edilmiştir ve kıyafetleri birbirleriyle uyumsuz olabilir veya uygun olmayabilir.

3. Yeterince var: Uygun bir bakım düzeyini sürdürmekte zorluk yaşıyor gibi görünmesine rağmen hastanın görünüşünde sadece hafifçe bir ihmal vardır.

4. Neredeyse tamamen var: Hastanın zaman zaman bakımla ilgili problemleri olur veya bazen görünüşünü ihmal eder. Bu çok nadiren olur ve önemli sonuçlar doğurmaz.

5. Mükemmel derecede var: Hastanın iyi bir görünüşü vardır ve bakımlıdır; giyimine dikkat eder.

Agresif, saldırgan veya anti sosyal davranışın kontrolü (agresif davranış ve/veya kanunların ve toplum hayatının kurallarının hiçe sayılması)

1. Yok: Hasta agresif duygularına hakim olmaz. Kanunları sıklıkla ve/veya ciddi biçimde çiğner.

2. Kısmen var: Hasta agresif duygularına sadece kısmen hakim olur. Kanunlara veya toplum hayatının kurallarına her zaman uymaz.

3. Yeterince var: Hasta neredeyse her zaman agresif davranışına hakim olur. Kanunlara uyar ve toplum hayatının kurallarıyla ilgili nadiren sorun yaşar.

4. Neredeyse tamamen var: Hasta agresif duygularına hakim olur, bu duyguları sadece sözel olarak ifade eder. Kanunlara uyar ve genellikle toplum hayatının kurallarına da uyar.

5. Mükemmel derecede var: Hasta tüm agresif davranışlarına ve sözel agresyonuna hakim olur. Kanunlara ve toplum hayatının kurallarına harfi harfine uyar.

Strese ve beklenmeyen durumlara uyum sağlama (Uyabilme becerisi, duygusal kontrol, başa çıkma mekanizmaları)

1. Yok: Hasta, en ufak sıkıntıya uygunsuz biçimde tepki verir. Ortaya çıkabilecek beklenmedik herhangi bir problemle başa çıkmak için hazırlıklı değildir.

2. Kısmen var: Hasta bazı problemlerle başa çıkabilir ama hemen bunalır.

3. Yeterince var: Hasta stresle başa çıkabilir ancak sorunlar tekrarladığında ya da ciddi bir hal aldığında bunalır.

4. Neredeyse tamamen var: Hasta, günlük hayattaki stres ve sorunlarla iyi bir biçimde başa çıkar ancak büyük ve beklenmedik strese karşı oldukça hassastır.

5. Mükemmel derecede var: Hastanın duygusal kontrolü iyidir ve her durumda etkili baş etme mekanizmaları kullanır.

4. Mesleki İşlevsellik

Ev işi etkinlikleri (Ev idaresi ile ilgili işler; toplama, çamaşır, bulaşık, temizlik, çöpü dışarı çıkarma, genel bakım, mobilyanın durumu vb.)

1. Yok: Hasta evine hiç bakmaz (temizliği asla kendisi yapmaz, nevresimleri değiştirmez, çöpü dışarı çıkarmaz...).
2. Kısmen var: Hasta çok az ev işi yapar ve sadece mutlaka gerekli olan şeyleri yapar.
3. Yeterince var: Hasta, içinde bulunduğu çevrenin sosyal kurallarını yerine getirme imkanı veren minimum düzeydeki ev işlerini ve temizlik işlerini yapar.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta çoğu ev işini yapar ancak bu bazen düzensiz ve eksik olur.
5. Mükemmel derecede var: Hasta ev işlerini düzenli olarak ve iyi bir biçimde yapar.

Çalışma veya eğitim (Okul veya üniversiteye devam etme ya da geri dönme, iş eğitimi alma ya da profesyonel yönelim. İş arama ya da işe geri dönme, profesyonel entegrasyon)

1. Yok: Hasta herhangi bir profesyonel etkinlik yürütemez ya da okulunu tamamlayamaz görünür. İş aramak veya okula geri dönmek için adım atmaz.
2. Kısmen var: Hasta iş aramak veya okula geri dönmek için adım atar. Şu anda iş ya da okulla ilgili olarak bir etkinlikte bulunmaz.
3. Yeterince var: Hastanın korunaklı bir ortamda düzensiz iş veya işleri vardır. Hasta aralıklı olarak okula gider.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta çalışır ya da okula gider. Entegrasyonu için çaba gerekir veya araya kısa aralıklar girer.
5. Mükemmel derecede var: Hasta düzenli bir biçimde çalışır veya (okuldaki) çalışmalarını gayretle sürdürür.

Şizofrenide İşlevsel Düzeltme Ölçeği (ŞİLÖ)


İsim _____ Tarih _____ Görüşmeci _____

1. Yok (en düşük işlev düzeyi)
2. Kısmen var
3. Yeterince var
4. Neredeyse tamamen var
5. Mükemmel derecede var (ideal işlev düzeyi)

	1	2	3	4	5
1. Kişisel görünüm ve bakım					
2. Kişisel aktiviteler					
3. Ev işi etkinlikleri					
4. Strese ve beklenmeyen sorunlara uyum sağlama					
5. İletişim ve bilgi					
6. Beslenme					
7. Hayat için gerekli olan sosyal çevre					
8. Biyolojik ritimlere uyum					
9. Hastalığın ve tedavinin idaresi					
10. İdari ve finansal yönetim					
11. Sosyal ilişkilerde kendini ortaya koyabilme					
12. Sosyal hayata ve/veya bir derneğe katılım					
13. Çalışma					
14. Aile ve arkadaşlar					
15. Duygusal ve cinsel ilişkiler					
16. Sağlık idaresi					
17. Agresif, saldırgan veya antisosyal davranışın kontrolü					
18. Empati ve başkalarına yardım					
19. Tedavinin yan etkilerini idare etme					


EKLER**Ek-1 Kurum İzni**

Evrak Tarih ve Sayısı: 29/06/2017-E.5224



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELER KURUMU
Amasya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

AMASYA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ AMASYA ULU KİMYAS İDARI HİZMETLER
BAŞKANLIĞI
23.06.2017 12.14 - 14071929 - 806.01.03 - E.3769



0004 9351

Sayı : 14071929-806.01.03
Konu : Öğr.Gör.Gonca ÜSTÜN' ün Tez Çalışması

AMASYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

İlgi : 18/01/2017 tarihli ve 18900910-359 sayılı yazı.

Üniversiteniz Öğr.Gör.Gonca ÜSTÜN' ün "Şizofreni Hastalarına Uygulanan Atılgnlık Eğitiminin İşlevsel İyileşme ve Atılgnlık Düzeyine Etkisi" konulu tez çalışması ile ilgili olarak;

1. Çalışmaya atak kontrolü sağlanmış olan, sık atak geçirmeyen en az 8 haftalık remisyonda olan şizofreni hastalarının,
2. Eğitim gruplarına tedavi ekibinden birinin katılması önerilmiş olup,

Tez çalışmasının yapılması için gerekli iznin verildiği ; Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 23.06.2017-E.4423 tarih sayılı yazısı ile bildirilmiş , Genel Sekreterliğimiz tarafından uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Yrd.Doç.Dr. Faruk TONGA
Genel Sekreter

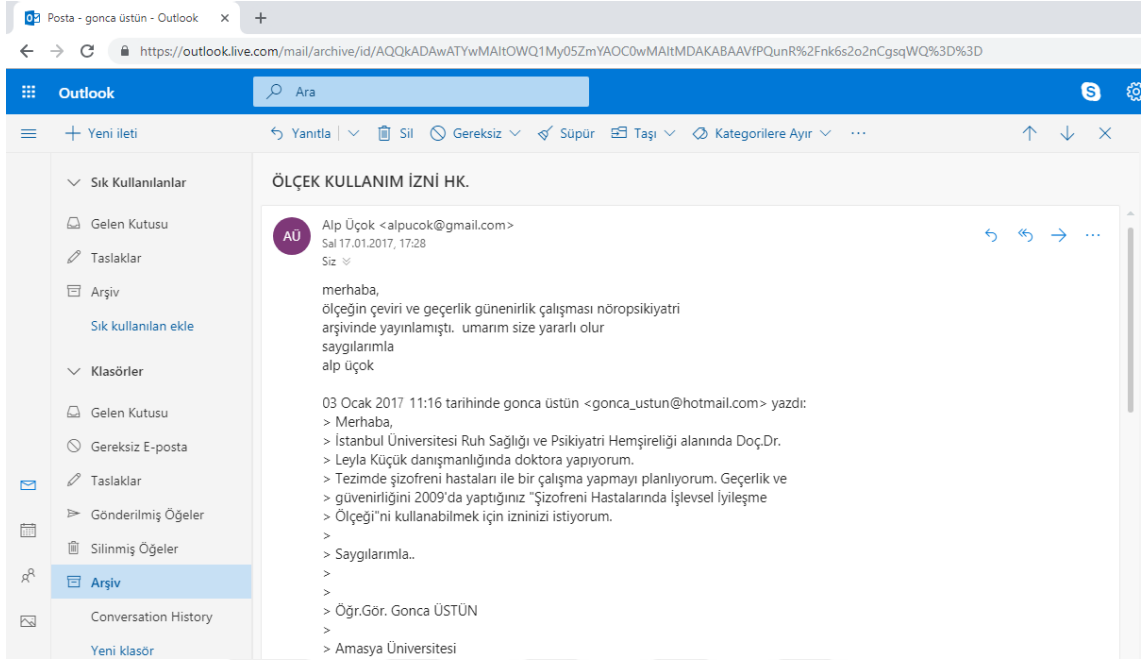
İsa ÇİTTUR
Bilgi İstem
28.06.2017
Güvenli Elektronik İmza
Aslı ile Aynıdır

