



**ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERDE KABUL
KARALILIK TEMELLİ PSİKOEĞİTİMİN
DAMGALANMA, İŞLEVSELLİK VE YAŞAM
NİTELİĞİNE ETKİSİ: KARMA YÖNTEM ÇALIŞMASI**

Ceylan AKSOY

Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Kübra GÖKALP**

Doktora Tezi-2025



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

**ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERDE KABUL KARALILIK
TEMELLİ PSİKOEĞİTİMİN DAMGALANMA,
İŞLEVSELLİK VE YAŞAM NİTELİĞİNE ETKİSİ:
KARMA YÖNTEM ÇALIŞMASI**

Ceylan AKSOY

**Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Kübra GÖKALP**

**ERZURUM
2025**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	V
ÖZET	VI
ABSTRACT.....	VII
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VIII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	IX
TABLolar DİZİNİ	X
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Şizofreni.....	5
2.2. Şizofrenide Damgalanma.....	7
2.3. Şizofrenide İşlevsellik.....	9
2.4. Şizofrenide Yaşam Niteliği.....	10
2.5. Kabul ve Kararlılık Terapisi	12
2.5.1. Kabul ve Kararlılık Terapisine Göre Psikopatolojinin Altı Temel Süreci.....	12
2.5.2. Kabul ve Kararlılık Terapisinin Altı Temel Süreci	15
2.6. Şizofrenide Kabul ve Kararlılık Terapisi	17
2.7. Şizofreni Tanılı Bireylerde Psikososyal Rehabilitasyonda Psikiyatri Hemşiresinin Rolü.....	18
3. MATERYAL VE METOT.....	21
3.1. Araştırmanın Tasarımı	21
3.2. Araştırmanın Deseni	22
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	25
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	25

3.4.1. Nicel Yöntemde Evren ve Örneklem Seçimi.....	26
3.4.2. Nitel Yöntemde Evren ve Örneklem Seçimi	28
3.5. Araştırma Sürecinde Metodolojik Şeffaflık.....	30
3.6. Psikoeğitim Programının Geliştirilmesi.....	32
3.6.1. Psikoeğitim Programının Uygulanması	33
3.7. Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Psikoeğitim Programı İçeriği	36
3.8. Veri Toplama Araçları	40
3.8.1. Kullanılan Ölçekler ve Değerlendirme Araçları	40
3.8.2. Nitel Veri Toplama Aracı	41
3.9. Araştırmanın Değişkenleri	42
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	42
3.10.1. Nicel Verilerin Değerlendirilmesi	42
3.10.2. Nitel Verilerin Değerlendirilmesi	46
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	47
3.12. Araştırmanın Etik İlkeleri	48
4. BULGULAR.....	49
4.1. Nicel Bulgular.....	49
4.1.1. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ve Sağlık Durumlarına İlişkin Bulgular	49
4.1.2. Bireylerin Damgalama Düzeylerine İlişkin Bulgular	51
4.1.3. KDÖ Puanlarının Grup Bazında Karşılaştırılması: ANCOVA Sonuçları	53
4.1.4. Bireylerin İşlevsellik Düzeylerine İlişkin Bulgular	58
4.1.5. Bireylerin Yaşam Niteliği Düzeylerine İlişkin Bulgular	66
4.1.6. Bireylerin Damgalama Düzeylerinin İşlevsellik Düzeyleri Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular	74

4.1.7. Bireylerin Damgalama Düzeylerinin Yaşam Niteliği Düzeyleri Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular	76
4.1.8. Bireylerin İşlevsellik Düzeylerinin Yaşam Niteliği Düzeyleri Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular	78
4.2. Nitel Bulgular	80
4.2.1. Program Sürecine Yönelik İlk Tepkiler	81
4.2.1.1. Başlangıçta Yabancılık ve Çekince	81
4.2.1.2. Süreçte Alışma ve Katılım	82
4.2.1.3. Grup Etkileşimi ve Empatik Ortam	82
4.2.2. ACT Tekniklerinin Günlük Yaşama Uyarlanması	82
4.2.2.1. Nefes Egzersizleri ve Farkındalık	83
4.2.2.2. Düşüncelerle Başa Çıkma ve Bilişsel Ayırışma	83
4.2.2.3. Değerlerle Bağ Kurma	84
4.2.3. ACT'nin Damgalanma, İşlevsellik ve Yaşam Niteliğine Etkisi	84
4.2.3.1. Toplumsal Damgalanmaya Karşı Farkındalık ve Kabul	84
4.2.3.2. Günlük Yaşam İşlevselliğinde Artış	85
4.2.3.3. Yaşam Niteliğinde Öznel İyileşme	85
4.2.4. Gelecek Umudu ve Yaşama Yönelik Tutum	85
4.2.4.1. Umuda Dair Yeniden Yapılanma	86
4.2.4.2. Anlam Arayışı ve Kimlik Bütünlüğü	86
4.2.4.3. Günlük Yaşamda Anlam ve Memnuniyet	87
4.3. Nicel ve Nitel Yöntemler ile Elde Edilen Bulguların Karmalanması	87
5. TARTIŞMA	90
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	100
KAYNAKLAR	102

EKLER	124
EK-1. Etik Bildirim ve İntihal Beyan Formu.....	124
EK-2. Etik Kurul Onay Formu	125
EK-3. Kurum izni	127
EK-4. Tez Çalışması Sırasında Uzman Görüşü Alınan Kişiler	128
EK-5. COREQ Kontrol Listesi	129
EK-6. Tanıtıcı Bilgi Formu	130
EK-7. Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ)	131
EK-8. Kendini Damgalama Ölçeği (KDÖ)	133
EK-9. Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞHİNYÖ).....	134
EK-10. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	135
EK-11. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	137
EK-12. Eğitim Sertifikası	139

TEŞEKKÜR

Doktora tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, tezimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen değerli hocam Sayın Doç. Dr. Kübra GÖKALP'e en derin saygı ve şükranlarımı sunarım. Ayrıca bu süre içerisinde eğitimime önemli katkılar sunan Atatürk Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalının tüm öğretim üyelerine gönülden teşekkür ederim. Tezimin tüm aşamalarında yardımlarını esirgemeyen ve gelişimime önemli katkılarda bulunan değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ ve Sayın Prof. Dr. İsmail SEÇER'e, ayrıca tez jürimde yer alarak değerli görüşleri ve destekleriyle sürecime katkıda bulunan kıymetli hocalarım Doç. Dr. Hatice DURMAZ, Prof. Dr. Emine YILMAZ ve Doç. Dr. Filiz ERSÖĞÜTÇÜ' ye içten teşekkürlerimi sunarım.

Bu çalışmayı 2024/14768 BAP proje numarası ile destekleyen Atatürk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi'ne teşekkür ederim.

