



**ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERDE WATSON'IN İNSAN BAKIM
MODELİNE TEMELLENDİRİLMİŞ GÖRSEL SANATLAR GRUP
TERAPİSİNİN ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE İŞLEVSEL İYİLEŞME
ÜZERİNE ETKİSİ**

Nurcan DÜZGÜN

**DOKTORA TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

TEMMUZ 2023

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Nurcan DÜZGÜN

28/07/2023

ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERDE WATSON'IN İNSAN BAKIM MODELİNE
TEMELLENDİRİLMİŞ GÖRSEL SANATLAR GRUP TERAPİSİNİN ALGILANAN
SOSYAL DESTEK VE İŞLEVSEL İYİLEŞME ÜZERİNE ETKİSİ

(Doktora Tezi)

Nurcan DÜZGÜN

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Temmuz 2023

ÖZET

Bu çalışma, şizofreni tanılı bireylerde Watson'ın İnsan Bakım Modeli (WİBM)'ne temellendirilmiş görsel sanatlar grup terapisinin algılanan sosyal destek ve işlevsel iyileşme üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla randomize kontrollü olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışma, Ekim 2022 - Şubat 2023 tarihleri arasında Yenimahalle Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini içleme kriterlerini karşılayan ve basit rastgele randomizasyon yöntemi ile belirlenen müdahale (n=34) ve kontrol grubu (n=33) olmak üzere toplam 67 şizofreni tanılı birey oluşturmuştur. Müdahale grubuna üç grup şeklinde haftada bir gün, ortalama 90 dakika süren, toplam altı oturumdan oluşan WİBM'ye temellendirilmiş görsel sanatlar grup terapisi uygulanmıştır. Kontrol grubu ise yalnızca kurumdaki rutin takip, tedavi ve uygulamalara katılmıştır. Müdahale ve kontrol grubu terapi öncesi (ön test), terapi sonrası (son test) ve bir ay sonrasında (izlem) "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)" ve "Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİİÖ)" ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde ki-kare testi, t-testi, Mann Whitney U testi, tekrarlı ölçümler varyans analizi, pearson korelasyon analizi ve regresyon analizi kullanılmıştır. Terapi öncesi müdahale ve kontrol grubundaki katılımcıların tanımlayıcı özellikleri ile ÇBASDÖ ve ŞİİÖ ön test puanları benzerdir. Terapi sonrasında müdahale grubundaki bireylerin son test ve izlem değerlendirmesinde ÇBASDÖ ve ŞİİÖ puan ortalamalarının anlamlı düzeyde arttığı ($p<0,05$), kontrol grubunda ise olumlu yönde bir fark olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca, şizofreni tanılı bireylerin algıladıkları sosyal destek arttıkça işlevsel iyileşmelerinin de arttığı saptanmıştır. Böylece, şizofreni tanılı bireylere uygulanan WİBM'ye temellendirilmiş görsel sanatlar grup terapisinin algılanan sosyal destek ve işlevsel iyileşmeyi arttırdığı ($p<0,05$) sonucuna ulaşılmıştır. Buradan hareketle WİBM'ye temellendirilmiş görsel sanatlar grup terapisinin TRSM'lerin rutin programlarına entegre edilmesi ve şizofreni tanılı bireylerde kullanılması önerilebilir. Bu çalışma, clinicaltrials.gov adresine kayıtlıdır, NCT05954208.

Bilim Kodu : 1032.7
Anahtar Kelimeler : Algılanan sosyal destek, Görsel sanatlar terapisi, Grup terapisi, Hemşirelik, Hemşirelik modeli, İşlevsel İyileşme, Randomize kontrollü çalışma, Şizofreni
Sayfa Adedi : 111
Danışman : Prof. Dr. Satı DEMİR

THE EFFECT OF VISUAL ARTS GROUP THERAPY BASED ON WATSON'S
HUMAN CARE MODEL ON PERCEIVED SOCIAL SUPPORT AND FUNCTIONAL
RECOVERY IN INDIVIDUALS WITH SCHIZOPHRENIA

(Ph. D. Thesis)

Nurcan DÜZGÜN

GAZİ UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

July 2023

ABSTRACT

This study was conducted in a randomized controlled to evaluate the effect of visual arts group therapy based on Watson's Human Care Model (WHCM) on perceived social support and functional improvement in individuals with schizophrenia. The study was carried out in Yenimahalle Community Mental Health Center between October 2022 and February 2023. The sample of the study consisted of 67 individuals diagnosed with schizophrenia, including the intervention (n=34) and control group (n=33), who met the inclusion criteria and were determined by simple randomization method. Visual arts group therapy based on WHCM was applied to the intervention group, consisting of six sessions, lasting 90 minutes on average, once a week in three groups. The control group participated only in the routine follow-up, treatment and practices in the institution. Intervention and control groups were evaluated with the "Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)" and "Functional Remission of General Schizophrenia Scale (FROGS)" before therapy (pre-test), post-therapy (post-test), and one month later (follow-up) evaluated. Chi-square test, t-test, Mann Whitney U test, repeated measures analysis of variance, pearson correlation analysis and regression analysis were used in the evaluation of the data. The descriptive features of the participants in the pre-therapy intervention and control groups, and their MSPSS and FROGS pretest scores were similar. In the post-test and follow-up evaluation of the individuals in the intervention group after therapy, it was determined that the MSPSS and FROGS score averages increased significantly ($p<0,05$), while there was no positive difference in the control group. In addition, it was determined that as the perceived social support of individuals with schizophrenia increased, their functional recovery also increased. Thus, it was concluded that WHCM-based visual arts group therapy applied to individuals with schizophrenia increased perceived social support and functional recovery ($p<0,05$). From this point of view, it can be suggested that visual arts group therapy based on WHCM should be integrated into the routine programs of CMHCs and used in individuals diagnosed with schizophrenia. This study is registered at clinicaltrials.gov, NCT05954208.

Science Code : 1032.7

Key Words : Functional recovery, Group therapy, Nursing, Nursing model, Perceived social support, Randomized controlled study, Schizophrenia, Visual arts therapy

Page Number : 111

Supervisor : Prof. Dr. Sati DEMİR

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim ve tez çalışmam süresince bana danışmanlık yapan, yapıcı önerileriyle bana yol gösteren değerli hocam Sayın Prof. Dr. Satı DEMİR'e,

Tez izleme jürimde yer alarak çalışmama katkıda bulunan ve desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım Sayın Doç. Dr. Sevil GÜLER ve Doç. Dr. Yeter Sinem ÜZAR ÖZÇETİN'e,

Lisans eğitimimden bu yana desteğiyle ve bilgisiyle hep yanımda olan Sayın hocam Doç. Dr. Sibel ARGUVANLI ÇOBAN'a,

Güler yüzü ve sevgisiyle tez sürecimde yanımda olan yol arkadaşım Arş. Gör. Didar KARAKAŞ İNCE'ye ve beni destekleyen tüm arkadaşlarıma,

Tez sürecimde hastalarla tanışmamda ve onlarla bağlantı kurmamda bana destek olan ve her türlü kolaylığı sağlayan Psikiyatrist Dr. Emrah Songur'a ve Yenimahalle Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanlarına,

Çalışmama katılan bireylere,

Çocukluğumdan bugüne kadar maddi ve manevi desteklerini hiç esirgemeyen canım aileme,

Beni yüreklendiren, sevgi, ilgi ve ön görüşüyle iyi günde kötü günde hep yanımda olan sevgili eşim Op. Dr. Bahadır DÜZGÜN'e ve bu zorlu süreçte benim için motivasyon kaynağı olan çocuklarım Aras Barış DÜZGÜN ve Alp Bartu DÜZGÜN'e en içten duygularıyla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xiii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Şizofreni.....	7
2.1.1. Tanım	7
2.1.2. Epidemiyoloji	7
2.1.3. Etiyoloji	8
2.1.4. Klinik belirti ve bulgular	9
2.1.5. Tanı	10
2.1.6. Prognoz.....	11
2.1.7. Tedavi	12
2.2. Şizofreni ve Algılanan Sosyal Destek.....	14
2.3. Şizofreni ve İşlevsel İyileşme	15
2.4. Sanat Terapisi.....	16
2.4.1. Sanat terapisinin tanımı	16
2.4.2. Sanat terapisinin kapsamı	16
2.4.3. Sanat terapisi uygulama adımları	17
2.4.4. Sanat terapisi seansı.....	17

	Sayfa
2.4.5. Sanat terapisinin çeşitleri.....	18
2.5. Sanat Terapisi ve Şizofreni	19
2.6. Sanat Terapisi ve Psikiyatri Hemşireliği.....	20
2.7. Watson'ın İnsan Bakım Modeli	21
2.7.1. Kişilerarası bakım ilişkisi	21
2.7.2. Bakım durumu ve bakım anı	22
2.7.3. İyileştirici faktörler ve iyileştirici süreçler	22
2.7.4. WIBM ve psikiyatri hemşireliği.....	24
3. YÖNTEM	27
3.1. Araştırmanın Türü.....	27
3.2. Araştırma Yeri ve Özellikleri	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.3.1. İşleme kriterleri	29
3.3.2. Dışlama kriterleri.....	29
3.3.3. Çıkarılma kriterleri	29
3.4. Randomizasyon.....	30
3.4.1. Geçerlik ve güvenilirlik	31
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	32
3.6. Veri Toplama Araçları	33
3.6.1. Katılımcı Bilgi Formu (EK-2)	33
3.6.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK-3)	33
3.6.3. Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (EK-4).....	34
3.6.4. WIBM'ye temellendirilmiş görsel sanatlar grup terapisi programının geliştirilmesi.....	35
3.7. Ön Uygulama.....	38
3.8. Uygulama.....	39

	Sayfa
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	43
3.10. Araştırmanın Etik Boyutu	43
4. BULGULAR	45
4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguları.....	45
4.2. Katılımcıların Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular	46
4.3. Katılımcıların Ölçek Puanları Etki Büyüklüklerine İlişkin Bulgular	50
4.4. Ölçekler Arası İlişkilerle İlgili Bulgular	52
4.5. Ölçeklerin Zaman İçindeki Değişim İlişkisi ile İlgili Bulguları	54
5. TARTIŞMA.....	59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	65
KAYNAKLAR.....	67
EKLER.....	79
EK-1. Randomize Bir Çalışmanın Raporlanmasında Dahil Edilecek CONSORT 2010 Bilgi Kontrol Listesi.....	80
EK-2. Katılımcı Bilgi Formu	82
EK-3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	83
EK-4. Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği.....	84
EK-5. Araştırmacının Sanat Terapisi Sertifikaları ve Eğitimleri	94
EK-6. Oturumların İçeriği.....	97
EK-7. İyileştirici Faktörler ve Grup Lideri Yaklaşımı	100
EK-8. Etik Komisyon Onayı.....	101
EK-9. Kurum İzni	103
EK-10. Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ön uygulamaya katılacak bireyler için)	105
EK-11. Bilgilendirilmiş Onam Formu (Araştırmaya katılacak bireyler için)	107
EK-12. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği Uygulama İzni	109
EK-13. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Uygulama İzni	110

ÖZGEÇMİŞ 111

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 3.1. WİBM'nin görsel sanatlar grup terapisi programına yansıması.....	37
Çizelge 3.2. Kapsam geçerlik oranları (KGO) minimum değerler.....	38
Çizelge 4.1. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri.....	45
Çizelge 4.2. Katılımcıların ön test ölçek puanlarının dağılımı	46
Çizelge 4.3. Katılımcıların ön test, son test ve izlem ölçek puanlarının dağılımı	47
Çizelge 4.4. Katılımcıların ölçek puanlarının grup, zaman ve grup*zaman etkileşimleri	49
Çizelge 4.5. Katılımcıların ölçek puanları etki büyüklükleri.....	51
Çizelge 4.6. Müdahale grubu ölçekler arası ilişkilerin değerlendirilmesi	53
Çizelge 4.7. Ön test-son test ve ön test-izlem testi ÇBASDÖ ve ŞİİÖ değişimine ilişkin regresyon analizi.....	57

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 3.1. Araştırmanın CONSORT şeması	32
Şekil 3.2. Kavramsal-deneysel-teorik yapı.....	36
Şekil 3.3. Araştırmanın akış şeması	42
Şekil 4.1. ÇBASDÖ puanlarının gruplara göre zaman içerisindeki değişimi	54
Şekil 4.2. ŞİİÖ puanlarının gruplara göre zaman içerisindeki değişimi	55

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler	Açıklamalar
%	Yüzde
F	Tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi
n	Örneklem sayısı
$p\eta^2$	Etki büyüklüğü
p	Anlamlılık düzeyi
r	Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı
SS	Standart sapma
t	Bağımsız örneklem t testi
Z	Mann whitney U testi
χ^2	Ki kare testi
\bar{X}	Ortalama
Kısaltmalar	Açıklamalar
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials (Çalışmaların Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar)
ÇBASDÖ	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
KGİ	Kapsam Geçerlik İndeksi
KGO	Kapsam Geçerlik Oranları
NIC	Nursing Interventions Classification (Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması)
ŞİİÖ	Şizofrenilerde İşlevsel İyileşme Ölçeği
TRSM	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
WİBM	Watson'ın İnsan Bakım Modeli

1. GİRİŞ

Problemin tanımı ve önemi

Ruhsal bozukluklardan biri olan şizofreni dünya çapında 24 milyon insanı etkileyen kronik ve ciddi bir rahatsızlıktır. Şizofreni tanılı bireylerin erken ölme olasılığının genel nüfusa göre iki-üç kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (DSÖ, 2022). Şizofreni, düşünce, algı, duygu, konuşma, benlik ve davranışta bozulmalarla karakterize bir hastalıktır (DSÖ, 2019). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-V) tanı kriterlerine göre, halüsinasyonlar veya sanrılar gibi pozitif belirtiler; sığ duygulanım veya konuşmanın yoksulluğu gibi negatif belirtiler; dezorganize konuşma veya davranışlar ile dikkat, bellek işlevleri dahil olmak üzere bilişsel bozulmalar şizofreninin belirtileri olarak sayılabilir (DSM-V; Amerikan Psikiyatri Topluluğu, 2014). Şizofreni en çok yıkıma neden olan ve bireyin işlevselliğini bozan hastalıkların başında gelmektedir (Akı ve diğerleri, 2014). Hastalığın tekrarlayıcı ve ilerleyici doğası, bireylerin günlük yaşama uyumunu zorlaştırmakta ve işlevsellik düzeylerinde düşüşe yol açmaktadır (Amerikan Psikiyatri Topluluğu, 2014). Bu nedenle işlevsel iyileşme şizofrenide önemli bir kavramdır.

İşlevsel iyileşme; bireyin günlük yaşam becerilerini tek başına yerine getirebilmesi, toplumsal ve bireysel rolünü sürdürebilmesi, sosyal hayata uyum sağlayarak kendi kendine yetebilmesini ifade etmektedir (Coşkun ve Altun, 2018). Şizofreni tanılı bireylerin çoğu okulda başarılı olma, iş bulma ve çalışmayı sürdürme, sosyal ilişki kurma, bağımsız yaşama ve günlük ihtiyaçlarını karşılama gibi faaliyetleri kapsayan işlevsel iyileşme konusunda zorluk yaşamaktadırlar (Çelikbaş ve Ergün, 2018). Yaşanan bu zorlukların yanında hastalığın atakları nedeniyle sık sık hastaneye yatma, sürekli psikososyal ve ekonomik desteğe ihtiyaç duyma, verimlilik kaybı, hastalığın kronik olması ve kötü prognoz göstermesi şizofreni tanılı bireyin sosyal destek gereksinimini arttırmaktadır (DSÖ, 2014).

Sosyal destek; bireye etrafındaki insanlar tarafından sunulan yardım olarak tanımlanmaktadır. Algılanan sosyal destek ise, bireylerin ilişkilerinden ve sosyal temaslarından potansiyel olarak ne kadar destek alınabileceğine ve bu desteğin kalitesine ilişkin inançlarını ifade etmektedir (Dour ve diğerleri, 2014; Wang ve diğerleri, 2018). Yapılan çalışmalarda hastaların algıladığı yüksek sosyal destek düzeyinin tedavi uyumunu (Dikeç ve Kutlu, 2014), yaşam kalitesi ve işlevselliği arttırdığı (Wang ve diğerleri, 2018)

bildirilmiştir. Ayrıca aile ve arkadaşlarla destekleyici ilişkiler kurmanın şizofreni hastalığı ile baş etmeye katkı sağladığı belirtilmiştir (Gumber ve Stein, 2013). Aynı zamanda yeterli sosyal desteğin şizofreni tanılı bireylerin sağlığının korunması, geliştirilmesi ve hastalığın tedavisinde olumlu etkiye sahip olduğu ifade edilmektedir (Dikeç ve Kutlu, 2014).

Şizofreni tedavisinde amaç; şizofreni belirtilerini azaltmak veya ortadan kaldırmak, bireyin işlevselliğini ve yaşam kalitesini maksimum düzeye çıkarmak ve bireyin yaşam hedefleri kazanmasına katkı sağlamaktır. Bu doğrultuda tercih edilen en yaygın yöntem antipsikotik ilaçlar olmaktadır (Alptekin ve Üçok, 2014). Ancak, antipsikotik ilaçların daha çok pozitif belirtiler üzerinde etkili olması, düzenli kullanılmalarına rağmen nökslere engel olamaması ve birçok yan etkiye yol açması nedeniyle hastalığın tedavisinde tek başına ilaç kullanımının yeterli olmadığı ifade edilmektedir. Bu nedenle tedavi yetkinliğini artırmada ilaç tedavisinin yanında psikososyal yaklaşımların kullanılması önerilmektedir (Kavak ve Yılmaz, 2018; Turkington ve diğerleri, 2019). Psikososyal yaklaşımlar hastaların yaşam kalitesinin artırılmasında, kişiler arası ilişkilerin düzenlenmesinde, tedaviye uyumsuzluğun ve işlevsel bozukluğunun azaltılmasında önemli bir role sahiptir. Şizofreni hastalarının tedavisinde kullanılan başlıca psikososyal yaklaşımlar; psikoeğitim, aile terapisi, grup terapisi, bilişsel davranışçı terapi, sosyal beceri geliştirme terapisi ve sanat terapisi (Düzgün ve Demir, 2020).

Amerikan Sanat Terapisi Topluluğu'na göre sanat terapisi; psikoterapötik bir ilişki içinde aktif sanat yapma, yaratıcı süreç, uygulamalı psikolojik teori ve insan deneyimi yoluyla bireylerin, ailelerin ve toplulukların yaşamlarını zenginleştiren bir ruh sağlığı mesleğidir. Başka bir ifadeyle bireyin duygularını ifade etmesi, çatışmalarını çözümlenebilmesi, bireysel yaşantısını, bağımlılıklarını kendisi yönetebilmesi, içgörü kazanabilmesi, sosyal becerilerini ve kişilerarası iletişimi geliştirebilmesi adına; uygulayıcı kişi tarafından sanatın ve yaratıcı süreçlerin kullanıldığı ruh sağlığı alanıdır (Amerikan Sanat Terapisi Topluluğu, 2017). Her yaştan bireyler ile çalışılabilen sanat terapisi özellikle kendisini sözel olarak ifade etmede güçlük yaşayan bireylerde etkili bir yöntemdir (Demir ve Yıldırım, 2017). Bu noktada sanatın tedavi amaçlı kullanılmasının, özellikle şizofreni gibi sözlü iletişimi sınırlı veya eksik olan bireylerin, kendilerini anlamak veya anlamaya çalışmak yönünden çok değerli bir işlevi olabilmektedir (Düzgün ve Demir, 2020; Patterson, 2007). Literatür incelendiğinde şizofreni hastalarında sanat terapisi ile ilgili çalışmalar olduğu görülmektedir (Gajic, 2013; Leurent ve diğerleri, 2014; Crawford ve diğerleri, 2012; Caddy ve diğerleri,

2012). Montag ve diğerlerinin 2014 yılında 58 şizofreni tanılı birey ile yaptıkları çalışmada katılımcıların yarısına sadece standart tedavi, diğer yarısına ise altı hafta boyunca haftada iki kez olmak üzere standart tedavi ile birlikte sanat terapisi uygulanmıştır. Sanat terapisi uygulanan grupta pozitif ve negatif semptomlarda anlamlı bir şekilde azalma olduğu belirlenmiştir. Hung ve Ku 2015'te iki şizofreni tanılı bireye ayda dört kez yarı yapılandırılmış sanat terapisi uygulamış ve pozitif ve negatif belirtileri değerlendirmiştir. Çalışmanın sonucunda her iki bireyde de hem pozitif belirtilerin hem de negatif belirtilerin azaldığı saptanmıştır (Hung ve Ku, 2015). Şizofreni tanılı bireyler ve bu bireylerin yakınlarıyla yapılan başka bir çalışmada ise; sanatla terapinin hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon düzeylerini azalttığı, şizofreni tanılı bireylerde ise toplumsal becerileri olumlu yönde etkilediği rapor edilmiştir (Sarandöl ve diğerleri, 2013).

Şizofreni hastalarının tedavisinde bu denli etkin olan sanat terapi hemşirelik girişimleri sınıflamasında (Nursing Interventions Classification: NIC) yer almaktadır. Sanat terapi hemşirelerin uygulamada yetenek ve görev tanımını kapsayıcı bir uygulama olmakla beraber, hemşirelik bakımının kalitesini arttıran önemli bir alandır. Hemşirelerin mesleki doyum sağlamasına ve bakım verilen bireyin biyopsikososyal açıdan değerlendirilmesine katkıda bulunmakta ve problemlere yaratıcı çözüm önerileri getirmeye yardımcı olmaktadır (Eren, 2015). Günümüzde klinisyen hemşireler, sanat alanından gelen profesyoneller ile multidisipliner bir şekilde çalışmakta ve yaratıcı sanat terapisi uygulamalarına bakımlarında yer vermektedir (Coşkun ve diğerleri, 2010, Karaca ve Eren, 2014). Diğer taraftan mesleğe özgü kavram ve kuramlarla ilgili bilginin uygulamaya aktarılması her profesyonel disiplinde temeldir (Altundağ, 2016; Gümüş, 2021). Hemşirelikte model ve kuram kullanımı, hemşireliğin önemli kavram ve uygulamaları için bilimsel bir temel oluşturarak, bilgi içeriğinin daha sistematik şekilde gelişmesini sağlamaktadır (Gümüş, 2021). Model ve kuram kullanımı ile uygulamadaki sorunlar tanımlanabilmekte, çözüm önerileri geliştirilebilmekte ve bireyi temel alan "hasta merkezli" bir hemşirelik bakımı sunulabilmektedir. Ayrıca hemşirelik kuramları hemşireliğin kendi bağımsız fonksiyonlarını tanımlayarak, hemşireliğin otonomisini güçlendirmekte ve profesyonel hemşirelik bakımı verilmesine olanak sağlamaktadır (Altundağ, 2016; Koç ve diğerleri, 2017; İnan ve diğerleri, 2013). Psikiyatri hemşireliğinde kuramsal çerçeveye bağlı bir yaklaşım, psikiyatri hemşiresinin psikoterapötik rolünün gelişimini de olumlu yönde etkilemektedir (Güner ve Pehlivan, 2016). Bu bağlamda psikiyatri hemşireliğinde pek çok model kullanılabilir. WIBM de bu modellerden biridir.

Psikiyatri hemşireliği felsefesi ile örtüşen WİBM, bireylerin sadece fiziksel bakımını değil, aynı zamanda ruhsal, sosyal, kültürel ve spirüüel gereksinimlerini ve duygularını ifade etmelerinin sağlanması ile bütüncül bakımın gerçekleştirilebileceği bir modeldir (Watson, 2002). WİBM’de insan bakımına ilişkin saygı, insanın gelişme ve değişme gücünün kabulü, insan onurunun korunması, hemşire ve diğer kişiler ile ilişkiye önem verilmesi ve iyi bir dinleyici olma gibi değerler yer almaktadır. Psikiyatri hemşireliği felsefesi ise saygılı olma, her bireyin değişim ve gelişim potansiyelinin olması, her bireyin biyopsikososyal alanlarıyla bütün olması, iyi bir dinleyici olma, duyguları açıklama olanağı verme, umut verme, tedavi edici ilişki kurma gibi değerleri kapsamaktadır. Buradan hareketle WİBM ile psikiyatri hemşireliğinde yer alan değerlerin örtüştüğü söylenebilir (Alligood ve Tomey, 2010; Özkan ve Okumuş, 2012; Ozan ve Okumuş, 2013). Psikiyatri hemşirelerinin bu modeli kullanarak bakım vermesi, hem modelin kliniğe uyumu hem de mesleğin profesyonelleşmesi ve bakımın bilimsel dayanağı oturtulması açısından önemlidir (Aktaş ve diğerleri, 2020).

WİBM incelendiğinde kişilerarası bakımın iyileştirilmesi için işitsel (müzik, doğadaki sesler, melodi, ilahi, şarkılar), görsel (ışık, renk, sanat çalışmaları), zihinsel-bilişsel (hayal etme ve odaklanma), dokunsal/kinestetik (dokunma, hareket, dans, yoga) teknik ve aktivitelerinin bilinçli kullanımının önerildiği görülmektedir (Özkan ve Bilgin, 2016; Özkan ve Okumuş, 2012). Bu açıdan sanat terapisinin modelin hemşirelikte kullanılabilmesi için bir araç olduğundan söz edilebilir. Bu nedenle insanın zihin, beden ve ruhtan oluşan bir bütün olduğunu, bütünden ödün vermeden her bir parçanın ve bunların birbiri ile uyumunun öneminden bahseden WİBM’ye temellendirilmiş görsel sanatlar grup terapisinin şizofreni tanılı bireylerde etkili olacağı düşünülmektedir. WİBM’ye temellendirilmiş görsel sanatlar grup terapisinin şizofreni tanılı bireylerin algıladıkları sosyal desteği ve işlevsellikleri olumlu yönde etkileyeceği tahmin edilmektedir. Ayrıca literatür incelendiğinde ülkemizde uygulanan psikososyal müdahalelerin ve sanat terapi uygulamasının sınırlı olduğu görülmüş, WİBM’ye temellendirilmiş sanat terapi programının uygulandığı herhangi bir çalışmaya ise rastlanmamıştır. Bu açıdan bu çalışmanın literatüre önemli bir katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

Araştırmanın amacı

Çalışma şizofreni tanılı bireylerde WİBM'ye temellendirilmiş görsel sanatlar grup terapisinin algılanan sosyal destek ve işlevsel iyileşme üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın hipotezleri

H1-1: Görsel sanatlar grup terapisinin şizofreni tanılı bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri üzerine etkisi vardır.

H1-2: Görsel sanatlar grup terapisinin şizofreni tanılı bireylerin işlevsel iyileşme düzeyleri üzerine etkisi vardır.

H1-3: Şizofreni tanılı bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyinin görsel sanatlar grup terapisi öncesi ve sonrası değişimi işlevsel iyileşmenin değişimi ile ilişkilidir.

Araştırmanın sınırlılıkları ve güçlü yönleri

Araştırma sonuçlarının gerçekleştirildiği kurumdaki şizofreni tanılı bireylere genellenebilir olması bu araştırmanın bir sınırlılığıdır. Kontrol grubunda destek alınan kimsenin varlığı ve TRSM'ye devam etme süresinin müdahale grubuna göre daha yüksek olması araştırmanın başka bir sınırlılığı olarak değerlendirilebilir. Bununla bağlantılı olarak katılımcıların ŞİİÖ günlük yaşam becerileri alt boyutu ön test puan ortalamalarının müdahale grubununkinden yüksek olması da sınırlılık olarak düşünülebilir.

Araştırmanın sınırlılıklarının yanı sıra güçlü yönleri de mevcuttur. Görsel sanatlar grup terapisinin bir hemşirelik modeli olan WİBM'ye temellendirilmesi araştırmanın güçlü yönleri arasında sayılabilir. Nitekim literatürde sanat terapisinin bir hemşirelik modeline temellendirildiği başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırmanın, görsel sanatlar grup terapisinin şizofreni tanılı bireylerin algıladıkları sosyal desteğe ve işlevselliklerine olumlu etkisini ortaya koyan randomize kontrollü bir çalışma olarak literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Araştırmada hasta listesi, numaralandırılması ve opak zarflara yerleştirilmesi psikiyatri hemşireliği alanında bilim uzmanı olan üçüncü bir araştırmacı tarafından yapılmıştır. Verilerin analizi ise müdahale ve kontrol grubu atamasını bilmeyen

bir istatistikçi tarafından gerçekleştirilmiştir. Veri kontaminasyonunun önlenmesi için uygulama sürecince müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin farklı günlerde kuruma gelmeleri sağlanmıştır. Bütün bunlar araştırmanın güçlü yönleri olarak düşünülebilir. Aynı zamanda grup dinamiğinin ve etkileşimin artırılması için müdahale grubunun üçe bölünmesi de bir diğer güçlü yön olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte, araştırmanın uygulama sürecinden önce programın şizofreni tanılı bireyler için uygunluğu, anlaşılabilirliği, oturumların süresinin değerlendirildiği üç haftalık ön uygulama sürecinin gerçekleştirilmesi ve WİBM'ye temellendirilmiş görsel sanatlar grup terapisini uygulayan araştırmacının sanat terapisi alanında birçok kurs ve sertifika programına katılmış olması da araştırmanın güçlü yönlerindedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

2.1.1. Tanım

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyada her sekiz kişiden biri ruhsal bir bozuklukla yaşamına devam etmektedir (DSÖ, 2022). Şizofreni, ruhsal bozuklukların en ciddilerinden biri olarak kabul edilir (Crawford ve Go, 2022; Sadock ve diğerleri, 2016). Öyle ki etkilenenler genel popülasyona göre iki ila dört kat daha yüksek ölüm oranına sahiptir (Crawford ve Go, 2022). Aynı zamanda bireyin kişisel, ailesel, sosyal, eğitimsel, mesleki ve yaşamının diğer alanlarında önemli kayıplara yol açabilen bir halk sağlığı sorunudur (Sadock ve diğerleri, 2016). Genellikle erken yaşlarda başlayan, kişinin alışlagelmiş algılama ve yorumlama biçimlerine yabancılaşarak, kendine özgü bir içe kapanım dünyasında yaşadığı, duyuş, düşünüş ve davranışlarda önemli bozulmaların görüldüğü ağır bir ruhsal bozukluktur (Dülgerler, 2021; Öztürk ve Uluşahin, 2018).

2.1.2. Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre şizofreni dünya çapında yaklaşık 24 milyon kişiyi veya 300 kişiden 1'ini (%0.32) etkilemektedir. Bu oran yetişkinlerde 222 kişide birdir (%0,45) (DSÖ, 2022). Şizofreninin yaşam boyu prevalansı yaklaşık %1 olarak ifade edilmektedir (Kahn, ve diğerleri 2015). Ulusal Ruh Sağlığı Kurumunun desteklediği Epidemiyolojik Alan Tarama çalışmasında ise, yaşam boyu prevalansının yüzde 0,6-1,9 olduğu bildirilmiştir (Sadock ve diğerleri, 2016).