Fethiye Mah. Çelebi Mehmet Cad. No:10/1/05100 AMASYA-Merkez
Faks No:03582527420
e-Posta:nurhayat.burcu@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.amasya.khb.saglik.gov.tr

Bilgi için:Nurhayat BURCU
Unvan:EBİ
Telefon No:0 358 252 75 09 / 2031

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 2aba006c-188a-4e85-9c76-f4357595b70b kodu ile erişebilirsiniz
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır

Ek-2 Ölçek Kullanım İzni



The screenshot displays an Outlook web interface. The browser address bar shows the URL: <https://outlook.live.com/mail/archive/id/AQQkADAwATYwMAItOWQ1My05ZmYAOC0wMAItMDAKABAAPQunR%2Fmk6s2o2n2CgsgWQ%3D%3D>. The Outlook interface includes a search bar, navigation icons, and a left sidebar with folders like 'Gelen Kutusu', 'Taslaklar', 'Arşiv', and 'Klasörler'. The main content area shows an email titled 'ÖLÇEK KULLANIM İZNI HK.' from Alp Üçök <alpuçok@gmail.com> to Gonca Üstün <gonca_ustun@hotmail.com> on January 17, 2017, at 17:28. The email body contains the following text:

merhaba,
ölçeğin çeviri ve geçerlik güvenirlik çalışması nöropsikiyatri arşivinde yayınlamıştı. umarım size yararlı olur
saygılarımla
alp üçök

03 Ocak 2017 11:16 tarihinde gonca üstün <gonca_ustun@hotmail.com> yazdı:

- > Merhaba,
- > İstanbul Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği alanında Doç.Dr.
- > Leyla Küçük danışmanlığında doktora yapıyorum.
- > Tezimde şizofreni hastaları ile bir çalışma yapmayı planlıyorum. Geçerlik ve güvenirliğini 2009'da yaptığımız "Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği"ni kullanabilmek için izninizi istiyorum.
- >
- > Saygılarımla..
- >
- > Öğr.Gör. Gonca ÜSTÜN
- >
- > Amasya Üniversitesi

Ek-3 Bilgilendirilmiş Onay Formu

Değerli Katılımcı,

Doktora eğitimi kapsamında planladığım bu tez çalışması, şizofreni hastalarına uygulanan atılganlık eğitiminin işlevsel iyileşme ve atılganlık düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Çalışma, Amasya Recep Akyılmaz Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde gerçekleştirilecektir. Araştırma verileri için “Atılganlık Ölçeği” ve “Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği” uygulanacaktır.

Çalışma kapsamına 30 kontrol, 30 deney grubu olacak şekilde toplam 60 hasta alınacaktır. Deney grubundaki hastalara 10 kişilik gruplar halinde, haftada 1 gün toplam 8 hafta sürecek atılganlık eğitimi verilecektir. Bu eğitim ile iletişimi başlatma, sürdürme ve bitirme, sözlü-sözsüz mesajları tanıma, etkili iletişim becerilerini ifade etme, atılgan davranışı ayırt etme, temel insan haklarını tanıma, karar verme, istekte bulunma, isteklere yanıt verme, hayır diyebilme, ben dilini kullanma, olumlu duyguları ifade etme, olumsuz duyguları ifade etme, aynı görüşte olduğunu ifade etme, farklı görüşte olduğunu tartışmadan ifade etme, iş birliği yapma, rekabet etme, övgü ve iltifat etme, övgü ve iltifatları kabul etme, değerlendirme yapma konularında atılganlık becerilerinin kazandırılması hedeflenmektedir.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacak ve sorulara verilen yanıtlar gizli tutularak, sadece araştırma ekibi tarafından değerlendirilecektir. Bu çalışmada yer almak gönüllülük esası ile tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Bu araştırma sırasında sizden bir ücret talep edilmeyecek, size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Söz konusu çalışmada kendi isteğimle katılımcı olarak yer almak istiyorum.

Araştırmacı: Gonca ÜSTÜN

Hasta Yakını:

Katılımcı:

İmza:

İmza:

İmza:

Tarih:

Tarih:

Tarih:

Ek-4 Şizofrenide Atılganlık Eğitimi Programı

ŞİZOFRENİDE ATILGANLIK EĞİTİMİ PROGRAMI

Eğitim grupları: Eğitim, grup olarak yürütülmelidir. Şizofreni hastalarından oluşan 8-10 kişilik gruplardan oluşmalıdır. Katılımın devamlı olması için sembolik ödülleri sunularak, grup teşvik edilmelidir.

Eğitim grupları 10 hasta, 1 hemşire ve 1 araştırmacı olmak üzere 12 katılımcıdan oluştu ve 3 grup halinde eğitimler verildi. Eğitim molalarında hastalara çay, meyve suyu, kuru pasta, tatlı vs. gibi ikramlarda bulunuldu.

Eğitim süre ve sıklığı: Eğitim haftada 1 gün, 90 dakikalık toplam 8 oturum şeklinde uygulanmalıdır. Her bir oturum 45 dakikalık 2 seans şeklinde olmalı, seanslar arasında mola verilmelidir.

Eğitimler ortalama 40-45 dakikalık seanslar, toplam 80-90 dakikalık oturumlar şeklinde yürütüldü. 8 oturum sonunda eğitimler tamamlandı.

Eğitim salonu: Eğitim salonunun düzeni; eğitmen ve katılımcıların oturacağı, daire şekilde yerleştirilmiş sandalyelerden oluşmalıdır. Salonda sade eşyalar bulunmalı, ışık ve ses uygun olmalıdır.

Eğitimler, TRSM'nin toplantı salonunda yapıldı. Toplantı salonunun alanı 12 kişilik eğitim için uygun büyüklükte ve fiziksel koşullara sahiptir.

Gerekli malzemeler: Salonda eğitmen ve katılımcıların oturacağı sandalyeler, bir yazı tahtası, kalem, silgi ve bir duvar panosu bulunmalıdır. Eğitim etkinlikleri sırasında kullanılacak A4 ve küp not kağıtları olmalıdır. Katılımcılar için alıştırmaya ve ev ödevleri yaparken kullanacakları bir not defteri ve kalem bulunmalıdır.

Gerekli materyaller eğitim salonunda mevcuttu. Hastalara kalem ve not defteri hediye edildi.

Öğrenme teknikleri: Atılganlık eğitiminde her oturum; ısınma egzersizi, açılış (tanışma, geçen haftanın değerlendirilmesi ve ev ödevlerinin incelenmesi), amaç ve genel bilgilerin verilmesi, grup çalışması (rol oynama tekniği ile alıştırmalar yapma) ve kapanışı (gelecek haftanın planlanması ve ev ödevlerinin verilmesi) temel alan öğrenme etkinliklerinden oluşmaktadır.

Eğitimin içeriği: Oturumların içeriği şunlardır; iletişimi başlatma, sürdürme ve bitirme, grubun amacını açıklama, grup kurallarını belirleme, sözlü-sözsüz mesajları tanıma, etkili iletişim becerilerini ifade etme, atılgan davranışı ayırt etme, temel insan haklarını tanıma, karar verebilme, istekte bulunma ve isteklere yanıt verme, hayır diyebilme, ben dilini kullanma, olumlu duyguları ifade etme, olumsuz duyguları ifade etme, aynı görüşte olduğunu ifade etme, farklı görüşte olduğunu tartışmadan ifade etme, iş birliği yapma, rekabet etme, övgü/iltifat etme, övgü/iltifatları kabul etme, değerlendirme yapma.

Eğitim programı: Şizofrenide atılganlık eğitimi programı 8 oturumdan oluşmaktadır. Her bir oturum aşağıda verilen içerik doğrultusunda yürütüldü.

1. OTURUM

Oturumun amacı: Katılımcılar ile tanışma, programın tanıtımı ve amacının açıklanması, grup kurallarının belirlenmesi, ön testlerin uygulanması

Oturumun kazanımları: İletişimi başlatma, sürdürme ve bitirme, grubun amacını açıklama, grup kurallarını belirleme

Açılış-Isınma egzersizi: Eğitim salonu hazırlandı. Kayıt formları doldurularak, hastalara isimlik/yaka kartları verildi. Isınma egzersizi yapıldı.