Hayatımın her anında koşulsuz sevgileri ve sonsuz destekleriyle yanımda olan canım anneme, babama ve kardeşlerime,

Her zorlukta elimden tutan, sabrı ve sevgisiyle bu süreci anlamlandıran ve başarımın en büyük destekçisi olan çok kıymetli eşime en kalbi duygularımla teşekkür ederim.

Ceylan AKSOY

ÖZET

Şizofreni Tanılı Bireylerde Kabul Kararlılık Temelli Psikoeğitimin

Damgalanma, İşlevsellik ve Yaşam Niteliğine Etkisi: Karma Yöntem Çalışması

Amaç: Bu araştırmanın amacı, şizofreni tanılı bireylerde kabul ve kararlılık terapisi (ACT) temelli psikoeğitim programının damgalanma algısı, işlevsellik ve yaşam niteliği üzerine etkilerini incelemektir.

Materyal ve Metot: Çalışma, iç içe sıralı karma yöntemle yürütülmüştür. Nicel boyut deney ve kontrol gruplu, ön test–son test ve izlem ölçümlerini içeren yarı deneysel desenle; nitel boyut ise fenomenolojik desenle gerçekleştirilmiştir. Araştırma, deney ve kontrol grubundan oluşan 35 şizofreni tanılı birey ile yürütülmüştür. Deney grubuna sekiz oturumdan oluşan ACT temelli psikoeğitim programı uygulanırken, kontrol grubuna müdahale edilmemiştir.

Bulgular: Nicel bulgular, ACT temelli programın deney grubunda damgalanma algısını anlamlı düzeyde azalttığını, işlevselliği ve yaşam niteliğini artırdığını göstermiştir ($p<0.05$). Kontrol grubunda anlamlı bir değişiklik bulunmamıştır ($p>0.05$). Görüşmelerin içerik analizi sonucunda “program sürecine yönelik ilk tepkiler, ACT tekniklerinin günlük yaşama uyarlanması, ACT’nin damgalanma, işlevsellik, yaşam niteliği üzerindeki etkileri ve gelecek umudu ile yaşama yönelik tutum” olmak üzere dört ana tema belirlenmiştir.

Sonuç: ACT temelli psikoeğitim programı, şizofreni tanılı bireylerde damgalanmayı azaltmada, işlevsellik ve yaşam niteliğini geliştirmede etkili bulunmuştur. ACT’nin psikososyal rehabilitasyon süreçlerine entegrasyonunun psikiyatri hemşireliği klinik uygulamalarını güçlendirecek biçimde yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kabul ve kararlılık terapisi, karma çalışma, psikiyatri hemşireliği, psikoeğitim, şizofreni

ABSTRACT

The Effect of Acceptance and Commitment–Based Psychoeducation on Stigma, Functionality, and Quality of Life in Individuals Diagnosed with Schizophrenia: A Mixed-Methods Study

Aim: The aim of this study is to examine the effects of an ACT based psychoeducation program on perceived stigma, functionality, and quality of life in individuals diagnosed with schizophrenia.

Material and Method: This embedded sequential mixed-methods study used a quasi-experimental design with pre-test, post-test, and follow-up measurements for the quantitative phase and a phenomenological design for the qualitative phase. A total of 35 individuals with schizophrenia were assigned to experimental and control groups. The experimental group received an eight-session ACT-based psychoeducation program, while the control group received no intervention.

Results: The quantitative findings showed that the ACT-based program significantly reduced perceived stigma and increased functionality and quality of life in the experimental group ($p < 0.05$). No significant change was observed in the control group ($p > 0.05$). Content analysis of the interviews revealed four main themes: initial reactions to the program process, adaptation of ACT techniques to daily life, the effects of ACT on stigma, functionality, and quality of life, and hope for the future and attitudes toward life.

Conclusion: The ACT-based psychoeducation program effectively reduced stigma and enhanced functionality and quality of life among individuals with schizophrenia. Expanding the integration of ACT into psychosocial rehabilitation is recommended to strengthen psychiatric nursing practice.

Key Words: Acceptance and commitment therapy, mixed-method study, psychiatric nursing, psychoeducation, schizophrenia

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACT	Acceptance and Commitment Therapy
APA	American Psychiatric Association
BDT	Bilişsel Davranışsal Terapi
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
KDÖ	Kendini Damgalama Ölçeği
KKT	Kabul ve Kararlılık Terapisi
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MCT	Metakognitif Terapi
SPSS	Statistical Package for Social Science
ŞHİYNÖ	Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği
TİDÖ	Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği
TRSM	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. Kabul ve kararlılık terapisinin psikopatoloji modeli (psikolojik katılık)	13
Şekil 2.2. Kabul ve kararlılık terapisinin psikolojik esneklik modeli	15
Şekil 3.1. Araştırmanın yöntemsel diyagramı	23
Şekil 3.2. Kelime bulutu	33
Şekil 3.3. Consort 2010 akış şeması	35
Şekil 4.1. Bireylerin Kendini Damgalama Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının dağılım grafikleri.....	52
Şekil 4.2. Bireylerin Kendini Damgalama Ölçeği düzeltilmiş son test puan ortalamalarının dağılım grafikleri.	55
Şekil 4.3. Bireylerin Kendini Damgalama Ölçeği düzeltilmiş izlem testi puan ortalamalarının dağılım grafikleri	56
Şekil 4.4. Bireylerin Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının dağılım grafikleri	59
Şekil 4.5. Bireylerin Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortalamasının dağılım grafikleri.....	61
Şekil 4.6. Bireylerin Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının dağılım grafikleri	66
Şekil 4.7. Bireylerin Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortalamasının dağılım grafikleri	69

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. Çalışmada kullanılan karmalama noktaları.....	24
Tablo 3.2. Deney ve kontrol gruplarının veri toplama sürecine yönelik haftalık planlaması	28
Tablo 3.3. Kabul ve kararlılık terapisi temelli psikoeğitim programı içeriği.....	37
Tablo 3.4. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler.....	45
Tablo 4.1. Bireylerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular (N=35).....	50
Tablo 4.2. Bireylerin sağlık durumlarına ilişkin bulgular (N=35).....	51
Tablo 4.3. Bireylerin Kendini Damgalama Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının karşılaştırılması (N=35)	51
Tablo 4.4. KDÖ Son Test bakımından regresyon eğilimlerini gösteren bulgular (N=35)	54
Tablo 4.5. KDÖ İzlem Testi bakımından regresyon eğilimlerini gösteren bulgular (N=35).....	55
Tablo 4.6. Gruplarının düzeltilmiş KDÖ son test ve izlem testi puan ortalamaları (N=35).....	55
Tablo 4.7. Kendini Damgalama Ölçeği Son Testin Kovaryans Analizi (ANCOVA) bulguları	57
Tablo 4.8. Kendini Damgalama Ölçeği İzlem Testinin Kovaryans Analizi (ANCOVA) bulguları	57
Tablo 4.9. Bireylerin Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının karşılaştırılması (N=35).....	58