Şizofreni için geleneksel olarak aktarılan istatistikler her iki cinsiyetin de eşit olarak etkileneceği yönündedir (Dülgerler, 2021; Turan, 2016). Ancak bir meta-analizden elde edilen kanıtlara göre erkeklerde orta derecede daha yüksek bir sıklık olduğu bildirilmiş ve erkek-kadın insidans oranı 1,70 olarak ifade edilmiştir (Jongsma, 2019). Bununla birlikte iki cinsiyette hastalığın başlama yaşı ve gidişinin farklılık gösterdiği konusunda görüş birliği bulunmaktadır. Hastalığın başlama yaşı erkekler için 15-25, kadınlar için 25-35 yaştr (Dülgerler, 2021; Sadock ve diğerleri, 2016). Şizofreninin başlaması 10 yaşından önce ve

60 yaşından sonra oldukça nadirdir. Diğer taraftan kadın şizofren hastalarda tedavinin gidişi genel olarak erkeklerden daha iyidir (Sadock ve diğerleri, 2016).

Şizofreni tüm kültürlerde ve tüm sosyoekonomik toplumlarda görülmektedir. Ancak endüstrileşmiş ve düşük sosyoekonomik toplumlarda daha sık görülür. Özellikle nüfusu bir milyondan fazla kentlerde yaşayanlarda görülme sıklığı daha fazladır. Bu durum sosyal stresörlerin riskli kişilerde şizofreni gelişimine neden olduğu şeklinde yorumlanmaktadır (Dülgerler, 2021).

Şizofreni gelişme olasılığı kış ve baharın erken dönemlerinde doğanlarda daha fazla, baharın geç dönemi ve yaz mevsiminde doğanlarda ise daha düşüktür. Ayrıca epidemiyolojik veriler çeşitli salgın hastalıklar esnasında influenzaya prenatal maruziyet sonrası şizofreni insidansında bir artış olduğunu göstermektedir. Özellikle gebeliğin ikinci üç ayında karşılaşılan viral enfeksiyonların şizofreni geliştirme riskini arttırdığı bildirilmiştir (Sadock ve diğerleri, 2016).

2.1.3. Etiyoloji

Şizofreninin etiyojisini açıklamada pek çok faktör tanımlansa da nedeni tam olarak bilinmemektedir (Girdler ve diğerleri, 2019). Tetikleyici bir etmenle birlikte, pek çok etkenin bir araya gelerek şizofreniye neden olduğu düşünülmektedir (McCutcheon ve diğerleri, 2020).

Hastalığın etiyojisini açıklamaya yönelik yapılan çalışmalarda genel olarak genetik, perinatal komplikasyonlar, nörotransmitterler ve çevresel faktörler üzerinde durulmaktadır (Kocal ve diğerleri, 2017; Meriç, 2020).

Genetik

Şizofrenide genetik yatkınlığın önemli olduğu kabul edilmektedir ancak şizofreninin genetik olarak nasıl aktarıldığı tam olarak bilinmemektedir (Townsend, 2016). Genetik yatkınlığın araştırılmasında özellikle aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları yapılmaktadır (Meriç, 2020). Tek yumurta ikizlerinin birinde şizofreni görülmesi durumunda diğerinde şizofreni ortaya çıkma olasılığının %50, kardeşlerden birinin hasta olması durumunda diğer çocukta

hastalığın görülme olasılığının %40 ve ebeveynlerden birinin hasta olması halinde çocukların hasta olma olasılığının %8 olduğu bildirilmiştir (Dülgerler, 2021; Turan 2016).

Perinatal komplikasyonlar

Rh uyumsuzluğu, kanama, preeklamsi gibi gebelik komplikasyonları düşük doğum ağırlığı, konjenital malformasyonlar, annenin gebelikte geçirdiği influenza, rubella enfeksiyonu ve malnutrisyon şizofreni ile ilişkilendirilmiştir (Girdler ve diğerleri, 2019; Meriç, 2020).

Nörotransmitterler

Mezolimik dopamin yolağında bulunan dopaminin aşırı aktivasyonu sonucunda psikozun pozitif belirtileri olan sanrı ve halüsinasyonların ortaya çıktığı düşünülmektedir. Negatif belirtilerin ise ventromedialkortekse uzanan mezokortikal projeksiyonlarda dopamin aktivitesindeki yetersizliğe bağlı olduğu ifade edilmektedir (Meriç, 2020). Dopamin dışında serotonin, nöroepinefrin, asetilkolin, GABA gibi nörotransmitterlerdeki prostaglandinler ve endorfin gibi nöroregülatörlerdeki anormalliklerin de şizofreniye yatkınlığa neden olduğu belirtilmektedir (Turan, 2016).

Çevresel faktörler

Stresli yaşam olaylarının ilk altı ay içerisinde şizofreni geliştirme riskini iki kat arttırdığı ve hem ilk epizodun ortaya çıkmasına hem de relaplara neden olduğu öne sürülmektedir (Meriç, 2020; Kocal ve diğerleri, 2017). Bununla beraber şiddet maruziyeti, madde bağımlılığı, göç, travma gibi stres yaratan yaşam deneyimlerinin genetik faktörlerle birleştiğinde şizofreniye yatkınlığı artırdığından söz edilmektedir (Meriç, 2020; Turan, 2016).

2.1.4. Klinik belirti ve bulgular

Şizofreni algılama, düşünme, duygu, hareket, dikkat, yargılama gibi pek çok alanda ciddi belirtilere neden olabilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2018). Konuşmada düzensizlik, fakirleşme, yavaşlama, kalıplaşmış yinelemeler, ekolali, mutizm; motor davranışlarda ilgisizlik, eylem azlığı; duygulanımda küntlük, uygunsuzluk şizofreni tanılı bireylerde görülebilen belirtilerdir (Meriç, 2020). Bununla birlikte hafıza, dikkat, problem çözme gibi

bilişsel becerilerde de sorun yaşanabilmektedir (DSÖ, 2022). Bu belirtiler kişiden kişiye değişebileceği gibi aynı hastada zaman içinde de farklılık gösterebilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2018).

Şizofreninin belirtileri genel olarak pozitif ve negatif belirtiler olarak ayrılrsa da son yıllarda bilişsel bozuklukları da içerecek şekilde üç kategori altında toplanması önerilmektedir (Stahl ve Schwartz, 2016; Jauhar ve diğerleri, 2022). Pozitif belirtiler hastanın her zamanki işlevlerinde aşırılık, bozukluk olarak tanımlanmakta iken, negatif belirtiler tam tersi bu işlevlerin azalması veya kaybı olarak tanımlanmaktadır (Meriç, 2020). Pozitif belirtiler, sanrı, halüsinasyon, illüzyon, depersonalizasyon, derealizasyon ile yapısal düşünce bozuklukları (enکوherans, klang çağırışım, neolojizm vb.) ve davranış bozukluklarını (katatoni, negativizm, eksitasyon vb.) içermektedir (Dülgerler, 2021; Turan, 2016). Küntlük, aloji, avolisyon, anhedoni, öz bakımda eksiklik, toplumdandan çekilme, sosyal ilişkilerden kendisini soyutlama, cinsel ilgi ve etkinlikte azalma, inisiyatif kullanamama, aktivite başlatmada zorluk gibi tipik fonksiyonların yokluğu negatif belirtiler olarak değerlendirilmektedir (DSÖ, 2022; Crawford ve Go, 2022; Arango ve Carpenter, 2011). Şizofreninin bilişsel belirtileri ise; bozulmuş dikkat ve sözel akıcılık bozukluğu, bilgi işleme ve dizisel öğrenme ile ilgili problemler, dikkati sürdürme, odaklanma, konsantrasyon, önceliklendirme ve sosyal ipuçlarına dayanan davranışları düzenleme problemleridir (Stahl ve Schwartz, 2016).

2.1.5. Tanı

Ruhsal bozuklukların tanılanmasında Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association) tarafından yayımlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) kullanılmaktadır (Tandon ve diğerleri, 2013). Son olarak 2013 yılında yayımlanmış olan DSM-5'e göre şizofreni tanı kriterleri aşağıda yer almaktadır (Amerikan Psikiyatri Topluluğu, 2014).

Şizofreni için DSM-V tanı kriterleri

- A. Karakteristik belirtiler: Aşağıdaki maddelerden ikisinin veya daha fazlasının her biri bir aylık (ya da başarılı bir şekilde tedavi edilmişse daha az) bir süre zarfında mevcut olup, bu belirtilerden en az birinin ilk üç maddedeki belirtilerin arasında olması gerekir.

1. Sanrılar
 2. Halüsinasyonlar
 3. Dağınık konuşma
 4. Dezorganize ya da katatonik davranış
 5. Negatif belirtiler
- B. Sosyal/mesleki işlevsellikte bozulma: Hastalığın başlangıcından bu yana geçen sürenin önemli bir bölümünde iş, kişilerarası ilişkiler ve kendine bakım gibi bir veya daha fazla alanda işlevsellik seviyesi, bu hastalığın başlangıcından önce ulaşılan seviyenin belirgin bir şekilde altındadır.
- C. Süre: Bu bozukluğun belirtileri en az altı aylık süre boyunca devam eder.
- D. Şizoafektif bozukluk ve psikotik özelliklere sahip depresif veya bipolar bozukluk dışlanmalıdır.
- E. Maddenin veya genel tıbbi durumların etkisi dışlanmalıdır.
- F. Otizm spektrum bozukluğu veya çocukluk döneminde başlayan bir iletişim problemi öyküsü varsa, şizofreni tanısının konması için gereken belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar veya halüsinasyonlar da en az bir ay süreyle mevcut ise şizofreni ek tanısı konabilir (Amerikan Psikiyatri Topluluğu, 2014).

2.1.6. Prognoz

Şizofreni çok farklı gidiş ve sonlanım gösteren, genellikle süregelen ve yeti yitimine neden olan bir hastalıktır (Dülgerler, 2021). Şizofreninin ilk belirtileri genellikle onlu yaşların sonunda ve yirmili yaşların başında (Marder ve Cannon, 2019), kimi zaman aniden kimi zaman ise sinsi sinsi ortaya çıkmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2018). İlk psikozun görülmesinden sonraki 5-10 yıl içinde hastalık, pozitif belirtilerin görüldüğü alevlenmeler ve sonrasında yatışmalarla gitmektedir. Bu kritik dönemin sonunda çoğu hastada alevlenmeler olmamakta ve işlev düzeyi değişmemektedir. Diğer taraftan relaps sayısı arttıkça hastalığın süregelenleşme olasılığı da artmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2018).

Hasta gruplarının uzun süreli izlenmesiyle şizofreni hastalarının %60'ının belirgin düzeyde ya da tam olarak iyileştiği geriye kalan kısmının ise anlamlı bir düzelme göstermediği bildirilmektedir. Şizofreni öz kıyım, fiziksel hastalık ve erken ölüm riskinin artmasına yol açabilmekte ve hastaların yaşam ortalaması 10 yıl kadar azalabilmektedir (Dülgerler, 2021; Arabacı ve Taş, 2022).

Genel olarak prognozun olumlu ya da olumsuz seyredeceği hakkında ipucu veren bazı göstergeler bulunmaktadır. Hastalığın geç ve aniden başlaması, kadın olma, evli olma, yüksek zeka düzeyi, katatonik ve paranoid türler, kırsal kesimde yaşama, pozitif belirtilerin baskın olması, ailede şizofreni öyküsünün bulunmaması, tedaviye erken dönemde başlanması ve düzenli sürdürülmesi olumlu prognoz göstergeleri olarak ifade edilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2018). Olumsuz pronoz göstergeleri ise; hastalığın erken yaşta ve sinsi bir şekilde başlaması, bekar olma, erkek olma, düşük zeka düzeyi, tetikleyici etkenlerin yokluğu, hastalık öncesi şizoid ya da şizotipal kişilik, negatif belirtilerin baskın olması, ailede şizofreni öyküsünün olması, madde kötüye kullanımı, perinatal travma öyküsü ve destek sistemlerinin iyi olmamasıdır (Dülgerler, 2021; Townsend ve Morgan 2017).

2.1.7. Tedavi

Şizofreni, hastaların hayatını her yönüyle etkileyen kronik bir hastalık olduğu için, tedavide hedef; belirtileri azaltmak ya da ortadan kaldırmak, hastanın yaşam kalitesini artırmak ve hastalığın yıkıcı etkilerini mümkün olduğunca azaltmaktır (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018). Bu nedenle relapların önlenmesi, işlevselliğin artırılması, iyileşmenin güçlendirilmesi ve tedaviye uyumun sağlanması şizofreni tedavisinde oldukça önemlidir (Meriç, 2020). Şizofreni tedavisinde genel kanı, tek başına uygulanan bir tedaviye göre, psikofarmakolojik tedavi ile psikososyal yaklaşımların kombine edilmesinin hastalara daha fazla yarar sağlayacağı yönündedir (Arabacı ve Taş, 2022; Meriç, 2020; Sadock ve diğerleri, 2016). Bu nedenle şizofreni tedavisinin, psikososyal yaklaşımları, hasta ve ailesini de içine alacak şekilde ve hastaların topluma entegrasyonlarını sağlayıcı yönde olması gerektiği vurgulanmaktadır (Landolt ve diğerleri, 2012).

Psikofarmakolojik tedavi

Psikofarmakolojik tedavinin temel dayanağı, genellikle postsinaptik dopamin reseptörünü bloke ederek çalışan antipsikotik ilaçlardır (Haddad ve Correll, 2018; Jauhar ve diğerleri, 2022). Antipsikotikler iki ana grup şeklinde kategorize edilmektedir. Bunlar birinci kuşak antipsikotikler olarak da adlandırılan dopamin reseptör antagonistleri ve ikinci kuşak antipsikotikler olarak bilinen serotonin dopamin antagonistleridir (Crawford ve Go, 2022; Sadock ve diğerleri, 2016). Antipsikotik ilaçların özellikle pozitif belirtileri, aynı zamanda bir dereceye kadar negatif belirtileri azalttığı ve sosyal işlevselliği iyileştirdiği belirlenmiştir

(Haddad ve Correll, 2018). Buna karşın özellikle birinci kuşak antipsikotiklerin parkinsonizm, akut distonik reaksiyonlar, akatizi ve tardif diskinezi gibi ciddi ekstrapiramidal yan etkileri bulunmaktadır (Jauhar ve diğerleri, 2022; Sadock ve diğerleri, 2016).

Elektrokonvülsif terapi (EKT)

Psikiyatri alanında psikofarmakolojinin gelişmesinden önce klinik kullanıma giren somatik tedavi yöntemidir (Turan, 2016). Etki mekanizması hâlâ net olarak bilinmemekle birlikte uygulama esası dışarıdan verilen elektriksel uyarı yoluyla beyinde tipik grand mal epilepsi nöbeti oluşturulmasına dayanmaktadır (Hızlı Sayar ve diğerleri, 2014). EKT uygulaması şizofreni hastalarının semptomlarında hızlı bir düzelme beklendiğinde ve ilaç tedavisinden yeterli cevap alınmadığında alternatif bir seçenek olarak kullanılmaya devam etmektedir (Kocal ve diğerleri, 2017). Özellikle tedaviyi reddeden, intihar düşüncesi olan veya saldırgan davranışları bulunan şizofreni hastalarında öncelikli olarak tercih edilebilmektedir (Meriç, 2020). Bunun yanında katatonik bir tablo gösteren ya da afektif belirtileri ön planda olan şizofreni hastaları için de uygun bir tedavi yöntemidir (Dülgerler, 2021).

Psikososyal tedavi

Şizofreni tedavisinde antipsikotik ilaçlar tedavinin vazgeçilmezidir (Sadock ve diğerleri, 2016) ve tercih edilen en yaygın yöntemdir. (Alptekin ve Üçok, 2014). Ancak, antipsikotik ilaçların daha çok pozitif belirtiler üzerinde etkili olması, düzenli kullanılmalarına rağmen nüklere engel olamaması ve birçok yan etkiye yol açması nedeniyle hastalığın tedavisinde tek başına ilaç kullanımının yeterli olmadığı ifade edilmektedir. Bu nedenle tedavi etkinliğini artırmada ilaç tedavisinin yanında psikososyal yaklaşımların kullanılması önerilmekte ve psikososyal yaklaşımların klinik iyileşmeye ciddi katkı sağlayacağı belirtilmektedir (Kavak ve Yılmaz, 2018; Turkington ve diğerleri, 2019). Psikososyal yaklaşımlar hastaların yaşam kalitesinin artırılmasında, kişiler arası ilişkilerin düzenlenmesinde, tedaviye uyumsuzluğun ve işlevsel bozukluğunun azaltılmasında önemli bir role sahiptir (Düzgün ve Demir, 2020). Şizofreni tanılı bireylerde psikososyal tedavinin en temel amacı hastaların toplumun bağımsız üyeleri olarak yaşayabilmeleridir. Bunun yanı sıra şizofreni tanılı bireylerin uygun sosyal tepkiler gösterme yeteneklerini artırma, kaybettikleri yetileri kazandırma, hastaneye yatış sayılarını azaltma ve relapsları önleme gibi

pek çok amaç için psikososyal yaklaşımlar kullanılmaktadır (Hutchison ve diğerleri, 2017). Şizofreni tedavisinde kullanılan psikososyal yaklaşımlardan biri sanat terapisi (Düzgün ve Demir, 2020; Ançel, 2020, Kahn ve diğerleri, 2015).

2.2. Şizofreni ve Algılanan Sosyal Destek

Sosyal destek biyolojik, psikolojik ve sosyal stres etkenleriyle başa çıkmalarına yardımcı olmak için bireylere yardım etme veya rahatlık sağlama olarak tanımlanmaktadır. Sosyal destek bireyin sosyal ağındaki aile üyeleri, arkadaşlar, komşular, dini kurumlar, meslektaşlar, bakım verenler veya destek grupları tarafından sağlanabilmektedir (Amerikan Psikoloji Topluluğu, 2023). Sosyal desteğe sahip olmak fiziksel sağlık ve psikolojik iyi oluş için oldukça önemlidir. Sosyal destek bireylerin diğer insanlarla yakın bağlar kurmalarını sağlamakta, bir grubun parçası olmalarına yardımcı olmakta ve aidiyet duygusu uyandırmaktadır (Schwarzer, Knoll ve Rieckmann, 2004). Şizofreni tanılı bireylerin yaşadığı yeti yitimine bağlı engellilik durumu ve uğradıkları yüksek düzeyde stigma göz önüne alındığında sosyal desteğin, şizofreni tanılı bireylerde ne denli önemli olduğu ortaya çıkmaktadır (Ossman ve Mahmoud, 2012).

Literatürde sosyal desteğin yanında bir de algılanan sosyal destekten bahsedilmektedir. Algılanan sosyal destek; insanların ilişkilerinden ve sosyal bağlantılarından potansiyel olarak ne kadar destek alınabileceği ve bu desteğin kalitesi hakkındaki inançlarını ifade etmektedir (Dour ve diğerleri, 2014; Wang ve diğerleri, 2018). Yapılan çalışmalarda şizofreni tanılı bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyinin yüksek olmasının ilaç uyumunu (Rabinovitch, 2013) ve yaşam kalitesini arttırdığı (Gutierrez-Maldonado, 2012) yalnızlık duygusunu (Hawkey ve Cacioppo, 2010) ve psikotik belirtileri azalttığı (Peng ve diğerleri, 2019) belirlenmiştir. Sosyal desteğin artması ve bu sosyal desteği bireyin hissetmesi; bireylerin tedavi arayışına ve kabulüne ilişkin yaklaşımını daha olumlu hale getirebilmekte ve tedavinin prognozunu etkileyerek hastaneye yatışları azaltabilmektedir (Simanullang, 2018). Sosyal desteğin olmaması ya da düşük olarak algılanması; şizofreni tanılı bireylerde negatif belirtiler ile ruhsal problemlerin artmasına ve depresif bulguların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bu bağlamda evli olmayan şizofreni tanılı bireylerin, evli olanlara göre daha fazla depresif duygu durum yaşadığı ve daha fazla ruhsal problem deneyimlediği bildirilmiştir (Kasckow, Felmet ve Zisook, 2011; Ripke ve diğerleri, 2014).

2.3. Şizofreni ve İşlevsel İyileşme

Şizofreni; bağımsız olarak, özbakım becerilerini sürdürebilme, boş zamanları değerlendirebilme, eş, arkadaş, çalışan veya öğrenci gibi toplumsal rolleri yerine getirebilme gibi işlevlerin önemli ölçüde bozulmasına yol açabilmektedir (Mohamed ve Abd El Aziz 2016, Rus Calafell ve diğerleri, 2014). Yapılan çalışmalarda şizofreni tanılı bireylerin işlevsellik puanlarının düşük olduğu ifade edilmektedir (Coşkun ve Altun, 2018; Kavak ve Ekinci, 2014; Özkan ve diğerleri, 2013). Şizofreni tanılı bireyin bağımsız bir yaşam sürebilmesi ve toplumla yeniden bütünleşebilmesi işlevsel iyileşmeye bağlıdır (Galderisi ve diğerleri, 2014). Bu nedenle işlevsel iyileşme şizofreni tedavisi ve bakımında önemli bir yer tutmaktadır. Genel olarak işlevsel iyileşme, hastaneden taburcu olan hastanın sosyal hayata uyum sağlaması, karşılaştığı stresörleri yönetebilmesi, içgörü kazanabilmesi, aile ve mesleki rollerini yerine getirebilmesi, kişilerarası ilişkileri sürdürebilmesi, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmesi ve ekonomik yönetimini sağlayabilmesi için gerekli donanımları kazanabilmesi anlamı taşımaktadır (Ishii, 2020; Erol ve diğerleri, 2015). Şizofreni tanılı bireylerde işlevsel iyileşme düzeyi arttıkça, sağlığı koruma, tatmin edici ve üretken bir yaşam ile tedavi uyum konusunda olumlu kazanımlar sağlanacağı ifade edilmektedir (Coşkun ve Altun 2018; Emiroğlu, 2009).

Geleneksel psikiyatrik tedaviler şizofreninin tedavisinde özellikle pozitif semptomların sağaltılmasında önemli katkılar sunmasına rağmen yaşam kalitesini bozan nöksleri tek başına yeterli düzeyde önleyememekte ve yeterince işlevsel iyileşmeyi sağlayamamaktadır (Penn ve diğerleri, 2010). İlaç tedavilerinden yararlanan hastaların da zaman içerisinde mesleki ve sosyal işlevselliklerinin bozulduğu görülmektedir. İşlevselliğin sürdürülmesi ve işlevsel iyileşmenin sağlanması için ilaç tedavilerine ek olarak psikososyal müdahalelerin de uygulanması gerektiği düşünülmektedir (Delice, Akgül ve Yıldız, 2014). Bu noktada ruh sağlığı alanında çalışan hemşirelerin, şizofreni tanılı bireylerin işlevsel iyileşmelerini arttırmak amacıyla uygun müdahalelerde bulunmalarının son derecede önemli olduğu vurgulanmaktadır (Kylmä ve diğerleri, 2006).

2.4. Sanat Terapisi

2.4.1. Sanat terapisinin tanımı

Sanat terapisi; bireylerde olumlu bir gelişmeye neden olmak, çatışmaları çözümlmek, bedensel ve ruhsal problemleri azaltmak, sorun çözmek, stresle başa çıkmada yardımcı olmak üzere tanı ve tedaviyi sağlamada çeşitli sanat materyallerinin kullanımı olarak tanımlanmaktadır (Düzgün ve Demir, 2020). Amerikan Sanat Terapisi Topluluğu ise sanat terapisini; "Her yaştan bireylerin fiziksel, duygusal ve zihinsel varlıklarını hem iyileştirmek hem de geliştirmek amacıyla sanat icra etmenin yaratıcı sürecini kullanmakta olan bir ruh sağlığı alanıdır." şeklinde ifade etmiştir (APB, 2014). Kısaca sanat terapisi bireyin kendi içindeki duygularını sanat yoluyla dışa vurma yöntemidir (Güner ve Genç, 2019).

2.4.2. Sanat terapisinin kapsamı

Sanat terapisiyle bireyler toplumdan uzak, yalıtılmış bir hayat yerine, ortak bir hedef ve duyguda birleşerek grup üyeleriyle çeşitli etkinlikler yapmak için toplanmaktadır (Sarandöl ve diğerleri, 2013). Sanat terapisinin amacı "sanat yapmak" değildir. Sanatı bir araç olarak kullanıp duyguları, düşünceleri, arzuları, gereksinimleri ifade etmektir (Güner ve Genç, 2019). Psikoterapi sürecinde sanat terapisi uygulayıcısı ve birey arasında sanatsal bir unsurun kullanımı ifade edilemeyen duygu ve düşüncelerin dışsallaştırılmasını sağlamaktadır. Bu yolla sanat terapisi kişilerin duygu dışavurumlarına destek sağlayarak duygularını ifade etmelerine ve kişilerarası ilişki problemlerini çözmelerine yardımcı olmaktadır (Sarandöl ve diğerleri, 2013). Sanat terapisi, benlik değerindeki hasarı onarabileceği gibi, sanat terapisi uygulayıcısının uygun geri bildirimleri ile bireyin içgörü, farkındalık ve iletişim becerisinde artış sağlayabilir. Sanat etkinlikleri, oyalanma veya bir hobi aracı değil, terapötik tedavinin bir parçası durumundadır (Killick ve Schaveiren, 2003). Bu bağlamda Heenan tarafından haftada 10 saat olmak üzere 10 hafta boyunca uygulanan yaratıcı sanat terapisi programının ruh sağlığı ve iyi oluş üzerine etkisinin değerlendirildiği çalışmada, katılımcıların benlik saygısı ve özgüvenlerinin arttığı ve kendilerini güçlenmiş hissettikleri sonucuna ulaşılmıştır (Heenan, 2006). Bütün bunların yanı sıra sanat terapisinin bilinçaltı ve çelişkileri açığa çıkarma, duyguları sembolize etme, stres unsuru olayları dışa vurma, ilham verme ve umut aşılama, bireyi geliştirmekte olan yönleri ile bir araya getirme, esnek bir ortam sağlama gibi yararları bulunmaktadır (Güner ve Genç, 2019).

Sanat terapisi dünyanın pek çok yerinde hastanelerde, kliniklerde, sosyal yardım kuruluşlarında, eğitim alanlarında; çocuklar (Braitto ve diğerleri, 2022; Council ve Ramsey, 2019), adölesanlar (Huang, Su, Cheng ve Tan, 2021) ve yaşlılarda (Mahendran ve diğerleri, 2017; Ciasca ve diğerleri, 2018; Zhao ve diğerleri, 2018) yaygın olarak kullanılmaktadır. Sanat terapisinin diğer yöntemlere göre en güçlü yanı, en acı verici konuları bile yumuşakça, kişiyi rahatsız etmeden ele almasıdır. Bu nedenle travmalarla, değişik şiddette ve tanıda olan psikolojik sorunlarla sanat terapisi kullanılarak rahatça çalışılabilir (Güner ve Genç, 2019).

2.4.3. Sanat terapisi uygulama adımları

Sanat terapisi bireysel uygulanabileceği gibi grupla da çalışılabilir. Her ikisinde de sanat terapistinin takip etmesi gereken bazı uygulama adımları bulunmaktadır (Eracar, 2021). Bunlar:

- Terapiye hazırlık (Terapi yerinin ve malzemelerin hazırlanması vb)
- Danışanın durumuna uygun özel değerlendirme ve hedefler oluşturma
- Terapinin uygulanması (sanatsal faaliyetin uygulanması, sözel paylaşım ve kapanış)
- Danışanın gereksinimlerinin değerlendirilmesi
- Tedavi ekibinin konsültasyon yapması
- Danışanın terapide öğrendiklerini günlük yaşama aktarması
- Danışanın terapi sonrasında takip edilmesidir (Göktepe, 2015).

2.4.4. Sanat terapisi seansı

Sanat terapisi seansı; ısınma egzersizleri, yönerge ve çalışılacak sanatla ilgili yapılacak aktivite (resim, dans, müzik vb) ve çemberde paylaşım ve kapanış olmak üzere üç aşamadan oluşmaktadır (Göktepe, 2015). Isınma egzersizleri konuya odaklanmayı arttırmakla birlikte güvene, uyuma ve deneyimlemeye fırsat sağlayarak destekleyici çevrenin oluşmasına katkıda bulunur (Altınay, 2021). Yönerge ise, bireye sanat eylemi bakımından neyin nasıl yapılacağına ilişkin bilgilerin sunulmasıdır. Yönergenin birey tarafından açıkça anlaşılır olması fakat asla yönlendirici bir etki yaratmaması gerekmektedir. Sanat terapisi seansında kullanılacak sanat ve malzemeler bireyin yakınmalarına, terapiye geliş nedenine ve yaşam öyküsüne uygun olacak şekilde seçilmelidir. Sanat terapisinde çağrışım ve projeksiyon süreçlerini harekete geçirebilecek her türlü malzeme kullanılabilir (Eracar, 2021). Duruma

göre boya, kil, kalem, sim, yün, ip, fırça, makas, yapıştırıcı, eski dergiler, atık malzemeler, kuru bakliyatlar, müzik çalar tercih edilebilir (Güner ve Genç, 2021). Çakıl taşları, kumaş parçaları, kartpostallar, eşarplar, düğmeler, mendiller, çeşitli eşyalar, ağaç figürler, kuru dal parçaları, gibi ürünler sanat terapisi seanslarında kullanılabilir diğer malzemelerdir (Eracar, 2021). Bununla birlikte seans sırasında kullanılacak malzemelerin bireylerin kolayca ulaşabileceği şekilde düzenlenmesi gerekmektedir. Malzemelerin dolaplarda gizli olduğu dümdüz bir mekân uygun değildir. Öte yandan karışık bir mekân da bireylerde aşırı uyarılmışlığa sebep olabilir (Eracar, 2021). Paylaşım aşamasında birey süreç esnasında neler yaptığını, neler hissettiğini, grup çalışması ise diğerlerinin yaptıklarına tanıklık etmenin ona neler hissettirdiğini ifade etmesi için desteklenir. Daha sonra bireyin seanstan güven içinde ayrılmasını sağlayacak kapanış ritüeli uygulanabilir (Güner ve Genç, 2021).

2.4.5. Sanat terapisinin çeşitleri

Sanat terapide yaygın olarak kullanılan terapi çeşitleri; görsel sanat terapisi, müzik terapi, dans ve hareket terapisi, drama/teyatro terapisi, yaratıcı yazma terapileridir. Bu terapi çeşitleri tek tek uygulanabileceği gibi aynı seans içinde kombine şekilde de kullanılabilir (Chiang ve diğerleri, 2019). Ayrıca sanatla terapide; çeşitli kitaplardan, film ve belgesellerden, müzelerden, oyundan, ebru sanatından ve geleneksel sanatlardan da yararlanılabilir (Çelikbaş, 2019).

Görsel sanat terapisi

Sanat terapisinde en sık kullanılan yöntem görsel sanatlardır (Güner ve Genç, 2021). Görsel sanatlar kişilerin iç dünyalarına olan yolculuklarının çizgiler ve renklerle gözler önüne koymasına olanak sağlayan bir alandır. Görsel sanatlar bireylerin kendilerini keşfetmelerine ve içsel algılarını geliştirmelerine yardımcı olmaktadır. Görsel sanat terapisinde görsel sanatların bu işlevinden yararlanılmakta ve resim, heykel, fotoğraf, kolaj, ebru, seramik gibi görsel sanatlar kullanılmaktadır (Bostancıoğlu ve Kahraman, 2017). Bu kapsamda çeşitli nitelikte kağıtlar, çeşitli boyalar, kurdeleler, pullar, simler, kil, yapıştırıcılar, alçı, fotoğraflar, eski dergiler, kuru bakliyatlar, taş, yaprak gibi doğal malzemeler, şişe kapakları, kağıt havlu rulosu gibi atık malzemeler, çeşitli kumaşlar gibi malzemeler kullanılabilir. Kullanılacak malzeme uygulayıcının amacına ve danışanın gereksinimi ve özelliklerine göre seçilmelidir (Güner ve Genç, 2019). Görsel sanat terapisi; yaratıcı sürecin geliştirici ve iyileştirici

anlayışını temel almakta ve farkındalığın artması, bilişsel becerilerin gelişmesi, stres, yas, depresyon, kayıp, travmatik deneyimler ve kronik hastalık semptomları gibi zorluklarla baş edebilmeye zemin oluşturmaktadır (Sanat Psikoterapileri Derneği, 2023).