Hastaların tümü bu egzersizi yaparken rahatladıklarını ifade ettiler. İkili olarak veya daire şeklinde yapılan bu egzersizde hastalar daha yakından tanıdıkları grup arkadaşlarının yanında olmayı tercih ettiler.

Selamlaşma etkinliği yapıldı. Tüm üyeler serbest bir şekilde yürürken birbirleri ile farklı şekillerde (sözlü, sözsüz, bilmedikleri bir dilde) selamlaştı. Uygulama herkes tarafından yapıncaya kadar devam etti. Eğitici ve hemşire de onlarla birlikte tüm bu uygulamalarda yer aldı.

Selamlaşma etkinliğinin başlangıcında yere bakarak yürüyen ya da sadece yürüyen, selamlaşmayan hastalar oldu. Bazıları ise konuşmayı başlatmada zorlandı ve sadece kendisine yöneltilen selamı aldı.

Grup çalışması: Daire şeklinde yerleştirilmiş sandalyelere oturuldu. Herkesin kendini tanıtması istendi (göz teması kurma, geri bildirim verme, yansıtma ve teşekkür

etme kullanıldı). Her bir katılımcıdan isminin baş harfi ile başlayan ve kendisini tanıtan bir nitelik bulması söylendi. Eğiticiden başlanarak herkes kendisini birkaç cümle ile kaç yaşında ve nereli olduğunu, hobilerini vs. tanıttı.

Kendileri için tanımlayıcı bir nitelik bulmakta zorlanan hastalar oldu. Onlara arkadaşlarının yardımı ile bir nitelik bulundu. Kendilerini tanıtmakta zorluk çeken, sadece ismini söyleyebilen hastalar olsa da desteklendiklerini konuşmaları sağlandı.

Grubun amacı, katılımın önemi, eğitimin yer ve zamanı açıklandı. Saatin uygunluğu konuşuldu. Bu eğitimin bir grup çalışması olduğu ve grup olmanın özellikleri hakkında konuşuldu. “Bu çalışmada sizi neler mutlu/neler rahatsız eder?” sorusunun cevapları alındı. Bunlardan oluşan bir “grup kuralları” listesi oluşturuldu. Bu kuralları hastalar kendileri belirledi ve kendi cümleleri ile tahtaya yazdı. Numara verilerek yazılan kurallar programın salonunda görülecek şekilde asıldı. Gerektiğinde hastalara hatırlatıldı.

Gruplarda ortak olarak belirlenen kurallar: Çay-sigara içilmeyecek, kimsenin sözü kesilmeyecek, gruba geç kalınmayacak, telefonların sesi kısılacak, saygılı olunacak.

Gruba bir isim konuldu.

1. Gruba 10 katılımcının ortak kararı ile “Bahar Grubu” adı verildi.
2. Grup kendilerine eğitim günleri olan “Çarşamba Grubu” adını verdiler.
3. Grup ise “Mutlu Grup” adını aldı.

Hastalara onay formu imzalatıldı ve ön testler (Kişisel Bilgi Formu ve Rathus Atılganlık Envanteri) uygulandı.

Deney ve kontrol grubunun homojen dağılımı için eğitimlere başlamadan önce ön testler uygulandığı için bu oturumda hastalarla başlangıç partisi yapıldı.

Kapanış-Değerlendirme: Oturum özetlendi, herkese teşekkür edilerek bitirildi.

Ev ödevi: Haftaya kadar tanımadıkları en az 3 kişiyle selamlaşmaları ve bunun sonuçlarını deftere yazmaları istendi. Katılımcılara ev ödevlerini yazmaları için kalem ve not defteri hediye edildi.

2. OTURUM

Oturumun amacı: Katılımcıların sözlü-sözsüz iletişim mesajlarını tanıması ve etkili iletişim becerilerini ifade edebilmesi

Oturumun kazanımları: Sözlü-sözsüz mesajları tanıma, etkili iletişim becerilerini ifade etme

Açılış-Isınma egzersizi: Isınma egzersizi ve selamlaşma etkinliği yapıldı. Sandalyelere oturuldu nasıl bir hafta geçirdikleri hakkında konuşuldu. Ev ödevleri kontrol edildi. Gönüllü olanların ödevi paylaşıldı.

Isınma ve selamlaşma etkinliği ilk oturuma göre daha aktif gerçekleştirildi. Buna rağmen sadece yürüyen ve selamlaşmayanlar, konuşmayı başlatmakta güçlük çekenler oldu. Ev ödevlerini yapanların konuşmaya cesaretlendirilerek paylaşmaları sağlandı.

Grup çalışması: Oturumun amacı hakkında genel bilgiler verildi. Üç aşamalı ses tonu uygulaması yapıldı. Bu uygulama sırasında neler hissettikleri hakkında konuşuldu.

Bu uygulamayı yapmamak için direnç gösterenler, grubun çoğunluğu sırasıyla uygulamaya başladıktan sonra istekli oldular. Uygulamayı yaparken biraz çekindiklerini, yapamayacakları kaygısı yaşadıklarını dile getirdiler. Sonunda bütün katılımcılar uygulamayı tamamladı.

Sözlü ve sözsüz (ses tonu, beden duruşu, göz teması, kişisel mesafe, mimik ve jestler) mesajlar tanımlandı. Bunlar tahtaya yazıldı. İkili gruplar olmaları istendi. Sırt sırta gelecek şekilde oturtularak, birbirleri ile sevdikleri yemek, tuttıkları takım, hobileri gibi belirledikleri bir konuda konuşmaları istendi. Birkaç dakika bu şekilde konuşmaları sağlandı. İkinci aşamada ise yüz yüze gelecek şekilde oturmaları ve tekrar aynı konuda konuşmaları istendi.

Katılımcıların yüz yüze uygulama sırasında daha rahat oldukları, göz teması kurdukları ve konuşmayı başlatma ve sürdürmede daha başarılı oldukları gözlemlendi ve geri bildirimlerde bulunuldu.

Etkinliğin sonunda rol yapan grup üyeleri diğerleri tarafından değerlendirildi. “Yaptığı en iyi şey neydi?” ve “Nasıl olsa daha iyi olurdu?” soruları soruldu. Rol yapan

grup üyesine ise “Bu etkinlikte en iyi yaptığın şey neydi?” ve “Daha iyi ne yapabiliydin?” gibi sorular soruldu.

Bütün yapılan rol playlerde göz temasının önemli olduğu ve yüz yüze konuşmada daha rahat olduklarını ifade ettiler.

Kapanış-Değerlendirme: Oturum özetlendi, herkese teşekkür edilerek bitirildi.

Ev ödevi: Hafta boyunca çevresindeki sözlü ve sözsüz mesajları not etmeleri söylendi. Kendi sözsüz mesajlarını (ses tonu, göz teması, beden duruşu vs.) kullanım şekillerini değerlendirmeleri istendi. Bu durumu aynanın karşısında da değerlendirebilecekleri hatırlatıldı. Yaşadığı bir olayı anlatması, bu durum karşısında neler hissettiğini açıklaması istendi.

3. OTURUM

Oturumun amacı: Katılımcıların çekingen, atılgan ve saldırgan davranışları ayırt edebilmesi

Oturumun kazanımları: Atılgan davranışı ayırt etme, temel insan haklarını tanıma

Açılış-Isınma egzersizi: Isınma egzersizi ve selamlaşma etkinliği yapıldı. Sandalyelere oturuldu nasıl bir hafta geçirdikleri hakkında konuşuldu. Ev ödevleri kontrol edildi. Gönüllü olanların ödevi paylaşıldı.

Bu etkinlikte artık daha rahat bir yüz ifadesi ile selamlaşmalar yapıldı ve daha önce katılım göstermeyenler bu defa katılım gösterdi. Sırası ile soru sormayı beklemeden konuştular ve haftalarını değerlendirdiler. Grubun yarısı ev ödevi hakkında kendiliğinden konuşmak istedi.

Grup çalışması: Oturumun amacı hakkında genel bilgiler verildi. “Duygu düşüncelerimizi ifade ederken üç şekilde davranırız: çekingen, atılgan ya da saldırgan. İstenilen davranış modeli atılganlık olduğuna göre sizce atılganlık nedir?” sorusu soruldu. Cevaplar tahtaya kendi cümleleri ile yazıldı.

Alınan cevaplarda genellikle “aktif olma”, “girişken olma”, “iletişime girebilme” gibi tanımlar yapıldı.