Tablo 4.10. Bireylerin Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortalamasının karşılaştırılması (N=35)	60
Tablo 4.11. Bireylerin Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının karşılaştırılması (N=35).....	66
Tablo 4.12. Bireylerin Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortalamasının karşılaştırılması (N=35)	68
Tablo 4.13. Bireylerin Kendini Damgalama Ölçeği'nin son test toplam puan ortalamasının, Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nin son test toplam puan ortalaması üzerindeki etkisi	75
Tablo 4.14. Bireylerin Kendini Damgalama Ölçeği'nin izlem testi toplam puan ortalamasının, Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nin izlem testi toplam puan ortalaması üzerindeki etkisi	76
Tablo 4.15. Bireylerin Kendini Damgalama Ölçeği'nin son test toplam puan ortalamasının, Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği'nin son test toplam puan ortalaması üzerindeki etkisi	77
Tablo 4.16. Bireylerin Kendini Damgalama Ölçeği'nin izlem testi toplam puan ortalamasının, Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği'nin izlem testi toplam puan ortalaması üzerindeki etkisi.....	78
Tablo 4.17. Bireylerin Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nin son test toplam puan ortalamasının, Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği'nin son test toplam puan ortalaması üzerindeki etkisi.....	79

Tablo 4.18. Bireylerin Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nin izlem testi toplam puan ortalamasının, Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği'nin izlem testi toplam puan ortalaması üzerindeki etkisi.....	80
Tablo 4.19. Tema ve alt temalar.....	81



1. GİRİŞ

Ruhsal bozukluklar, bireylerin duygu, düşünce, davranış ve bilişsel süreçlerinde kalıcı değişiklikler ile karakterize olan ve yaşam niteliğini önemli ölçüde etkileyen durumlardır (WHO, 2022). Kronik ruhsal bozukluklar arasında yer alan şizofreni, genellikle sanrılar, halüsinasyonlar ve bilişsel gerileme ile seyretmekte, bireylerin bağımsız yaşam becerilerini de kısıtlamaktadır (Andreassen ve ark., 2023). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2019 bildirisine göre, dünya genelinde 20 milyonu aşkın bireyde şizofreni tanısı bulunmaktadır. Bu durum genel nüfusun yaklaşık %0.32'sini (her 300 kişiden 1'i), yetişkin nüfusun ise %0.45'ini (her 222 kişiden 1'i) etkilemektedir (WHO, 2022). Türkiye'de gerçekleştirilen epidemiyolojik çalışmalar ise, şizofreninin toplum genelindeki yaşam boyu yaygınlık oranını %0.9 olarak tespit etmiştir (Bilkay & Gürhan, 2025; Koç ve ark., 2022).

Şizofreni gibi hastalıklarda tıbbi yetilerde gerileme, bellek ve dikkat eksikliği, devam eden işlevlerde bozulma gibi durumlar, bireyin toplumsal yaşamını aktif olarak sürdürmesini engelleyerek sosyal izolasyonu arttırmaktadır (Durand ve ark., 2021). Yapılan çalışmalar, şizofreni hastalarının yaklaşık %70'inin iş gücüne katılamadıklarını ve bu durumun bireyin sosyal çevresinden kopmasına, ekonomik bağımsızlığını kaybetmesine ve sosyal izolasyonun artmasına yol açtığını göstermektedir (Gühne ve ark., 2020; Killaspy ve ark., 2022; YıldızKaytaç Yılmaz ve ark., 2019).

Bu işlevsellik kaybını derinleştiren en büyük sosyal engel ise damgalanmadır. Damgalanma, şizofrenide karşılaşılan en büyük sosyal engellerden biri olup, bireylerin toplum tarafından dışlanması, iş ve eğitim alanlarında ayrımcılığa maruz kalma ve sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlanmasına neden olmaktadır (Fond ve ark., 2023). Çalışmalar, şizofreni tanılı hastaların yaklaşık %50'si damgalanma korkusu nedeniyle tanılarını çevrelerinden sakladığını ve sağlık hizmetlerine başvuruda geciktikleri belirtmektedir (Chuang ve ark., 2024; Dubreucq ve ark., 2021).

İşlevsellik kaybı ve damgalanmanın birleşimi, bireyin sosyal imkânlarını ve günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyerek genel yaşam niteliğini düşürmektedir (Griffin, 2020). Özellikle negatif belirtilerin (sosyal çekilme, motivasyon eksikliği) neden olduğu aksaklıklar ve ekonomik fırsatların sınırlı olması, yaşam doyumunu ciddi şekilde azaltmaktadır (Li ve ark., 2023). Şizofrenide, iş gücü katılım oranlarının düşük olması, ekonomik fırsatların sınırlı olması ve sosyal destek mekanizmalarından yeterince yararlanılamaması nedeniyle yaşam niteliğinde bozulma daha da artırmaktadır (Costa ve ark., 2018). Yaşam niteliğinin düşmesiyle birlikte bireyin tedaviye uyumu azalmakta, hastalık belirtileri şiddetlenmekte ve hastane yatış oranları artmaktadır (Li ve ark., 2023).

Bu zorluklarla baş etmek için yalnızca farmakolojik tedaviler değil, aynı zamanda psikososyal müdahaleler de büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle, ACT'nin kullanılması, bu zorlukların üstesinden gelinmesinde etkili bir yaklaşım olarak öne çıkmaktadır (Li ve ark., 2018). ACT, bireylerin olumsuz duygu ve düşüncelerle barışmasını, bunlarla sağlıklı bir ilişki kurmalarını ve yaşamlarını kişisel değerlerine uygun şekilde sürdürmelerini amaçlamaktadır (Gloster ve ark., 2020; Kul & Türk, 2020). Bu yönüyle, semptomların ortadan kaldırılması yerine, bireylerin semptomlarla daha esnek bir biçimde başa çıkmalarına olanak tanımakta ve kişisel değerlerine uygun kararlı davranışlar sergilemesini amaçlamaktadır (Harris, 2019). Bu yönüyle ACT, bilişsel esnekliği artırarak bireylerin damgalanma algısının azalmasını ve toplumsal/mesleki yaşama yenidenuyum sağlamasını kolaylaştırmaktadır (Harper & Vakili, 2021).