2.5. Sanat Terapisi ve Şizofreni

Literatür incelendiğinde sanat terapisinin multiple skleroz (Fraser ve Keating, 2014), kanser (Thyme ve diğerleri, 2022; Bosman ve diğerleri, 2021) gibi ciddi fiziksel hastalıklarda, demans (Richards ve diğerleri, 2019; Deshmukh, Holmes ve Cardno, 2018; Bulduk ve diğerleri, 2017) ve alzheimer (Chancellor, Duncan ve Chatterjee, 2014) gibi nörobilişsel bozukluklarda, palyatif bakım hastalarında (Lefèvre ve diğerleri, 2022), travmalarda (Perryman, Blisard ve Moss, 2019) kullanıldığı görülmektedir. Sanat terapisi duygu, düşünce, algı, davranış ve kişilerarası ilişki alanlarında ortaya çıkan belirtilerle kendini gösteren ruhsal bozuklukların tedavi ve rehabilitasyonunda da yaygın olarak kullanılmaktadır (Eren, 2015).

Sanat terapisi bireylerin bastırılmış oldukları duygusal çatışmaların ortaya çıkmasını kolaylaştırması itibarıyla de ruh sağlığı uzmanları tarafından sıkça tercih edilen bir terapi çeşididir. Sanat terapisi iletişim kurmayı sağlayarak terapötik ilişkiyi kuvvetlendirmesinin yanında bireyin bilinç ve bilinçdışı süreçleri arasında bağlantı kurmaya olanak sağlamaktadır (Demir ve Yıldırım, 2017). Diğer taraftan sadece ilaç tedavisinin kullanıldığı tedavi sürecinde hasta edilgin bir yapıda iken sanat terapisinde kendi tedavisine katılma imkânı bulmaktadır. Böylece birey, danışan merkezli olan etkin bir yapıya geçmektedir (Killick ve Schaveiren, 2003). Bunlara ek olarak sanatın terapide bir aracı yöntem olarak benimsenmesi; hastaların ruhsal dünyalarında yer açamadıkları parçalı, tuhaf, tehditkar sembollerin dışsallaştırılması ve somutlaştırılmasına, terapi süreci ilerledikçe bu sembollerin bütünlüklü ve anlamlı temsillere dönüştürülmesine katkıda bulunmaktadır (Çıtakbaş ve Üçok, 2019).

Her yaşta bireyler ile çalışılabilen sanat terapisinin özellikle kendisini sözel olarak ifade etmede güçlük yaşayan bireylerde etkili bir yöntem olduğu söylenmektedir (Demir ve Yıldırım, 2017). Bu noktada sanatın tedavi amaçlı kullanılmasının, özellikle şizofreni gibi sözlü iletişimi sınırlı veya eksik olan bireylerin, kendilerini anlamak veya anlamaya çalışmak yönünden çok değerli bir işlevi olabilmektedir (Patterson, 2007). Şizofreni tanılı bireyler için sanat unsurunu oluşturma sürecinin bile tedavi edici bir süreç olduğu, hastaların

bu süreçle ilgili sözel paylaşımlarının iyileştirici özellik taşıdığı vurgulanmaktadır (Sarandöl ve diğerleri, 2013).

Özellikle grup sanat terapisi, şizofreninin tanı ve tedavisinde bütüncül yaklaşım çerçevesinde uygulanan yararlı bir yardımcı yöntem olarak kabul edilmektedir. Grup sanat terapisinin yaratıcı potansiyellerin gelişimine, benlik saygısı ve özgüvenin yeniden inşasına katkı sağladığı, şizofreni hastalarının damgalanmasının ortadan kaldırılmasını ve hastaların toplumla sosyal olarak yeniden bütünleşmesini kolaylaştırdığı ifade edilmektedir (Gajic, 2013). Bu anlayışla grup sanat terapisi programının kullanıldığı bir çalışmada müdahale grubunda bulunan şizofreni tanılı bireylerin negatif belirtiler, motivasyon ve sosyal işlevsellik, kişilerarası ilişkiler ve öz bakım gibi konularda kontrol grubuna göre önemli ölçüde daha fazla gelişme gösterdiği belirlenmiştir (Cho ve Lee, 2018). Şizofreni hasta ve yakınlarına yönelik sanatla tedavi ve yaratıcılık yöntemlerinin kullanıldığı başka bir çalışmada, sanat terapisinin hastaların toplumsal işlevsellikleri başta olmak üzere negatif ve depresif belirtilerinin düzelmesine katkıda bulunduğu gösterilmiştir (Sarandöl ve diğerleri, 2013). Beş yıllık bir süre boyunca özel bir psikiyatri hastanesinde sanat temelli yaratıcı terapilere katılan 403 ruhsal hastalığa sahip bireyin incelendiği bir diğer çalışmada ise; davranışsal, bilişsel ve sosyal alandaki belirtiler ile depresyon, anksiyete ve stres puanlarının anlamlı bir şekilde azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Caddy ve diğerleri, 2012).

2.6. Sanat Terapisi ve Psikiyatri Hemşireliği

Sanat terapisi ülkemizde az sayıda sanat terapisti olmak üzere çoğunlukla psikolog, sosyal çalışmacı, öğretmen, sanatçı, hemşire gibi meslek üyeleri tarafından uygulanmakta (Eren, 2019) ve NIC’te yer almaktadır (Eren, 2015). Hemşirelik bakımında sanat ve dışavurumcu sanat terapisi hakkındaki mevcut bilgileri tanımlamak amacıyla gerçekleştirilen bir kapsam belirleme çalışmasında 2010 ile 2020 yılları arasında yayınlanan 42 çalışma ele alınmış ve hem sanatın hem de dışavurumcu sanat terapisinin bir hemşirelik müdahalesi olarak toplum düzeyinde koruyucu sağlık hizmetleri ve rehabilitasyonun yanı sıra hastanelerde ve diğer bakım kurumlarında kullanıldığı ifade edilmiştir (Vaartio-Rajalin ve diğerleri, 2021). Sanat terapisi hemşirelerin uygulamada yetenek ve görev tanımını kapsayıcı bir uygulama olmakla beraber, hemşirelik bakımının kalitesini arttıran önemli bir alandır. Hemşirelerin mesleki doyum sağlamasına ve bakım verilen bireyin biyopsikososyal açıdan değerlendirilmesine katkıda bulunmaktadır. Sanat terapisi aracılığı ile hemşireler problemlere yaratıcı çözüm

önerileri getirebilmektedir (Eren, 2015). Sanat terapisi özellikle psikiyatri hemşireleri tarafından rahatlıkla kullanılabilir bir terapi çeşididir. Bir psikiyatri hemşiresi hastadan veri toplarken hastanın hangi sanatsal faaliyete yatkın olduğunu keşfedebilir ve o faaliyeti bakımına dahil edebilir. Böylece hemşire hastanın olası korkularını, endişelerini açığa çıkarabilir ve paylaşım esnasında olumlu geri bildirimler vererek hastanın iyileşmesini hızlandırabilir (Lane, 2005).

2.7. Watson'ın İnsan Bakım Modeli

Jean Watson tarafından 1975-1979 yılları arasında geliştirilen WİBM, hasta olan bireylerin psikososyal açıdan güçlendirilmesinde ve yaşam kalitesinin artırılmasında kullanılan bir kuramdır (Suliman ve diğerleri, 2009). WİBM, deneysel, estetik, etik-felsefi ve kişisel bilme yollarını kabul ederek, insanın özgünlüğü ve yaşam deneyimlerinin önemi üzerinde durmaktadır (Kol, 2017). Daha insancıl ve bütüncül bir felsefe ile Watson kuramında, hemşireliği bir insan bilimi ve sanatı olarak tanımlamış ve bakımı hemşireliğin vazgeçilmezi olarak ifade etmiştir (Pajnkihar ve diğerleri, 2017). Watson'ın kuramında hemşirelik, bireyin zihin, beden ve ruh içinde yüksek bir uyum seviyesine ulaşmasına yardımcı olmak olarak tanımlanmıştır (Suliman ve diğerleri, 2009). Bu uyum seviyesine ulaşılabilmesi için kuramda üç temel kavramdan söz edilmektedir. Bunlar "kişilerarası bakım ilişkisi", "bakım durumu ve bakım anı", "iyileştirme süreçleri"dir (Watson, 2012).

2.7.1. Kişilerarası bakım ilişkisi

Kişilerarası bakım ilişkisi, fiziksel olarak orada bulunmanın yanında birey ile birlik olma/bütünleşme olarak tanımlanmaktadır (Watson, 2012). Watson'a göre kişilerarası bakım ilişkisi hemşire ve bakım alan birey arasında sevgi dolu, samimi, doğal, güvenilir bir ilişki olarak tanımlanan otantik bir ilişki kurulmasını sağlayan özel bir iletişim yöntemidir (Lukose, 2011; Smith ve Parker, 2015; Watson, 2018). Kişilerarası bakım ilişkisinde hemşire ile birey arasında yüksek düzeyde bir enerji alanı oluşur. Bu enerji birey ve hemşirenin benliğinde manevi bir bağ kurar ve onları "şu an"ın çok ötesine götürür. Kişilerarası bakım ilişkisinin amacı bireyin benlik saygısını, onurunu, insani ve manevi değerlerini, bütünlüğünü korumak ve yükseltmektir (Kol, 2017; Cara, 2003). Kişilerarası bakım ilişkisinde hemşire hastanın varoluşsal alanına girer ve bireyi hissederek (Watson, 2015). Bireyin varoluşsal alanı, duyguları, gereksinimleri, düşünceleri, manevi ihtiyaçları, hedefleri

ve beklentilerinden oluşmaktadır ve her bireyin kendine özgü varoluşsal alanı bulunmaktadır (Cara, 2003; Smith ve Parker, 2015). Bireyin varoluşsal alanına ulaşılabilmesi için aşağıdaki soruların yol gösterici olacağı ifade edilmektedir (Okumuş ve Boz, 2020).

- Bana kendinizden bahseder misiniz?
- Yaşam deneyimlerinizden bahsedebilir misiniz?
- Bedensel olarak hissettiklerinizden bahsedebilir misiniz?
- Manevi ve kültürel inançlarınızdan bahsedebilir misiniz?
- Hedeflerinizden ve beklentilerinizden bahsedebilir misiniz?

Kişilerarası bakım ilişkisinde, hemşirenin bireyin varoluşsal alanı ile bağlantı kurabilmesi ile iyilik hali, ağrı kontrolü, konfor sağlama gibi konularda çözüm yolu aranabilmekte ve bireyin güçlendirilmesi sağlanabilmektedir (Smith ve Parker, 2015; Watson, 2018).

2.7.2. Bakım durumu ve bakım anı

WİBM’de insan insana etkileşim sürecinin ilk aşaması olan "bakım anı" hemşire ile bireyin ilk karşılaştıkları andır (Kol, 2017). Watson bakım anını, hemşire ve bakım alanı birey arasında yaşamsal bir bilinç oluşmasını sağlayan durum olarak ifade etmektedir (Lukose, 2011; Watson, 2018). Hem birey hem hemşire "bakım anı" nı yaşarken kendine özgü yaşam deneyimleri ile oradadırlar. O anda öncelikli olarak hemşirenin bilinci, niyeti ve enerjik olarak varlığı gereklidir. Hemşire böylesi bir varlığı tüm benliği ile hastaya dokunması, duruşu, ses tonu, duyuları, seçtiği kelimeleri, hisleri ile hastaya yansıtabilir. Bakım ancak hemşirenin bireyin yaşam alanına veya varoluşsal alanına girmesi ile başlayabilir (Kol, 2017). Hemşire bireyin varoluş (ruh) durumunu belirler, bunu hisseder ve karşılık verir (McEwen, 2007). Bakım anında hemşirenin bilinci zaman ve mekânın ötesine geçer, bilinç bedenden ayrılır. Hemşire bilinci ile hastanın dünyasındadır ve sessizlikte bile hastası ile konuşur durumdadır, bilinç sayesinde hastasının ruhunun gizemini görür (Watson, 2012; Kol, 2017).

2.7.3. İyileştirici faktörler ve iyileştirici süreçler

Watson tarafından hemşirelik fenomeni için bir biçim sağlamak amacıyla 1979 yılında iyileştirici faktörler geliştirilmiştir. 1985–1988 yılları arasında Watson faktör kelimesinin

anlamının durgun olduğunu ifade ederek "iyileştirici faktörler"i "iyileştirici süreçler" olarak genişleterek daha dinamik bir hale getirmiştir (Kol, 2017; Pajnkihar, 2017; Norman, Rossillo ve Skelton, 2016). Watson iyileştirici süreçleri yaratıcı problem çözme süreci olarak belirtmiş (Kol, 2017) ve profesyonel hemşireye kılavuzluk eden, hemşire hasta etkileşiminin nasıl olması gerektiğini açıklayan 10 temel iyileştirici süreç tanımlamıştır (Cara, 2003; Norman, Rossillo ve Skelton, 2016; Pajnkihar, McKenna, Štiglic ve Vrbnja, 2017; Saviato ve Leão 2016). Bunlar:

- İnsancılık-Adanmışlık
- İnanç-Umut
- Duyarlılık
- Yardım-Güven İlişkisi
- Olumlu olumsuz duyguların ifadesi
- Problem çözme
- Öğretme-Öğrenme
- İyileşme çevresi
- Gereksinimlere yardım
- Varlıksal-Fenomenolojik manevi boyutlara izin verme (Watson, 2018; Kol, 2017).

İlk üç süreç, bakım bilimi için felsefi bir temel oluşturmaktadır (Smith ve Parker, 2015). İyileştirici süreçler birbiri ile etkileşim içinde olup ayrı ayrı uygulanabileceği gibi bir bütün halinde de uygulanabilmektedir (Turkel ve diğerleri, 2017; Watson, 2018). Diğer taraftan iyileştirici süreçler sınırlandırıcı değildir, yaratıcı bir bakım sürecini desteklemektedir (Kol, 2017).

Hemşireler, kişilerarası bakım-iyileştirme yöntemleri ile bireyin uyumunu, konforunu artırabilmekte ve bireyde içsel iyileşme sağlayabilmektedir. Kuramda önerilen kişilerarası bakım iyileştirme yöntemleri:

- İşitsel yöntemlerin bilinçli kullanımı: Doğa, rüzgâr veya deniz sesi, ilahi müzikler.
- Görsel yöntemlerin bilinçli kullanımı: Işık, renk, biçim, doku ve sanatsal çalışmalar.
- Koku ile ilgili yöntemlerin bilinçli kullanımı: Aromaterapi, nefes egzersizleri.
- Dokunma yöntemlerinin bilinçli kullanımı: Akupresür, ayak refleksolojisi shiatsu ve terapötik masaj, beden terapileri.

- Tat alma yöntemlerinin bilinçli kullanımı: Diyetin düzenlenmesi ile besinlerle doğal yoldan yeterli miktarda alınamayan besinlerin alınması.
- Zihinsel-bilişsel yöntemlerin bilinçli kullanımı: Akıl ve hayal etmenin önemine odaklanma.
- Kinestetik (dokunsal) yöntemlerin bilinçli kullanımı: Temel cilt bakımı, masaj, hareket, dans, yoga Tai Chi, kinezyoloji, kayropraksi, reiki.
- Fiziksel, psikolojik ve sağaltıcı yapıya odaklanma: Bu odaklanma ile bir yöntem olarak bakım bilincinin kullanımıdır (Fawcett, 2005; Watson, 2012; Watson, 2018).

2.7.4. WİBM ve psikiyatri hemşireliği

Hemşirelikte modeller, kuramlara dayandırılmış bakım modelleri olarak kabul edilmektedir. Hemşirelik bakımında kuram ve modellerin kullanımının sağlıklı bireylerin/hastanın rahatı ve ihtiyaçlarının daha sistematik bir şekilde ve daha kısa sürede karşılanmasına, etkili bir bakım verilmesine olanak sağladığı belirtilmektedir. Ayrıca model kullanımı ile bakımda süreklilik sağlanarak bakım ekibinde anlaşmazlıkların/çelişkilerin en aza indirilmesi ve hemşirelik hedeflerinin daha anlaşılır hale getirilmesine katkıda bulunmaktadır (Alligood ve Tomey, 2006). Günümüzde hemşirelikte, teoriye dayalı olmayan bir eğitim ve uygulamadan söz etmek mümkün görünmemektedir. Hemşirelerin, verdikleri bakımı bilimsel bir temele dayandırabilmeleri, ne yaptıklarını ve neden yaptıklarını açıklayabilmeleri için teori kullanmaları gerekmektedir. Teori kullanımı hemşireliğin her alanında olduğu gibi psikiyatri hemşireliğinde de aynı düzeyde önemlidir. Ayrıca her disiplinde olduğu gibi psikiyatri hemşireliğinin sınırlarını belirleyebilmesi ve hemşirelik girişimlerine rehberlik etmesi için bir kuramsal çerçeveye gereksinim duyulmaktadır (Güner ve Pehlivan, 2016). Watson'a göre hemşirelik bedensel, akılsal, ruhsal ve sosyokültürel yollarla iki kişinin karşılıklı etkileşimi ile bilimsel, estetik, etik ve profesyonel olarak bireyselleşmiş kişiler arası bir süreçtir. Bu süreçte birey-hemşire ilişkisi ile bireyin kendi kendini iyileştirme kapasitesi artabilir (Gümüş, 2021). Psikiyatri hemşireliğinin felsefesine göre ise; bireyde var olan değişim ve gelişim potansiyeli kişiler arası ilişki yoluyla artırılabilir (Çam, 2016). Bu açıdan WİBM ile psikiyatri hemşireliğinin temel aldığı noktalar benzerdir denilebilir. Bu nedenle WİBM'nin psikiyatri kliniklerinde kullanılması önerilmektedir. Aktaş ve diğerlerinin gerçekleştirdiği bir olgu sunumunda şizofreni tanılı bir bireye WİBM çerçevesinde kliniğe, tedavi ekibine ve tedavisine uyumuna yönelik bakım

verilmiş ve şizofreni tanılı bireyin özgüveni, özbakım davranışları ve baş etme becerilerinin arttığının gözlemlendiği ifade edilmiştir (Aktaş, Arabacı ve Dülgerler, 2020).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma nicel araştırma yöntemlerinden ön test-son test ve izlem desenli randomize kontrollü deneysel bir araştırma olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırma Yeri ve Özellikleri

Araştırma Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Yenimahalle Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM)'nde yürütülmüştür. Yenimahalle TRSM; Ankara ilinde kayıtlı en fazla Şizofreni tanılı birey olan iki TRSM'den biri olması, pandemiden dolayı iki yıldır (2020'den beri) hiçbir sosyal uygulama yapılmamış olması ve TRSM'nin fiziki şartlarının gerçekleştirilecek uygulama için uygun olması gibi değişkenler gözetilerek belirlenmiştir.

Kısa süre önce hastaneden taburcu olmuş, şizofreni ve bipolar bozukluk nedeniyle tedavi ve psikososyal desteğe ihtiyaç duyan, işlevselliği ciddi düzeyde azalmış bireyler takip ve tedavi amacıyla Yenimahalle TRSM'ye kabul edilmektedir. Hastalar, bireysel başvurularıyla, taburculuk sonrası doktorun yönlendirmesiyle ve TRSM personelinin ev ziyaretleriyle TRSM'ye kayıt yaptırabilmektedir.

Araştırmanın yürütüldüğü Yenimahalle TRSM Ankara ili şehir merkezinde bahçe içinde iki katlı müstakil bir yapıdır. TRSM'nin fiziki yapısı içinde giriş ve karşılama alanı, genel toplantı ve eğitim salonu, uğraş salonu, yemek alanı ve beceri eğitimi mutfağı, tedavi ve gözlem odası, görüşme odası, ekip, hasta, kadın ve erkekler için ayrı ayrı lavabo ve tuvalet bulunmaktadır. WİBM'ye temellendirilmiş görsel sanatlar grup terapisi ikinci katta bulunan eğitim odasında gerçekleştirilmiştir. Eğitim odası yetkililerle görüşülerek sanat terapisi için uygun hale getirilmiş ve şizofreni tanılı bireylerin birbirleri ile etkileşimlerinin artırılması için sandalyeler masa etrafında çember olacak şekilde konumlandırılmıştır.

TRSM'de bir yıllık rotasyon halinde çalışan bir psikiyatrist, bir psikolog, bir sosyal çalışmacı, iki hemşire, bir güvenlik görevlisi, iki yardımcı personel, bir yemek servis elemanı (yemek saatlerinde) görev yapmaktadır. Pandemiden önce seramik, el işleri, resim yapma gibi uğraşlar için halk eğitim merkezinden haftanın belli günlerinde öğretmenler görev yapmakta iken bu çalışmanın yürütüldüğü dönemde herhangi bir sosyal faaliyet

gerçekleştirilmemiştir. Psikiyatrist TRSM'nin genel işleyişinin organizasyonundan sorumlu olup, hastaların tedavi takibini sağlamakta ve gezici ekip faaliyetlerinde (ev ziyareti) bulunmaktadır. Sosyal çalışmacı, psikolog ve hemşirenin sorumlulukları ise TRSM'ye başvuran hasta ve yakınlarına merkezin amacı ve çalışmaları ile ilgili bilgi verme, bireysel danışmanlık sağlama, ev ziyaretinde bulunma, yatarak tedavi görmesi gereken hastayı kliniğe yönlendirme, hasta ile ayrıntılı anamnez alma, iç görü değerlendirme, risk değerlendirme, pozitif ve negatif sendrom ölçeği gibi ölçekleri uygulama ve belirli aralıklarla izleme, merkeze devam etmeyen hastaların aileleriyle temasa geçerek hastanın merkezle bağlantısını sürdürme faaliyetleridir. Ayrıca hastaların tedavileri ve ilaç takibi hemşireler tarafından yapılmaktadır. TRSM'de hemşirenin çalışma saati 08.00–16.00'dır. Merkezde bireysel ya da grup olarak yürütülmekte olan, yapılmış veya planlanan her hangi bir sanat terapisi programı bulunmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 01 Haziran 2022 tarihi itibarıyla Yenimahalle TRSM'ye kayıtlı olan ve şizofreni tanısı almış 317 birey oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü "G.*Power-3.1.9.2" paket programı kullanılarak belirlenmiştir. Ölçüm aracı, örneklem grubu ve uygulanan girişim yönünden bu araştırmaya benzer olan Gökçen ve diğerlerinin (2020) yürütmüş olduğu çalışma temel alınarak yapılan güç analizi sonucu $\beta=0,80$ güç ve $\alpha=0,05$ hata payı ile müdahale grubu için 31, kontrol grubu için 31 olmak üzere toplam 62 birey örneklem için yeterli bulunmuştur.

Deneysel bir çalışmada kayıpları %10 ya da %15' in altında tutmak için kayıplara bağlı yanlılığı kontrol etmede örneklem büyüklüğünü artırmanın yararlı olduğu vurgulanmaktadır (Ron ve diğerleri, 2012; Akın ve Koçoğlu, 2017). Bu bilgiler ışığında, şizofreni hastalığının doğası ve pandemi şartlarından dolayı da gruptan ayrılmalar olabileceği göz önünde bulundurularak örneklem sayısı %15 arttırılarak, müdahale grubuna 36, kontrol grubuna 36 birey olmak üzere toplam 72 bireyin çalışmaya dahil edilmesi planlanmıştır. Beş şizofreni tanılı bireyin COVID olma (1), başka bir şehre taşınma (2), işe başlama (1), bakım veren konumuna geçme (1) gibi nedenlerle çalışmaya katılmaktan vaz geçmesi sonucu müdahale grubu 34, kontrol grubu 33 olacak şekilde 67 birey ile çalışma tamamlanmıştır.

Çalışma tamamlandıktan sonra G*Power 3.1.9.7 programı ile gruplar arasındaki ÇBASDÖ puanı bakımından farklılık tespiti için tip 1 hata $\alpha=0,05$ ve effect size $f=1,2800$ değerine göre güç düzeyi=1,000 olarak tespit edilmiştir. Gruplar arasındaki ŞİİÖ puanı bakımından farklılık tespiti için ise; tip 1 hata $\alpha=0,05$ ve effect size $f=0.5341$ değerine göre güç düzeyi=0,9995 olarak saptanmıştır.

3.3.1. İşleme kriterleri

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olma
- DSM-5'e göre şizofreni tanı kriterlerini karşılamış ve şizofreni tanısı almış olma
- 18 yaş ve üzerinde olma
- Remisyonda olma (Kurumda hastayı takip eden psikiyatri doktoru tarafından bildirilen)
- Orta ve yüksek düzey içgörüyeye sahip olma (Kurumda uygulanan iç görü değerlendirme ölçeği sonucuna göre psikiyatri doktoru tarafından bildirilen)
- Yönergeleri ve kullanılan veri toplama formlarını okuyabilme ve anlayabilme

3.3.2. Dışlama kriterleri

- Şizofreni tanısına ek olarak psikotik özellikte bir ruhsal bozukluk tanısı bulunma
- Alkol ya da psikoaktif madde kullanma (Kurumda hastayı takip eden doktor/hemşire tarafından bildirilen)
- Mental retardasyon (MR) ya da demans gibi iş birliğini olumsuz etkileyen bir problemi olma
- Kanseri gibi ağır bir fiziksel hastalığa sahip olma
- Görsel, işitsel, konuşma (sözel) ve üst ekstremiteler ile ilgili hareket kısıtlılığına sahip olma
- Daha önce bir sanat terapisi programına katılmış olma
- Çalışmanın devam ettiği dönemde herhangi bir bireysel terapiye veya grup terapisine devam ediyor olma

3.3.3. Çıkarılma kriterleri

- Herhangi bir nedenle iki ya da daha fazla sanat terapisi oturumlarına katılmama/katılamama
- Akut psikotik süreç içine girme

- Kliniğe yatış yapma
- Devam etmek istememe

3.4. Randomizasyon

Bu araştırmada, şizofreni tanılı bireylerin müdahale ve kontrol gruplarına ataması randomizasyon yöntemlerinden "basit rastgele randomizasyon yöntemi" ile yapılmıştır.

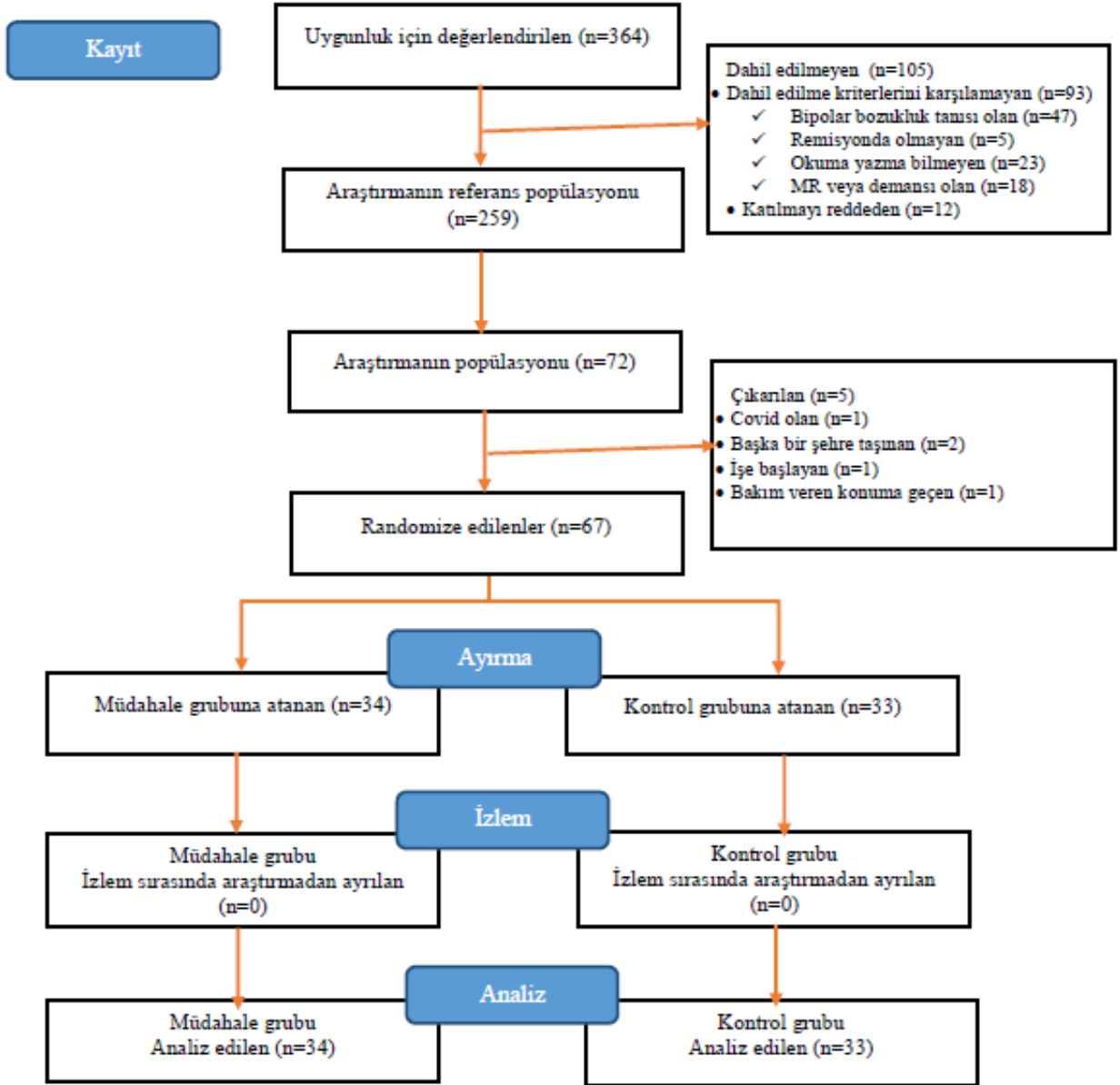
İçleme kriterlerini karşılayan 259 şizofreni tanılı birey (araştırmanın referans popülasyonu) içinden <https://www.random.org/integers/> adresi kullanılarak 72 birey (araştırmanın popülasyonu) belirlenmiştir. Bu bireylerden beşi çalışmanın başında çeşitli nedenlerle araştırmaya katılamayacaklarını bildirmişlerdir. Araştırmaya katılmayı kabul eden 67 şizofreni tanılı birey araştırmacı dışında bir kişi tarafından bir excel tablosunda numaralandırılmış ve çıktı alınması sağlanmıştır. Randomizasyon yine <https://www.random.org/integers/> adresi kullanılarak gerçekteşirilmifitir. Programda gerekli veriler girildikten sonra iki grup oluşturulmuştur. Excel tablosundaki hasta numaraları ile oluşturulan numaralar eşleştirilmifitir. Üzerinde müdahale grubu için "bir", kontrol grubu için "iki" yazan iki opak zarfa hastaların isim listeleri konularak zarflar kapatılmıştır. Yanlılığın kontrol altında tutulması için hasta listesinin oluşturulması, numaralandırılması ve opak zarflara yerleştirilmesi psikiyatri hemşireliği alanında bilim uzmanı olan üçüncü bir araştırmacı tarafından yapılmış, araştırmacı bu süreçte yer almamıştır.