“Atılganlık temel insan haklarını kullanabilme becerisidir.” şeklinde atılganlığın tanımı yapıldı. Atılganlığın kendi, duygu düşünce ve isteklerimizi, diğer insanların haklarına da saygı göstererek uygun şekilde ifade edebildiğimiz davranış biçimi olduğu belirtildi. Temel hakların neler olduğu, atılganlığın dışında diğer davranış biçimlerinin tanımları yapıldı. Çekingen ve saldırgan davranan bireyin özellikleri açıklandı.

Atılganlık hakkında genel bilgilerin yer aldığı ve temel hakların da yazılı olduğu bir broşür verildi (Ek-7).

İkili gruplar oluşturuldu. Üzerinde günlük bazı durum/olayların yazılı olduğu kağıtları seçmeleri istendi (Örnek durum: “Arkadaşınız size sürekli el şakaları yapıyor ancak siz bu durumdan hiç hoşlanmıyorsunuz”). Katılımcılara bu durum karşısında kendilerini nasıl hissedecekleri soruldu. Her katılımcı bu duruma vereceği tepkiyi ifade etti ve atılgan, çekingen, saldırgan olup olmadığını değerlendirdi. Burada eğitici, katılımcıya rol yapması için yardımcı oyuncu olabilir. Atılgan davranış beklenmez, bu davranışların ayırt edilmesi amaçlanır.

Keyifli bir şekilde uygulama tamamlandı. Eğitici, her birine yardımcı oyuncu olarak destek oldu. Hastalar kendi davranışlarını değerlendirdiler. Davranışlarının çoğunlukla çekingen ve saldırgan yönde olduğunu fark ettiler.

Kapanış-Değerlendirme: Oturum özetlendi, herkese teşekkür edilerek bitirildi.

Ev ödevi: Hafta boyunca çevresindeki çekingen, saldırgan ve atılgan davranışları not etmeleri söylendi. Başından geçen bir olayı anlatması, bu durum karşısında hangi davranışı sergilediği ve ne hissettiğini belirtmesi istendi.

4. OTURUM

Oturumun amacı: Katılımcıların karar verebilmesi, atılganca istekte bulunabilme ve isteklere yanıt verebilmesi, hayır diyebilmesi

Oturumun kazanımları: Karar verebilme, istekte bulunma ve isteklere yanıt verme, hayır diyebilme

Açılış-Isınma egzersizi: Isınma egzersizi ve selamlaşma etkinliği yapıldı. Sandalyelere oturuldu nasıl bir hafta geçirdikleri hakkında konuşuldu. Ev ödevleri kontrol edildi. Gönüllü olanların ödevi paylaşıldı.

Grup çalışması: Oturumun amacı hakkında genel bilgiler verildi. Grup etkinliği yapıldı.

Bu etkinlik hastaların ilgisini çekeceği düşünülerek çeşitli marka ve özelliklere sahip çikolata ile yapıldı. Tüm çikolatalar ortada bir masa üzerine konuldu. İstedikleri çikolatayı kalkıp almaları söylendi ve şimdi yememeleri gerektiği hatırlatıldı. Önce herkes seçtiği çikolata hakkında konuştu. Merak ettikleri, daha önce yedikleri ve tadını beğendikleri için ya da başka seçme şansları kalmadığı için bu çikolatayı aldıklarını söyleyenler oldu. Daha sonra tercihinden memnun olmayanların bu durumu ifade edebilmeleri sağlandı ve yanındaki ile çikolatasını değiştirmesi istendi. Ricada bulundular ve bunun sonucunda bazıları değişikliği yaparken bazılarının teklifi reddedildi.

Grup üyeleri ile kendi kararlarını alabilme, atılınca istekte bulunma, hayır diyebilme hakkında konuşuldu. Temel haklar doğrultusunda bu becerileri kazanmanın mümkün olduğu ifade edildi.

İkili grup olmaları istendi. Üzerinde günlük bazı durum/olayların yazılı olduğu kağıtları seçmeleri istendi. Bu durumlar kendi kararlarına saygı duyulmayan, fikirlerinin sorulmadığı, hayır demekte zorlanacakları ve bir istekte bulunmalarını gerektirecek cümlelerden oluşmaktaydı (Örnek durum: Bir arkadaşınızla konuşurken sürekli sözünüzü kesiyor, söyleyecekleriniz yarım kalıyor). Rol play için 1-2 dakika prova etmelerine izin verildi. Rol play yapıldı. Hem kendisini hem arkadaşını gözlemleyerek tepkilerini değerlendirmeleri istendi.

Etkinliğin sonunda rol yapan grup üyeleri diğerleri tarafından değerlendirildi. “Yaptığı en iyi şey neydi?” ve “Nasıl olsa daha iyi olurdu?” soruları soruldu. Rol yapan grup üyesine ise “Bu etkinlikte en iyi yaptığın şey neydi?” ve “Daha iyi ne yapabilirdin?” gibi sorular soruldu.

Hastaların çoğu kendisini önce atılgan olarak tanımladı daha sonra rol play yapıldığında kendi davranışının farkına varıp çekingen ya da saldırgan olduğunu fark etti. Davranışın atılınca nasıl olacağını göstermeye çalıştı.

0'dan 10'a kadar bir cetvel çizildi ve 10 saldırganlık, 0 çekingenlik şeklinde işaretlendi. 5 ise atılganlığı tarif etmekteydi. 5'den ne tarafa doğru uzaklaştıkları ve bu

etkinliğin sonunda kendilerine kaç puan verdikleri konuşuldu. Bu puan daha sonraki haftalarla karşılaştırılmak üzere kaydedildi.

Atılgnlık Cetveli tanıtım afişi ile birlikte eğitim salonuna asıldı (Ek-5).

Kapanış-Değerlendirme: Oturum özetlendi, herkese teşekkür edilerek bitirildi.

Ev ödevi: Hafta boyunca çevresindeki en az üç kişiden ricada bulunmaları istendi. Reddedilmeye karşı hazır olmaları gerektiği söylendi. Olayı anlatması, bu durum karşısında neler hissettiğini yazması istendi.

5. OTURUM

Oturumun amacı: Katılımcıların olumlu ve olumsuz duygularını ben dili ile ifade edebilmesi

Oturumun kazanımları: Ben dilini kullanma, olumlu ve olumsuz duyguları ifade etme

Açılış-Isınma egzersizi: Isınma egzersizi ve selamlaşma etkinliği yapıldı. Sandalyelere oturuldu nasıl bir hafta geçirdikleri hakkında konuşuldu. Ev ödevleri kontrol edildi. Gönüllü olanların ödevi paylaşıldı.

Bu etkinlikte tüm üyeler katılım gösterdi.

Grup çalışması: Oturumun amacı hakkında genel bilgiler verildi. Grup etkinliği yapıldı. Katılımcıların 2 dakika boyunca ben ile başlayan cümleler kurmaları istendi. (Ben ... hoşlanırım, nefret ederim, benim fikrim...., bana göre.... vs.). Her üyeye söz hakkı verildikten sonra ben dili ve sen dili tanımlandı.

İlk örneği eğitici uyguladı. Hastalar 'ben'li cümleler kurarken zorlandıklarını ifade ettiler. 'Sen'li cümleler için daha yakın tanıdıkları arkadaşlarını seçtiler ve onlar hakkında konuştular.

Olumlu olumsuz duygu ve düşünceleri ifade etme hakkında konuşuldu. Ben dili tanımlandı ve nasıl kullanılacağı açıklandı. Sen dili ve ben dili arasındaki farklar ifade edildi ve tahtaya yazıldı.

Karşılıklı 2'li oturmaları, A ve B olmaları istendi. Sen dili ile yazılmış ifadelerin olduğu not kağıtları A kişilerine dağıtıldı (Örnek ifade: Senin yüzünden otobüsü

kaçırdık). A kişisi bu ifade ile konuşmayı başlattı ve karşılıklı olarak iki kişi rol play yaptı. Önce kendilerini nasıl hissettiklerini ifade etmeleri, sonra grubun onları değerlendirmeleri istendi.

'Sen'li cümlelerin saldırgan ifadeler olduğunu söylediler. Ben dili kullanıldığında kendilerini daha iyi hissettiklerini ifade ettiler.

Kağıtta yazılı olan ifadenin ben dili ile nasıl söyleneceği konuşuldu. "Bunun yerine sana ne söylenmesini isterdin?" diye soruldu. Bu şekliyle iletişim yeniden canlandırılabilir. Kendilerine atılganlık puanı vermeleri istendi.

Ben dili cümleleri kurmakta zorluk çektikleri görüldü.

Kapanış-Değerlendirme: Oturum özetlendi, herkese teşekkür edilerek bitirildi.

Ev ödevi: Hafta boyunca en az bir olay hakkındaki olumlu ve olumsuz duygularını belirten 'ben'li cümleler kurmaları istendi. (Sinema, dizi, kafe, ünlü biri vs.)