Yapılan araştırmalar, ACT'nin şizofreni üzerindeki etkisini vurgulamaktadır (Karatepe & Aktepe, 2020; Özer & Dişsiz, 2024). ACT, sadece ruhsal sağlık semptomlarına değil, bu semptomların sosyal, mesleki ve günlük yaşama yansımalarına da odaklanarak daha bütüncül bir iyileşme süreci sunmaktadır (Ferreira ve ark., 2022). Bu yaklaşım, bireylerin hem psikolojik hem de sosyal açıdan daha uyumlu ve dengeli bir yaşam sürmelerine katkı sağlamaktadır (Bennett & Oliver, 2019). Ayrıca ACT,

psikososyal girişimler ve psikoterapi alanındaki kanıta dayalı yaklaşımlarıyla, tedavi sistemleri ve toplumsal destek programlarının geliştirilmesine katkı sağlamaktadır (Özer & Dişsiz, 2024).

Bu süreçte psikiyatri hemşiresi; bireyin günlük yaşam becerilerini desteklemek, sosyal beceri eksikliklerini belirlemek, damgalanma algısı ve tedaviye uyum gibi kritik konularda eğitim vermek, motivasyonu artırmak ve ACT temelli müdahalelerin uygulanmasında aktif rol almak gibi işlevlerle tedavi sürecine önemli katkılar sağlamaktadır (Hayes ve ark., 2023; Strunz ve ark., 2022). Hemşireler, terapötik iletişim tekniklerini ve psikoeğitim yaklaşımlarını kullanarak hastayla güven temelli bir ilişki kurar (Aravind ve ark., 2024; Jormfeldt & Carlsson, 2018) . Bu sayede, bireylerin ACT'nin hedeflediği farkındalık, kabul ve değer odaklı davranış değişimlerini gerçekleştirmeleri kolaylaşır (Bilkay & Gürhan, 2025; Herrera ve ark., 2023; Özer & Dişsiz, 2024). Yapılan çalışmalarda hemşirelerin uyguladığı psikoeğitimin bireyler için faydalı olduğu görülmüştür (Kızılırmak Tatu & Demir, 2020; Verma ve ark., 2019).

Bu doğrultuda, ACT'nin potansiyelinin tam olarak anlaşılması ve psikoeğitim çerçevesinde etkin bir araç olarak kullanılması, hem bireysel sağlığı hem de toplumsal iyileşmeyi hedefleyen bir yaklaşım olarak sağlık sistemleri için güçlü bir adım olacaktır (McLoughlin & Roche, 2023). ACT'nin potansiyelinin tam olarak anlaşılması ve uygulanması, hem bireysel sağlığı hem de toplumsal iyileşmeyi hedefleyen bir yaklaşım olarak sağlık sistemleri için güçlü bir adım olacaktır. Bu bilgiler ışığında; bu çalışmanın amacı; kabul ve kararlılık terapisi temelli psikoeğitim programının şizofreni tanısına sahip bireylerde damgalanma algıları, işlevsellik ve yaşam niteliği düzeylerine etkisini incelemektir.

Araştırmanın nicel boyutuna ait belirlenen hipotezleri şu şekildedir;

S(Karma): Araştırmanın nitel bulguları, şizofreni tanısı alan bireylerde damgalanma algısını azaltmayı, toplumsal işlevselliği ve yaşam niteliğini artırmayı

amaçlayan bir psikoeğitim programının geliştirilmesine ve etkililiğinin değerlendirilmesine nasıl katkı sağlar?

H1a: Kabul ve Kararlılık Terapisi temelli psikoeğitim programı, deney grubundaki hastaların kendini damgalama düzeyleri üzerine etkisi vardır.

H1b: Kabul ve Kararlılık Terapisi temelli psikoeğitim programı, deney grubundaki hastaların toplumsal işlevsellik üzerine etkisi vardır.

H1c: Kabul ve Kararlılık Terapisi temelli psikoeğitim programı, deney grubundaki hastaların yaşam niteliği düzeyleri üzerine etkisi vardır.

Araştırmanın nitel boyutuna ait araştırma soruları şu şekildedir:

S(Nit-1): Kabul ve Kararlılık Terapisi temelli psikoeğitim programı, deney grubundaki hastaların kendini damgalama algılarını nasıl etkiler?

S(Nit-2): Kabul ve Kararlılık Terapisi temelli psikoeğitim programı, deney grubundaki hastaların toplumsal işlevselliğini nasıl etkiler?

S(Nit-3): Kabul ve Kararlılık Terapisi temelli psikoeğitim programı, deney grubundaki hastaların yaşam niteliği düzeylerini nasıl etkiler?

S(Nit-4): Kabul ve Kararlılık Terapisi temelli psikoeğitim programına katılan bireylerin psikoeğitim sürecine ilişkin deneyimleri ve görüşleri nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

Şizofreni, bireyin düşüncelerini, algısını, duygu ve etkilerini etkileyerek ciddi fonksiyon kayıplarına neden olan kronik bir ruhsal bozulma olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2022). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, dünya genelinde her sekiz kişiden biri ruhsal bir bozukluk ile yaşamaktadır, bu da ruh sağlığı sorunlarının küresel sağlık politikalarında öncelikli bir konu haline gelmesine neden olmaktadır (WHO, 2022). Kronik ruhsal bozukluklar arasında yer alan şizofreni, dünya çapında yaklaşık 24 milyon kişiyi ya da 300 kişiden 1'ini (%0,32) etkilemektedir. Bu hastalığın yaşam boyu prevalans oranı ise %1 olarak bildirilmektedir. Şizofreni tüm topluluklarda ve coğrafi bölgelerde benzer oranlarda görülmekte olup, küresel insidans ve prevalans değerleri büyük ölçüde benzerlik göstermektedir (Bekiroğlu & Özden, 2021). Şizofreni, karmaşık ve yıkıcı etkilere sahip olup bireyin yalnızca fiziksel ve duygusal süreçlerini değil, aynı zamanda toplumsal uyumunu ve günlük yaşam özelliklerini de olumsuz yönlerde etkilemektedir (Vita ve ark., 2021; WHO, 2022). Şizofreni hastalarının büyük bir kısmı, yaşam boyu süren ve destek tedavilerine ihtiyaç duymakta, bireysel bireylerin yalnızca kendisi değil, aile üyelerini ve yakın çevresini de önemli ölçüde kapsamaktadır (Velligan & Rao, 2023).