Bu araştırmada müdahale ve kontrol grubuna kimlerin dâhil olduğu, bireylerin araştırmaya kaydedildikten sonra araştırmacı tarafından zarfların açılması sonucunda belli olmuştur. Grup terapisinde grubun 8-12 kişiden oluşması önerildiği (Kağnıcı, 2019) için müdahale grubu üç gruba bölünmüştür. Hangi bireyin hangi grupta olacağı da yine <https://www.random.org/integers/> adresi kullanılarak "basit rastgele randomizasyon yöntemi" ile belirlenmiştir. Araştırmacının hem uygulayıcı hem de verilerin değerlendirilmesi kısmında bulunması ve kontrol grubuna herhangi bir girişim uygulanmaması nedeniyle araştırmanın sonraki kısımlarında körleme yapılamamıştır.

3.4.1. Geçerlik ve güvenirlik

Çalışmada iyi psikometrik özellikler gösteren lme araçları kullanılmıştır. Gönüllü katılımcılar müdahale ve kontrol gruplarına rastgele atanmıştır. Randomizasyon sonrası grupların homojenitesini doğrulamak için müdahale ve kontrol gruplarında kategorik ve sürekli bağımsız değişkenlerin karşılaştırmaları yapılmıştır (izelge 4.1.). Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, birlikte yaşanılan kişi gibi tanımlayıcı özellikler açısından müdahale ve kontrol grupları birbirine benzerdir. Yalnızca destek alınan kimse varlığı ve TRSM'ye devam etme süresi kontrol grubunda daha yüksektir.

Verilerin analizi müdahale ve kontrol grubu atamasını bilmeyen bir istatistiki tarafından yapılmıştır. Veri kontaminasyonunu önlemek için uygulama sürecince müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin farklı günlerde kuruma gelmeleri sağlanmıştır. Yanlılık riskinin değerlendirilmesinde randomize kontrollü çalışmalarının her bir adımının Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT)'a göre yürütülmesi önerilmektedir (Kenneth ve diğerleri, 2010). Bu nedenle alışma, CONSORT 2010'a göre rapor edilmiştir (Ek-1). Buna göre araştırmanın CONSORT şeması şekil 3.1.'de yer almaktadır.



Şekil 3.1. Araştırmanın CONSORT şeması

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Görsel Sanat Terapisi

Bağımlı değişkenler: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği'nden alınan puanlar

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri "Katılımcı Bilgi Formu", "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" ve "Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği" ile toplanmıştır.

3.6.1. Katılımcı Bilgi Formu (EK-2)

Katılımcı Bilgi Formu (KBF) araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Ching-Teng ve diğerleri, 2019; Demir ve Demir, 2018; Bulduk ve diğerleri, 2017; Demir, 2017) oluşturulmuş olup, hastaların bireysel özellikleri ve hastalık durumlarına ilişkin toplam 13 sorudan oluşmaktadır. Formda, hastaların bireysel özellikleri ile ilgili sorular yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, birlikte yaşanılan kişiler ve destek alınan kişinin varlığına yöneliktir. Hastalık durumuna ilişkin sorular ise; hastalığın süresi, TRSM'ye devam etme süresi, ek bir ruhsal veya kronik hastalık öyküsü ve ailede ruhsal bir hastalık öyküsü ile ilgilidir.

3.6.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK-3)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) 1988 yılında Zimet ve diğerleri tarafından geliştirilmiştir (Zimet ve diğerleri, 1988). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2001 yılında Eker ve diğerleri tarafından gerçekleştirilmiştir (Eker ve diğerleri, 2001). Toplam 12 sorudan oluşan ölçek 7'li likert tipinde değerlendirilmektedir. Katılımcı algıladığı desteği ifade etmek amacıyla "Kesinlikle Hayır"dan "Kesinlikle Evet"e kadar olan seçeneklerden birini seçmektedir. Ölçek; destek kaynaklarını yansıtan aile, arkadaş ve özel kişi desteği olmak üzere üç alt ölçekten oluşmaktadır.

Aile desteği (3., 4., 8., 11. maddeler)

Bu alt ölçek bireyin ailesinin vermiş olduğu sosyal desteği algılamasını, yaşadığı sorunları onlarla paylaşmasını inceleyen sorulardan oluşmaktadır. Bu alt ölçekten en düşük 4 puan, en yüksek 28 puan alınmaktadır. Bireyin ailesinin sosyal desteğini algılaması yüksekse bu alt ölçekten yüksek puan almaktadır.

Arkadaş Desteği (6., 7., 9., 12. maddeler)

Bu alt ölçek bireyin arkadaşlarının vermiş olduğu sosyal desteği algılamasını, yaşadığı sorunları onlarla paylaşmasını değerlendiren sorulardan oluşmaktadır. Bu alt ölçekten en düşük 4 puan, en yüksek 28 puan alınmaktadır. Bireyin arkadaşlarından aldığı sosyal destek yüksekse bu alt ölçekten yüksek puan almaktadır.

Özel kişi desteği (1., 2., 5., 10. maddeler)

Bu alt ölçekte bireyin özel kişi olarak değerlendirdiği (flört, komşu, nişanlı, sözlü, doktor gibi) bireylerden algıladığı sosyal desteği ve yaşadığı sorunları onlarla paylaşmasını inceleyen sorular bulunmaktadır. Bu alt ölçekten en düşük 4 puan, en yüksek 28 puan alınmaktadır. Bireyin özel kişi olarak değerlendirdiği bireyden aldığı sosyal destek yüksekse bu alt ölçekten yüksek puan almaktadır.

Ölçeğin toplam puan hesaplaması ise alt ölçeklerden alınan puanların toplanması ile elde edilmektedir. Ölçekten toplam alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 84'tür. Ölçeğin kesme noktası olmayıp, ölçekten elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin de yüksek olduğunu göstermektedir. Zimet ve diğerleri (1988) tarafından geliştirilen ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,85; alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları sırasıyla 0,85/ 0,75/ 0,72 olarak hesaplanmıştır. Eker ve diğerleri geçerlik ve güvenirlik çalışması sonucunda ölçeğin Cronbach alfa katsayısının 0,89 olduğunu bildirmiştir (Eker ve diğerleri, 2001). Bu çalışmada ölçeğin ön test Cronbach alfa katsayısı 0,80; son test Cronbach alfa katsayısı 0,93; izlem Cronbach alfa katsayısı ise 0,93 olarak bulunmuştur. Bu değerlerin genellikle kabul edilebilir değer olan 0,70'den (Nunnally, 1978) yüksek olduğu görülmektedir.

3.6.3. Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (EK-4)

Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİİÖ) ilk defa Llorca ve diğerleri tarafından 2009 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği Emiroğlu tarafından 2009 yılında yapılmıştır. Ölçek 19 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir. Ölçekte her madde için beş değerlendirme düzeyi bulunmaktadır. 1. düzey (yok) en düşük düzey iyileşmeyi belirtirken, 5.düzye (mükemmel derecede var), ideal işlev düzeyine karşılık gelmektedir. 2. Düzey (kısmen var), 3. Düzey (yeterince var), 4.düzey (neredeyse tamamen var)'den oluşmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar işlevselliğin yüksek olduğunu,

ölçekten alınan düşük puanlar ise işlevselliğin düşük olduğunu göstermektedir. İki düzey arasında kalındığında düşük olan düzey seçilmektedir. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 95, minimum puan ise 19'dur (Emiroğlu, 2009).

Ölçek dört alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar: sosyal işlevsellik, sağlık ve tedavi, günlük yaşam becerileri ve mesleki işlevselliktir. Sosyal işlevsellik alt ölçeğinden minimum 7 puan maksimum 35 puan, sağlık ve tedavi alt ölçeğinden minimum 4 puan maksimum 20 puan, günlük yaşam becerileri alt ölçeğinden minimum 6 puan maksimum 30 puan, mesleki işlevsellik alt ölçeğinden minimum 2 puan maksimum 10 puan alınmaktadır. Ölçekte her maddenin değerlendirilmesi ile ilgili görüşmeciye yardımcı olacak soru maddeleri yer almaktadır. Ölçeğin Türkçe formunun güvenilirlik çalışmasındaki Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur (Emiroğlu, 2009). Bu çalışmada ön test Cronbach alfa katsayısı 0,90; son test Cronbach alfa katsayısı 0,94; izlem Cronbach alfa katsayısı ise 0,94 olarak bulunmuştur.

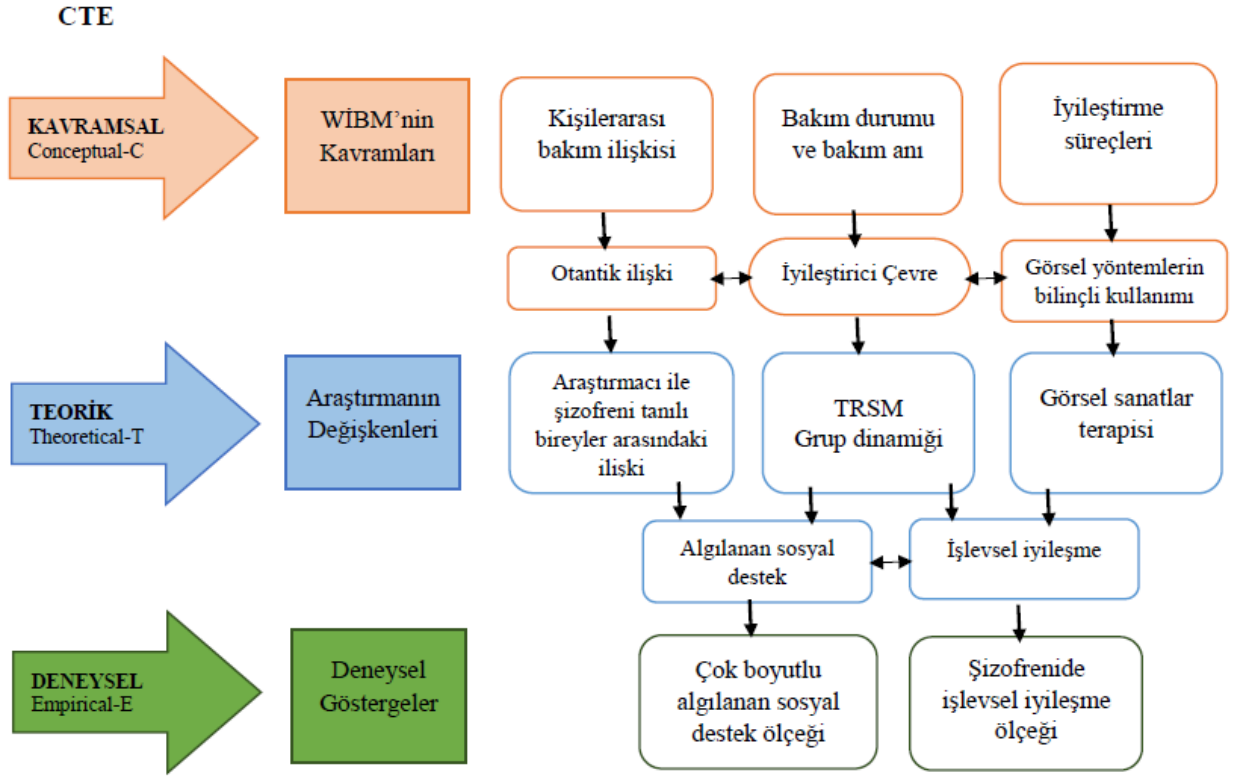
3.6.4. WİBM'ye temellendirilmiş görsel sanatlar grup terapisi programının geliştirilmesi

Ön hazırlık

WİBM'ye temellendirilmiş görsel sanatlar grup terapisi programını uygulayacak olan araştırmacı sanat terapisi alanında birçok kurs ve sertifika programına katılmıştır. Araştırmacı 'Sanat Terapi Uygulayıcı Sertifikası'na sahiptir (EK-5).

Programın oluşturulması

WİBM'ye temellendirilmiş görsel sanatlar grup terapisi programı araştırmacının katıldığı sertifika programlarından, atölye çalışmalarından ve literatürden yararlanılarak oluşturulmuştur (Degges-White ve Davis, 2019; Kağnıcı ve diğerleri, 2019; Watson, 2012; Kol, 2017). WİBM'ye temellendirilmiş görsel sanatlar grup terapisi programına ilişkin oluşturulan kavramsal-deneysel-teorik yapı "conceptual-theoretical-empirical structure" (C-T-E) Şekil 3.2.'de verilmiştir.



Şekil 3.2. Kavramsal-deneysel-teorik yapı

WİBM'ye temellendirilmiş görsel sanatlar grup terapisi programı, toplamda altı oturumdan oluşmuş ve oturumların her biri ortalama 90 dakika sürmüştür. Oturumlar başladıktan sonra her 30 dakika sonrasında beş dakikalık molalar verilmiştir. Oturumların konu başlıkları ve WİBM'nin görsel sanatlar grup terapisi programına yansımaları Çizelge 3.1'de gösterilmiştir. Her oturuma duygu durum kontrolü, bir önceki haftanın genel değerlendirmesi ve o günkü konunun paylaşılması ile başlanmıştır. O günkü görsel sanat terapisi uygulandıktan sonra paylaşım yapılması ve oturumun özetlenmesi ile oturum sonlandırılmıştır (Ek-6).

Çizelge 3.1. WİBM'nin görsel sanatlar grup terapisi programına yansımaları

Oturum Sırası	Oturum Başlığı	Modelde Yer Alan Oturumda Kullanılacak İyileştirici Faktörler
1. Oturum:	Kendini Keşfetme ve Öz farkındalık	<ul style="list-style-type: none"> • İnsancılık-adanmışlık • Kendine ve başkalarına duyarlılık • Yardım ve güven ilişkisi
2. Oturum:	Çözülmemiş İlişkiler	<ul style="list-style-type: none"> • İnsancılık-adanmışlık • İyileşme çevresi • Kendine ve başkalarına duyarlılık
3. Oturum:	Olumlu Olumsuz Duygular	<ul style="list-style-type: none"> • Olumlu ve olumsuz duyguların ifadesi
4. Oturum:	Değişim İçin Güç Kazanma, Umut ve İnanç	<ul style="list-style-type: none"> • İnanç-Umut • Gereksinimlere Yardım
5. Oturum:	Problem Çözme	<ul style="list-style-type: none"> • Problem Çözme • Öğrenme-Öğretme
6. Oturum:	Yaşanılan Zorluklardan Anlam Bulma	<ul style="list-style-type: none"> • Varlıksal-Fenomenolojik manevi boyutlara izin verme

WİBM'ye temellendirilmiş görsel sanatlar grup terapisi programının kapsam geçerliliği

İlgili literatür doğrultusunda (Degges-White ve Davis, 2019; Kağnıcı ve diğerleri, 2019; Watson, 2012; Kol, 2017) hazırlanan WİBM'ye temellendirilmiş görsel sanatlar grup terapisi programının kapsam geçerliliğini sağlamaya yönelik oturumların içeriğinin tüm maddeleri, 01 Temmuz 2022 tarihinde Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalında öğretim üyesi olan yedi uzmanın görüşüne sunulmuştur. Uzmanlara tüm oturum basamaklarının yer aldığı bir puanlama formu iletilmiş ve içeriğin anlaşılabilirlik ve hastalara uygunluk yönünden değerlendirilmesi istenmiştir. İletilen formda, her bir oturum için oluşturulan 8 maddeyi kavramsal açıdan değerlendirerek 1- 4 arasında ["uygun değil (1 puan)", "uygun şekilde getirilmesi gerek (2 puan)", "uygun ancak ufak değişiklik gerekli (3 puan)" ve "çok uygun (4 puan)"] puanlamaları ve her bir maddeye ilişkin görüş ve önerilerini açıkça yazmaları talep edilmiştir. Uzmanlardan gelen görüşler doğrultusunda maddeler gözden geçirilerek gerekli değişiklikler yapılmış ve 25 Ağustos 2022 tarihinde kapsam geçerliği aşaması sonlandırılmıştır.

Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) kullanılmıştır. Oturumların her bir maddesi için Kapsam Geçerlik Oranlarının (KGO) ortalaması alınarak KGİ hesaplanmıştır. Her bir maddeyi değerlendirirken "a) Çok Uygun" veya "b) Uygun ancak ufak değişiklik gerekli" seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek her maddeye ilişkin KGİ elde edilmektedir. Her bir maddeyi değerlendirirken

$$KGO = \left[\frac{\text{uygun cevabı veren uzman sayısı}}{\frac{\text{toplam uzman sayısı}}{2}} - 1 \right] \quad (3.1)$$

formülü ile KGO oranları hesaplanmıştır.

Yedi uzman; her bir oturumda bulunan 8'er maddenin tamamı için "madde uygun ancak ufak değişiklik gerekli (3 puan)" ve "çok uygun (4 puan)" cevaplarını vermiştir. Maddeler için olumsuz cevap veren uzman bulunmamaktadır. Veneziano ve Hooper (1997) tarafından oluşturulan, $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde kapsam geçerlik oranları için minimum değerler tablosundan bakılarak minimum değer 0,99 (Çizelge 3.2.) olarak belirlenmiştir. Bu çalışmadaki WİBM'ye temellendirilmiş görsel sanatlar grup terapisi programının bütün oturumlarının KGİ'si 1 olarak bulunmuştur. KGİ>KGO (0,99) olduğu için oluşturulan programın kapsam geçerliği istatistiksel olarak anlamlı olarak değerlendirilmiştir. Uzmanların önerileri doğrultusunda WİBM'ye temellendirilmiş görsel sanatlar grup terapisi programına son şekli verilmiştir.

Çizelge 3.2. Kapsam geçerlik oranları (KGO) minimum değerler

Uzman Sayısı	Minimum Değer	Uzman Sayısı	Minimum Değer
5	0.99	13	0.54
6	0.99	14	0.51
7	0.99	15	0.49
8	0.78	20	0.42
9	0.75	25	0.37
10	0.62	30	0.33
11	0.59	35	0.31
12	0.56	40 ve üzeri	0.29

($\alpha=0.05$ anlamlılık düzeyinde) (Veneziano ve Hooper, 1997).

3.7. Ön Uygulama

Araştırmanın ön uygulaması 26 Ekim-18 Kasım 2022 tarihleri arasında Ankara ili şehir merkezinde bulunan, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Yenimahalle TRSM'de yürütülmüştür. İlgili kurumdan yazılı onay alındıktan sonra Yenimahalle TRSM'de takip edilen, işleme kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan şizofreni tanılı bireylerden 12 kişilik bir grup oluşturulmuştur. İlk görüşmede hastalar ile tanışılmış, hastalardan bilgilendirilmiş yazılı

onam alınmış ve ölçekler uygulanmıştır. Takip eden üç hafta boyunca haftada bir gün olmak üzere kapsam geçerliliği yapılmış olan WİBM'ye Temellendirilmiş Görsel Sanatlar Grup Terapisi programının ilk üç oturumu gerçekleştirilmiştir. Son oturumun akabinde hastalar ile vedalaşılmış ve ön uygulama sonlandırılmıştır. Ön uygulama sürecinde programın şizofreni tanılı bireyler için uygunluğu, anlaşılabilirliği, oturumların süresi değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda programın içeriğinde herhangi bir değişikliğe gereksinim duyulmamıştır. Ön uygulamadan elde edilen veriler çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.8. Uygulama

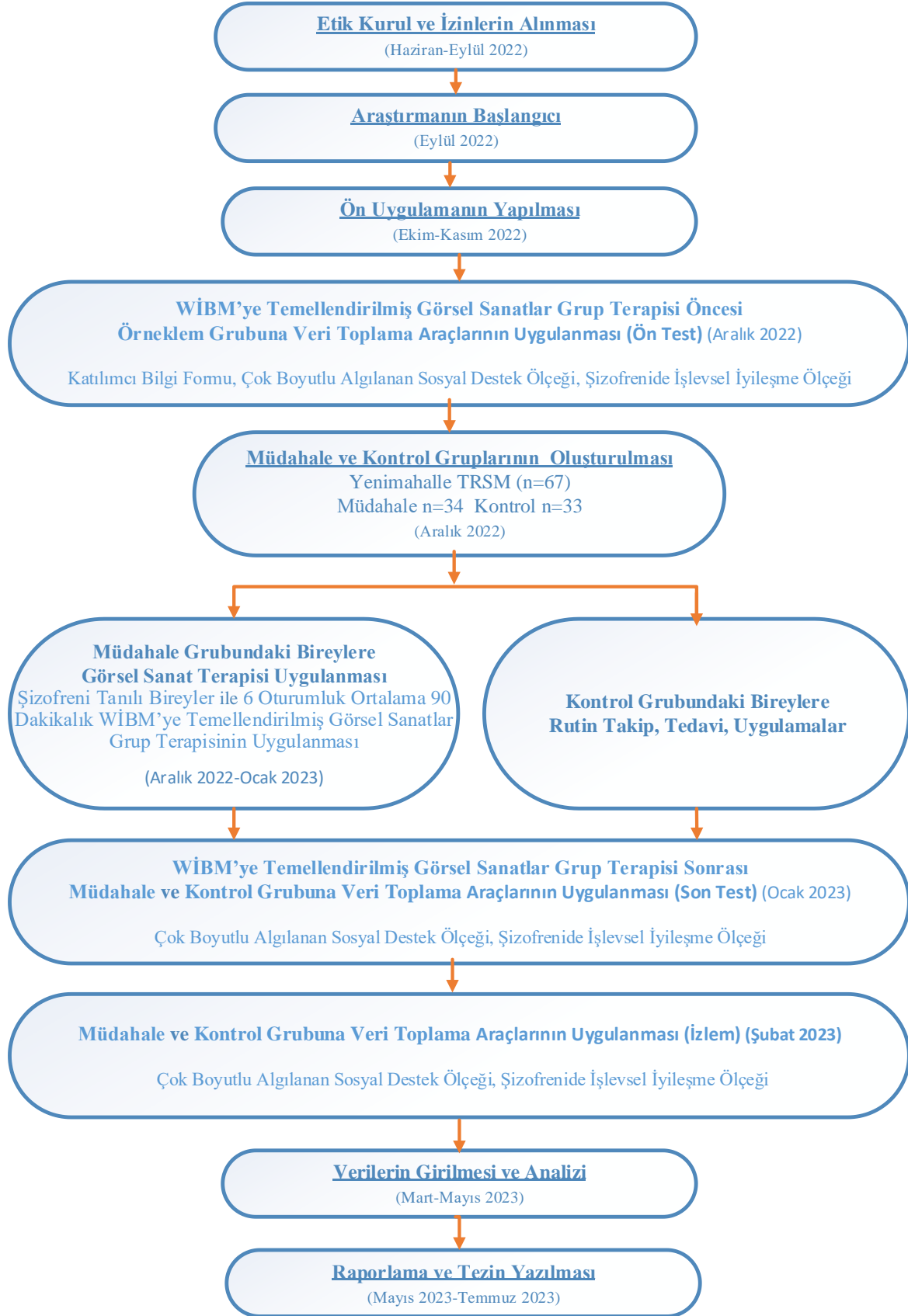
Araştırmanın uygulaması 14 Aralık 2022-19 Ocak 2023, izlem görüşmeleri ise 20-25 Şubat 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. Gerekli iziler alındıktan sonra Yenimahalle TRSM'ye gidilerek orada görev yapan çalışanlar ile tanışılmış ve iş birlikleri talep edilmiştir. Araştırma kapsamına alınan müdahale ve kontrol grubundaki bireylerle görüşme ve görsel sanat terapisi uygulaması Yenimahalle TRSM'de gerçekleştirilmiştir. Randomizasyon sonucunda örneklem grubuna alınan 72 bireyden beşi çeşitli nedenlerle araştırmaya katılamamıştır. Araştırmanın yürütüldüğü TRSM'de araştırmaya katılacak 67 bireye aynı hafta içerisinde araştırmacı tarafından araştırmanın amacı, nasıl yapılacağına ilişkin gerekli açıklamalar yapılarak yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Daha sonra tüm bireylere "KBF", "ÇBASDÖ" ve "ŞİİÖ" (ön test: görsel sanat terapisi programından bir hafta önce) uygulanmıştır. Ön test uygulamasını takip eden haftada, basit rast gele randomizasyon ile şizofreni tanılı bireyler müdahale (34) ve kontrol grubu (33) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Sonrasında müdahale grubundaki bireyler basit rastgele randomizasyon sonucu üç gruba ayrılmış ve her grup için haftada bir oturum olacak şekilde altı oturumluk "WİBM'ye Temellendirilmiş Görsel Sanatlar Grup Terapisi Programı" uygulanmıştır. Müdahale grubunun oturumları yaklaşık 90 dakika sürmüş ve şizofreni tanılı bireylerin dikkat sürelerinin kısa olabileceği göz önünde bulundurularak her 30 dakikada bir beş dakikalık molalar verilmiştir. Görsel sanat terapisi programı oturumlarının her biri; giriş, ısınma, ana uygulama ve paylaşım aşamalarından oluşmuştur. Katılımcıların oturumlar esnasında kullanacakları materyaller (boya, kalem, kağıt, makas, yapıştırıcı vb.) araştırmacı tarafından ücretsiz olarak sağlanmıştır. Sanat terapisi oturumlarında katılımı desteklemek ve motivasyonu arttırmak için grupla sıcak ve samimi bir güven ilişkisinin oluşturulması önemlidir. Bu nedenle katılımcılara oturumların sonunda ücreti araştırmacı tarafından karşılanmış olan ikramlıklar (pasta, kurabiye, meyve, meşrubat vb.) sunulmuştur. Ayrıca her

oturumdan bir gün önce bireyler telefonla aranarak oturumun zamanı ile ilgili hatırlatmalarda bulunulmuştur.

Watson'ın İnsan Bakım Modeli, iyileştirme süreçlerinin kullanılması yoluyla uygulamaya dönüşmektedir. Bu nedenle bu araştırmada, WİBM'de yer alan iyileştirme süreçlerinin tamamı kullanılmıştır (Ek-6). Aynı zamanda araştırmada kullanılmış olan görsel sanatlar modelde önerilen kişilerarası bakım-iyileştirme yöntemlerinden "Görsel yöntemlerin bilinçli kullanımı: Işık, renk, biçim, doku ve sanatsal çalışmalar" alanında yer almaktadır. Uygulama hastaların kayıtlı olduğu TRSM'de oturumun bölünmeyeceği geniş bir odada gerçekleştirilmiştir. Bu oda WİBM'de belirtilen iyileştirici faktörlerden biri olan iyileşme çevresi göz önünde bulundurularak düzenlenmiştir. Çünkü Watson'a göre bakım süreci fiziksel ya da iyileştirici çevreden etkilenmektedir. İyileştirici çevre, fiziksel, duygusal ve manevi anlamda konforlu bir çevredir (Watson, 2008). Çevre fiziksel olarak; temiz, güvenilir, konforlu, güzel kokan, bireyin ihtiyaçlarını karşılayabileceği bir çevre olmalıdır. Duygusal olarak; bireysel istekler doğrultusunda düzenlenen, sessiz, temiz, güzel kokan, huzurlu bir ortamda bir araya gelmelidir. Manevi olarak, bireylerin inançları doğrultusunda yapmak istediği bir şey varsa izin verilmeli ve uygun ortam sağlanmalıdır (Watson, 2008; Ozan, 2020). Hemşire iyileştirici bir çevre oluşturmak için; ışık gibi zararlı uyarıcıları, gürültü ve dağınıklığı yok etmelidir. Ortam sıcaklığı uygun olmalıdır. Çevre düzenli, çekici ve renkli olmalıdır (Watson, 2008). Bu özelliklere sahip bir çevre oluşturulması için TRSM yetkilileri ile görüşülmüş ve WİBM'de bahsi geçen çevrenin bütün şartları sağlanmıştır. Katılımcıların etkileşimlerinin artırılması ve terapi sırasında sözel olmayan iletişimlerinin ve sanatsal faaliyet sürecinin rahatlıkla takip edilebilmesi amacıyla daire şeklinde oturma biçiminde oturulması istenmiştir (Kağnıcı, 2019). Katılımcıların kendilerini rahatça açabilmeleri için uygulama sırasında katılımcılar ve araştırmacı dışında kimse terapi odasına alınmamıştır.

Kontrol grubundaki bireyler müdahale grubunun günlerinden farklı günlerde TRSM'ye devam etmiş, böylece müdahale grubu ile her hangi bir etkileşimleri olmamıştır. Müdahale grubuna uygulanan görsel sanatlar grup terapi programının devam ettiği altı haftalık süreç boyunca kontrol grubu yalnızca kurumdaki rutin takip, tedavi ve uygulamalara katılmıştır. Müdahale grubu ise hem araştırmacının yürütmüş olduğu görsel sanatlar grup terapi programına hem de kurumdaki rutin takip, tedavi ve uygulamalara katılmıştır. Müdahale grubuna uygulanan altı oturumluk görsel sanatlar terapi programı tamamlandıktan sonra aynı

hafta içinde hem müdahale grubuna hem de kontrol grubuna "ÇBASDÖ" ve "ŞİİÖ" ikinci kez uygulanmıştır (son test). Ölçeklerin uygulanmasından bir ay sonra (20 Şubat) araştırmaya katılan tüm bireyler aranarak izlem görüşmesi için TRSM'ye davet edilmiştir. Aynı hafta içinde müdahale ve kontrol grubuna ölçekler araştırmacı tarafından üçüncü kez uygulanmıştır (izlem). Toplam olarak araştırmaya katılan bireylere "KBF" birer kez, ölçekler ise üçer kez uygulanmıştır. İzlem görüşmesinden sonra kontrol grubundaki bireylerden gönüllü olan 13 katılımcıya müdahale grubuna uygulanan görsel sanatlar grup terapi programı uygulanmıştır. Araştırmanın akış şeması Şekil 3.3.'de ayrıntılı olarak göstermiştir.



Şekil 3.3. Araştırmanın akış şeması

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda elde edilen verilerin istatistiksel analizi için IBM SPSS Statistics 23 programından yararlanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) verilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken ölçümlerin normal dağılıma uygunluğu için Kolmogorov-Smirnov testinden yararlanılmış, uygun olmayan parametrelerin aritmetik ortalama, mod ve medyanın eşit ya da yakın olması, çarpıklık ve basıklık katsayılarının ± 1 sınırları içinde 0'a yakın olması, çarpıklık ve basıklık katsayılarının kendi standart hatalarına bölünmesi ile hesaplanan çarpıklık ve basıklık indekslerinin $\pm 1,96$ sınırları içinde 0'a yakın olması sebebiyle normal dağılımın uygunluğu kanıt olarak değerlendirilerek parametrik testlerden yararlanılmıştır (Tabachnick ve Fidell, 2013; McKillup, 2012; Wilcox, 2012; Howitt ve Cramer, 2011; Lind ve diğerleri, 2006).