6. OTURUM

Oturumun amacı: Katılımcıların aynı görüşte ya da farklı görüşte olduğunu atılganca ifade edebilmesi

Oturumun kazanımları: Aynı görüşte olduğunu ifade etme, farklı görüşte olduğunu tartışmadan ifade etme

Açılış-Isınma egzersizi: Isınma egzersizi ve selamlaşma etkinliği yapıldı. Sandalyelere oturuldu nasıl bir hafta geçirdikleri hakkında konuşuldu. Ev ödevleri kontrol edildi. Gönüllü olanların ödevi paylaşıldı.

Ünlü bir sinema oyuncusu, sanatçı, futbolcu hakkında ödev hazırlayanlar oldu. Her birinin ödevleri kontrol edildi ve gruba paylaşıldı.

Grup çalışması: Oturumun amacı hakkında genel bilgiler verildi. Grup etkinliği yapıldı. Katılımcılardan ayağa kalkmaları ve yürümeleri istendi. Yönergeler verilerek önce 2 sonra 3, 4 ve 5'li gruplar olmaları istendi. İlk grup olanlar ve sona kalanlar gözlemlendi. Mutlaka herkes bir gruba dahil olmalıdır. Zorlandıkları etap tekrarlanabilir. Üye sayısına göre dışarıda kalanlar olabilir bu nedenle kalanlar diğer gruplara dahil olabilirler.

Bu etkinliği yaparken birbirinin koluna girip yürüyenler oldu ve bu kişiler uyarıldı. Kural gereği ayrı ayrı yürümeleeri gerektiği hatırlatıldı. Grup dışında kalanların bir sonraki aşamada gruba dahil olmaya çalıştıkları gözlemlendi.

Bu etkinliği yaparken kendilerini nasıl hissettikleri hakkında konuşuldu. Grup oluştururken, bir gruba dahil olurken nasıl bir atılganlık sergiledikleri paylaşıldı. Aynı görüşte ve farklı görüşte olmak konusunda konuşuldu.

Gruba dahil olma etkinliği tekrarlandı ve en son 4'lü grup olmaları istendi. Bu gruplara kartlarda yazılı olan münazara konularından birini seçmeleri istendi (Örnek konu: "Çok gezen mi çok okuyan mı bilir?"). 2 kişi bir düşünceyi diğer 2 kişi karşıt düşünceyi savunacak şekilde planlama yapıldı. 4 sandalye 2'li olarak karşılıklı yerleştirildi. Aynı düşünceyi savunan 2 kişi yan yana oturdu. 5 dk süre tutuldu ve konuşma başlatıldı. Süre için kum saati kullanılabilir. Videoya alınarak daha sonra katılımcıların kendi davranışlarını gözlemlemeleri sağlanabilir. Uygulamadan sonra grup içindeki kişiler karşılıklı yer değiştirip diğer görüşü savundu.

4 ve 6 kişilik gruplar oluşturuldu. Karşılıklı konular tartışıldı. Kendi fikirlerini ifade ederken çekingen ve saldırgan davranış sergileyenler ikinci uygulamada atılgan olmaya çalıştı, ben dilini kullanarak duygu ve düşüncelerini ifade etti. Hastaların bazıları ise kendi fikirleri olmayan durumu savunduklarında güçlük çektiler.

Etkinliğin sonunda rol yapan grup üyeleri diğerleri tarafından değerlendirildi. "Yaptığı en iyi şey neydi?" ve "Nasıl olsa daha iyi olurdu?" soruları soruldu. Rol yapan grup üyesine ise "Bu etkinlikte en iyi yaptığın şey neydi?", "Daha iyi ne yapabiliydin?" ve "Atılganlık cetvelinde kendine kaç puan verirsin?" gibi sorular soruldu.

Kapanış-Değerlendirme: Oturum özetlendi, herkese teşekkür edilerek bitirildi.

Ev ödevi: Hafta boyunca en az bir kişi ile burada grup arkadaşları ile yaptığı uygulamayı yapması ve atılganca fikrini savunması istendi.

7. OTURUM

Oturumun amacı: Katılımcıların iş birliği yapabilmesi, rekabet edebilmesi, övgü/iltifat edebilmesi ve övgü/iltifatları kabul edebilmesi

Oturumun kazanımları: İş birliği yapma, rekabet etme, övgü/iltifat etme ve övgü/iltifatları kabul etme

Açılış-Isınma egzersizi: Isınma egzersizi ve selamlaşma etkinliği yapıldı. Sandalyelere oturuldu nasıl bir hafta geçirdikleri hakkında konuşuldu. Ev ödevleri kontrol edildi. Gönüllü olanların ödevi paylaşıldı.

Grup çalışması: Oturumun amacı hakkında genel bilgiler verildi. Üyelere iş birliği yapma, atılganca iltifat etme ve iltifatı kabul etme konusunda bilgi verildi. Birkaç üyeye iltifatta bulunuldu ve sırasıyla yanındaki grup üyelerine iltifat etmeleri söylendi. Üyeler arasında karşılıklı roller değiştirilerek uygulama tekrarlandı.

Bu uygulamayı yaparken bir önceki müzik ve tiyatro eğitimlerindeki başarıları hakkında övgüde bulundular. Kadın hastaların ise kıyafetleri hakkında iltifat ettikleri gözlemlendi.

Dört kişilik grup oluşturmaları ve çocukluk şarkılarını düşünmeleri söylendi (mini mini bir kuş, bak postacı geliyor, küçük kurbağa, pazara gidelim, arkadaşım eşek vb.). Bunlardan bir tanesini belirlemeleri istendi. Bunun bir şarkı yarışmasına hazırlık olduğu ifade edildi. Gruplar bu şarkıyı bestesini ve sözlerini değiştirerek istedikleri gibi hazırladı. Hazırlık aşamasında gruplar daha sakin bir alana gidebilir. 10-15 dk süre verildi. Gruplar sırası ile alkışlarla davet edildi ve şarkılarını söyledi. Gruplar sırası ile alkışlanarak alkış derecelerine göre ödüllendirildi. Bu etkinlik videoya alınabilir ve izlenerek becerileri değerlendirilebilir. Önce kendilerini bu etkinliğin tüm aşamalarında nasıl hissettikleri sonra da kendi grupları ve diğer gruplar hakkındaki düşünceleri konuşuldu. Etkinliğin sonunda atılganlık becerilerine puan vermeleri istendi.

Bu uygulamadan çok keyif aldıklarını ifade ettiler. Bazı gruplar çalışmalarını müzik aleti ile sergilediler. Üyelerin bu grupları daha çok beğendikleri görüldü. Gruplarda daha önce çekingen davranan üyelerin bu uygulamada atılgan davranışları diğer üyeler tarafından övgü ile karşılandı.

Kapanış-Değerlendirme: Oturum özetlendi, herkese teşekkür edilerek bitirildi.

Ev ödevi: Hafta boyunca en az 3 kişiye iltifat etmeleri veya övgüde bulunmaları istendi.

8. OTURUM

Oturumun amacı: Katılımcıların eğitim hakkındaki görüşlerini belirtmesi, atılgan davranışlarını değerlendirmesi, son testlerin uygulanması, katılım belgelerinin verilmesi

Oturumun kazanımları: Değerlendirme yapma

Açılış-Isınma egzersizi: Isınma egzersizi ve selamlaşma etkinliği yapıldı. Sandalyelere oturuldu nasıl bir hafta geçirdikleri hakkında konuşuldu. Ev ödevleri kontrol edildi. Gönüllü olanların ödevi paylaşıldı.

Grup çalışması: Ayakta 2'li olarak karşılaşma etkinliği yapıldı ve birbirlerine bu eğitim programından ne kazandıklarını, neler hissettiklerini anlatmaları istendi. Tüm katılımcıların birbirleri ile karşılaşması sağlanarak paylaşımları desteklendi. Ayakta daire şekli alındı ve herkesin sırası ile düşüncelerini birkaç cümle ile anlatması istendi.

Bu eğitimin kendilerine katkısı olduğunu, eğitimden memnun kaldıklarını ifade ettiler.

Kapanış-Değerlendirme: Son test uygulaması için gerekli planlama yapıldı. Teşekkür edildi. Bitirme partisi yapıldı. Başarı belgeleri verildi (Ek-8). Hatıra fotoğrafı çekildi.

Bitirme partisi bir çay bahçesinde gerçekleştirildi. Başarı belgeleri, düzenlenen bitirme partisinde verildi.

Ev ödevi: Bundan sonra ev ödevi verilmeyeceği söylendi. Atılganlık becerilerini hayat boyu kullanmaları için teşvik edildi.