Şizofreni, bireyin duygularında, düşüncelerinde ve yetilerinde bozulmalara yol açarak kişiliğinde ve bireysel gelişiminde değişimlere neden olurken, aynı zamanda ekonomik ve sosyal kayıplara da sebep olmaktadır (McCutcheon ve ark., 2023; Rantala ve ark., 2022). Şizofreni, bireylerde yeti kaybına neden olmanın yanı sıra, sosyal ve özel yaşamlarındaki sorumluluklarını yerine getirmelerini zorlaştırmakta ve uzun süreli bakıma ihtiyaç duymalarına yol açmaktadır (Handest ve ark., 2023). Bu bireyler, ilaç kullanımına bağımlı hale gelmeleri ile fiziksel aktivitenin sınırlı olduğu sedanter bir yaşam sürmelerine, bu da yaşam sürelerinin kısalmasına neden olmaktadır. Kronikleşmenin ön planda olması, psikososyal işlevselliğin ciddi şekilde bozulmasına,

bireyin sosyal kimliğinde derin olumsuz etkiler yaratmasına ve dolayısıyla yaşam niteliğinin düşmesine sebep olmaktadır (Şişginoğlu & Molu, 2024; Turan, 2019). Günümüzde, ruhsal hastalığı olan bireylerin topluma aktif katılımını sağlamak ve yaşam kalitelerini en üst seviyeye çıkarmak, küresel sağlık politikalarının öncelikli hedeflerinden biri haline gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ruhsal bozukluğu olan bireyler ve ailelerinin toplumdan izole edilmemesi, hastalık nedeniyle kaybettikleri toplumsal rollerin yeniden kazandırılması ve bu bireylerin damgalanmadan sağlık hizmetlerine erişerek sosyal yaşamlarını sürdürebilmeleri gerektiğini vurgulamaktadır (Göktaş & Buldukoğlu, 2022; Önel & Dönmez, 2021).

Şizofeni tanılı bireyler, hastalığın getirdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal değişimler nedeniyle günlük yaşamlarında çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadır (Uygur & Danacı, 2019). Bu bozukluklar, bireyin iş yaşamı, sosyal ilişkileri, kişisel bakım alışkanlıkları ve temel yaşam becerileri üzerinde olumsuz etkiler yaratarak işlevsellik kaybına neden olmaktadır. Bunun sonucunda, hastalar yaşam kalitelerinde belirgin bir düşüş yaşarken, toplumsal yaşama uyum sağlamakta güçlük çekmektedir (Bilgen ve ark., 2020). Şizofrenili bireyler, bilişsel ve işlevsel yetersizlikler nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde ve sosyal rollerini yerine getirmekte önemli zorluklar yaşamaktadır (Çataloluk & Buran, 2023; Li ve ark., 2023). Bu bireyler, sağlık hizmetlerine erişimde dezavantajlı bir grup olarak kabul edilmekte olup, sağlık durumlarıyla ilişkili birçok ek risk faktörüyle karşı karşıya kalmaktadır (McCutcheon ve ark., 2023; Öz, 2020). Ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz algılar, bireylerin sosyal destek sistemlerinden dışlanmasına, iş bulma ve sürdürme süreçlerinde ayrımcılığa uğramasına ve sağlık hizmetlerine erişimlerinin kısıtlanmasına neden olmaktadır (Killaspy ve ark., 2022). Özellikle damgalanma ve kendini damgalama (self-stigma), ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmayı engelleyerek bireylerin tedaviye yönelik motivasyonunu olumsuz etkilemektedir (Dubreucq ve ark., 2021). İşlevsellik kayıpları, şizofrenili bireylerde

sosyal ilişkilerin zayıflaması, öz bakım konusunda isteksizlik finansal yönetim, alışveriş, iletişim gibi temel yaşam becerilerinde yetersizlik gibi çeşitli zorluklara neden olmaktadır (Chowdhury ve ark., 2018; Fakorede ve ark., 2020). Bu faktörler, bireylerin yaşam niteliğini önemli ölçüde düşürmekte ve bağımsız yaşamlarını sürdürmelerini zorlaştırmaktadır (Saavedra Macías ve ark., 2023; Van Eck ve ark., 2025). Tüm bu nedenler göz önüne alındığında, şizofreni tanısı olan bireyler için geliştirilen psikiyatrik rehabilitasyon hizmetleri, işlevselliği artırmak, damgalanmayı azaltmak ve yaşam niteliğini iyileştirmek açısından kritik bir öneme sahiptir.

Şizofreni tedavisinde, aile psikoeğitimi, bilişsel davranışçı terapi (BDT), sosyal beceri eğitimleri, kabul ve kararlılık terapisi (ACT), mindfulness ve metakognitif terapi (MCT) gibi çeşitli psikososyal müdahalelerin yaygın olarak kullanıldığı görülmektedir (Özer & Dişsiz, 2024). Araştırmalar, farmakolojik tedaviye ek olarak bu müdahalelerin uygulanmasının bireylerin işlevselliğini artırmada daha etkili olduğunu göstermektedir (Öz, 2020). Bu tür müdahaleler, özellikle şizofreni ve bipolar bozukluğu olan bireylerde semptomların hafiflemesi, hastalığın nüksetme riskinin azalması, hastaneye yatış oranlarının düşmesi, sosyal işlevselliğin iyileşmesi, istihdam oranlarının artması ve daha tatmin edici bir yaşam niteliğine ulaşılmasında önemli bir rol oynamaktadır (Çataloluk & Buran, 2023; Vancampfort ve ark., 2021). Araştırmalar, ilaç tedavisine ek olarak uygulanan bu müdahalelerin, bireylerin günlük yaşam becerilerini geliştirmelerine ve topluma daha aktif katılım sağlamalarına yardımcı olduğunu göstermektedir (Yıldız., 2021).

2.2. Şizofrenide Damgalanma

Damgalama, kronik bir hastalık tanısı alan bireylerin toplumda olumsuz algılanması, statü kaybı yaşaması ve dışlanmasıyla sonuçlanan bir süreçtir (Aslı ve ark., 2022). Damgalanan bireyler, toplum tarafından reddedilme, dışlanma, çekinilme ve olumsuz değerlendirmelerle karşı karşıya kalmaktadır (Özaydın ve ark., 2022). Hastalığın

adı, bireyler ve yakınları için bir etiket olmanın ötesinde, hastalığı anlamlandırma, uygun tedavi arayışına girme, gelecek planları yapma ve hastalıkla başa çıkma sürecinde önemli bir rol oynamaktadır. Anksiyete bozuklukları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve multipl skleroz gibi hastalıklar genellikle yalnızca bir tanımlama aracı olarak görülürken, şizofreni, veba, verem, AIDS ve COVID-19 gibi hastalıklar ise bireyler üzerinde damgalayıcı bir etkiye sahip olabilmektedir (Kurt ve ark., 2021; Tanriverdi ve ark., 2020). Ancak bu hastalıkların kendisinden çok, toplumun bu bireylere yönelik tutumu, onların yaşamlarını zorlaştıran en büyük etkenlerden biri olmaktadır.