İki grup arasında fark olup olmadığı bağımsız örneklem t testi ve ki kare analizi ile değerlendirilmiştir. Kategorik bağımsız değişkenler olan cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, birlikte yaşanan kişi, destek alınan kimsenin varlığı, ailede ruhsal hastalık öyküsü ve kronik hastalık öyküsü için çapraz tablolarda Ki-Kare testi kullanılmıştır. Sürekli bağımsız değişkenler olan yaş, hastalık süresi ve TRSM'ye devam etme süresi için Bağımsız Örneklem t testi ve Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Zamanlara göre değişim için ise tekrarlı ölçümler varyans analizinden yararlanılmıştır. Ölçeklerin zamana göre birbirleriyle değişim ilişkisini belirlemede regresyon analizi kullanılmıştır. Ayrıca ölçek ve alt boyutlar arasındaki ilişkinin incelenmesinde pearson korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Ölçeklerin güvenilirliğini değerlendirmek için Cronbach alpha katsayısı kullanılmış, anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

Gazi Üniversitesi Etik komisyonundan etik izin alınmıştır (EK-8). Ön uygulama ve uygulamanın yürütüleceği TRSM'nin bağlı bulunduğu hastaneden araştırmanın uygulamasının yapılabilmesi için yazılı izin alınmıştır (EK-9). Araştırmanın ön uygulamasına ve uygulamasına katılan bireylerden; araştırmanın amacı, uygulama yöntemi, süreci ve elde edilmesi planlanan sonuçlara ilişkin gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra,

yazılı bilgilendirilmiş onam (EK-10 ve EK-11) alınmıştır. Katılımcılara araştırmadan elde edilen verilerin sadece araştırma için kullanılacağı ve istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları bilgisi verilmiştir. Çalışma sonunda kontrol grubundaki bireylerden gönüllü olanlara müdahale grubuna uygulanan görsel sanatlar grup terapi programı uygulanmıştır. Ayrıca çalışmada kullanılacak veri toplama araçları için geçerlik güvenirlik çalışmasını yapan yazarlardan e-posta aracılığı ile izin alınmıştır (EK-12 ve EK-13).

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguları

Çizelge 4.1. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri

Değişkenler	Müdahale		Kontrol		İstatistiksel	
	Grubu		Grubu		Değerlendirme	
	$\bar{X}\pm SS$	Min.-Max.	$\bar{X}\pm SS$	Min.-Max.	Test	p
Yaş (yıl)	48,94±9,44	23-68	46,41±11,17	26-72	t = 0,999	0,321
Hastalık süresi (yıl)	21,27±12,96	1-44	22,32±11,49	1-42	t= -0,351	0,726
TRSM devam süresi (yıl)	4,76±3,06	1-10	7,03±4,08	1-17	Z= 2,357	0,018
Değişkenler	n	%	n	%		
Cinsiyet						
Kadın	12	36,4	8	23,5	$\chi^2=0,776^2$	0,378
Erkek	21	63,6	26	76,5		
Medeni durum						
Bekâr	25	75,8	27	79,4	$\chi^2=0,004^2$	0,948
Evli	8	24,2	7	20,6		
Eğitim durumu						
Okuryazar	2	6,1	0	0,0	$\chi^2=5,291^1$	0,259
İlkokul	9	27,3	4	11,8		
Ortaokul	5	15,2	6	17,6		
Lise	12	36,4	18	52,9		
Üniversite	5	15,2	6	17,6		
Çalışma durumu						
Evet	3	9,1	3	8,8	$\chi^2=0,000^2$	1,000
Hayır	30	90,9	31	91,2		
Gelir düzeyi						
İyi	5	15,2	5	14,7	$\chi^2=0,052^1$	0,974
Orta	21	63,6	21	61,8		
Kötü	7	21,2	8	23,5		
Birlikte yaşanan kişi						
Yalnız	2	6,1	0	0,0	$\chi^2=4,593^1$	0,204
Anne/Baba	10	30,3	17	50,0		
Eş/Çocuk	4	12,1	2	5,9		
Diğer	17	51,5	15	44,1		
Destek alınan kimsenin varlığı						
Var	2	6,1	10	29,4	$\chi^2=4,724^2$	0,030
Yok	31	93,9	24	70,6		
Ailede ruhsal hastalık öyküsü						
Var	22	66,7	22	64,7	$\chi^2=0,000^2$	1,000
Yok	11	33,3	12	35,3		
Kronik hastalık öyküsü						
Var	20	60,6	25	73,5	$\chi^2=0,750^2$	0,387
Yok	13	39,4	9	26,5		
Toplam	33	100,0	34	100,0		

\bar{X} : Ortalama, SS: Standart sapma, n: Sayı, %: Yüzde,

Min.: Minimum değer, Max.: Maksimum değer,

t: Independent samples t test, Z: Mann Whitney U test,

¹ χ^2 : Pearson Chi-square test, ² χ^2 : Chi-square test (Continuity Correction value)

Çizelge 4.1.'de katılımcıların tanımlayıcı özellikleri verilmiştir. Müdahale ve kontrol grubu katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, birlikte yaşanan kişi, ailede ruhsal hastalık öyküsü, kronik hastalık öyküsü ve hastalık süresi özellikleri açısından benzer olduğu ($p>0,05$) ancak destek alınan kimse varlığı ve TRSM'ye devam etme süresi bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunduğu belirlenmiştir (sırasıyla $\chi^2=4,7242$; $Z=2,357$; $p<0,05$). Buna göre, kontrol grubunda destek alınan kimse varlığı ve TRSM'ye devam etme süresi müdahale grubuna göre daha yüksektir ($p<0,05$).

4.2. Katılımcıların Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular

Çizelge 4.2. Katılımcıların ön test ölçek puanlarının dağılımı

	Değişkenler ve Alt Grupları	Müdahale		Kontrol		İstatistiksel	
		Grubu		Grubu		Değerlendirme	
		$\bar{X}\pm SS$	Min.-Max.	$\bar{X}\pm SS$	Min.-Max.	Test	p
ÖN TEST	ÇBASDÖ	31,24±7,36	18-46	30,91±8,02	16-49	t= 0,176	0,861
	Aile desteği	8,58±3,09	4-15	8,50±4,22	4-20	t= 0,084	0,934
	Arkadaş desteği	8,85±2,33	5-15	9,18±2,63	6-15	t= -0,539	0,592
	Özel kişi desteği	13,82±3,40	7-21	13,24±3,87	4-22	t= 0,654	0,516
	ŞİİÖ	41,39±8,97	28-60	45,74±9,74	30-69	t= -1,896	0,062
	Sosyal işlevsellik	14,70±2,90	9-22	15,29±2,93	11-24	t= -0,839	0,405
	Sağlık ve tedavi	9,33±2,84	4-15	10,44±3,12	4-16	t= -1,521	0,133
	Günlük yaşam becerileri	14,00±3,50	8-20	16,44±3,40	11-24	t= -2,894	0,005
	Mesleki işlevsellik	3,36±1,54	2-7	3,56±1,60	2-8	t= -0,509	0,612

\bar{X} : Ortalama, SS: Standart sapma,

Parametrik olan iki grup karşılaştırması t: Independent samples t test,

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

ŞİİÖ: Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

Çizelge 4.2.'de katılımcıların ön test ölçek puanlarının dağılımı yer almaktadır. Müdahale ve kontrol grubundaki katılımcıların ÇBASDÖ ve ŞİİÖ ön test puanları benzerdir (sırasıyla $t=0,176$; $t=-1,896$; $p>0,05$). Kontrol grubundaki katılımcıların ŞİİÖ günlük yaşam becerileri alt boyutu ön test puanları, müdahale grubununkinden istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksektir ($t= -2,894$; $p<0,05$).

Çizelge 4.3. Katılımcıların ön test, son test ve izlem ölçek puanlarının dağılımı

Değişkenler ve Alt Grupları	Gruplar	Ön Test		Son Test		İzlem		İstatistiksel Değerlendirme	
		$\bar{X} \pm SS$	Min.-Max.	$\bar{X} \pm SS$	Min.-Max.	$\bar{X} \pm SS$	Min.-Max.	F	p
ÇBASDÖ	Müdahale	31,24±7,36 ^a	18-46	53,70±5,94 ^b	40-66	55,09±5,84 ^c	40-66	676,094	<0,001
	Kontrol	30,91±8,02	16-49	30,26±6,58	18-46	29,68±6,50	17-44	4,130	0,021
Aile desteği	Müdahale	8,58±3,09 ^a	4-15	16,27±2,10 ^b	13-21	16,79±1,93 ^c	13-21	451,923	<0,001
	Kontrol	8,50±4,22	4-20	8,29±3,75	4-19	8,15±3,72	4-19	0,908	0,409
Arkadaş desteği	Müdahale	8,85±2,33 ^a	5-15	18,30±1,99 ^b	14-23	18,76±1,90 ^c	14-23	732,731	<0,001
	Kontrol	9,18±2,63	6-15	9,09±2,09	6-14	8,88±2,10	6-14	2,259	0,113
Özel kişi desteği	Müdahale	13,82±3,40 ^a	7-21	19,12±3,13 ^b	12-23	19,55±2,97 ^c	13-23	254,394	<0,001
	Kontrol	13,24±3,87	4-22	12,88±3,27 ^b	4-19	12,65±3,21 ^c	4-19	5,860	0,005
ŞiiÖ	Müdahale	41,39±8,97 ^a	28-60	60,36±7,69 ^b	44-72	62,18±7,17 ^c	49-74	702,566	<0,001
	Kontrol	45,74±9,44	30-69	45,91±9,44 ^b	31-67	45,09±9,35 ^c	31-67	5,129	0,009
Sosyal işlevsellik	Müdahale	14,70±2,90 ^a	9-22	20,64±3,27 ^b	15-28	21,27±3,03 ^c	15-28	531,574	<0,001
	Kontrol	15,29±2,93	11-24	15,44±2,71	12-22	15,21±2,78	11-22	1,448	0,243
Sağlık ve tedavi	Müdahale	9,33±2,84 ^a	4-15	13,94±1,98 ^b	9-16	14,48±1,79 ^c	11-17	161,730	<0,001
	Kontrol	10,44±3,12	4-16	10,32±3,19	4-16	10,09±3,13	4-16	2,032	0,139
Günlük yaşam becerileri	Müdahale	14,00±3,50 ^a	8-20	21,18±2,38 ^b	16-24	21,76±2,22 ^c	16-25	300,734	<0,001
	Kontrol	16,44±3,40	11-24	16,62±3,27	11-24	16,38±3,36	11-24	1,764	0,180
Mesleki işlevsellik	Müdahale	3,36±1,54 ^a	2-7	4,61±1,34 ^b	3-8	4,67±1,36 ^c	3-8	134,317	<0,001
	Kontrol	3,56±1,60	2-8	3,53±1,58	2-8	3,41±1,50	2-8	3,142	0,050

\bar{X} : Ortalama, SS: Standart sapma, Min.: Minimum değer, Max.: Maksimum değer,

Grup içi farkın hangi tekrardan kaynaklandığı Bonferroni Düzeltmesi ile hesaplanmıştır.

^{a,b,c}: Aralarında fark olan zamanların gösterimi: a (ön test), b (son test), c (izlem)

F: Tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi (Repeated Measures Two way ANOVA),

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

ŞiiÖ: Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

Çizelge 4.3.'te katılımcıların ön test, son test ve izlem ölçek puanlarının dağılımı verilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında zamana göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (sırasıyla F=676,094; F=451,923; F=732,731; F=254,394; p<0,05). Müdahale grubundaki katılımcıların ÇBASDÖ ve Aile desteği, Arkadaş desteği ve Özel kişi desteği alt boyutlarının son test ve izlem testi puan ortalamaları ön test puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksektir (p<0,05). Kontrol grubundaki bireylerde ise ÇBASDÖ ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamaktadır (F=4,130; p<0,05), ancak zamanlar arasında farklılık olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Kontrol grubundaki katılımcıların ÇBASDÖ izlem testi puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha düşüktür ($p<0,05$). Kontrol grubundaki katılımcıların ÇBASDÖ Aile desteği ve Arkadaş desteği alt boyut ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (sırasıyla $F=0,908$; $F=2,259$; $p>0,05$). Kontrol grubundaki katılımcıların ÇBASDÖ Özel kişi desteği alt boyut ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=5,860$; $p<0,05$). Özel kişi desteği alt boyut son test puan ortalamasının izlem testi puan ortalamasından daha düşüktür ($p<0,05$).

Müdahale grubundaki katılımcıların ŞİİÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasında zamana göre anlamlı bir fark saptanmıştır (sırasıyla $F=702,566$; $F=531,574$; $F=161,730$; $F=300,734$; $F=134,317$; $p<0,05$). Müdahale grubundaki bireylerin ŞİİÖ son test ve izlem testi puan ortalamaları ön test puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Müdahale grubundaki katılımcıların ŞİİÖ Sosyal işlevsellik, Sağlık ve tedavi, Günlük yaşam becerileri ve mesleki işlevsellik son test ve izlem testi puan ortalamaları ön test puan ortalamasından daha yüksektir ($p<0,05$). Kontrol grubundaki hastalarda ise ŞİİÖ ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=5,129$; $p<0,05$). Kontrol grubundaki katılımcıların izlem testi puan ortalaması son test puan ortalamasından daha düşüktür ($p<0,05$). Kontrol grubundaki bireylerin ŞİİÖ alt boyutlarında ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (sırasıyla $F=1,448$; $F=2,032$; $F=1,764$; $F=3,142$; $p>0,05$).

Çizelge 4.4. Katılımcıların ölçek puanlarının grup, zaman ve grup*zaman etkileşimleri

Ölçekler	Grup	Ön Test		Son Test		İzlem		Faktörler					
		$\bar{X} \pm SS$	Min.-Max.	$\bar{X} \pm SS$	Min.-Max.	$\bar{X} \pm SS$	Min.-Max.	Zaman		Grup		Grup*Zaman	
								F (sd)	p	F (sd)	p	F (sd)	p
ÇBASDÖ	Müdahale	31,24±7,36	18-46	53,70±5,94	40-66	55,09±5,84	40-66	553,993 (1,224)*	<0,001	106,340 (1, 65)	<0,001	654,539 (1,224)	<0,001
	Kontrol	30,91±8,02	16-49	30,26±6,58	18-46	29,68±6,50	17-44						
Aile desteği	Müdahale	8,58±3,09	4-15	16,27±2,10	13-21	16,79±1,93	13-21	354,564 (1,352)*	<0,001	51,779 (1, 65)	<0,001	409,349 (1,352)*	<0,001
	Kontrol	8,50±4,22	4-20	8,29±3,75	4-19	8,15±3,72	4-19						
Arkadaş desteği	Müdahale	8,85±2,33	5-15	18,30±1,99	14-23	18,76±1,90	14-23	559,832 (1,264)*	<0,001	155,824 (1, 65)	<0,001	607,569 (1,264)*	<0,001
	Kontrol	9,18±2,63	6-15	9,09±2,09	6-14	8,88±2,10	6-14						
Özel kişi desteği	Müdahale	13,82±3,40	7-21	19,12±3,13	12-23	19,55±2,97	13-23	175,671 (1,182)*	<0,001	33,337 (1, 65)	<0,001	249,326 (1,182)*	<0,001
	Kontrol	13,24±3,87	4-22	12,88±3,27	4-19	12,65±3,21	4-19						
ŞİİÖ	Müdahale	41,39±8,97	28-60	60,36±7,69	44-72	62,18±7,17	49-74	497,125 (1,310)*	<0,001	18,503 (1, 65)	<0,001	526,959 (1,310)*	<0,001
	Kontrol	45,74±9,44	30-69	45,91±9,44	31-67	45,09±9,35	31-67						
Sosyal işlevsellik	Müdahale	14,70±2,90	9-22	20,64±3,27	15-28	21,27±3,03	15-28	387,581 (1,678)*	<0,001	25,602 (1, 65)	<0,001	384,776 (1,678)*	<0,001
	Kontrol	15,29±2,93	11-24	15,44±2,71	12-22	15,21±2,78	11-22						
Sağlık ve tedavi	Müdahale	9,33±2,84	4-15	13,94±1,98	9-16	14,48±1,79	11-17	130,207 (1,292)*	<0,001	12,876 (1, 65)	0,001	160,161 (1,292)*	<0,001
	Kontrol	10,44±3,12	4-16	10,32±3,19	4-16	10,09±3,13	4-16						
Günlük yaşam becerileri	Müdahale	14,00±3,50	8-20	21,18±2,38	16-24	21,76±2,22	16-25	262,951 (1,240)*	<0,001	12,137 (1, 65)	0,001	256,692 (1,240)*	<0,001
	Kontrol	16,44±3,40	11-24	16,62±3,27	11-24	16,38±3,36	11-24						
Mesleki işlevsellik	Müdahale	3,36±1,54	2-7	4,61±1,34	3-8	4,67±1,36	3-8	90,863 (1,561)*	<0,001	25,477 (1, 65)	0,052	121,287 (1,561)*	<0,001
	Kontrol	3,56±1,60	2-8	3,53±1,58	2-8	3,41±1,50	2-8						

\bar{X} : Ortalama, SS: Standart sapma, Min.: Minimum değer, Max.: Maksimum değer,
Farkın hangi zamandan ve gruptan kaynaklandığı, Bonferroni düzeltmesi ile hesaplanmıştır.
F: Tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi (Repeated Measures Two way ANOVA),
ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
ŞİİÖ: Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği
*Greenhouse-Geisser serbestlik derecesi, Sd.: Serbestlik derecesi,

Çizelge 4.4.'te katılımcıların ölçek puanlarının grup, zaman ve grup*zaman etkileşimleri yer almaktadır. ÇBASDÖ ve Aile desteği, Arkadaş desteği, Özel kişi desteği alt boyutları, ŞİİÖ ve Sosyal işlevsellik, Sağlık ve tedavi ile Günlük yaşam becerileri puan ortalamalarının gruplar arası farklılık, zamansal değişim ve grup*zaman etkileşimleri anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre Müdahale ve Kontrol grubu arasında ÇBASDÖ ve ŞİİÖ ön test-son test ve ön test-izlem testi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). ŞİİÖ mesleki işlevsellik alt boyut puan ortalamasının gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$); buna karşın zamansal değişimi ve grup*zaman etkileşimleri anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

4.3. Katılımcıların Ölçek Puanları Etki Büyüklüklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde müdahale ve kontrol grubundaki katılımcıların ölçek ve alt boyutlarının etki büyüklüklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Çizelge 4.5. Katılımcıların ölçek puanları etki büyüklükleri

Ölçekler	Müdahale Grubu							Kontrol Grubu						
	Ön Test		Son Test		İzlem		Etki Büyüklüğü η^2	Ön Test		Son Test		İzlem		Etki Büyüklüğü η^2
	$\bar{X}\pm SS$	Min.-Max.	$\bar{X}\pm SS$	Min.-Max.	$\bar{X}\pm SS$	Min.-Max.		$\bar{X}\pm SS$	Min.-Max.	$\bar{X}\pm SS$	Min.-Max.	$\bar{X}\pm SS$	Min.-Max.	
ÇBASDÖ	31,24±7,36	18-46	53,70±5,94	40-66	55,09±5,84	40-66	0,955	30,91±8,02	16-49	30,26±6,58	18-46	29,68±6,50	17-44	0,114
Aile desteği	8,58±3,09	4-15	16,27±2,10	13-21	16,79±1,93	13-21	0,934	8,50±4,22	4-20	8,29±3,75	4-19	8,15±3,72	4-19	0,028
Arkadaş desteği	8,85±2,33	5-15	18,30±1,99	14-23	18,76±1,90	14-23	0,958	9,18±2,63	6-15	9,09±2,09	6-14	8,88±2,10	6-14	0,066
Özel kişi desteği	13,82±3,40	7-21	19,12±3,13	12-23	19,55±2,97	13-23	0,888	13,24±3,87	4-22	12,88±3,27	4-19	12,65±3,21	4-19	0,155
ŞİİÖ	41,39±8,97	28-60	60,36±7,69	44-72	62,18±7,17	49-74	0,956	45,74±9,44	30-69	45,91±9,44	31-67	45,09±9,35	31-67	0,138
Sosyal işlevsellik	14,70±2,90	9-22	20,64±3,27	15-28	21,27±3,03	15-28	0,943	15,29±2,93	11-24	15,44±2,71	12-22	15,21±2,78	11-22	0,043
Sağlık ve tedavi	9,33±2,84	4-15	13,94±1,98	9-16	14,48±1,79	11-17	0,835	10,44±3,12	4-16	10,32±3,19	4-16	10,09±3,13	4-16	0,060
Günlük yaşam becerileri	14,00±3,50	8-20	21,18±2,38	16-24	21,76±2,22	16-25	0,904	16,44±3,40	11-24	16,62±3,27	11-24	16,38±3,36	11-24	0,052
Mesleki işlevsellik	3,36±1,54	2-7	4,61±1,34	3-8	4,67±1,36	3-8	0,808	3,56±1,60	2-8	3,53±1,58	2-8	3,41±1,50	2-8	0,089

η^2 : Etki büyüklükleri hesaplamasında Kısmi Eta Kare değeri kullanılmıştır. Kısmi Eta Kare'ye göre; 0,01 küçük etki, 0,06 orta etki, 0,14 ve üzeri büyük etki düzeyleri olarak değerlendirilmektedir.

\bar{X} : Ortalama, SS: Standart sapma, Min.: Minimum değer, Max.: Maksimum değer

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

ŞİİÖ: Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

Çizelge 4.5.'te katılımcıların ölçek ve alt boyutları puanlarının etki büyüklükleri yer almaktadır. Müdahale grubunda bulunan katılımcıların ÇBASDÖ ve alt boyutları puanlarının, ŞİİÖ ve alt boyutları puanlarının etki büyüklükleri ön test, son test ve izlem ölçümlerinde büyük etki düzeyinde bulunmuştur. Kontrol grubu katılımcılarının ÇBASDÖ, Aile desteği ve Arkadaş desteği alt boyutları, ŞİİÖ ve alt boyutları puanlarının etki büyüklükleri ise küçük ve orta düzeyde bulunmuştur. Kontrol grubundaki ÇBASDÖ Özel kişi desteği alt boyut puanı etki büyüklüğü ise büyük etki düzeyinde bulunmuştur. Bu bulgular, örneklem genişliğinin ölçeklerin zaman içindeki değişimi gösterebilmesi için yeterli olduğu anlamına gelmektedir.

4.4. Ölçekler Arası İlişkilerle İlgili Bulgular

Bu bölümde araştırmanın veri toplanmasında kullanılan ÇBASDÖ ile ŞİİÖ'nin ön test, son test ve izlem puanları arasındaki ilişki ile ilgili bulgulara yer verilmiştir.

Çizelge 4.6. Müdahale grubu ölçekler arası ilişkilerin değerlendirilmesi

Ölçekler		Ön Test		Son Test		İzlem	
		ÇBASDÖ	ŞİİÖ	ÇBASDÖ	ŞİİÖ	ÇBASDÖ	ŞİİÖ
ÇBASDÖ	r	1		1		1	
	p						
ŞİİÖ	r	0,623	1	0,714	1	0,659	1
	p	<0,001		<0,001		<0,001	

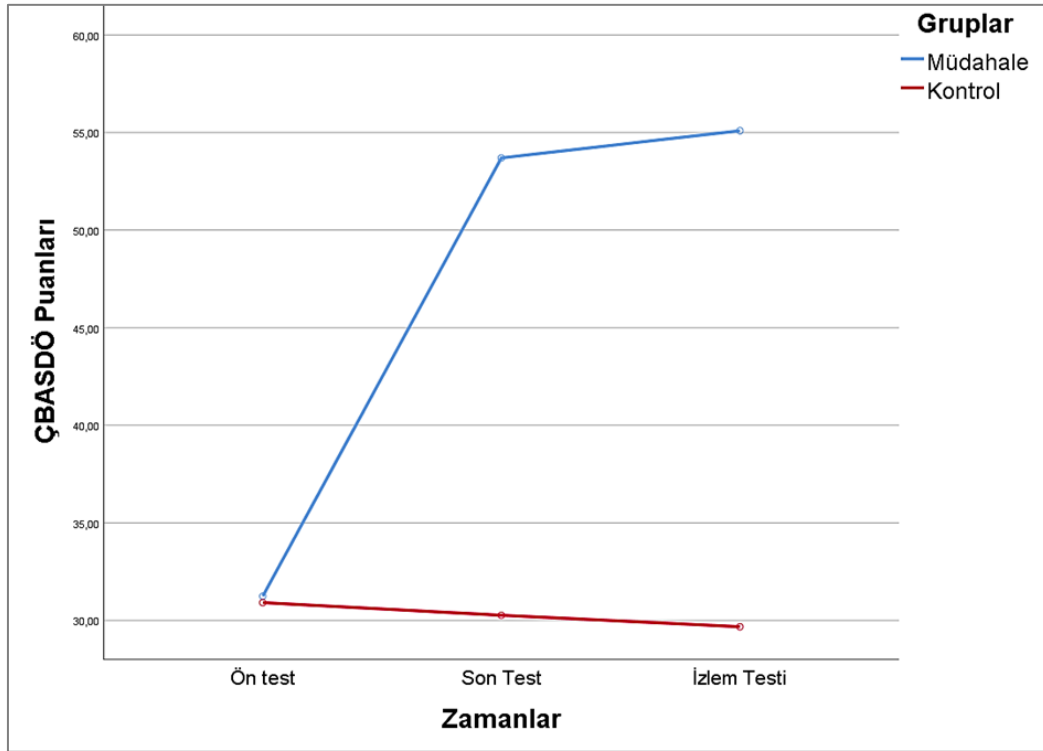
r: Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı, 0,1-<0,3 arası zayıf, 0,3-<0,7 arası orta, 0,7<1,0 arası yüksek düzeyde ilişkiyi göstermektedir.

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

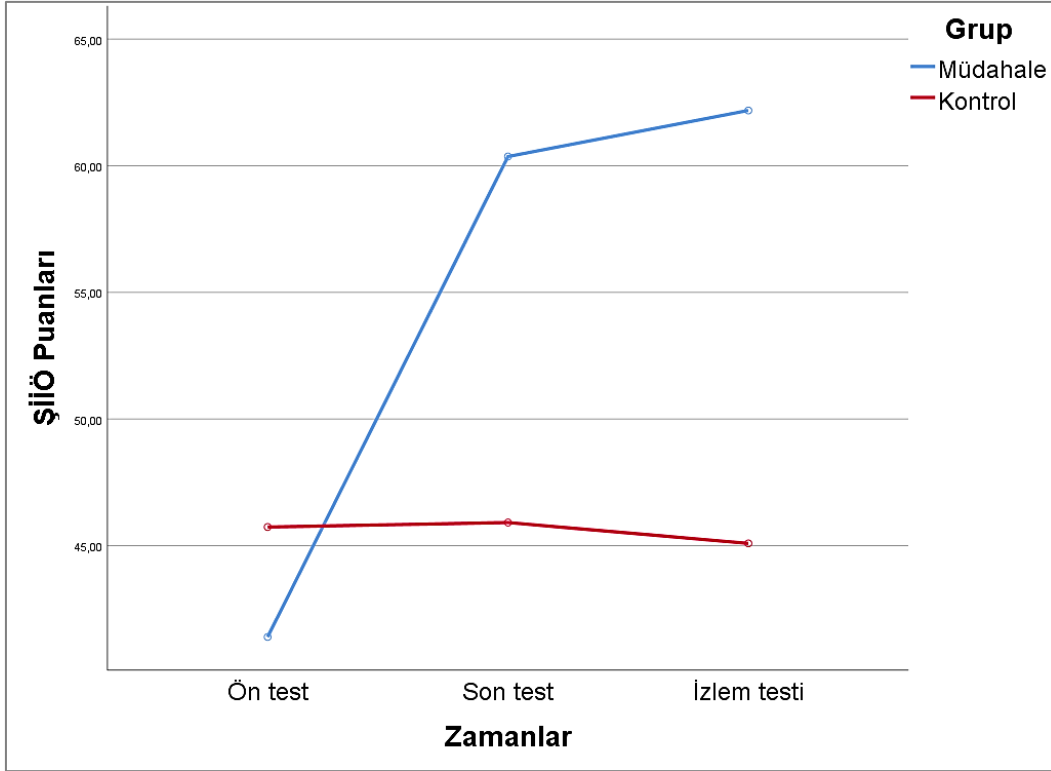
ŞİİÖ: Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

Çizelge 4.6.'da müdahale grubunun ölçekler arası ilişkileri verilmiştir. Ön test ÇBASDÖ ile ŞİİÖ puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($r=0,623$; $p<0,001$). Son test ÇBASDÖ ile ŞİİÖ puanları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($r=0,714$; $p<0,001$). İzlem testi ÇBASDÖ ile ŞİİÖ puanları arasında pozitif yönde yüksek düzeye yakın bir ilişki saptanmıştır ($r=0,659$; $p<0,001$).

4.5. Ölçeklerin Zaman İçindeki Değişim İlişkisi ile İlgili Bulguları



Şekil 4.1. ÇBASDÖ puanlarının gruplara göre zaman içerisindeki değişimi



Şekil 4.2. ŞİİÖ puanlarının gruplara göre zaman içerisindeki değişimi

Şekil 4.1. ve Şekil 4.2.'de ÇBASDÖ ile ŞİİÖ puanlarının zaman içerisindeki değişimleri verilmiştir. Şekiller incelendiğinde; "WİBM'ye Temellendirilmiş Görsel Sanatlar Grup Terapisi"nin Müdahale grubu üzerindeki etkisi görülmüştür. ÇBASDÖ'de hem Müdahale hem de Kontrol grubu ön test sonuçlarının birbirine yakın olduğu, son test ölçümlerinde ise aradaki farkın büyük oranda açıldığı, izlem testi ile bu farkın biraz daha arttığı gözlenmiştir. "Görsel Sanatlar Grup Terapisi" alan hastaların zamana göre değişiminin olumlu yönde geliştiği ve bu gelişimin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüştür. "WİBM'ye Temellendirilmiş Görsel Sanatlar Grup Terapisi" almayan Kontrol grubunda ise ÇBASDÖ puanlarının zamana göre kısmen de olsa azaldığı saptanmıştır. ŞİİÖ'de Kontrol grubunun ön test puanlarının Müdahale grubuna göre daha yüksek olduğu görülmesine karşın Müdahale grubuna "WİBM'ye Temellendirilmiş Görsel Sanatlar Grup Terapisi"nin uygulanması ve yeniden ölçüm (son test) yapılması sonucunda Müdahale grubunun ŞİİÖ puanlarında büyük bir artış olduğu ve Kontrol grubuna göre daha iyi sonuçlar elde edildiği gözlenmiştir. İzlem testi ile bu farkın biraz daha arttığı görülmüştür. Kontrol grubunda ise ŞİİÖ puanlarının zamana göre kısmen de olsa azaldığı saptanmıştır.

ÇBASDÖ ile ŞİİÖ değerlerinin zamansal değişimlerini incelemek için iki farklı değişim hesaplaması yapılmıştır. Değişim 1 ölçeklerin ön test ve son test puan ortalamalarının farklarını gösterirken, Değişim 2 ön test ve izlem ortalamalarının farklarını göstermektedir.