Ek-5 Atılganlık Eğitimi Tanıtım Afışı

ATILGANLIK EĞİTİMİ



Eğitim Tarihleri: Temmuz-Ağustos 2017
Oturum Sayısı: Haftada 1 gün, toplam 8 oturum
Oturum Süresi: 90 dakika (45 dk + Mola + 45 dk)
Eğitimci: Öğr. Gör. Gonca ÜSTÜN
 Amasya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
 Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Uzmanı



EĞİTİM PROGRAMI		
OTURUM	OTURUMUN AMACI	OTURUMUN KAZANIMLARI
1. Hafta	Katılımcılar ile tanışma Programın tanıtımı ve amacının açıklanması Grup kurallarının belirlenmesi Ön testlerin uygulanması	İletişimi başlatma, sürdürme ve bitirme Grubun amacını açıklama Grup kurallarını belirleme
2. Hafta	Katılımcıların sözlü-sözsüz iletişim mesajlarını tanıması ve etkili iletişim becerilerini ifade edebilmesi	Sözlü-sözsüz mesajları tanıma Etkili iletişim becerilerini ifade etme
3. Hafta	Katılımcıların çekingen, atılgan ve saldırgan davranışları ayırt edebilmesi	Atılgan davranışı ayırt etme Temel insan haklarını tanıma
4. Hafta	Katılımcıların karar verebilmesi, atılganca istekte bulunabilme ve isteklere yanıt verebilmesi, hayır diyebilmesi	Karar verebilme İsteğe bulunma ve isteklere yanıt verme, hayır diyebilme
5. Hafta	Katılımcıların olumlu ve olumsuz duygularını ben dili ile ifade edebilmesi	Ben dilini kullanma Olumlu ve olumsuz duyguları ifade etme
6. Hafta	Katılımcıların aynı görüşte ya da farklı görüşte olduğunu atılganca ifade edebilmesi	Aynı görüşte olduğunu ifade etme Farklı görüşte olduğunu tartışmadan ifade etme
7. Hafta	Katılımcıların işbirliği yapabilmesi, rekabet edebilmesi, övgü/iltifat edebilme ve övgü/iltifatları kabul edebilmesi	İşbirliği yapma ve rekabet etme Övgü/iltifat etme ve övgü/iltifatları kabul etme
8. Hafta	Katılımcıların eğitim hakkındaki görüşlerini belirtmesi, atılgan davranışlarını değerlendirmesi Son testlerin uygulanması Katılım belgelerinin verilmesi	Değerlendirme yapma

KATILIMCILARA BAŞARI BELGESİ VERİLECEKTİR
EĞİTİM ARALARINDA YİYECEK-İÇECEK İKRAMI OLACAKTIR
KATILIM ÜCRETSİZDİR

EĞİTİM GÜNLERİ
PAZARTESİ-ÇARŞAMBA-PERŞEMBE

Detaylı bilgi için: 05388589647 Öğr. Gör. Gonca ÜSTÜN
 Yer: AMASYA TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ

ATILGANLIK CETVELİ

SALDIRGANLIK

10

9

8

7

6

5

4

3

2

1

ÇEKİNGENLİK

0



ATILGANLIK



Ek-6 Atılganlık Eğitimi Kayıt Formu**ATILGANLIK EĞİTİMİ KAYIT FORMU****ADI SOYADI:****KISA ADRES:****TELEFON NUMARASI:****SİZE ULAŞILAMADIĞINDA ARANACAK NUMARA:**

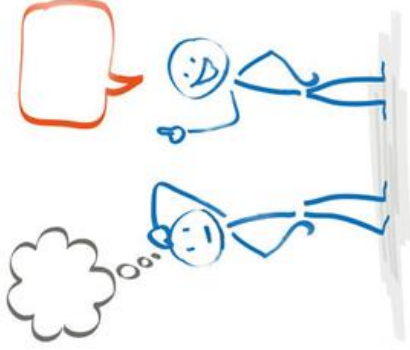
8 HAFTA BOYUNCA EĞİTİME DEVAM EDEBİLECEĞİNİZ EN UYGUN
GÜNLERİ İŞARETLEYİNİZ

PAZARTESİ	ÇARŞAMBA	PERŞEMBE
SAAT: 13:30-15:00	SAAT: 13:30-15:00	SAAT: 13:30-15:00

Ek-7 Atılganlık Eğitimi Broşürü

İLETİŞİMDE BİR DAVRANIŞ BİÇİMİ

ATILGANLIK



ATILGANLIK CETVELİ

SALDIRGANLIK

10

9

8

7

6

5

4


3

2

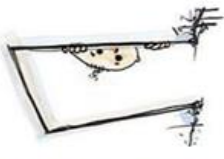
1

0

ÇEKİNGENLİK



ATILGANLIK



Atılganlık,
çekingen ve saldırgan olmayan
davranış biçimidir.

Hazırlayan: Öğr. Gör. Gonca ÜSTÜN
Amasya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Uzmanı

ETKİLİ İLETİŞİMİN YOLLARI

Uygun dil seçmek

Açık ve doğru mesaj vermek

Saygı duymak

Güven vermek

Göz teması kurmak

Beden diline dikkat etmek

Geri bildirimde bulunmak

Dinlemeyi öğrenmek

Empati yapmak

ATILGAN DAVRANIŞ GÖSTEREN BİREYLERİN VERDİKLERİ MESAJLAR

KENDİ DUYGU VE
DÜŞÜNCELERİMİ
ÖNEMİYORUM.

BEN
ÖNEMLİYİM,
SEN DE
ÖNEMLİSİN.

BAŞKALARININ
DUYGU VE
DÜŞÜNCELERİNE
SAYGI
DUYUYORUM.

ATILGANLIK = GİRİŞKENLİK NEDİR?

"Bireyin; benliğine, onuruna, haklarına sahip çıkması, görüş, duygu ve düşüncelerini pasif kalmadan, saldırgan olmadan, dürüstçe ve doğrudan ifade etmesidir."

**Atılganlık,
temel insan haklarını
kullanabilme becerisidir.**

TEMEL İNSAN HAKLARI

Kendi yaşamını belirleme hakkı

Kendi inanç, fikir ve duygularına sahip çıkma hakkı

Davranış ve duygularını başkalarına açıklamama hakkı

Kendini ifade etme hakkı

Başkalarının kendisine nasıl davranılmaması isteğini belirleme hakkı

İhtiyaçları için kendini kötü hissetmeden bilgi ve yardım isteme hakkı

Fikrini değiştirme ve hata yapma hakkı

İletişimi başlatma ve bitirme hakkı

ATILGANLIK BECERİLERİ

İletişimi başlatma, sürdürme ve bitirme

Karar verme, istekte bulunma ve isteklere yanıt verme, hayır diyebilme

Olumlu duyguları ifade etme
Olumsuz duyguları ifade etme

Aynı görüşte olduğunu ifade etme
Farklı görüşte olduğunu ifade etme

İşbirliği yapma ve rekabet etme
Övgü/iltifat etme ve
Övgü/iltifatları kabul etme

ATILGANLIK BİREYE NELER KAZANDIRIR?