Toplumda ruhsal bozukluklarla ilgili olumsuz algılar, bireylerin dışlanmasına, ayrımcılığa maruz kalmasına ve hatta tedavi süreçlerinden uzaklaşmalarına neden olabilmektedir (Dubreucq ve ark., 2021). Ruhsal bozukluklar tarih boyunca yanlış anlaşılan ve korkulan hastalıklar arasında yer almış, bu durum hastaların maruz kaldığı damgalanmayı daha da artırmıştır (Knaak ve ark., 2017). Damgalanma yalnızca toplumun ruhsal hastalıklara sahip bireylere yönelik olumsuz tutumlarını değil, aynı zamanda bireyin kendi kendini damgalamasını da beraberinde getirebilir (Dubreucq ve ark., 2020). Kendi kendini damgalama, bireyin toplumun olumsuz yargılarını içselleştirmesi, kendisini eksik, yetersiz veya dışlanmış hissetmesi ile karakterize edilmektedir (Yanos ve ark., 2020). Bu durum bireylerin özgüvenini zedeleyerek sosyal izolasyonunu artırmakta, tedaviye uyumlarını olumsuz yönde etkilemekte ve iyileşme süreçlerini zorlaştırmaktadır (Eliasson ve ark., 2021).

Damgalanmanın sonuçları şizofreni hastalarında psikolojik, sosyal ve ekonomik alanlarda ciddi etkiler yaratmaktadır. Sosyal dışlanma ve ayrımcılık, bireylerin iş ve eğitim hayatında önemli kısıtlamalarla karşılaşmasına sebep olmaktadır (Ordóñez-Cambor ve ark., 2021; Torales ve ark., 2023). Şizofreni gibi ruhsal hastalığa sahip bireyler iş gücü piyasasında daha az yer almakta ve istihdam oranları oldukça düşük seyretmektedir (Fox ve ark., 2018; Sarraf ve ark., 2022). Bunun yanı sıra, tedaviye uyum

da damgalamanın önemli bir sonucudur. Damgalama korkusu nedeniyle birçok birey ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmaktan kaçınmakta, hastalıklarını gizleme eğiliminde olmakta ve bu durum tedavi süreçlerini olumsuz etkilemektedir (Morgan ve ark., 2018). Sosyal işlevsellikte azalma da damgalamanın bir diğer önemli sonucu olup bireylerin sosyal ilişkilerden çekilmesine, yalnızlaşmasına ve toplumdan tamamen uzaklaşmasına yol açabilmektedir (Romash ve ark., 2022). Bu durum hastalık sürecini daha da ağırlaştırarak bireyin iyileşme şansını azaltmaktadır (Liu ve ark., 2024).

Damgalamanın önüne geçebilmek ve bu olumsuz süreci tersine çevirebilmek adına çeşitli müdahaleler geliştirilmiştir. Psikoeğitim programları, ruhsal bozukluklarla ilgili doğru bilgilendirme yaparak bireylerin damgalama algısını azaltmakta ve toplumda farkındalık oluşturmaktadır (Chuang ve ark., 2024). Son yıllarda damgalanma ile mücadelede ACT temelli psikoeğitim programları dikkat çekmektedir. Yapılan araştırmalar, ACT tabanlı psikoeğitimlerin damgalanmayı azaltmada ve bireylerin ruhsal hastalıklarını kabullenmelerinde etkili olduğunu göstermektedir (Fawson ve ark., 2024). Bu eğitimler, bireylerin kendilerini damgalama eğilimlerini azaltırken, psikososyal işlevselliklerini artırmakta ve tedaviye uyumlarını geliştirmektedir (Petersen ve ark., 2021). Bununla birlikte, medya aracılığıyla gerçekleştirilen bilinçlendirme kampanyaları da şizofreniye dair toplumdaki yanlış inanışları değiştirmekte ve ruhsal hastalığa sahip bireylerin sosyal hayata daha kolay entegre olmalarına katkı sağlamaktadır (Jagan ve ark., 2023).

2.3. Şizofrenide İşlevsellik

Şizofreni bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme yetilerini kısıtlayan ve yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen kronik hastalıklar arasında yer almaktadır (APA, 2023). Şizofreni, bireylerin sadece bilişsel ve duygusal işlevlerini değil, aynı zamanda toplumsal rollerini yerine getirmelerini de zorlaştırmakta ve ciddi yeti kayıplarına yol açmaktadır (Leendertse ve ark., 2021). İşlevsellik, bireyin kişisel bakım, sosyal etkileşim,

mesleki performans ve topluma entegrasyonu gibi alanları kapsayan çok boyutlu bir kavramdır ve ruhsal bozukluklarda en fazla zarar gören alanlardan biridir (John ve ark., 2022; Mucci ve ark., 2021). Şizofreni gibi hastalıklar bireylerin gündelik yaşam aktivitelerini sürdürme yetisini önemli ölçüde sınırlamakta, sosyal izolasyonu artırmakta ve bağımsız yaşam becerilerini olumsuz yönde etkilemektedir (Ye ve ark., 2023). Şizofreninenedeniyle hastalar, özbakım, kişilerarası ilişkiler, mesleki işlevsellik ve toplumsal uyum gibi alanlarda zorluklar yaşamaktadır (Korman ve ark., 2023). Bireylerde yeti yitimi ve işlevsellik kaybı, sosyal ve ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Bu durum, toplum içinde kendilerinden beklenen rolleri yerine getirmelerini zorlaştırmaktadır. (Öztürk ve ark., 2021).

İşlevsellik kaybını en az indirmek için bütüncül bir tedavi yaklaşımı gerekmektedir (Dragomirecká ve ark., 2022). Farmakoterapi, psikososyal müdahaleler, düzenleyiciler ve sunulan hizmetler, kapsamlı yaşam iyileştirmede kritik bir rol oynamaktadır (Kurt & Erdal Ersan, 2021). Psikososyal müdahaleler, şizofreninin neden olduğu işlevsellik kayıplarını azaltmada etkili yaklaşımlar olarak kabul edilmektedir (Roosenschoon ve ark., 2024). Yapılan çalışmalar, psikoeğitimin özellikle şizofreni hastalıklarında nüks oranlarını azalttığını ve bireyin sosyal uyumunu artırdığını göstermektedir (Li ve ark., 2018; Sarandöl ve ark., 2024; Yıldız., 2021). Bu bilgiler doğrultusunda, şizofreninin hem birey hem de toplum üzerindeki ağır yükleri göz önüne alındığında psikoeğitimin, psikososyal rehabilitasyon programlarının ayrılmaz bir parçası olması gerektiği anlaşılmaktadır.