Ölçekler arası değişim ilişkisine öncelikle çizgi grafikleri, sonrasında Değişim 1 ve Değişim 2 modeli için ŞİİÖ temel alınarak ÇBASDÖ'nün ŞİİÖ üzerinde ne kadar etkili olduğu basit doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Çizelge 4.7. Ön test-son test ve ön test-izlem testi ÇBASDÖ ve ŞİİÖ değişimine ilişkin regresyon analizi

Değişimler	Değişim Kaynağı	Toplam		Kareler Ortalaması	F	p	R ²	Değişkenler	β	Standardize			
		Kareler Toplamı	s.d							Std. Hata	β	t	p
Ön test-son testi (Değişim 1)	Regresyon	5648,514	1	5648,514	328,421	<0,001	0,835	Sabit	1,309	0,676		1,935	0,057
	Artıklar	1117,934	65	17,199				ÇBASDÖ	0,757	0,042	0,914	18,122	<0,001
	Toplam	6766,448	66					Durbin-Watson	1,923				
								Condition Index	2,220				
Ön test-izlem testi (Değişim 2)	Regresyon	7386,908	1	7386,908	489,671	<0,001	0,883	Sabit	0,969	0,623		1,556	0,125
	Artıklar	980,554	65	15,085				ÇBASDÖ	0,804	0,036	0,940	22,129	<0,001
	Toplam	8367,463	66					Durbin-Watson	1,833				
								Condition Index	2,165				

s.d: Serbestlik Derecesi, Std.: Standart

Değişim 1 ve Değişim 2 için ayrı ayrı iki regresyon modeli kurulmuş ve sonuçlar Çizelge 4.7.'de verilmiştir. Ayrıca Çizelge 4.7.'de kurulan modellere ilişkin ANOVA tablosu ve R^2 değerleri yer almaktadır. Buna göre kurulan modellerin anlamlı olduğu görülmektedir ($F(1, 65)=328,421, p<0,001$; $F(1, 65)=489,671, p<0,001$). Değişim 1 için, ÇBASDÖ değişimi, ŞİİÖ değişimini %83,5 açıklamakta iken; Değişim 2 için, ÇBASDÖ değişimi, ŞİİÖ ölçeği değişimini %88,3 açıklamaktadır. Ayrıca, değişim 1 ve Değişim 2 modellerinde ÇBASDÖ anlamlı bulunmuştur (sırasıyla $t=18,122, p<0,001$; $t=22,129, p<0,001$). Değişim 1 modeli için, ÇBASDÖ değişimi 1 birim arttıkça ŞİİÖ değişiminde 0,757 birimlik artış olduğu görülmektedir. Değişim 2 modeli için ise, ÇBASDÖ değişimi 1 birim arttıkça ŞİİÖ değişiminde 0,804 birimlik artış olduğu görülmektedir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma şizofreni tanılı bireylere uygulanan WİBM'ye temellendirilmiş görsel sanatlar grup terapisinin algılanan sosyal destek ve işlevsel iyileşme üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Değerlendirme ölçümleri ön test, son test ve izlem testi ile yapılmıştır. Çalışmanın bulguları hipotezler doğrultusunda tartışılmıştır.

Şizofreni hastalığının atakları nedeniyle sık sık hastaneye yatma, sürekli psikososyal ve ekonomik desteğe ihtiyaç duyma, verimlilik kaybı, hastalığın kronik olması ve kötü prognoz göstermesi hastaların sosyal destek gereksinimini arttırmaktadır (DSÖ, 2014). Sosyal destek, ruhsal durum ve iyi oluş ile ilgili araştırmalarda geniş çapta incelenen çok boyutlu bir kavramdır ve bireyin diğer insanlardan aldığı yardımı ifade eder (Schwarzer ve diğerleri, 2004). Algılanan sosyal destek ise, bireyin etrafında bulunan sosyal destek ağının ne kadar farkında olduğunu ve bundan ne kadar memnun olduğunu içermektedir (Eker ve diğerleri, 2001). Yani bireyin sosyal destek ağı yeterli olsa bile birey bunu yeterli olarak algılamıyor olabilir. Bu nedenle bireyin sahip olduğu sosyal desteği fark etmesi son derece önemlidir ve bunun sağlanabilmesi için sanat terapisi gibi psikososyal müdahalelerden yararlanılabilmektedir (Fraser ve Keating, 2014). Bu doğrultuda gerçekleştirilen bu çalışmada müdahale grubunda olan şizofreni tanılı bireylere haftada bir defa olmak üzere altı hafta boyunca WİBM'ye temellendirilmiş görsel sanatlar grup terapisi uygulanmıştır. Uygulanan terapinin şizofreni tanılı bireylerin algıladıkları sosyal desteği arttırdığı bulunmuştur. Çalışmanın bu bulgusu H₁ hipotezini desteklemektedir.

Sanat terapisinde kullanılan yaratıcılığın insanların diğer insanlar ve kendi içsel süreçleri ile bağ kurabilmesi, iyileştirici güçleri harekete geçirmesi ve onarması ile ilgili önemli bir araç olarak işlev gördüğü ifade edilmektedir (Eren, 2019). Sanat terapisinin bu işlevinin başlı başına katılımcıların algıladıkları sosyal desteği arttırmış olabileceği düşünülebilir. Bunun yanında uygulanan sanat terapisinin 1. oturumunda gerçekleştirilen ısınma çalışmasında kişiler arası ilişkiyi temsil eden kurdele etkinliği, 2. oturumunda ise çözülmemiş ilişkilerin ele alındığı resim tekniği kullanılmıştır. Katılımcılar problem yaşadıkları ve kendileri için önemli olan kişilerin resmini yapmış ve kafalarının üzerine konuşma balonları çizerek onlarla iletişime geçmiştir. 4.oturumunda ise katılımcılar kendi yaşam ağaçlarını çizmişlerdir. Yaşam ağacında zemin şu anda yaşadıkları, yapraklar yaşamlarında önem verdikleri kişileri, çiçek ve meyveler ise hayatlarında değer verdikleri kişilerden aldıkları maddi manevi

hediyeleri temsil etmektedir. Yapılan bu sanat terapi etkinliklerinin şizofreni tanılı bireylerin algıladıkları sosyal desteği arttırmış olabileceği tahmin edilmektedir. Diğer taraftan tüm oturumlarda yer alan destekleyici çevrenin oluşmasına olanak sağlayan ısınma ve sanatla yapılan aktivite çalışmaları ile katılımcıların duygu ve düşüncelerini paylaşmalarının ve birbirlerinin yaptıkları ürün hakkında geri bildirim vermelerinin desteklendiği çemberde yapılan paylaşım aşaması katılımcıların algıladıkları sosyal desteği arttırmış olabilir. Grup terapilerinde katılımcıların birbirlerine verdikleri geri bildirimler ve aralarındaki etkileşimler sayesinde bireyler diğerleri ile bağ kurmayı ve bu bağı devam ettirmeyi öğrenebilmektedir (Tuna, 2019). Sanat terapisinin doğası gereği sahip olduğu bu özellikler kısa sürede grup dinamiğinin oluşumuna katkı sağlamaktadır (Aydın, 2012). Grup dinamiği aracılığı ile katılımcılar ait olma, sevgi, saygı ve kendini gerçekleştirme gibi gereksinimlerini karşılayabilmektedir (Tuna, 2019). Bu özelliklerin de terapiye katılanların algıladıkları sosyal desteği arttırdığı söylenebilir. Ayrıca bu çalışmada uygulanan sanat terapisi WİBM'ye temellendirilmiştir. WİBM'de yer alan kendine ve diğerlerine sevgi ve şefkatle yaklaşma, yardım edici-güven verici, otantik bakım ilişkisi geliştirme, insanların öykülerini içten dinleyerek olumlu ve olumsuz duyguların ifade edilmesini sağlama gibi iyileştirici süreçlerin de katılımcıların algıladığı sosyal desteğe katkı sağladığı düşünülebilir. Bununla birlikte WİBM'de yer alan iyileştirici süreçler doğrultusunda sanat terapisi uygulayıcısı tarafından katılımcılara ismi ile hitap edilmesi, bakım anı ve bakım verme bilinciyle sevecen ve şefkatli yaklaşılması, kültürel farklılıklara saygı duyulması, katılımcıların kendisi ve çevresindekilerle ilgili affetme, şükran, merhamet gibi anlamlı ritüeller geliştirmesinin sağlanması da algılanan sosyal desteği olumlu yönde etkilemiş olabilir. Bütün bunların yanında pandemi nedeniyle uzun süre evlerinden çıkmamış ve yaklaşık iki yıl boyunca hiçbir rehabilitasyon programına katılmamış şizofreni tanılı bireyler için her hafta düzenli olarak hazırlanma, toplu taşıma araçlarını kullanma, topluma karışma ve TRSM'ye gelmenin de hastaların algıladıkları sosyal desteği arttırmış olabileceği düşünülebilir. Bu nedenle uygulanacak sanat terapisinin başka psikososyal yaklaşımlarla karşılaştırıldığı müdahale çalışmalarının yapılması önerilebilir. Literatür incelendiğinde sanat terapisinin şizofreni tanılı bireylerin algıladıkları sosyal desteğe etkisini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak farklı bir örneklem grubu ile yürütülen bu çalışmaya benzer bir çalışmada, yaratıcı sanat terapisi programının katılımcıların algıladıkları sosyal desteği istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde arttırdığı belirlenmiştir (Fraser ve Keating, 2014).

Şizofreni; bağımsız olarak, özbakım becerilerini sürdürebilme, boş zamanları değerlendirebilme, eş, arkadaş, çalışan veya öğrenci gibi toplumsal rolleri yerine getirebilme gibi işlevlerin önemli ölçüde bozulmasına yol açabilmektedir (Mohamed ve Abd El Aziz 2016, Rus Calafell ve diğerleri, 2014). Geleneksel psikiyatrik tedaviler şizofreninin tedavisinde özellikle pozitif semptomların sağaltılmasında önemli katkılar sunmasına rağmen işlevsel iyileşmeyi tam olarak sağlayamamaktadır (Penn ve diğerleri, 2010). İlaç tedavilerinden yararlanan hastaların da zaman içerisinde mesleki ve sosyal işlevselliklerinin bozulduğu görülmektedir. Bu nedenle işlevselliğin sürdürülmesi ve işlevsel iyileşmenin sağlanması için ilaç tedavilerine ek olarak psikososyal müdahalelerin de uygulanması gerektiği düşünülmektedir (Delice, Akgül ve Yıldız, 2014). Buradan hareketle bu çalışmada şizofreni tanılı bireylere psikososyal bir müdahale olan sanat terapisi uygulanmış ve sanat terapisinin işlevsel iyileşme üzerine etkisi araştırılmıştır. Uygulanan terapinin şizofreni tanılı bireylerin işlevselliklerini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmanın bu bulgusu H₂ hipotezini desteklemektedir.

Şizofreni tanılı bireyler için sanat unsurunu oluşturma sürecinin bile tedavi edici bir süreç olduğu, terapinin paylaşım aşamasında hastaların bu süreçle ilgili sözel paylaşımında bulunmalarının iyileştirici özellik taşıdığı vurgulanmaktadır (Sarandöl ve diğerleri, 2013). Sanat terapisinin bu iyileştirici gücü müdahale grubundaki şizofreni tanılı bireylerin işlevsel iyileşme puanlarını arttırmış olabilir. Bunun yanında işlevsel iyileşme; sosyal ilişkilerde kendini ortaya koyabilme olarak tanımlanan sosyal işlevsellik, empati ve başkalarına yardım ve hastalık/sağlığın idaresini içinde barındıran sağlık ve tedavi, ev işi etkinlikleri ve çalışma/egitimden oluşan mesleki işlevsellik ve stresle baş etme, kişisel bakım ve biyolojik ritimlere uyumu kapsayan günlük yaşam becerileri kavramlarının birleşimi olarak ifade edilmektedir (Emiroğlu, 2009). Bu çalışmada uygulanan sanat terapi programında ise WİBM’de yer alan iyileştirici süreçler ışığında kendini keşfetme, olumlu/olumsuz duygular, çözülmemiş ilişkiler, değişim için güç kazanma, umut, inanç, problem çözme ve yaşanan zorluklardan anlam bulma konuları ele alınmıştır. Bu konuların bakım anı ve bakım verme bilinciyle ele alınmış olması işlevsel iyileşmeyi oluşturan kavramların güçlenmesine ve dolayısı ile de işlevselliğin artmasına olanak sağlamış olabilir. Öte yandan grup terapilerinin gerçek sosyal dünyayı yansıtan ve gerçek yaşamın bir aynası gibi işlev gören bir gerçeklik olduğu ifade edilmektedir (Koydemir, 2019). Öyle ki Yalom, grup terapileri için "sosyal mikro kozmos" kavramını kullanmıştır (Yalom, 2018). Bu çalışmada katılımcılara bir nevi gerçek yaşamda işlevsel olan ve olmayan yönlerini prova etme imkanı sunan grup sanat

terapisinin şizofreni tanılı bireylerin işlevselliklerini olumlu yönde etkilemiş olabileceği düşünülebilir.

Litaratür tarandığında bu çalışma ile paralel sonuçlara sahip çalışmaların mevcut olduğu görülmektedir (Sarandöl ve diğerleri, 2013; Gajic, 2013; Montag ve diğerleri, 2014; Gökçen ve diğerleri, 2020; Tong ve diğerleri, 2021). Dokuz şizofreni tanılı birey ve yedi hasta yakınının dahil edildiği 17 oturumdan oluşan sanat terapisinin uygulandığı bir çalışmada, çalışmaya katılan hastaların işlevsellik puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde arttığı bulunmuştur (Sarandöl ve diğerleri, 2013). Görsel sanatlar grup terapisi uygulanan şizofreni tanılı bireylerin değerlendirildiği başka bir çalışmada işlevselliğin minimum düzeyde de olsa arttığı belirlenmiştir (Gajic, 2013). Bu doğrultuda gerçekleştirilen bir diğer çalışmada, şizofreni tanılı bireylere haftada iki kez olmak üzere toplam 16 oturumdan oluşan sanat terapisinin kullanıldığı bir program uygulanmıştır. Örneklem, kullanılan ölçek ve uygulanan müdahale açısından bu çalışma ile benzer olan çalışmada, sanat terapisinin şizofreni tanılı bireylerin işlevsel iyileşme puan ortalamalarını arttırdığı saptanmıştır (Gökçen ve diğerleri, 2020). Yapılan bir sistematik derlemede ise, sanat terapisinin bir alanı olan müzik terapinin şizofreni tanılı bireylerin sosyal işlevselliklerini arttırdığını ancak genel işlevsellik düzeyini etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır (Gassner, Geretsegger ve Mayer-Ferbas, 2022).

WİBM'ye temellendirilmiş görsel sanatlar grup terapisi sonrası algılanan sosyal destek ve işlevsel iyileşme düzeylerindeki değişimlerin pozitif yönde birbirleriyle ilişkili olduğu saptanmıştır. Görsel sanatlar grup terapisi programında algılanan sosyal destekteki artışın işlevsel iyileşmedeki artışta rol oynadığı görülmüştür. Algılanan sosyal destek ve işlevsel iyileşme düzeylerinin grup sanat terapisi sonrası zaman içinde değişiminin birbiriyle ilişkili olduğu belirlenmiştir. Diğer bir deyişle şizofreni tanılı bireylerin algıladıkları sosyal destek arttıkça bereberinde işlevsel iyileşme düzeyleri de artmıştır. Çalışmanın bu bulgusu H₃ hipotezi ile uyumludur.

Literatürde şizofreni tanılı bireylerde işlevsel iyileşmenin algılanan sosyal destek ile doğrudan ilişkili olduğu belirtilmektedir. Nitekim, 2019 yılında yürütülen bir tez çalışmasında şizofreni tanılı bireylerin işlevsel iyileşme toplam puanı ile algılanan sosyal destek toplam puanı arasında pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tekait, 2019). Öte yandan literatür tarandığında bu

çalışmada olduğu gibi grup sanat terapisi sonrası algılanan sosyal destek ve işlevsel iyileşme düzeylerinin birlikte değişim ilişkisini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu yönüyle bu çalışmanın literatüre önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Özetle bu çalışma, WİBM'ye temellendirilmiş görsel sanatlar grup terapisinin şizofreni tanılı bireylerde algılanan sosyal destek ve işlevsel iyileşme düzeylerini arttırabileceğini göstermektedir. Ayrıca hastaların algıladıkları sosyal destek arttıkça işlevsel iyileşmenin de birlikte arttığı sonucuna ulaşılmıştır. WİBM'ye temellendirilmiş görsel sanatlar grup terapisi programı gerekli sertifika ve eğitimler alındıktan sonra şizofreni tanılı bireylerde uygulanabilir bir yöntemdir. Uygulanan program şizofreni tanılı bireylerin işlevselliklerini ve algıladıkları sosyal desteği arttırarak, şizofreni tanılı bireylerin mümkün olduğunca bağımsızlıklarını kazanmalarına ve toplumla yeniden bütünleşmelerine katkıda bulunabilir. Bununla birlikte WİBM'nin kavramlarının görsel sanat terapisi ile örtüştüğü gözlemlenmiştir. WİBM'nde yer alan otantik ilişki, kişilerarası bakım ilişkisi, bakım durumu ve bakım anı, iyileştirici çevre ve iyileştirme süreçlerinin uygulanan terapinin etkinliğini arttırdığı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şizofreni tanılı bireylerde WİBM'ye temellendirilmiş görsel sanatlar grup terapisinin algılanan sosyal destek ve işlevsel iyileşme üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmamızdan elde edilen sonuçlar;

- Şizofreni tanılı bireylere uygulanan WİBM'ye temellendirilmiş görsel sanatlar grup terapisi, hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyini arttırmıştır.
- Şizofreni tanılı bireylere uygulanan WİBM'ye temellendirilmiş görsel sanatlar grup terapisi, hastaların işlevsel iyileşme düzeyini arttırmıştır.
- Şizofreni tanılı bireylerin işlevsel iyileşme düzeyinin WİBM'ye temellendirilmiş görsel sanatlar grup terapisi ile artışı, algıladıkları sosyal destek düzeyinin artması ile ilişkilidir. WİBM'ye temellendirilmiş görsel sanatlar grup terapisi ile hastaların işlevsel iyileşme düzeyi arttıkça algıladıkları sosyal destek düzeyi de artmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda:

- Bu çalışmada kullanılan grup sanat terapisi müdahalesinin temellendirildiği WİBM şizofreni tanılı bireylerin algıladıkları sosyal desteği ve işlevselliklerini ele almada birey merkezli, kapsamlı ve bütüncül bir bakış açısı sunması açısından ideal bir modeldir ve WİBM'nin benzer çalışmalarda kullanılması önerilir.
- WİBM'ye temellendirilmiş görsel sanatlar grup terapisi programı bu grupta algılanan sosyal desteği ve işlevselliği desteklemiştir, bu bireylerle yapılacak çalışmalarda WİBM'ye temellendirilmiş sanat terapinin kullanılması önerilir.
- Geliştirilen bu programın daha uzun süreli izlemler ve geniş bir örneklem ile şizofreni tanılı bireylerde etkinliğinin doğrulanması önerilir.
- WİBM'ye temellendirilmiş görsel sanatlar grup terapisinin şizofreni dışında diğer ruhsal bozukluğu olan bireylerde de etkinliğinin araştırılması önerilir.
- Şizofreni tanılı bireylere uygulanan WİBM'ye temellendirilmiş görsel sanatlar grup terapisinin TRSM'lerin rutin programlarına entegre edilmesi önerilir.
- Sanat terapisinin başka psikososyal yaklaşımlarla karşılaştırıldığı müdahale çalışmalarının yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

- Akı, E., Tanrıverdi, N., Şafak, Y. (2014). Şizofrenili bireylerde birey merkezli ergoterapi programının günlük yaşam aktiviteleri katılımına etkisi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 2(2), 83-90.
- Akın, B. ve Koçoğlu, D. (2017). Randomized Controlled Trials. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*, 4(1), 73-92.
- Aktaş, Y., Arabacı, L. B, Dülgerler, Ş. (2020). Watson İnsan Bakım Modeli'ne göre şizofreni tanılı bir hastada hemşirelik bakımı: Olgu Sunumu. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(1), 51- 57.
- Alligood, M. R. and Tomey, A. M. (2006). *Nursing Theory Utilization & Application*. (3rd ed.). North Carolina: The United States of America; 3-102.
- Alligood, M., and Tomey, A. (2010). *Nursing theorists and their work*. (7th ed.). Maryland Heights: Mosby-Elsevier.
- Alptekin, K. ve Üçok, A. (2014). Psikiyatri kliniğine yatırılan şizofreni ve psikotik bozukluğu olan hastaların tedavi rehberi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 24(3), 276-288.
- Altundağ, S. (2016). Talasemi hastalığında hemşirelik kuramları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 133-138.
- American Psychiatric Association. (2014). *Ruhsal bozuklukların tanısall ve sayımsal el kitabı (DSM-5)* (5th ed.). E. Köroğlu (Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 65-82.
- Ançel, G. (2020). Şizofreni ve psikozla giden diğer bozukluklar. F. Oflaz, N. Yıldırım (Ed.), *Psikiyatri Hemşireliği Sertifika Konuları* içinde (449-450. ss.). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Arabacı, L. B. ve Taş, G. (2022). Şizofreni Spektrum Bozuklukları ve Hemşirelik Bakımı. L. B. Arabacı (Ed.), *Ruh Sağlığı ve Hastalıklarında Temel Hemşirelik Bakımı* içinde (263-283. ss.). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Arango, C. and Carpenter, W. T. (2011). The schizophrenia construct: symptomatic presentation, schizophrenia, (3rd ed.).
- Aydın, B. (2012). Tıbbi sanat terapisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(1), 69-83.
- Bosman, J. T., Bood, Z. M., Scherer-Rath, M., Dörr, H., Christophe, N., Sprangers, M. A., Van Laarhoven, H. W. (2021). The effects of art therapy on anxiety, depression, and quality of life in adults with cancer: a systematic literature review. *Supportive Care in Cancer*, 29, 2289-2298.
- Bostancıoğlu, B. ve Kahraman, M. E. (2017). Sanat terapisi yönteminin ve tekniklerinin sağlık-iyileştirme gücü üzerindeki etkisi. *Beykoz Akademi Dergisi*, 5(2), 150-162.

- Braitto, I., Rudd, T., Buyuktaskin, D., Ahmed, M., Glancy, C., & Mulligan, A. (2022). systematic review of effectiveness of art psychotherapy in children with mental health disorders. *Irish Journal of Medical Science (1971-)*, 191(3), 1369-1383.
- Bulduk, S., Dinçer, Y., Usta, E., Bayram, S. (2017). Demanslı yaşlılara uygulanan sanat terapi yönteminin bilişsel durum üzerine etkisinin incelenmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 7(1), 36-41.
- Caddy, L., Crawford, F., Page, A. C. (2012). 'Painting a path to wellness': correlations between participating in a creative activity group and improved measured mental health outcome. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 19, 327-33.
- Chancellor, B., Duncan, A., Chatterjee, A. (2014). Art therapy for Alzheimer's disease and other dementias. *Journal of Alzheimer's Disease*, 39(1), 1-11.
- Chiang, M., William, B., Reid-Varley, X. F. (2019). Creative art therapy for mental illness. *Psychiatry Research*, 275, 129-136.
- Ching-Teng, Y., Ya-Ping, Y., Yu-Chia, C. (2019). Positive effects of art therapy on depression and self-esteem of older adults in nursing homes. *Social Work in Health Care*, 58(3), 324-338.
- Cho, J. M. and Lee K. (2018). Effects of motivation interviewing using a group art therapy program on negative symptoms of schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(6), 878-84.
- Ciasca, E. C., Ferreira, R. C., Santana, C. L., Forlenza, O. V., Dos Santos, G. D., Brum, P. S., Nunes, P. V. (2018). Art therapy as an adjuvant treatment for depression in elderly women: a randomized controlled trial. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 40, 256-263.
- Coşkun, E. ve Altun, Ö. Ş. (2018). The relationship between the hope levels of patients with schizophrenia and functional recovery. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(1), 98-102.
- Councill, T. D. and Ramsey, K. (2019). Art therapy as a psychosocial support in a child's palliative care. *Art Therapy*, 36(1), 40-45.
- Crawford, M. J., Killaspy, H., Barnes, T. R., Barrett, B., Byford, S., Clayton, K., ... Waller, D. (2012). Group art therapy as an adjunctive treatment for people with schizophrenia: multicentre pragmatic randomised trial. *BMJ*, 344, 1-9.
- Crawford, P. ve Go, K. V. (2022). Schizophrenia. *American Family Physician*, 106(4), 388-396.
- Çam, O. (2021). Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına Genel Bakış. O. Çam, E. Engin. (Ed.), *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı* içinde (5-19. ss.). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri
- Çelikbaş, E. Ö. (2019). Dışavurumcu Sanat Terapisi. *Safran Kültür ve Turizm Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 20-37.

- Çelikbaş, Z. ve Ergün, S. (2018). Şizofrenide nörobilişsel bozukluklar ve işlevsellikle ilişkisi. *Journal of Contemporary Medicine*, 8(2), 183-87.
- Çıtakbaş, A. ve Üçok, V. A. (2019). İmgeden simgeye dönüşüm: Psikotik bozukluklarda resimle çalışma. Eren N.(Ed.) *Ruhsal bakım ve iyileştirmede yaratıcı sanat psikoterapileri*, s. 29–33. Ankara. Türkiye Klinikleri.
- Degges White, S. ve Davis, N. L. (2019). *Dışavurumcu sanatın psikolojik danışma uygulamalarına entegrasyonu teoriye dayalı müdahaleler*. (Çev. Ed. H. Demirci) Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Delice, M. A., Akgül, S. M., Yıldız, M. (2014). Toplum ruh sağlığı merkezi'nden hizmet alan bir şizofrenili olguda bütüncül yaklaşımın hastalığın gidişine etkisi. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 4(2), 122-125.
- Demir, V. (2017). Dışavurumcu Sanat Terapisinin Psikolojik Belirtiler ile Bilişsel İşlevlere Etkisi. *OPUS – Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 7(13), 575-598.
- Demir, V. ve Demir, A. (2018). Sanatla terapi programı ve etkileşim grubu uygulamasının ruhsal belirti düzeyleri üzerindeki etkisi. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 1(2), 97-120.
- Demir, V. ve Yıldırım, B. (2017). Sanatla terapi programının üniversite sınavına hazırlanan öğrencilerin depresyon, anksiyete ve stres belirti düzeylerine etkililiği. *Ege Eğitim Dergisi*, 18(1), 311-344.
- Deshmukh, S. R., Holmes, J., Cardno, A. (2018). Art therapy for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9).
- Dikeç, G. ve Kutlu, Y. (2014). Bir grup şizofreni hastasında tedaviye uyum ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5, 143-8.
- Dour, H. J., Wiley, J. F., Roy Byrne, P., Stein, M. B., Sullivan, G., Sherbourne, C. D., Bystritsky, A., Rose, D. R., Craske, M. G. (2014). *Perceived social support mediates anxiety and depressive symptom changes following primary care intervention. Depression Anxiety*, 31(5), 436–42.
- Dülgerler, Ş. (2021). Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. O. Çam, E. Engin. (Ed.), *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı içinde* (392-422. ss.). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri.
- Düzgün, N. ve Demir S. (2020). An artistic touch to people with schizophrenia: dance and movement therapy. C. Evereklioğlu (Ed.). In *Theory and research in health sciences* (223-238. pp.), Ankara: Gece Kitaplığı.
- Eker, D., Arkar, H., Yıldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17-25.
- Emiroğlu, B. (2009). Şizofreni hastalarında işlevsel iyileşme ölçeğinin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46, 15-24.

- Eracar, N. (2021). Sözdən Öte Sanatla Terapi ve Yaratıcılık. Ankara: Nobek Akademik Yayıncılık.
- Eren, N. (2015). Psikiyatride bakım için sanatın ve sanat terapisinin yeri. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing-Special Topics*, 1(1), 95-104.
- Eren, N. (2019). Sanat psikoterapisinde etik ilkeler. N. Eren (Ed). İçinde *Ruhsal Bozuklukların Tedavi ve Rehabilitasyonunda Yaratıcı Sanat Psikoterapileri* (1-6 ss). 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Erol, A., Delibas, H., Bora, O., Mete, L. (2015). The impact of insight on social functioning in patients with schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(4), 379-385.
- Fawcett J. (2005). Watson's theory of human care. J. Fawcett (Ed). In *Contemporary nursing knowledge an analysis and evaluation of nursing models and theories* (553-599. pp.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Fraser, C. and Keating, M. (2014). The effect of a creative art program on self-esteem, hope, perceived social support, and self-efficacy in individuals with multiple sclerosis: a pilot study. *Journal of Neuroscience Nursing*, 46(6), 330-336.
- Gajic, G. M. (2013). Group art therapy as adjunct therapy for the treatment of schizophrenic patients in day hospital. *Vojnosanitetski Pregled*, 70, 1065-69.
- Galderisi, S., Rossi, A., Rocca, P., Bertolino, A., Mucci, A., Bucci, P., ..., Birindelli, N. (2014). The influence of illness-related variables, personal resources and context-related factors on real-life functioning of people with schizophrenia. *World Psychiatry*, 13(3), 275-287.
- Gassner, L., Geretsegger, M. ve Mayer-Ferbas, J. (2022). Otizm spektrum bozukluğu, demans, depresyon, uykusuzluk ve şizofreni için müzik terapisinin etkinliği: sistematik incelemelerin güncellenmesi. *Avrupa Halk Sağlığı Dergisi* , 32 (1), 27-34.
- Girdler, S. J., Confino, J. E., Woesner, M. E. (2019). Exercise as a treatment for schizophrenia: a review. *Psychopharmacology bulletin*, 49(1), 56.
- Gökçen, A., Ekici, G., Abaoğlu, H., Şen, D. T. (2020). The healing effect of goal-oriented dance and movement therapy in schizophrenia: a rater-blinded randomized controlled trial. *The Arts in Psychotherapy*, 71, 101702.
- Gumber, S. and Stein, C. H. (2013). Consumer perspectives and mental health reform movements in the United States: 30 years of first-person accounts. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36,187-94.
- Gutierrez-Maldonado, J., Caqueo-Urizar, A., Ferrer-Garcia, M., Fernandez-Davila, P. (2012). Influence of perceived social support and functioning on the quality of life of patients with schizophrenia and their caregivers. *Psicothema*, 24(2), 255-262.
- Gümüş, A. B. (2021). Hemşirelik kuram ve modelleri. O. Çam, E. Engin. (Ed.). İçinde *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı* (59-83. ss.). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri.

- Güner, O. ve Genç, N. D. (2019). Sanat Terapisinin Buluştuğu Bir Yaklaşım: Sanat Terapisi. Enki Marbaacılık, İzmir.
- Güner, O. ve Genç, N. D. (2021). Dışavurumcu Sanat Terapisi. Yenikapı-Psikoloji ve Terapi Yayınları, İstanbul.
- Güner, P. ve Pehlivan, T. (2016). Psikiyatri hemşireliğinin kuramsal çerçevesi-I. *Journal of Psychiatric Nursing*, 7(1), 50-54.
- Haddad, P. M. and Correll, C. U. (2018) The acute efficacy of antipsychotics in schizophrenia: a review of recent meta-analyses. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 8, 303-18.
- Hawkey, L. C. and Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*, 40(2), 218-227.
- Hızlı Sayar, G., Özten, E., Eryılmaz, G., Göğcegöz, G. I., Ceylan, M. E. (2014). Elektrokonvulzif tedavi üzerine güncel bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 6, 107-125.
- Howitt, D. and Cramer, D. (2011). *Introduction to SPSS statistics in psychology: For version 19 and earlier* (5th ed.). London: Pearson Education Limited.
- Huang, C. Y., Su, H., Cheng, S. M., Tan, C. S. (2021). The effects of group art therapy on adolescents' self-concept and peer relationship: A mixed-method study. *New directions for child and adolescent development*, 179, 75-92.
- Hung, C. and Ku, Y. (2015). Infl uencing and moderating factors analyzed in the group art therapy of two schizophrenic inpatients. *Biomedicine*, 5, 36-38.
- Hutchison, S. L., MacDonald-Wilson, K. L., Karpov, I., Maise, A. M., Wasilchak, D., Schuster, J. M. (2017). Value of psychiatric rehabilitation in a behavioral health medicaid managed care system. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 40(2), 216.
- Ishii, J., Kodaka, F., Miyata, H., Yamadera, W., Seto, H., Inamura, K., Higuchi, H., Tsuruoka, Y., Shigeta, M. (2020). Associations between parental bonding during childhood and functional recovery in patients with schizophrenia. *Plos One*, 15 (10), 1-11.
- İnan, F. Ş., Üstün, B., Bademli, K. (2013). Türkiye’de kuram/modele dayalı hemşirelik araştırmalarının incelemesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2), 132-139.
- İnternet: American Art Therapy Association. (2017). *(Concise) Definition of Art Therapy*. Web: <https://arttherapy.org/about-art-therapy/> adresinden 20 Haziran 2023’te alınmıştır.
- İnternet: American Psychological Association. (2023). *APA Dictionary of Psychology*. Web: <https://dictionary.apa.org/social-support> adresinden 20 Mayıs 2023’te alınmıştır.