İletişim becerilerini geliştirir

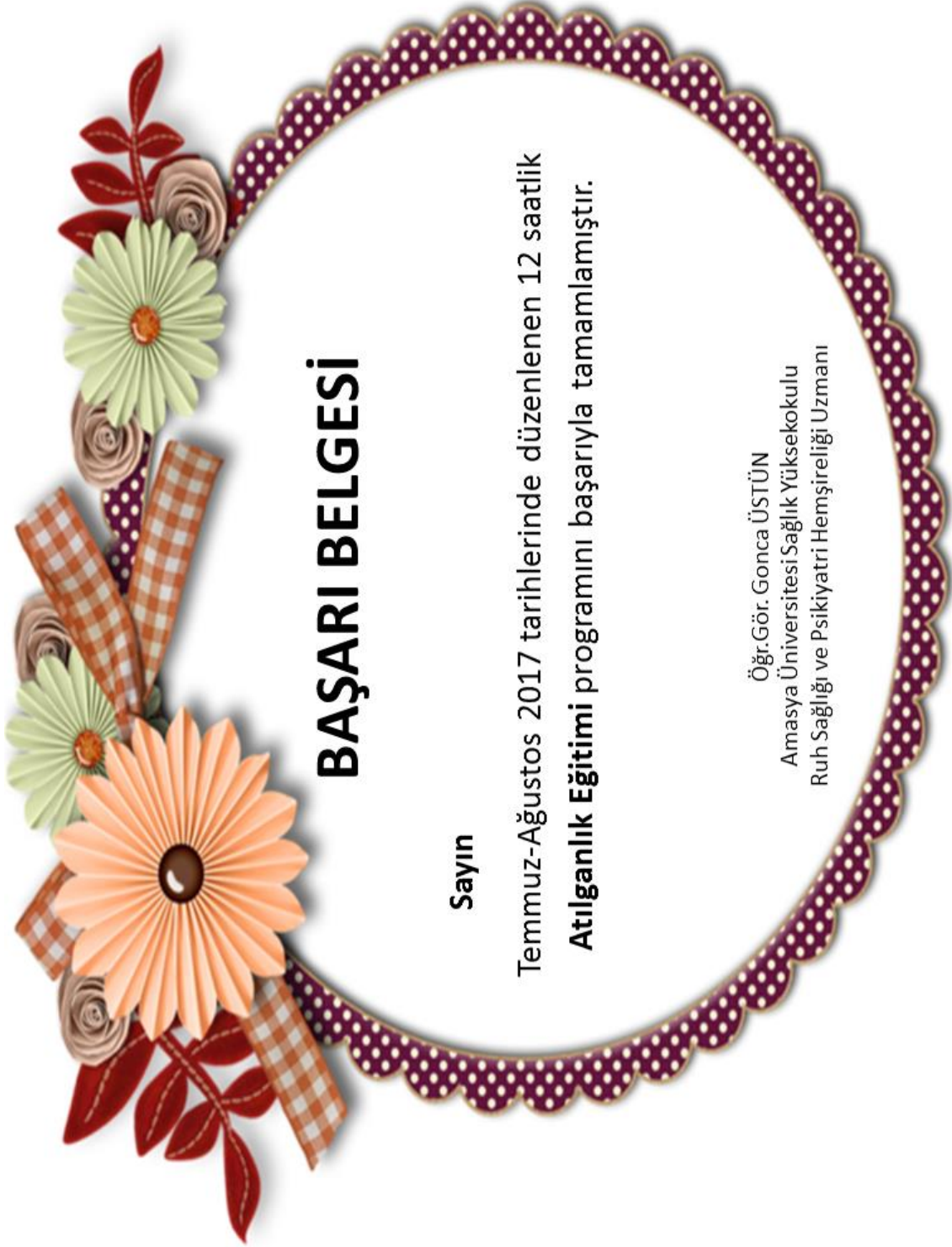
Kendine güveni artırır

Kişisel memnuniyet kazandırır

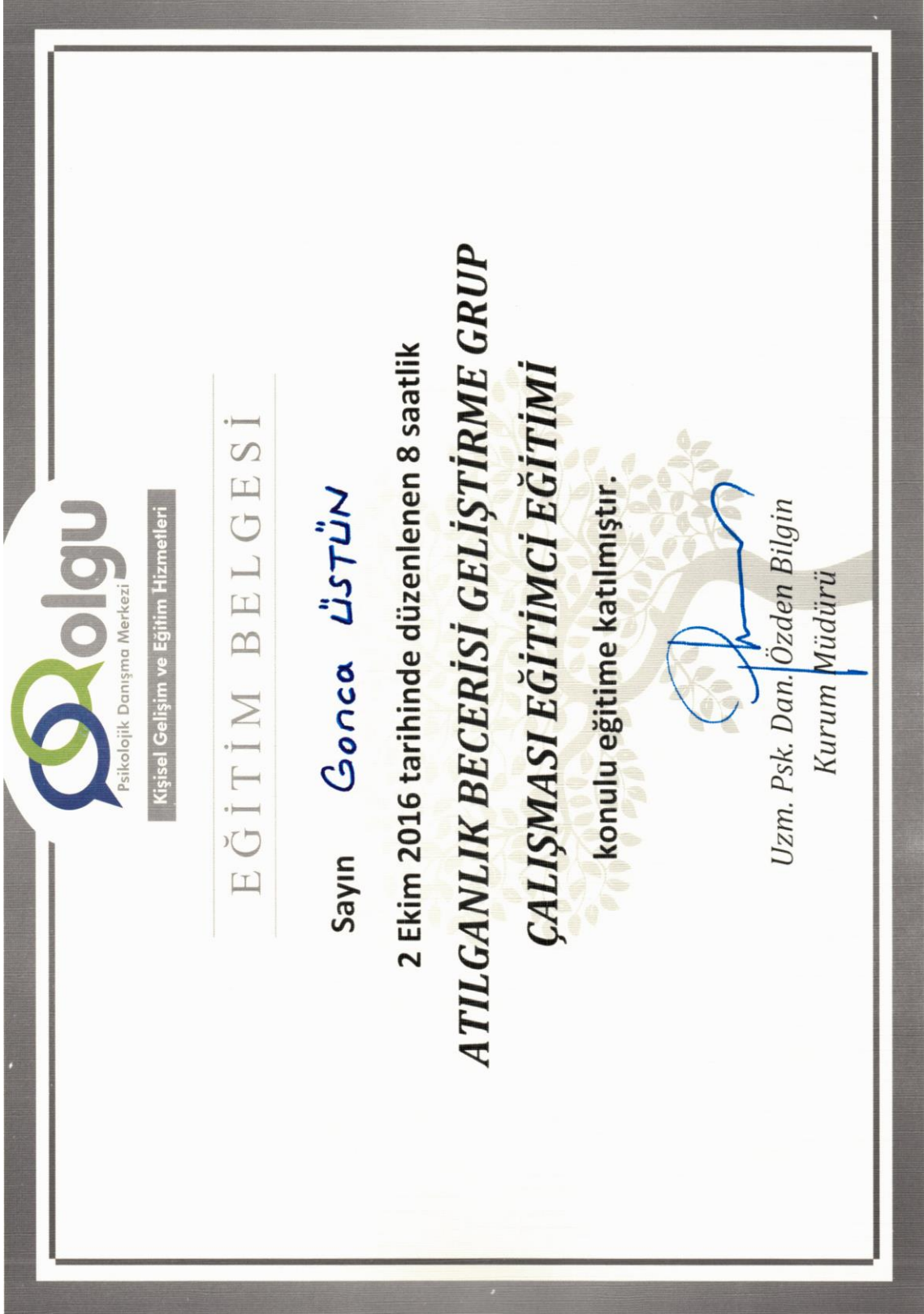
Sosyal etkileşimi güçlendirir

Kendini ifade etmeye cesaretlendirir

Saygınlık kazandırır

Ek-8 Atılganlık Eğitimi Başarı Belgesi

Ek-9 Sertifikalar





GONCA ÜSTÜN

6-9 Kasım 2016 tarihleri arasında
Manisa Celal Bayar Üniversitesi,

Süleyman Demirel Kültür Merkezi, Manisa'da düzenlenen;

IV. ULUSLARARASI VE

VIII. ULUSAL PSIKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

"İdealler ve Gerçekler : Yapamadıklarımız"

kapsamında düzenlenen

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA SOSYAL BECERİ EĞİTİMİ : EĞİTİCİ EĞİTİMİ ne
katılmıştır.

Konuştuğu Eğitimci

DOÇ. DR. GONCA ÜSTÜN BARLAS

ETİK KURUL KARARI

Evrak Tarih ve Sayısı: 28/02/2017-E.4800



T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ
Bilimsel Etik Kurulu
Sağlık Bilimleri Etik Kurulu

Sayı : 30640013-044
Konu : Etik Kurul Değerlendirme Onayı

Sayın Öğr.Gör. Gonca ÜSTÜN

Sorumluluğunuzda yapılması planlanan "Şizofreni Hastalarına Uygulanan Atılgnlık Eğitiminin İşlevsel İyileşme ve Atılgnlık Düzeyine Etkisi" adlı doktora tez çalışmanız incelenmiş olup, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına üyelerimizin oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederiz.

e-imzalıdır
Doç.Dr. İlky ÖZTÜRK ÇALI
Etik Kurul Üyesi

e-imzalıdır
Yrd.Doç.Dr. Eylem TOPBAŞ
Etik Kurul Üyesi

e-imzalıdır
Yrd.Doç.Dr. Murat ŞAHİN
Etik Kurul Üyesi

24/02/2017 Memur

: Ebru GÜÇYETMEZ

Akbilek Mah. Muhsin Yazıcıoğlu Cad. No:7 Merkez/Amasya
Telefon No: 358 260 00 60 Faks No: 3582600059
E-Posta: genelsekreterlik@amasya.edu.tr İnternet Adresi:
<http://www.amasya.edu.tr/idari/etik-kurul/bilim-etik-kurulu.aspx>

Bilgi İçin: Ebru GÜÇYETMEZ
Unvan: Memur
Telefon No: 2115015

GİRİŞİMSEL OLMAYAN İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

ETİK KURULUN ADI	Amasya Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
AÇIK ADRES	Akbilek Mah. Hakimiyet cad. No:4/3 Merkez/Amasya
TELEFON	0 (358) 211 50 05
FAKS	0 (358) 218 01 04
E-POSTA	

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Şizofreni hastalarına uygulanan atılganlık eğitiminin işlevsel iyileşme ve atılganlık düzeyine etkisi		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Öğr.Gör. Gonca ÜSTÜN		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği		
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr. Leyla KÜÇÜK		
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği		
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Amasya Recep Akyılmaz Toplum Ruh Sağlığı Merkezi		
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ	Bahçeleriçi Mah. Yeniçeri Sok. Merkez/ Amasya		
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI	Amasya Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ			
	UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	<input checked="" type="checkbox"/> Anket çalışması <input type="checkbox"/> Retrospektif (geriye dönük) araştırma <input checked="" type="checkbox"/> Girişimsel (invaziv) olmayan klinik araştırma <input type="checkbox"/> Rutin tetkik ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyallerle (kan, idrar, gayta, doku, görüntü gibi) yapılan çalışma <input checked="" type="checkbox"/> Hemşirelik faaliyetlerinin sınırı içerisinde yapılan araştırma <input type="checkbox"/> Vücut fizyolojisi çalışması <input type="checkbox"/> Antropometrik ölçümlere dayalı çalışma <input type="checkbox"/> Yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi çalışması DİĞER <input type="checkbox"/> Diğer ise belirtiniz:			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	DİĞER			Açıklama:

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: E 4866	Tarih: 28/02/2017
	Gonca ÜSTÜN yürütücülüğünde Doç.Dr. Leyla KÜÇÜK sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

ÇALIŞMA ESASI	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
---------------	----------------------------------

ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Doç.Dr. İlyaz ERZÜK SAL	Byoloji	Fec. Fakültesi	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr. Aytem TOPRAK	Heşirelik	Sağlık S.Y.O	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr. Murat SARIN	Anestezi	Tip Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

* :Araştırma ile İlişki

** :Toplantıda Bulunma

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

ŞİZOFRENİ HASTALARINA UYGULANAN ATILGANLIK EĞİTİMİNİN İŞLEVSEL İYİLEŞME VE ATILGANLIK DÜZEYİNE ETKİSİ

Yazar Gonca Üstün

Gönderim Tarihi: 14-Kas-2018 06:20PM (UTC+0300)

Gönderim Numarası: 1038890755

Dosya adı: ANLIK_E_T_M_N_N_LEVSEL_Y_LE_ME_VE_ATILGANLIK_D_ZEY_NE_ETK_S.pdf (2.43M)

Kelime sayısı: 27929

Karakter sayısı: 185022

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Gonca	Soyadı	ÜSTÜN
Doğ.Yeri	Bakırköy/İSTANBUL	Doğ.Tar.	08.01.1988
Uyruğu	TC	TC Kim No	-
Email	gonca_ustun@hotmail.com	Tel	-

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı	2018
Yük.Lis.	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	2012
Lisans	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksekokulu	2008
Lise	19 Mayıs Balıca 60. Yıl Çok Programlı Lisesi, Samsun	2004

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Öğretim Görevlisi	Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2012-.....
2. Araştırma Görevlisi	Kilis 7 Aralık Üniversitesi Yusuf Şerefoğlu Sağlık Yüksekokulu	2011-2012
3. Hemşire	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	2008-2011

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	YÖKDİL Puanı	(Diğer)
İngilizce	Orta	Orta	Orta	75	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	72.714		

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları	Çok iyi
SPSS İstatistik Programı	İyi

Yayımları/Tebliğleri

Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler

1. **Ustun, G.** Kelleci, M. (2013) Assessment scale for psychosocial symptoms in hospitalized children scale development, reliability and validity study. *HealthMED*, 7(7): 2219-2228.
2. **Üstün, G.** Erşan, E.E. Kelleci, M. Turgut, H. (2014) Hastanede yatan çocuklarda psikososyal semptomların bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 36: 25-33.
3. **Üstün, G.** Küçük, L. Buzlu, S. (2018) Identifying the schizophrenia patients attending the rehabilitation program conducted in Community Mental Health Centers in terms of some demographic variables, characteristics related to the ailment, adaptation to the treatment and self-efficacies. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(2): 69-79. DOI: 10.14744/phd.2018.87699

Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan makaleler

1. Altay, B. **Üstün, G.** (2012) Bir üniversite hastanesinde yatan yaşlı hastaların depresyon durumu ve bazı sosyo-demografik özelliklerinin etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2): 108-116.
2. **Üstün, G.** Dedekoç, Ş. Kavalalı, T. Öztürk, F. Sapcı, Y. ve Can, S. (2014) Üniversite son sınıf öğrencilerinin iş bulmaya ilişkin umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. *Amasya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 3(2): 200-221.
3. Keloğlan Müsüroğlu, S. **Üstün, G.** Küçük, A. (2017) Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin dikkat düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2): 70-74.

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler

1. **Üstün, G.** Kelleci, M. (2012) Hastanede Yatan Çocuklar İçin Psikososyal Semptomları Tanılama Ölçeği'nin geliştirilmesi geçerlik ve güvenilirlik çalışması. II. Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Erzurum, Sözel Bildiri, Sayfa: 115.
2. **Üstün, G.** (2014) Hemşirelik Bölümü son sınıf öğrencilerinin psikiyatri dışı kliniklerde psikososyal bakım uygulama düzeylerinin belirlenmesi. III. Uluslararası VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Ankara, Poster, 083.
3. Orak, O.S. Daş, G.Y. **Üstün, G.** Karakurt, N. Korkmaz, T. (2014) Hemşirelik öğrencilerinin sosyotropi-otonomi kişilik özellikleri ile özgecilik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. III. Uluslararası VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Ankara, Poster, 155.
4. **Üstün, G.** Küçük, L. Buzlu, S. (2016) Rehabilitasyon programlarına katılan ve katılmayan şizofreni hastalarının tedaviye uyum ve öz yeterliliklerinin değerlendirilmesi. IV. Uluslararası VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Manisa, Poster, 1178.

5. **Üstün, G.** Küçük, L. Buzlu, S. (2016) Türkiye’de psikiyatri hastalarının tedaviye uyumunda kullanılan rehabilitasyon yöntemleri: Sistemik Derleme. IV. Uluslararası VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Manisa, Poster, 1277.
6. Gümüş, K. **Üstün, G.** Müsüroğlu, S. (2017) Hemşirelerin otomatik düşünce ve problem çözme becerilerinin incelenmesi. 5. Uluslararası 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Ankara, Poster, 0088.
7. Güneysu, E. Çağır, Y. İlbuğa, H. **Üstün, G.** (2018) Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin iletişim becerileri ve atılgnlık düzeylerinin belirlenmesi. 5. Uluslararası 9. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi, Amasya, Sözel Bildiri, 76.
8. **Üstün, G.** Küçük, L. (2018) Hemşirelerde mesleki yaşam kalitesi ve psikolojik sağlamlık. V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Antalya, Sözel Bildiri, 3775.

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler

1. Güdek, E. Dinç, S. Daş, G.Y. **Üstün, G.** Avcı, O.S. (2007) 0-12 aylık çocuğa sahip annelerin anne sütüyle beslemeye ilişkin bilgi ve davranışları. 6. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, İstanbul, Poster, 203.
2. Altay, B. **Üstün, G.** (2008) Bir üniversite hastanesinde yatan yaşlı hastaların depresyon durumu ve bazı sosyo-demografik özelliklerinin etkisi. 7. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, İstanbul, Poster, 39.
3. **Üstün, G.** Can, S. Sapcı, Y. Dedekoç, Ş. Kavalalı, T. Öztürk, F. (2013) Üniversite son sınıf öğrencilerinin iş bulmaya ilişkin umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi, 12. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Konya, Poster, 137.
4. Gül, M. **Üstün, G.** Katrancı, N. (2015) Sağlık uygulamalarına ilk adımda hemşirelik öğrencilerinin kaygı düzeylerinin belirlenmesi. 5. Ulusal Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Kongresi, Ankara, Poster, 12.

Sertifikaları/Ödülleri

1. Hasta İlişkileri Yönetimi ve Etkili İletişim Teknikleri Eğitim Programı, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun, 21-22 Kasım 2009
2. Psikolojik Bakım Kursu, III. Uluslararası VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Ankara, 31 Ağustos 2014
3. Uygulamalı Temel İstatistik Eğitimi, Amasya, 29-30 Haziran 2015
4. Madde Bağımlılığı Eğitici Eğitimi, Orta Karadeniz Kalkınma Ajansı 2015 Yılı Teknik Destek Programı, Proje No: TR83/15/TD/0033, Amasya, 1-2 Temmuz 2015
5. Simülasyon Eğitici Eğitimi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı, Ankara, 1,7-9,12 Nisan 2016
6. Atılgnlık Becerisi Geliştirme Grup Çalışması Eğitici Eğitimi, Olgu Psikolojik Danışma Merkezi, Ankara, 2 Ekim 2016
7. Şizofreni Hastalarında Sosyal Beceri Eğitimi: Eğitici Eğitimi, IV. Uluslararası VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Manisa, 6 Kasım 2016

8. Akademisyenlere Yönelik Proje Hazırlama ve Yürütme Eğitimi, Amasya Üniversitesi, Amasya 21-22 Ekim 2017
9. EBSCO Information Services Customer Training Certificate of Completion Success, Amasya, 20 Kasım 2017
10. Kişilerarası İlişkiler Psikoterapi Kursu, V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Antalya, 20 Kasım 2018

Özel İlgi Alanları:

Toplum ruh sağlığı, Psikiyatrik rehabilitasyon, Şizofreni, İletişim becerileri, Atılganlık, Konsültasyon liyezon psikiyatrisi, Psikolojik bakım