2.4. Şizofrenide Yaşam Niteliği

Şizofreni, bireyin yalnızca psikolojik sağlığını değil, aynı zamanda fiziksel, sosyal ve ekonomik yaşam alanlarını da etkileyerek yaşam niteliğini önemli ölçüde düşüren ciddi sağlık sorunlarıdır (WHO, 2022). Şizofreni, bireylerin bilişsel ve duygusal işlevselliğinde bozulmalara yol açarak günlük yaşam aktivitelerini sürdürmelerini

zorlaştırmaktadır (Hurmuz ve ark., 2022). Şizofreniye sahip bireyler, sıklıkla damgalanma, toplumsal dışlanma, işsizlik ve sosyal ilişkilerde zorluklarla karşı karşıya kalmakta, bu durum da yaşam niteliğini daha da olumsuz etkilemektedir (Griffin, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2022), yaşam niteliğini bireyin içinde bulunduğu kültürel bağlam, kişisel hedefleri, beklentileri ve inançları doğrultusunda yaşamını algılama biçimi olarak tanımlamaktadır. Ruhsal hastalıklarda yaşam niteliği, bireyin genel sağlık durumunu, işlevselliğini, sosyal katılımını, bağımsız yaşama becerisini ve öznel iyi oluş halini içeren çok boyutlu bir kavramdır (Sum ve ark., 2021). Yapılan çalışmalar, şizofreni gibi kronik ruhsal hastalıkları olan bireylerin yaşam niteliğinin genel popülasyona kıyasla belirgin şekilde düşük olduğunu ortaya koymaktadır (Bilkay & Gürhan, 2025; Costa ve ark., 2018). Özellikle negatif semptomların şiddetli olduğu hastalarda sosyal izolasyon, düşük motivasyon, bilişsel işlev bozuklukları ve öz bakım eksikliği gibi faktörler yaşam niteliğini ciddi biçimde düşürmektedir (Li ve ark., 2023).

Ruhsal hastalıklarda yaşam niteliğini belirleyen başlıca faktörler arasında hastalığın süresi, semptomların şiddeti, tedaviye uyum, sosyal destek mekanizmaları ve bireyin işlevselliği yer almaktadır (Costa ve ark., 2018). Şizofreni hastalarının iş ve sosyal yaşamdan dışlanması, bireyin ekonomik bağımsızlığını kazanamamasına ve topluma entegrasyonunun engellenmesine neden olmaktadır (Moon ve ark., 2020).

Son yıllarda yapılan çalışmalar, psikoeğitimin şizofrenide yaşam niteliğini artırmada etkili bir müdahale yöntemi olduğunu göstermektedir (Bekiroğlu & Özden, 2021; Soliman ve ark., 2018). Şizofreni hastaları üzerinde yapılan çalışmalar, psikoeğitimin bireylerin sosyal destek sistemlerini güçlendirdiğini, hastaların öz bakım becerilerini artırdığını ve hastaneye yatış oranlarını düşürdüğünü göstermektedir (Kızılırmak Tatu & Demir, 2020; Verma ve ark., 2019). Psikoeğitim sürecinde hastaların tedavi sürecine aktif katılımlarının teşvik edilmesi, öz yeterlilik duygularını artırarak yaşam kalitelerinde uzun vadeli iyileşmeler sağlamaktadır (Puolakka & Pitkänen, 2019).

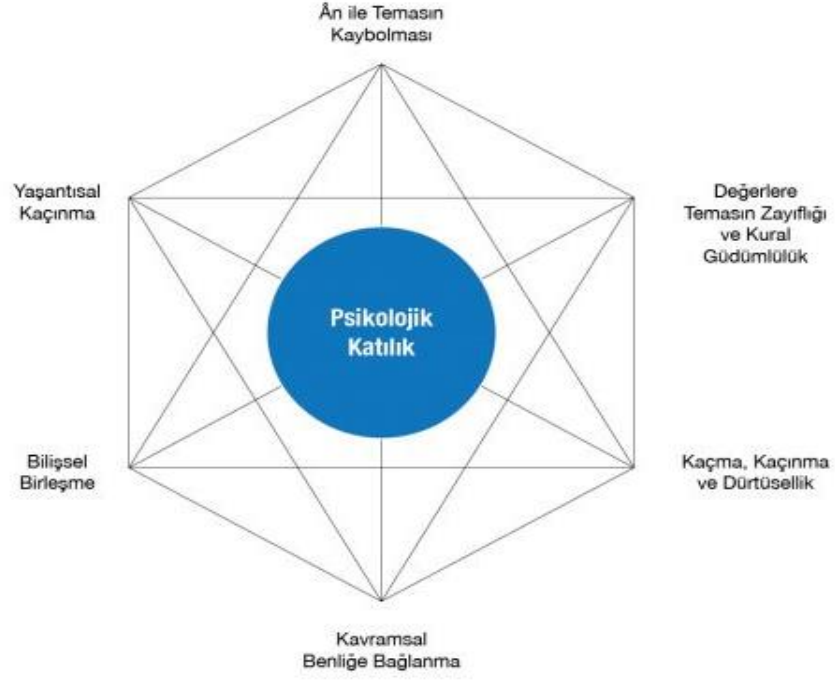
Psikoeğitim gibi yapılandırılmış programlar, hastaların günlük yaşam aktivitelerine katılımını artırarak sosyal bütünleşmelerini teşvik etmekte ve toplumsal damgalamayı azaltmaktadır. Bu nedenle, yaşam niteliğinin artırılması hedeflenen ruhsal hastalık yönetim stratejilerinde psikoeğitimin daha yaygın bir şekilde uygulanması gerektiği vurgulanmaktadır (Ali Mohammed ve ark., 2022).

2.5. Kabul ve Kararlılık Terapisi

Psikolojik rahatsızlıklar bireylerin yaşam niteliğini ve işlevselliğini olumsuz etkileyen yaygın sorunlardan biridir (Golestanifar & DashtBozorgi, 2020; Liu ve ark., 2023). Son yıllarda, psikoterapi alanında büyük bir ivme kazanan ACT (Acceptance and Commitment Therapy), psikolojik esnekliği arttırmayı hedefleyen üçüncü dalga bir bilişsel davranış terapisi olarak tanımlanmaktadır (Bennett & Oliver, 2019). ACT, bireyin acı veren duygu, düşünce ve hatıralarıyla savaşmak yerine onlarla barışık olmasını ve yaşamını kişisel değerleri doğrultusunda sürdürebilmesini sağlamayı amaçlamaktadır (Harris, 2019; Hayes ve ark., 2023). Psikoterapilerde geleneksel yaklaşımlar genellikle semptomları ortadan kaldırmaya odaklanırken, ACT semptomlarla başa çıkma stratejilerini geliştirmeye ve bireyin psikolojik esnekliğini arttırmaya odaklanmaktadır (Hayes, 2019). Bu model, bireylerin ruhsal sağlığını iyileştirmek için farkındalık ve kabul temelli teknikleri kullanmalarını desteklemektedir (McLoughlin & Roche, 2023).