- İnternet: Dünya Sağlık Örgütü (2020). *World Mental Health Day: an opportunity to kick-start a massive scale-up in investment in mental health*. Web: <https://www.who.int/news/item/27-08-2020-world-mental-health-day-an-opportunity-to-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-in-mental-health> adresinden 27 Kasım 2021’de alınmıştır.
- İnternet: Dünya Sağlık Örgütü (2022). *Schizophrenia*. Web: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia> adresinden 29 Ağustos 2022’de alınmıştır.
- İnternet: Sanat Psikoterapileri Derneği. (2023). *Görsel Sanatlar Terapisi*. Web: <https://www.sanatsikoterapileriderneği.org/goumlrsel-sanatlar-terapisi.html> adresinden 18 Temmuz 2023’te alınmıştır.
- İnternet: Yasamy, M. T., Cross, A., McDaniell, E., Saxena, S. (2014). Living with Schizophrenia. Paving the road to recovery *World Health Organization; Department of Mental Health and Substance Abuse*. Web: https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/paper_wfmh.pdf adresinden 27 Kasım 2021’de alınmıştır.
- Jauhar, S., Johnstone, M., McKenna, P. J. (2022). Schizophrenia. *Lancet*, 399 (10323), 473-486.
- Jongsma, H. E., Turner, C., Kirkbride, J. B., Jones, P. B. (2019). International incidence of psychotic disorders, 2002-17: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 4, 229-44.
- Kağnıcı, Y. (2019). Grubun planlanması ve oluşturulması. A. Demir. ve S. Koydemir (Ed.). *Grupla psikolojik danışma içinde* (94-174. ss.). Ankara: Pegem Akademi.
- Kahn, R. S., Sommer, I. E., Murray, R. M., Meyer-Lindenberg, A., Weinberger, D. R., Cannon, T. D., ... Insel, T. R. (2015). Schizophrenia (Primer). *Nature Reviews Disease Primers*, 1,15067.
- Karaca, S. ve Eren, N. (2014). The use of creative art as a strategy for case formulation in psychotherapy: A case study. *Journal of Clinical Art Therapy*, 2(1), 1-6.
- Kasckow, J., Felmet, K., Zisook, S. (2011). Managing suicide risk in patients with schizophrenia. *CNS drugs*, 25(2), 129-143.
- Kavak, F. ve Ekinci, M. (2014). Kendi evlerinde yaşayan ve korumalı evlerde yaşayan şizofreni hastalarının yaşam niteliklerinin ve işlevsel iyileşme düzeylerinin karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3, 588-98.
- Kavak, F. ve Yılmaz, E. (2018). The effect of hope on the treatment adherence of schizophrenia patients. *Annals of Medical Research*, 25(3), 416-9.
- Kenneth, F. S., Douglas, G. A., David, M. (2010). CONSORT 2010 statement: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *British Medical Journal*, 340, 698-702. <https://doi.org/10.1136/bmj.c332>.
- Killick, K. and Schaverien, J. (2003). *Sanat psikoterapi ve psikoz*. B. Büyükbal. (Çev.) İstanbul: Yelkovan Yayıncılık.

- Kocal, Y., Karakuş, G., Sert, D. (2017). Şizofreni: Etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(2), 251-267
- Koç, Z., Keskin Kızıltepe, S., Çınarlı, T., Şener, A. (2017). Hemşirelik uygulamalarında, araştırmalarında, yönetiminde ve eğitiminde kuramların kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14 (1), 62-72.
- Kol, E. (2017). Jean Watson: İnsan bakım modeli. A. Karadağ, N. Çalışkan, Z. Göçmen Baykara (Ed.). *Hemşirelik teorileri ve modelleri içinde* (506-522). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Kylmä, J., Juvakka, T., Nikkonen, M., Korhonen, T., Isohanni, M. (2006). Hope and schizophrenia: an integrative review. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 13 (6), 651-64.
- Landolt, K., Rössler, W., Burns, T., Ajdacic-Gross, V., Galderisi, S., Libiger, J., Naber, D., Derks, E. M., Kahn, R. S., Fleischhacker, W. W. (2012). Unmet needs in patients with first-episode schizophrenia: a longitudinal perspective. *Psychological medicine*, 42(7), 1461-1473.
- Lane, M. R. (2005). Creativity and spirituality in nursing: Implementing art in healing. *Holistic Nursing Practice*, 19(3), 122-125.
- Lefèvre, C., Economos, G., Tricou, C., Perceau-Chambard, É., Filbet, M. (2022). Art therapy and social function in palliative care patients: a mixed-method pilot study. *BMJ supportive & palliative care*, 12(1), 75-82.
- Leurent, B., Killaspy, H., Osborn, D. P., Crawford, M. J., Hoadley, A., Waller, D., King, M. (2014). Moderating factors for the effectiveness of group art therapy for schizophrenia: secondary analysis of data from the MATISSE randomised controlled trial. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 1703–10.
- Lind, D. A., Marchal, W. G., Wathen, S. A. (2006). *Basic statistics for business and economics* (5th ed.). United States: McGraw-Hill Companies.
- Mahendran, R., Rawtaer, I., Fam, J., Wong, J., Kumar, A. P., Gandhi, M., Kenny, X. J., Feng, L., Kua, E. H. (2017). Art therapy and music reminiscence activity in the prevention of cognitive decline: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18, 1-10.
- Mahmood, Z., Van Patten, R., Keller, A. V., Lykins, H. C., Perivoliotis, D., Granholm, E., Twamley, E. W. (2021). Reducing negative symptoms in schizophrenia: Feasibility and acceptability of a combined cognitive-behavioral social skills training and compensatory cognitive training intervention. *Psychiatry Research*, 295, 3-8.
- Marder, S. R. and Cannon, T. R. (2019). Schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, 381, 1753-61.
- McCutcheon, R. A., Reis Marques, T., Howes, O. D. (2020). Schizophrenia- An Overview. *JAMA Psychiatry*, 77(2), 201-10.

- McEwen, M. (2007). Grand Nursing Theories Based on Human Needs. M. McEwen & E. M. Wills (Ed.). In *Theoretical basis for nursing*. (2nd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott.
- McKillup, S. (2012). *Statistics explained: An introductory guide for life scientists* (2nd ed.). United States: Cambridge University Press.
- Meriç, M. (2020). Şizofreni, şizofreni spektrum bozuklukları ve hemşirelik bakımı. E. Çıtak, D. Hiçdurmaz (Ed.). İçinde *Psikiyatri hemşireliği akıl notları*. (103-116. ss.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Mohamed, S. M., 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.
- Montag, C., Haase, L., Seidel, D., Bayerl, M., Gallinat, J., Herrmann, U., Dannecker, K. (2014). Pilot RCT of psychodynamic group art therapy for patients in acute psychotic episodes: feasibility, impact on symptoms and mentalising capacity. *PLoS One*, 9(11), e112348.
- Morgan, A. J., Reavley, N. J., Ross, A., San Too, L., Jorm, A. F. (2018). Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and meta analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 103, 120-33.
- Norman, R., Lecomte, T., Addington, D., Anderson, E. (2017). Canadian Treatment Guidelines on Psychosocial Treatment of Schizophrenia in Adults. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(9), 617-623.
- Norman, V., Rossillo, K., Skelton, K. (2016). Creating healing environments through the theory of caring. *Aorn Journal*, 104(5), 401-409.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory* (2nd ed.). New York: McGrawHill.
- Ossman, L. H. and Mahmoud, N. M. (2012). Social support and length of hospital stay among schizophrenic patients. *World Applied Sciences Journal*, 19(5), 625-633.
- Ozan, Y. D. (2020). İnsan bakım kuramının temel kavramları. H. Okumuş. ve İ. Boz (Ed.). İçinde *Postmodern hemşirelik: İnsan bakım kuramı* (73-82. ss.). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Ozan, Y. D. ve Okumuş, H. (2013). Tedavi sonucu başarısız olan infertil kadınların Watson'ın İnsan Bakım Kuramına göre hemşirelik bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(3), 190-198.
- Özkan, B., Erdem, E., Özsoy, S. D., Zararsız, G. (2013). Şizofreni hastalarına verilen ruhsal eğitim ve telepsikiyatrik izlemenin hasta işlevselliği ve ilaç uyumuna etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14, 192-9.
- Özkan, H. A. ve Bilgin, Z. (2016). Hemşireliğin felsefi özü iyileştirme ve iyileştirici bakım yöntemleri. *Journal of Health Sciences and Professions*, 3(3), 191-200. doi: 10.17681/hsp.49209

- Özkan, İ. A. ve Okumuş, H. (2012). Bakım ve iyileşmenin kesiştiği bir model: Watson'ın İnsan Bakım Modeli. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2, 61-72.
- Öztürk, M. O. ve Uluşahin, N. A. (2018). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. (15. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Pajnkihar, M., McKenna, H. P., Štiglic, G., Vrbnjak, D. (2017). Fit for Practice: Analysis and Evaluation of Watson's Theory of Human Caring. *Nursing Science Quarterly*, 30(3), 243-252. doi: 10.1177/0894318417708409. PMID: 28899271.
- Patterson, S. (2007). Arts therapies for people with schizophrenia: an emerging evidence base. *Evidence Based Mental Health*, 10,69-70.
- Peng, M. M., Zhang, T. M., Liu, K. Z., Gong, K., Huang, C. H., Dai, G. Z., Hu, S. H., Lin, F. R., Chan, S. K. W., Ng, S., Ran, M. S. (2019). Perception of social support and psychotic symptoms among persons with schizophrenia: A strategy to lessen caregiver burden. *International Journal of Social Psychiatry*, 65(7-8), 548-557.
- Penn, D. L., Meyer, P. S., Evans, E., Wirth, R. J., Cai, K., Burchinal, M. (2009). A randomized controlled trial of group cognitive-behavioral therapy vs. enhanced supportive therapy for auditory hallucinations. *Schizophrenia research*, 109(1-3), 52-59.
- Perryman, K., Blisard, P., Moss, R. (2019). Using creative arts in trauma therapy: The neuroscience of healing. *Journal of Mental Health Counseling*, 41(1), 80-94.
- Polit, D. F., Beck, C. T., Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing and Health*, 30, 459-467.
- Rabinovitch, M., Cassidy, C., Schmitz, N., Joober, R., Malla, A. (2013). The influence of perceived social support on medication adherence in first-episode psychosis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(1), 59-65.
- Richards, A. G., Tietyen, A. C., Jicha, G. A., Bardach, S. H., Schmitt, F. A., Fardo, D. W., ..., Abner, E. L. (2019). Visual Arts Education improves self-esteem for persons with dementia and reduces caregiver burden: A randomized controlled trial. *Dementia*, 18(7-8), 3130-3142.
- Ripke, S., Neale, B. M., Corvin, A., Walters, J. T., Farh, K.-H., Holmans, P. A., . . .Huang, H. (2014). Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci. *Nature*, 511(7510), 421.
- Ron, K., Faltin, F., Ruggeri, F. (2012). *Statistical methods in healthcare*. R. Kenett (Ed.). USA:Wiley.
- Rus Calafell, M., Maldonado, J. G., Sabate, J. R., Giraldez, S. L. (2014). Social skills training for people with schizophrenia: What do we train? *Behavioral Psychology*, 22(3), 461-477.

- Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P. (2016). Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar. A. Bozkurt (Çev. Ed.). İçinde *Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri* (300. ss.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Sarandöl, A., Akkaya, C., Eracar, N., Kırılı, S. (2013). Şizofreni hastaları ve yakınlarıyla yapılan sanatla terapinin hastalık belirtileri, bireysel ve toplumsal beceriler üzerine etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(4), 333-339.
- Saviato, R.M., and Leão E.R. (2016). Nursing assistance and Jean Watson: a reflection on empathy. *Escola Anna Nery*, 20(1), 198-200. doi: 10.5935/1414-8145.20160026
- Schwarzer, R., Knoll, N., Rieckmann, N. (2004). Social support. A. Kaptein, J. Weinman (Eds.). In *Health psychology* (158–182 pp.). Oxford, England: Blackwell.
- Simanullang, R. H. (2018). The Correlation between Family Support and Relapse in Schizophrenia at The Psychiatric Hospital. *Belitung Nursing Journal*, 4(6), 566-571.
- Smith, M. C. and Parker, M. E. (2015). *Nursing Theories and Nursing Practice*. Philadelphia: FA Davis, 321-341.
- Stahl, S. M., and Schwartz, T. L. (2016). *Stahl's Essential Psychopharmacology: Case Studies*. Cambridge University Press.
- Suliman, W. A., Welmann, E., Omer, T., Thomas, L. (2009). Applying Watson's Nursing Theory to assess patient perceptions of being cared for in a multicultural environment. *Journal of Nursing Research*, 17 (4), 293-300.
- Summakoğlu, D. ve Ertuğrul, B. (2018). Şizofreni ve tedavisi. *Lectio Scientific*, 2(1), 43-61.
- Tabachnick, B. G. and Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). United States: Pearson Education.
- Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D. M., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers, S., Malaspina, D., Owen, M. J., Schultz, S., Tsuang, M., Os, J. V., Carpenter, W. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150(1), 3-10.
- Tekaüt, A. (2019). *Şizofreni hastalarında algılanan sosyal desteğin işlevsel iyileşme üzerine etkisi* (Master's thesis, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Thyme, K. E., Tavelin, B., Öster, I., Lindh, J., Wiberg, B. (2022). Art therapy and self-image: A 5-year follow-up art therapy RCT study of women diagnosed with breast cancer. *Palliative & Supportive Care*, 20(4), 482-490.
- Tong, J., Yu, W., Fan, X., Sun, X., Zhang, J., Zhang, J., Zhang, T. (2021). Impact of group art therapy using traditional Chinese materials on self-efficacy and social function for individuals diagnosed with schizophrenia. *Frontiers in Psychology*, 11, 571124.
- Townsend, M. C. (2016). *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri kanıta dayalı uygulama bakım kavramları*. C.T. Özcan ve N. Gürhan (Çev. Ed.). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 258-327.

- Townsend, M. C. and Morgan, K. I. (2017). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. F. A. Davis Company, Philadelphia, 988.
- Tuna, M. E. (2019). Psikolojik Danışma Gruplarının Mantıksal Çerçevesi. A. Demir ve S. Koydemir (Ed.). İçinde *Grupla psikolojik danışma* (26-47. ss.). Ankara: Pegem Akademi.
- Turan, N. (2016). Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. N. Gürhan (Ed.). *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği içinde* (541-551). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.
- Turkington, G. D., Lawrence, T., Stuart, W. (2019). Linguistic analysis of the valence, arousal and dominance of auditory hallucinations and internal thoughts in schizophrenia: Implications for psychoeducation and CBT. *Cogent Psychology*, 6(1), 1703463.
- Vaartio-Rajalin, H., Santamäki-Fischer, R., Jokisalo, P., Fagerström, L. (2021). Art making and expressive art therapy in adult health and nursing care: A scoping review. *International journal of nursing sciences*, 8(1), 102-119.
- Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R., Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1-16.
- Watson J. (2018). *Unitary Caring Science: Philosophy and Praxis of Nursing*. Colorado: University Press of Colorado, 64-92.
- Watson, J. (2008). *Nursing: Human science and human care*. (1st Revised ed.). New York: Jones and Bartlett Learning. 65-74.
- Watson, J. (2012). *Human caring science: A theory of nursing*. (2nd ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Wilcox, R. R. (2012). *Modern statistics for the social and behavioral sciences: A practical introduction*. United States: Chapman & Hall/CRC Press.
- Yalom, I. D. (2018). Kısa Süreli Grup Terapileri. Çev. Babayiğit Z. 1. Baskı. Pegasus Yayınları. İstanbul.
- Zhao, J., Li, H., Lin, R., Wei, Y., Yang, A. (2018). Effects of creative expression therapy for older adults with mild cognitive impairment at risk of Alzheimer's disease: a randomized controlled clinical trial. *Clinical Interventions in Aging*, 1313-1320.

EKLER

EK-1. Randomize Bir Çalışmanın Raporlanmasında Dahil Edilecek CONSORT 2010 Bilgi Kontrol Listesi

Bölüm/başlık	Madde No	Kontrol Listesi	Maddesi Bildirilen Sayfa Numarası
Başlık ve özet	1a	Başlıkta randomize bir çalışma olarak tanımlama	-
	1b	Çalışma dizaynı, yöntemler, bulgular ve sonuçlarının yapılandırılmış özeti (özellik kılavuz için, bakımız özetler için CONSORT)	G.Ü Sağ. Bil. Ens. Tez yazım kılavuzunda yapılandırılmamış özet istenmektedir
Giriş			
Arka plan ve amaçlar	2a	Bilimsel arka plan ve gerekçenin açıklanması	1-4
	2b	Özellik amaçlar veya hipotezler	5
Yöntemler			
Çalışma dizaynı	3a	Çalışma dizaynının tanımlaması (paralel, faktöriyel, gibi) ayırma oranları dahil	27
	3b	Çalışma başladıktan sonra yöntemlerdeki önemli değişiklikler (uygunluk kriterleri gibi), sebeplerle birlikte	-
Katılımcılar	4a	Katılımcılar için uygunluk kriterleri	29
	4b	Verilerin toplandığı ortamlar ve yerler	27-28
Girişimler	5	Kopyalamaya olanak sağlamak için, yeterli detaylarla her grup için girişimler, tam olarak nasıl ve ne zaman uygulandığı dahil	39-42
Sonuçlar	6a	Eksiksiz bir şekilde tanımlanmış önceden belirlenmiş birincil ve ikincil sonuç ölçümleri, nasıl ve ne zaman değerlendirildiği dahil	33-35, 39-42
	6b	Çalışma başladıktan sonra çalışma sonuçlarındaki herhangi bir değişiklik, nedenleriyle	-
Örneklem büyüklüğü	7a	Örneklem büyüklüğü nasıl belirlendi	28
	7b	Uygulandığında, ara analizlerin ve durdurma yönergelerinin açıklaması	-
Randomizasyon Dizi oluşturma	8a	Rastgele ayırma dizisi oluşturmada kullanılan yöntem	30-32
	8b	Randomizasyon tipi; herhangi bir kısıtlamanın ayrıntıları (bloklama ve blok boyutu gibi)	30
Ayırmayı gizleme mekanizması	9	Girişimler ayrılana kadar diziyi gizlemek için yapılan adımları tanımlayan rastgele ayırma dizisi sağlamada kullanılan mekanizma (sıralı olarak numaralandırılmış kaplar gibi)	31
Uygulama	10	Rastgele ayırma dizisini kim oluşturdu, katılımcıları kim kaydetti ve girişimler için katılımcıları kim ayırdı	30
Körleme	11a	Eğer yapıldıysa, girişimler için ayrıldığında kim (örneğin, katılımcılar, bakım verenler, sonuçları değerlendirenler) ve nasıl körleştirildi	30
	11b	Eğer ilgili ise girişimlerin benzerliğinin açıklaması	-
İstatistiksel Yöntemler	12a	Birincil ve ikincil sonuçlar için grupların karşılaştırılmasında kullanılan istatistiksel yöntemler	43
	12b	Alt grup analizleri ve düzeltilmiş analizler gibi ek analizler için yöntemler	43

EK-1. (devam) Randomize bir çalışmanın raporlanmasında dahil edilecek CONSORT 2010 bilgi kontrol listesi

Bölüm/başlık	Madde No	Kontrol Listesi	Maddesi Bildirilen Sayfa Numarası
Bulgular			
Katılımcı akışı (bir diyagram şiddetle önerilir)	13a	Her grup için, rasgele ayrılan, planlanan tedaviyi alan ve birincil sonuçlar için analiz edilen katılımcı sayısı	32
	13b	Her grup için, randomizasyondan sonraki kayıplar ve hariç bırakmalar, nedenleriyle birlikte	32
Çalışmaya alım	14a	Çalışmaya alım ve izlem sürelerini tanımlayan tarihler	38-42
	14b	Çalışma neden sonlandırıldı veya durduruldu	-
Temel veriler	15	Her grubun temel demografik ve klinik özelliklerini gösteren bir tablo	45-46
Analiz edilen sayılar	16	Her grup için, her analize dahil edilen katılımcı sayısı (payda) ve analizin asıl olarak seçilen gruplara göre olup olmadığı	45-54
Sonuçlar ve tahmin	17a	Birincil ve ikincil her sonuç için, her grup için sonuçlar ve tahmini etki boyutu ve hassasiyeti (%95 güven aralığı gibi)	45-54
	17b	İkili sonuçlar için, hem kesin ve hem nispi etki boyutunun sunulması önerilir	-
Yan analizler Zararlar	18	Yapılan herhangi diğer analiz sonuçları, alt grup analizleri ve düzeltilmiş analizler dahil, önceden belirlenmiş olanları planlanmamış olanlardan ayrılarak	-
	19	Her grupta bütün önemli zararlar veya istenmeyen etkiler (özellikle kılavuz için, zararlar için CONSORT'a bakınız)	-
Tartışma			
Kısıtlılıklar Genelleştirilebilirlik	20	Çalışma kısıtlılıkları; potansiyel önyargı kaynakları; beklenmeyen durum ve eğer bağlantılı ise analizlerin çeşitliliğini ele alan	6
	21	Çalışma bulgularının genelleştirilebilirliği (dış geçerlik, uygulanabilirlik)	
Yorum	22	Sonuçlarla tutarlı yorum, yararları ve zararları dengeleme ve diğer ilgili kanıtları göz önünde tutma	59-63
Diğer bilgiler			
Kayıt	23	Çalışma kaydının ismi ve kayıt numarası	NCT05954208
Protokol	24	Tam çalışma protokolüne nereden erişilebilir, eğer mevcutsa	ClinicalTrials.gov
Fon bulma	25	Fon kaynakları ve diğer destekler (ilaçların sağlanması gibi), fon sağlayıcıların rolleri	-

EK-2. Katılımcı Bilgi Formu

A. BİREYSEL ÖZELLİKLER

1. Yaş:
2. Cinsiyet: Kadın Erkek
3. Medeni Durum: Bekar Evli
4. Eğitim Durumu: Okuryazar
 İlkokul
 Ortaokul
 Lise
 Üniversite
 Lisansüstü
5. Çalışma Durumu: Evet Hayır
6. Gelir Düzeyi: İyi Orta Kötü
7. Birlikte yaşadığı Kişiler: Yalnız
 Anne/Baba
 Eş/Çocuklar
 Arkadaş
 Diğer (Belirtiniz:.....)
8. Destek aldığı kimse var mı? : Yok Var (Belirtiniz:.....)

B. HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

9. Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü: Yok Var (Belirtiniz:.....)
10. Kronik bir hastalık öyküsü: Yok Var (Belirtiniz:.....)
11. Ek bir ruhsal bozukluk var mı? Yok Var (Belirtiniz:.....)
12. Hastalık Süresi (Tanı Alınandan Bu Yana Geçen Süre):
13. TRSM'ye Devam etme Süresi:.....

EK-3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

ÇBASDÖ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarımızı işaretlemek için 1'den 7 'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarımızı veriniz.

Lütfen hiçbir cümleyle cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. **Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır.**
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
2. **İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.**
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
3. **Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.**
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
4. **İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.**
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
5. **Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.**
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
6. **Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.**
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
7. **Sorunlarımı ailemle (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.**
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
8. **Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.**
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
9. **Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.**
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
10. **Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.**
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
11. **Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.**
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
12. **Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.**
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

EK-4. Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (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 işlev 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? Çamaşır 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 işlevsellik

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.

[1] [2] [3] [4] [5]

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 katılmayı istenirse katılır.

EK-4. (devam) Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

5. Mükemmel derecede var: Hasta sosyal ve politik olaylarla ilgilidir ve aktif olarak katılır; dernek etkinliklerine katılır.

1 2 3 4 5

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 yada 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.

1 2 3 4 5

İletişim ve bilgilendirme (Yaygın bilgi kaynaklarının kullanımı. Örneğin; gazete, dergi, televizyon, radyo gibi ya da iletişim kaynaklarının kullanılmaması, 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.

1 2 3 4 5

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

1. Yok: Hastanın ailesiyle iletişimi yoktur ve arkadaşları 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.

EK-4. (devam) Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

4. Neredeyse tamamen var: Hasta aile üyeleri ve arkadaşlarıyla ilişkilerini sürdürür ve bu ilişkilerde bazen inisiyatifi alır.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın aile üyeleri ve arkadaşlarıyla iyi nitelikli ilişkileri vardır. İletişim sıklıkla kurulur ve genellikle hasta iletişim kurma girişiminde bulunur.

1 2 3 4 5

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.

1 2 3 4 5

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.

1 2 3 4 5

EK-4. (devam) Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

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.

1 2 3 4 5

Sağlık İdaresi (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.

1 2 3 4 5

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 katılmaz.

EK-4. (devam) Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

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.

1 2 3 4 5

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 tanıyır 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 tanıyır ve onlarla başa çıkabilir.

1 2 3 4 5

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.

1 2 3 4 5

EK-4. (devam) Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

Beslenme (Yemek hazırlığı yapma; alış-veriş, düzenleme ve/veya (ailenin veya yaşanılan 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.

1 2 3 4 5

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.

1 2 3 4 5

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.

EK-4. (devam) Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

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.

1 2 3 4 5

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.

1 2 3 4 5

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 yada 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.

1 2 3 4 5

EK-4. (devam) Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

4. Mesleki İşlevsellik

Ev işi etkinlikleri (Ev idaresi ile ilgili işler; toparlama, 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.

[1] [2] [3] [4] [5]

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

1. Yok: Hasta herhangi bir profesyonel etkinlik yürütemez yada 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 yada 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 yada 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.

[1] [2] [3] [4] [5]

EK-4. (devam) Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

(Kısa)

A. Sosyal işlevsellik	Yok	Kısmen Var	Yeterince var	Neredeyse tamamen var	Mükemmel derecede var
1. Sosyal ilişkilerde kendini ortaya koyabilme (Sosyal ortamlarda hastanın kendisini ortaya koyma, kendini ifade edebilme becerisi.)					
2. Sosyal hayata ve/veya bir derneğe katılım (Politik olaylardan haberdar olmak, oy kullanmak, derneklere üye olmak vb.)					
3. Kişisel aktiviteler (Kişisel ilgi alanlarına zaman ayırma, boş zamanları değerlendirebilme becerisi, örneğin; sportif faaliyetler, kitap okuma, el becerilerini geliştirme gibi hobiler.)					
5. Aile ve arkadaşlar (Aile bireyleri ve arkadaşlarla olan iletişim kalitesi, görüşme sıklığı)					
6. Yaşam için gerekli olan sosyal çevre (mağazalar, hizmetler, komşular...): Uyumlu sosyal entegrasyon için gerekli olan ilişkiler					
7. Duygusal ve cinsel ilişkiler (Duygusal bir ilişki isteği ve bunu başarmak. Tatmin edici cinsel hayat)					
B. Sağlık ve Tedavi					
8. Hastalığın ve tedavinin idaresi (Hastalıklarını, belirtilerini, tedavi programlarını, nüksetme işaretlerini bilme ve tedaviye uyum.)					
9. Sağlık İdaresi (Sağlığını korumak için gerekli önlemleri almak.)					
10. Empati ve başkalarına yardım					
C. Günlük Yaşam Becerileri					
12. Biyolojik ritimlere uyum (hastanın uyanma/uyku, yemek saatleri gibi biyolojik ritimlere uyumu)					
13. Beslenme (Yemek hazırlığı yapma; alış -veriş, düzenleme ve/veya (ailenin veya yaşanılan yerin) yemek saatlerine uyma becerisi)					

EK-4. (devam) Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

	Yok	Kısmen Var	Yeterince var	Neredeyse tamamen var	Mükemmel derecede var
14. İdari ve finansal yönetim (Olağan harcamaların idaresi, fatura ödemeleri, idari işler, sahip olduğu hakları bilme, mal varlığının idaresi)					
15. Kişisel görünüm ve bakım (görünüş, kişisel hijyen, kıyafetlerin temizliği)					
16. Agresif, saldırgan veya anti sosyal davranışın kontrolü (agresif davranış ve/veya kanunların ve toplum hayatının kurallarının hiçe sayılması)					
17. Strese ve beklenmeyen durumlara uyum sağlama (Uyabilme becerisi, duygusal kontrol, başa çıkma mekanizmaları)					
D. Mesleki İşlevsellik					
18. Ev işi etkinlikleri (Ev idaresi ile ilgili işler; toplama, çamaşır, bulaşık, temizlik, çöpü dışarı çıkarma, genel bakım, mobilyanın durumu vb.)					
19. Çalışma veya eğitim (Okul veya üniversiteye devam etme ya da geri dönme, iş eğitimi alma yada profesyonel yönelim. İş arama yada işe geri dönme, profesyonel entegrasyon)					

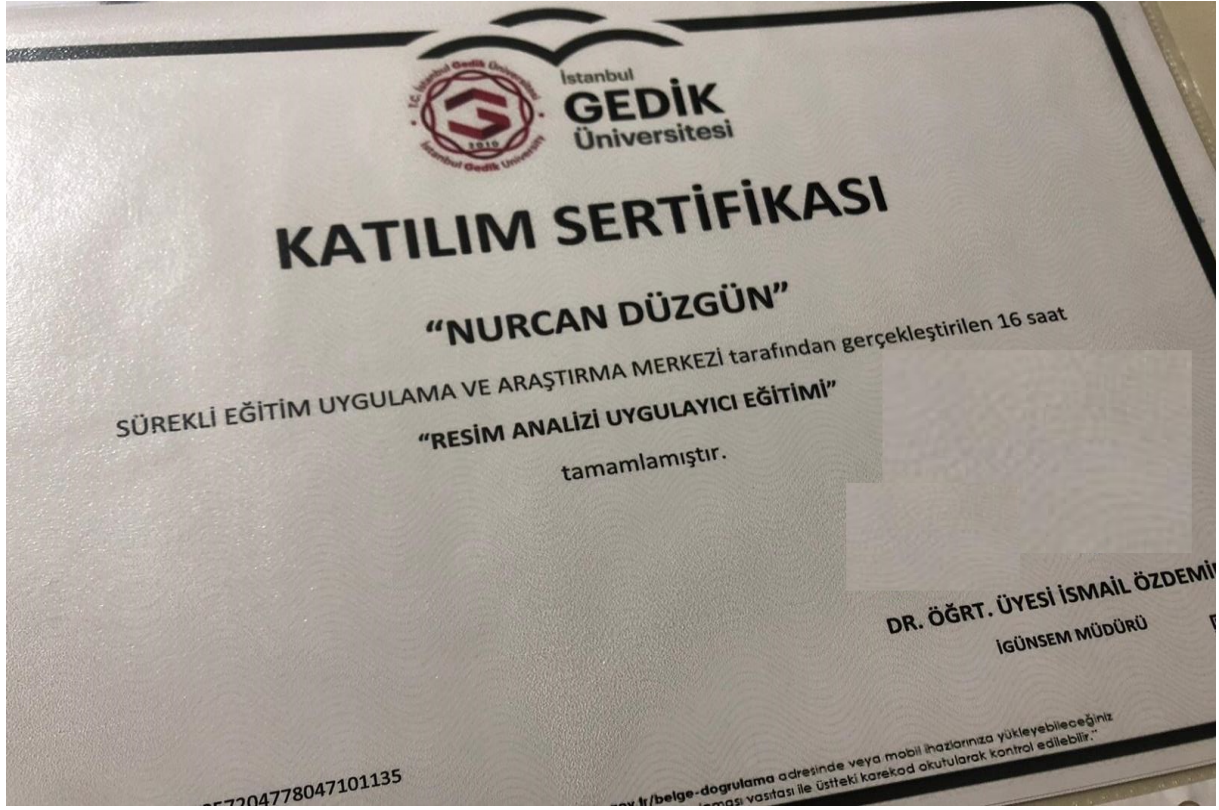
EK-5. Araştırmacının Sanat Terapisi Sertifikaları ve Eğitimleri



EK-5. (devam) Araştırmacının Sanat Terapisi Sertifikaları ve Eğitimleri



EK-5. (devam) Araştırmacının Sanat Terapisi Sertifikaları ve Eğitimleri



EK-6. Oturumların İçeriği

1.OTURUM: Kendini Keşfetme ve Öz farkındalık	Amaç: <ol style="list-style-type: none"> 1. Grubun tanışmasını ve ısınmasını sağlama 2. Kendini keşfetme, öz farkındalık konusunda ilerleme sağlama 3. Yardım edici-güven verici, otantik bakım ilişkisi geliştirme
	Hedefler: <ol style="list-style-type: none"> 1. Grup üyeleri hazırlık aşamasında oluşturulan temel grup kurallarını sıralayacak 2. Grup üyeleri yeni kurallar belirleyecek 3. Grup üyeleri kendilerinin olumlu ve geliştirilmesi gereken yönlerinin ayrımını yapacak 4. Grup üyeleri grup sürecinde kullanılacak olan görsel sanatlar terapisini tanımlayabilecek 5. Grup üyeleri sanat terapinin yararlarını sayabilecek
	İçerik <ol style="list-style-type: none"> 1. Giriş 2. Isınma çalışması (Kurdele etkinliği) 3. Görsel sanatlardan maske tekniğini kullanma 4. Paylaşım 5. Özetleme 6. Bir sonraki oturum hakkında bilgi verme
2.OTURUM: Çözülmemiş İlişkiler	Paylaşım Esnasında Kullanılan WİBM'de Yer Alan İyileştirme Faktörleri <ol style="list-style-type: none"> 1. İnsancılık-adanmışlık değerler sistemi 2. Kendine ve başkalarına duyarlılık 3. Yardım ve güven ilişkisi 4. İyileşme çevresi 5. Gereksinimlere yardım 6. Öğretme-Öğrenme
	Amaç: <ol style="list-style-type: none"> 1. Çözülmemiş ilişkiler hakkında farkındalık sağlama
	Hedefler: <ol style="list-style-type: none"> 1. Grup üyeleri çözülmemiş ilişkiler ile ilgili duygu ve düşüncelerini açıklayacak 2. Grup üyeleri uygulama sırasında hayal ettiği halı, ev ve kişi ile yaşamış olduğu güçlükleri ilişkilendirecek
	İçerik <ol style="list-style-type: none"> 1. Grup üyelerinin duygudurumlarının değerlendirilmesi 2. Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması 3. Isınma çalışması (Uçan halı etkinliği) 4. Görsel sanatlardan resim yapma tekniğini kullanma 5. Paylaşım 6. Özetleme 7. Bir sonraki oturum hakkında bilgi verme
	Paylaşım Esnasında Kullanılan WİBM'de Yer Alan İyileştirme Faktörleri <ol style="list-style-type: none"> 1. İnsancılık-adanmışlık değerler sistemi 2. Kendine ve başkalarına duyarlılık 3. İyileşme çevresi 4. Öğretme-Öğrenme 5. Olumlu ve olumsuz duyguları ifade etme

EK-6. (devam) Oturumların İçeriği

3.OTURUM: Olumlu Olumsuz Duygular	Amaç: 1. Grup üyelerinin duygularını tanımlarını ve farklı ifade yolları hakkında farkındalık kazanmalarını sağlama
	Hedefler: 1. Grup üyeleri olumlu ve olumsuz duygularını diğer grup üyeleri ile paylaşacak 2. Grup üyeleri yaşadıkları güçlüklerle diğer grup üyelerinin yaşamış olduğu güçlükler arasındaki benzerlikleri bulacak 3. Grup üyeleri duyguların ifadesinde farklı ifade yollarını kullanacak
	İçerik 1. Grup üyelerinin duygudurumlarının değerlendirilmesi 2. Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması 3. Isınma çalışması (Boşluk doldurma etkinliği) 4. Görsel sanatlardan atık malzemeler kullanarak kolaj yapma tekniğini kullanma 5. Paylaşım 6. Özetleme 7. Bir sonraki oturum hakkında bilgi verme
	Paylaşım Esnasında Kullanılan WİBM’de Yer Alan İyileştirme Faktörleri 1. İnsancılık-adanmışlık değerler sistemi 2. Yardım ve güven ilişkisi 3. İyileşme çevresi 4. Olumlu ve olumsuz duyguları ifade etme
4.OTURUM: Değişim İçin Güç Kazanma, Umud ve İnanç	Amaç: 1. Değişim için güç kazanmalarına yardımcı olma ve umut aşılama
	Hedefler: 1. Grup üyeleri yaşam öyküleri hakkında çıkarımlarda bulunacak 2. Grup üyeleri kendi yaşamları ile ilgili yeni bir bakış açısı geliştirecek 3. Değişim için gerekli olan gücün kendisinde olduğunu keşfedecek 3. Grup üyeleri yaşamdan beklentilerini ve geleceğe yönelik planlarını yapılandıracak
	İçerik 1. Grup üyelerinin duygudurumlarının değerlendirilmesi 2. Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması 3. Isınma çalışması (Kara bulutlar etkinliği) 4. Görsel sanatlardan resim tekniğini kullanma 5. Paylaşım 6. Özetleme 8. Bir sonraki oturum hakkında bilgi verme
Paylaşım Esnasında Kullanılan WİBM’de Yer Alan İyileştirme Faktörleri 1. İnsancılık-adanmışlık değerler sistemi 2. Kendine ve başkalarına duyarlılık 3. Yardım ve güven ilişkisi 4. İyileşme çevresi 5. Öğrenme ve öğretme 6. İnanç-umut 7. Gereksinimlere yardım	

EK-6. (devam) Oturumların İçeriği

5.OTURUM: Problem Çözme Becerileri Geliştirme	Amaç: <ol style="list-style-type: none"> 1. Grup üyesinin problemi ile ilgili yeni bir bakış açısı geliştirmesini ve değişimi gerçekleştirmek için gerekli adımları ve müdahaleleri belirlemesini sağlama
	Hedefler: <ol style="list-style-type: none"> 1. Grup üyeleri yaşamlarındaki zorlukları saptayacak 2. Grup üyeleri etkisiz baş etme yöntemlerini etkili olanlar ile değiştirecek 3. Grup üyeleri yaşamlarındaki zorluklar ile etkili baş etme yöntemlerini eşleştirecek 4. Grup üyeleri problem çözme basamaklarını kendi problemlerine uyarlayacak
	İçerik <ol style="list-style-type: none"> 1. Grup üyelerinin duygudurumlarının değerlendirilmesi 2. Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması 3. Isınma çalışması (Uçan balon etkinliği) 4. Görsel sanatlardan kolaj tekniğini kullanma 5. Paylaşım 6. Özetleme 7. Bir sonraki oturum hakkında bilgi verme
	Paylaşım Esnasında Kullanılan WİBM'de Yer Alan İyileştirme Faktörleri <ol style="list-style-type: none"> 1. İnsancılık-adanmışlık değerler sistemi 2. Kendine ve başkalarına duyarlılık 3. Yardım ve güven ilişkisi 4. İyileşme çevresi 5. Problem çözme 6. Öğrenme ve öğretme 7. Gereksinimlere yardım
6.OTURUM: Yaşanan Zorluklardan Anlam Bulma	Amaç: <ol style="list-style-type: none"> 1. Yaşanılan zorluklardan anlam bulmalarına yardımcı olma 2. Güvenli ayrılmayı sağlama
	Hedefler: <ol style="list-style-type: none"> 1. Grup üyeleri kendi yaşamlarını sorgulayacak 2. Grup üyeleri yaşadıkları zorlukları objektif bir biçimde betimleyecek 3. Grup üyeleri yaşadıkları zorluklar ile yaşamın anlamını sentezleyecek
	İçerik <ol style="list-style-type: none"> 1. Grup üyelerinin duygudurumlarının değerlendirilmesi 2. Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması 3. Isınma çalışması (Yaşlı bilge etkinliği) 4. Görsel sanatlardan fotoğraf tekniğini kullanma 5. Paylaşım 6. Özetleme 7. Tüm oturumları özetleme 8. Vedalaşma
	Paylaşım Esnasında Kullanılan WİBM'de Yer Alan İyileştirme Faktörleri <ol style="list-style-type: none"> 1. İnsancılık-adanmışlık değerler sistemi 2. Kendine ve başkalarına duyarlılık 3. Yardım ve güven ilişkisi 4. İyileşme çevresi 5. Öğrenme ve öğretme 6. Varlıksal-Fenomenolojik Boyutlara izin verme

Oturumların İçeriği (Degges-White ve Davis, 2019; Kağncı ve diğerleri, 2019; Watson, 2012).

EK-7. İyileştirici Faktörler ve Grup Lideri Yaklaşımı

İyileştirici Faktörler, İyileştirici Süreçler, Grup Lideri (Hemşirelik) Yaklaşımı		
1.İnsancılık-adanmışlık değerler sistemi	Vakur olma, kendine ve diğerlerine sevgi ve şefkatle yaklaşma	<ul style="list-style-type: none"> • Grup üyesine ismi ile hitap edilir. • Bakım anı ve bakım verme bilinciyle sevecen, şefkatli ve ölçülü yaklaşılır. • Üyelerin etkin katılımcılar olması sağlanır. • Bireye değerli olduğu hissettirilir • Şimdi ve Burada ilkelerine odaklanılır. • Kültürel farklılıklara saygı duyulur.
2. İnanç-umut	Bireye inanç ve umudu aşılama	<ul style="list-style-type: none"> • Üyelerin inançları doğrultusunda soru sorması, duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlanır. • Gelecek planları hakkında konuşularak umut duygusu aşılanır.
3.Duyarlılık	Bireyde 'Benlik-Ego'nun ötesine geçerek farkındahğı derinleştirme, bireyin manevi, spiritüel uygulamalarını geliştirme	<ul style="list-style-type: none"> • Üyenin kendisi ve çevresindekilerle ilgili anlamlı ritüeller geliştirmesi sağlanır (affetme, şükran, merhamet...) • Üyenin durumu ile ilgili bilgi düzeyi, uygulamaları ve geliştirmesi gereken yönleri birey ile birlikte belirlenir.
4.Yardım-Güven İlişkisi	Yardım edici-güven verici, otantik bakım ilişkisi geliştirme	<ul style="list-style-type: none"> • Üyelerin birbiri arasında yardıma dayalı bir ilişki kurulması sağlanır. • Grup sürecindeki tüm paylaşımların gizli kalacağı vurgulanır. • Oturumların başlama ve bitiş saatlerine, verilen sözlerin tutulmasına dikkat edilir.
5.Olumlu ve olumsuz duyguların ifadesi	İnsanların öykülerini içten dinleyerek olumlu ve olumsuz duyguların ifade edilmesini sağlama	<ul style="list-style-type: none"> • Üyelerin olumlu duygularının yanında olumsuz olanlara da odaklanması sağlanır. • Üyelerin duygularını paylaşmaları için uygun yerlerde kendine açma tekniği kullanılır. • Üyelerin deneyimlerini paylaşırken üçüncü kişileri anlatmak yerine daha çok öznel duygularına odaklanmaları sağlanır. • Duygu kontrolünün sağlanmasını yardımcı olunur.
6.Problem Çözme	Akım sürecinin parçası olarak, çeşitli bilme ve yapma yollarını kullanarak problem çözümüne yardım etme	<ul style="list-style-type: none"> • Üyelerin problemlerini açık bir şekilde ifade etmesi sağlanır. • Problemin çözümü için grup üyeler ile birlikte seçenekler üretilir. • Üyelerin problem çözme becerileri tartışılır. • Etkili olanlar üyeler ile birlikte belirlenir. • Üyeler belirlenen yöntemleri kullanması için teşvik edilir.
7. Öğretme- Öğrenme	Bireysel gereksinimlere ve kendi tarzına uygun bir şekilde öğrenme ve öğretme yaşantıları sağlama	<ul style="list-style-type: none"> • Üyelerin gereksinimleri belirlenerek o konular üzerinde durulur. • Üyelerin hem liderden hem de birbirlerinden öğrenmeleri için uygun ortam sağlanır.
8.İyileşme Çevresi	Fiziksel, duygusal ve manevi anlamda konforlu, güzel ve huzurlu bir çevre oluşturma	<ul style="list-style-type: none"> • Oturumların bölünmeyeceği bir ortam sağlanır. • Ortamın fiziki çevresi (ışık, ses, ısı vb.) uygun hale getirilir. • Etkileşimin artması için üyelerin halka (çember) oturma düzeninde oturmaları istenir.
9.Gereksinimlere yardım	Temel fiziksel, duygusal, ruhsal gereksinimlere yardımcı olma	<ul style="list-style-type: none"> • Üyelerin gereksinimleri belirlenir. • Gereksinimler önceliklerine göre ele alınır.
10.Varlıksal-Fenomenolojik Boyutlara izin verme	Manevi gizemlere, ölüm ve yaşamın varlıksal boyutlarına açık olma; ruh bakımı için onunla olma, gizemleri ortaya çıkarma, mucizeye izin verme	<ul style="list-style-type: none"> • Deneyimlerinden anlam bulması sağlanır. • Manevi inançlarına ve değerlerine saygı duyulur.

Uygulama Sırasında Kullanılacak WİBM'de Yer Alan İyileştirici Faktörler, İyileştirici Süreçler ve Grup Lideri (Hemşirelik) Yaklaşımı (Kol, 2017).

EK-8. Etik Komisyon Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 07.06.2022-E.378643



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu

Sayı : E-77082166-302.08.01-378643
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

07.06.2022

Sayın Prof. Dr. Satı DEMİR
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı - Anabilim Dalı Başkanı

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı **Doktora Öğrencisi Nurcan DÜZGÜN'ün, Prof.Dr.Satı DEMİR'in** danışmanlığında yürüttüğü **“Şizofreni Tanılı Bireylerde Watson'ın İnsan Bakım Modeline Temellendirilmiş Görsel Sanatlar Grup Terapisinin Algılanan Sosyal Destek ve İşlevsel İyileşme Üzerine Etkisi”** adlı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun **24.05.2022** tarih ve **10** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Araştırma Kod No: 2022 - 730

Prof. Dr. İsmail KARAKAYA
Komisyon Başkanı

Ek:1 Liste

DAĞITIM

Gereği:

Sayın Prof. Dr. Satı DEMİR

Bilgi:

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Belge Doğrulama Kodu :BS90M2HH4Z

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/gazi-universitesi-ebys>

Emniyet Mahallesi Bandırma Caddesi No :6/1 06560 Yenimahalle/ANKARA
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi :<http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/>
Kep Adresi: gaziuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için :Esengül BOŞNAK
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No:03122022666



Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-8. (devam) Etik Komisyon Onayı

Evrak Tarihi ve Sayısı: 07.06.2022-E.378643

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ	
TOPLANTI TARİHİ : 24/05/2022	TOPLANTI SAYISI : 10
ADI – SOYADI	İMZA
Prof. Dr. İsmail KARAKAYA BAŞKAN	
Prof.Dr.Kemal ÖZTEMEL BAŞKAN YRD.	
Prof.Dr.C.Haluk BODUR	
Prof.Dr.Seçil ÖZKAN	
Prof.Dr.Cevriye TEMEL GENCER	
Prof.Dr.İsmet YÜKSEL	
Prof.Dr.Aytemek GÖNENÇ	
Prof.Dr.Gülray BAYRAMOĞLU	
Prof.Dr.Makbule GEZMEN KARADAĞ	
Prof.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA	
Prof.Dr.İlyas OKUR	
Doç.Dr.Nihan KAFA	
Doç.Dr.Melek Gülşah ŞAHİN	

EK-9. Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 00.00.2022-E.469800



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI YENİMAHALLE EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - YENİMAHALLE İHAH ETİK
KURUL - EPK
20/09/2022 15:27 - E-33373887 - 799 - 16



Ek-3

Sayı : E-33373887-799
Konu : Prof Dr. Satı DEMİR (Doktora tez
Çalışması)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 15/09/2022 tarihli ve 90739940-799-E-90739940-799-1991 sayılı yazı.

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğretim üyesi Prof. Dr. Satı DEMİR' in, "Şizofreni Tanılı Bireylerde Watson'ın İnsan Bakım Modeline Temellendirilmiş Görsel Sanatlar Grup Terapisinin Algılanan Sosyal Destek ve İşlevsel İyileşme Üzerine Etkisi" başlıklı doktora tez çalışmasının hastanemizde yapılması uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize ve gerğini arz ederim.

Prof. Dr. Mustafa DURAN
Başhekim

Ek: Uygunluk onayı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: ce39864f-320c-4dcc-8784-94f73bb5f5e7 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Telefon: Faks No:

e-Posta: bulent.ozturk@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

Bilgi için: BÜLENT ÖZTÜRK

Veri Hazırlama ve Kontrol İşl.

Telefon No: (0 312) 565 62 27



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-9. (devam) Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 00.09.2022-E.459800



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ANKARA EĞİTİM VE TESCİL BİRİMİ

28/09/2022 17:26 - E-90739940 - 799 - E-90739940-799-2078



00174621341

Ek-4

Sayı : E-90739940-799
Konu : Prof. Dr. Satı DEMİR
(Doktora Tez Çalışması)

GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Personel Daire Başkanlığına

İlgi: 14.09.2022 tarih ve 453998 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Fakültesi öğretim üyesi Prof. Dr. Satı DEMİR' in, "*Şizofreni Tanılı Bireylerde Watson'ın İnsan Bakım Modeline Temellendirilmiş Görsel Sanatlar Grup Terapisinin Algılanan Sosyal Destek ve İşlevsel İyileşme Üzerine Etkisi*" başlıklı doktora tez çalışması talebine ilişkin hastane cevabi yazıları yazımız ekinde gönderilmiştir.

Söz konusu çalışmanın Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması, başka makam ve kişilere verilmemesi ve bir örneğinin Müdürlüğümüze gönderilmesi kaydıyla ilgili kurumda yapılması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Doç. Dr. Özgür Ömer YILDIZ
Müdür a.
Başkan Yardımcısı

Ek: Üst Yazı (3 Sayfa)

ASM SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI Eğitim ve Tescil Birimi
Varlık Mahallesi Halil Sezai Erkut Cad. No:5 Yenimahalle/ ANKARA
Telefon: Faks No:

e-Posta: yesim.ozer@saglik.gov.tr İnternet Adresi: www.asm.gov.tr

Belge Doğrulama Kodu: 2421d50d-79d8-47af-8285-5b01cd048684

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Yeşim ÖZER

SÜREKLİ İŞÇİ

Telefon No: (0 000) 000 00 00

Belge Doğrulama Adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-10. Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ön uygulamaya katılacak bireyler için)

Sayın Katılımcı;

Ben Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı Doktora öğrencisi Öğr. Gör. Nurcan DÜZGÜN. Danışmanım Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Satı DEMİR ile birlikte yürüttüğümüz **“Şizofreni Tanılı Bireylerde Watson’ın İnsan Bakım Modeline Temellendirilmiş Görsel Sanatlar Grup Terapisinin Algılanan Sosyal Destek ve İşlevsel İyileşme Üzerine Etkisi”** adlı araştırmaya davet ediyoruz. Çalışmanın amacı, şizofreni tanılı bireylerde Watson’ın İnsan Bakım Modeline temellendirilmiş görsel sanatlar grup terapisinin algılanan sosyal destek ve işlevsel iyileşme üzerine etkisinin değerlendirilmesidir. Araştırma Ankara’da bulunan Yenimahalle Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nde yapılacaktır. Bu araştırmanın yapılması için Ankara İl Sağlık Müdürlüğü’nden gerekli izin alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz sizden araştırma öncesinde yaklaşık 15 dakika sürecek olan "Katılımcı Bilgi Formu", "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" ve "Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği"ni doldurmanız beklenmektedir. Araştırmacılar liderliğinde bulunduğunuz TRSM’de yüz yüze olacak şekilde haftada bir olmak üzere üç hafta boyunca görsel sanatlar grup terapisi uygulanacaktır. Uygulamalar haftada bir kez 90 dakikalık oturumlar halinde gerçekleştirilecektir. Siz değerli katılımcılardan bu süreçte oturumlara düzenli olarak katılmanız talep edilmektedir. Uygulama esnasında gereksinim duyduğunuz malzemeler (Kağıt, kalem, boya kalemi vb.) araştırmacılar tarafından ücretsiz bir şekilde sağlanacaktır. Uygulama tamamlandıktan sonra, yaklaşık 10 dakika sürecek olan, "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" ve "Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği"ni doldurmanız beklenmektedir. Ayrıca formlara, ön test ve son test için kullanılmak üzere unutmayacağınız bir rumuz yazmanız istenmektedir. Araştırma sürecinde herhangi bir risk söz konusu değildir. Araştırmaya katılıp katılmama konusunda tamamen serbestsiniz. Bu çalışmaya katıldığınız için sizden herhangi bir ücret alınmayacak ya da size bir ödeme yapılmayacaktır. İstedığınız zaman (Araştırma öncesinde, esnasında ve sonrasında) çalışmadan ayrılabilirsiniz. Çalışmadan ayrılmanız durumunda tıbbi takip ve tedavileriniz hiçbir şekilde etkilenmeyecektir. Çalışma sonuçları sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır ve konu ile ilgili sonraki araştırmalara yol gösterici olacaktır. Araştırma için etik kuruldan olumlu görüş alınmıştır. Çalışmada kimliğiniz gizli tutulacaktır. Ancak gerekirse sizin kimlik bilgilerinizi içeren kayıtlara etik kurul üyeleri izleyici ve yoklayıcılar yasal olarak bakabilir.

EK-10. (devam) Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ön uygulamaya katılacak bireyler için)

KATILIMCI BEYANI

Yukarıda amacı ve içeriği belirtilen bu araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılamayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve Telefonu		

Araştırmacı

Adı ve Soyadı	Öğr. Gör. Nurcan DÜZGÜN	Tarih ve İmza
Adres ve Telefonu	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD	

EK-11. Bilgilendirilmiş Onam Formu (Araştırmaya katılacak bireyler için)

Sayın Katılımcı;

Ben Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı Doktora öğrencisi Öğr. Gör. Nurcan DÜZGÜN. Danışmanım Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Satı DEMİR ile birlikte yürüttüğümüz **“Şizofreni Tanılı Bireylerde Watson’ın İnsan Bakım Modeline Temellendirilmiş Görsel Sanatlar Grup Terapisinin Algılanan Sosyal Destek ve İşlevsel İyileşme Üzerine Etkisi”** adlı araştırmaya davet ediyoruz. Çalışmanın amacı, şizofreni tanılı bireylerde Watson’ın İnsan Bakım Modeline temellendirilmiş görsel sanatlar grup terapisinin algılanan sosyal destek ve işlevsel iyileşme üzerine etkisinin değerlendirilmesidir. Araştırma Ankara’da bulunan Yenimahalle Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nde yapılacaktır. Bu araştırmanın yapılması için Ankara İl Sağlık Müdürlüğü’nden gerekli izin alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz Sizden araştırma öncesinde yaklaşık 15 dakika sürecek olan "Katılımcı Bilgi Formu", "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" ve "Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği"ni doldurmanız beklenmektedir. Ardından siz katılımcılar rastgele olacak şekilde iki gruba ayrılacaksınız. Eğer 1.grupta yer alırsanız araştırmacılar liderliğinde bulunduğunuz TRSM’de yüz yüze olacak şekilde haftada bir olmak üzere altı hafta boyunca görsel sanatlar grup terapisi uygulanacaktır. Eğer 2.grupta yer alırsanız bu altı hafta boyunca rutin takip ve tedaviniz devam edecek, gönüllü olduğunuz takdirde aynı uygulamalar araştırma sonrasında size de uygulanacaktır. Uygulamalar haftada bir kez 90 dakikalık oturumlar halinde gerçekleştirilmek üzere 6 hafta sürecektir. Siz değerli katılımcılardan bu süreçte oturumlara düzenli olarak katılmanız talep edilmektedir. Uygulama esnasında gereksinim duyduğunuz malzemeler (Kağıt, kalem, boya kalemi vb.) araştırmacılar tarafından ücretsiz bir şekilde sağlanacaktır. Uygulama tamamlandıktan sonra aynı hafta içinde ve bir ay sonra olmak üzere iki kez, yaklaşık 10 dakika sürecek olan, "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" ve "Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği"ni doldurmanız beklenmektedir. Ayrıca formlara, ön test ve son test için kullanılmak üzere unutmayacağınız bir rumuz yazmanız istenmektedir. Araştırma sürecinde herhangi bir risk söz konusu değildir. Araştırmaya katılıp katılmama konusunda tamamen serbestsiniz. Bu çalışmaya katıldığınız için sizden herhangi bir ücret alınmayacak ya da size bir ödeme yapılmayacaktır. İsteddiğiniz zaman (Araştırma öncesinde, esnasında ve sonrasında) çalışmadan ayrılabilirsiniz. Çalışmadan ayrılmanız durumunda tıbbi takip ve tedavileriniz hiçbir şekilde etkilenmeyecektir. Çalışma sonuçları sadece bilimsel amaçlar

EK-11. (devam) Bilgilendirilmiş Onam Formu (Araştırmaya katılacak bireyler için)

için kullanılacaktır ve konu ile ilgili sonraki araştırmalara yol gösterici olacaktır. Araştırma için etik kuruldan olumlu görüş alınmıştır. Çalışmada kimliğiniz gizli tutulacaktır. Ancak gerekirse sizin kimlik bilgilerinizi içeren kayıtlara etik kurul üyeleri izleyici ve yoklayıcılar yasal olarak bakabilir.

KATILIMCI BEYANI

Yukarıda amacı ve içeriği belirtilen bu araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılamayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve Telefonu		

Araştırmacı

Adı ve Soyadı	Öğr. Gör. Nurcan DÜZGÜN	Tarih ve İmza
Adres ve Telefonu	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD	

EK-12. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği Uygulama İzni

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ELEKTRONİK POSTA SİSTEMİ

Ara

Nurcan DÜZGÜN

Posta Kişiler Takvim Görevler Evrak Çantası Tercihler Ara Re: 'Şizofreni'

Kapat Yanıtla Tümüne Yanıt Ver İlet Arşivle Sil İstenmeyen Posta İşlemler

Re: 'Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği' uygulama izni 18 Nisan 2022 9:47

Kimden: Alp Üçok
Kime: Nurcan DÜZGÜN

merhaba,
ölçekler kullanılsın diye yapılıyor ve uyarlanıyor . yayınlanmıssa
bence izin istenmesi bile gereksiz. tabii ki kullanabilirsiniz. kolay
gelsin
alp üçok

Nurcan DÜZGÜN < >, 18 Nis 2022 Pzt, 09:36 tarihinde şunu yazdı:

>
>
> Sayın Hocam Prof. Dr. Alp Üçok'a,
>
> Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü doktora öğrencisiyim. Doktora tezimde ''Şizofreni Tanılı Bireylerde Watson'ın İnsan Bakım Modeline Temellendirilmiş Görsel Sanatlar Grup Terapisinin Algılanan Sosyal Destek ve İşlevsel İyileşme Üzerine Etkisi''ni incelemek istiyorum. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz '' Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği''ni kullanabilmek için uygulama izni istemekteyim.
>
> Gereğini bilgilerinize arz ederim.
>
>
>
> Öğr. Gör. Nurcan DÜZGÜN
>

--
Prof. Dr. Alp Üçok
İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Psikotik Bozukluklar
Araştırma Programı

EK-13. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Uygulama İzni

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ELEKTRONİK POSTA SİSTEMİ

Ara

Nurcan DÜZGÜN

Posta Kişiler Takvim Görevler Evrak Çantası Tercihler Ara Re: 'Şizofreni'

Kapat Yanıtla Tümüne Yanıt Ver İlet Arşivle Sil İstenmeyen Posta İşlemler

Re: "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" uygulama izin isteği 22 Kasım 2021 13:28

Kimden: haluk arkar
Kime: Nurcan DÜZGÜN

Çok Boyutlu Alg... Destek Ölçeği.docx (15,4 KB) İndir | Evrak çantası | Kaldır

Sayın Nurcan Düzgün,
Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.
Prof. Dr. Haluk Arkar
Eker, D., H. Arkar ve H. Yıldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği", Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25 (2001).

Kimden: "Nurcan DÜZGÜN" <r...>
Kime: "haluk arkar" <haluk...>
Gönderilenler: 21 Kasım Pazar 2021 14:26:43
Konu: "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" uygulama izin isteği

DİKKAT: Bu e-posta kurum dışından gönderilmiştir. Zararlı dosya veya bağlantılar (link) içeriyor olabilir. Kaynağından emin olmadığınız dosyaları açmayınız, bağlantılara (link) tıklamayınız. Şüpheli durumlarda lütfen Bilgi İşlem Daire Başkanlığı r... adresine bilgi veriniz.

Sayın Prof. Dr. Haluk ARKAR'a,

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü doktora öğrencisiyim. Doktora tezimde "Şizofreni Tanılı Bireylerde Watson'ın İnsan Bakım Modeline Temellendirilmiş Görsel Sanatlar Grup Terapisinin Algılanan Sosyal Destek ve İşlevsel İyileşme Üzerine Etkisi"ni incelemek istiyorum. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği"ni kullanabilmek için uygulama izni istemekteyim.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : DÜZGÜN, Nurcan
Uyuşuğu : T.C.

Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Doktora	Gazi Üniversitesi / Hemşirelik Anabilim Dalı	Devam Ediyor
Yüksek Lisans	Erciyes Üniversitesi / Hemşirelik Anabilim Dalı	2018
Lisans	Erciyes Üniversitesi / Hemşirelik Bölümü	2011
Lise	Nahit Menteşe Yabancı Dil Ağırlıklı Lise	2004

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2019-devam ediyor	Gazi Üniversitesi	Öğretim Görevlisi
2011-2016	Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Hemşire

Yabancı Dil

İngilizce

Yayınlar

1. Düzgün, N. ve Demir, S. (2023). A Psychosocial Touch on Elderly Individuals: Art Therapy. *Journal of Gazi University Health Sciences Institute*, 5(1), 17-22.
2. Düzgün, N. ve Bayraktar, E. (2020). Determination of Body Image, Self-Esteem and Depression States among Patients with Gynecological Cancer. *Turkish Journal of Oncology*, 35(4), 365-372.

Hobiler

Resim, Sanat



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..