2.5.1. Kabul ve Kararlılık Terapisine Göre Psikopatolojinin Altı Temel Süreci

ACT'e göre psikopatolojinin temelinde psikolojik katılık yer almaktadır. Psikolojik katılık, bireyin olumsuz düşünce ve duygularıyla sağlıklı bir şekilde mücadele etmesi ve bu nedenle işlevselliğinin bozulmasıdır (Harris, 2019). Psikopatoloji altı boyuttan oluşmaktadır (TÜRBAD, 2025). Kabul ve kararlılık terapisinin psikopatoloji modeli (psikolojik katılık) Şekil 2.1'de gösterilmiştir.



Şekil 2.1. Kabul ve kararlılık terapisinin psikopatoloji modeli (psikolojik katılık)

1. Bilişsel Birleşme: Bilişsel birleşme, bireyin düşüncelerini mutlak gerçeklik olarak değerlendirmesi ve bu düşüncelerin davranışlarını doğrudan yönlendirmesi olarak tanımlanmaktadır. Genellikle zararsız bir süreç olarak görülse de, düşüncelerin aşırı baskın hale gelmesi bireyin çevresindeki anlık uyaranlara duyarsızlaşmasına neden olmaktadır. Bu durum, bireyin esnek karar alma süreçlerini engelleyerek tepkilerini katı ve uyumsuz hale getirmektedir (Harris, 2019; Hayes, 2019).

2. Yaşantısal Kaçınma: Yaşantısal kaçınma, bireyin olumsuz duygular, anılar veya düşüncelerle karşılaşmamak adına çeşitli kaçınma stratejileri geliştirdiği bir süreçtir. Kısa vadede rahatlama sağlasa da, uzun vadede psikolojik esnekliği azaltarak bireyin yaşam alanını daraltmaktadır. Özellikle sosyal kaygısı olan bireylerin, kendilerini güvende hissetmek adına sosyal ortamlardan kaçındıkları; ancak zamanla bu durumun yalnızlık hissini artırdığı belirlenmiştir (Hayes-Skelton & Eustis, 2020).

3. Kavramsal Benliğe Bağlanma: Kavramsal benliğe bağlanma, bireyin kendisi hakkında oluşturduğu anlatılar ve kimlik algısına sıkı sıkıya tutunması olarak açıklanmaktadır. Bu süreç, bireyin düşüncelerini sorgulamasını zorlaştırmakta ve

alternatif bakış açılarını benimsemesini engellemektedir. Zamanla bu durum bireyin değerleriyle uyumlu davranışlardan uzaklaşmasına yol açmaktadır (Hayes ve ark., 2011; McHugh ve ark., 2019).

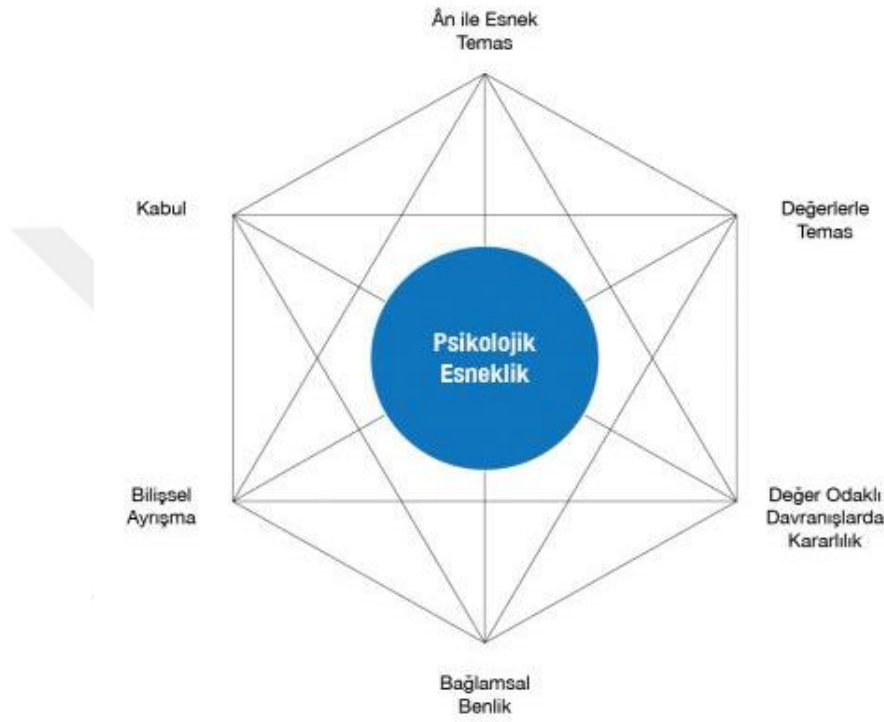
4. Değerlerden Uzaklaşma: Bireyin yaşamına anlam katan ve yönlendiren temel ilkeler olarak tanımlanan değerler, psikolojik esnekliğin önemli bir bileşeni olarak görülmektedir (Tunç ve ark., 2023). Ancak birey, olumsuz içsel deneyimlerden kaçınmaya odaklandığında, uzun vadede anlamlı bir yaşam sürme hedefinden sapmaktadır. Değerlerden uzaklaşma, bireyin yalnızca mevcut rahatsızlıklarını azaltmaya yönelik kısa vadeli çözümler geliştirmesine neden olmaktadır. Bunun sonucunda bireyin yaşam doyumu azalmaktadır (Reilly ve ark., 2019).

5. Kaçınma ve Dürtüsellik: Birey, olumsuz duygusal deneyimlerden kaçınmak için dürtüsel davranışlara yönelebilmektedir. Örneğin, stresle başa çıkamayan bir bireyin madde kullanımı, aşırı yemek yeme veya kendine zarar verme gibi kaçınmacı davranışlara yöneldiği gözlemlenmiştir (Özer & Dişsiz, 2024). Bu tür dürtüsel tepkiler, bireyin uzun vadeli hedeflerinden sapmasına ve yaşam niteliğinin düşmesine neden olmaktadır. ACT, psikolojik esnekliği artırarak bireyin bu tür otomatik tepkilerini azaltmayı ve daha bilinçli seçimler yapmasını hedeflemektedir (Bennett & Oliver, 2019; Özer & Dişsiz, 2024)

6. An ile Temasın Kaybolması: Bireyin zihinsel uğraşlarının geçmiş ya da gelecekle aşırı meşgul olması, “şimdi ve burada” olma kapasitesini azaltmaktadır. Zihinsel geviş getirme (ruminasyon) ve aşırı kaygılanma, bireyin bilinçli farkındalığını zayıflatarak değerleri doğrultusunda hareket etmesini engellemektedir. Oysa psikolojik esneklik, bireyin mevcut anın farkında olmasını ve deneyimlerini açık bir şekilde kabul etmesini gerektirmektedir. ACT, bilinçli farkındalık pratikleriyle bireyin geçmiş ve gelecek odaklı düşüncelerinden sıyrılarak, şu anki deneyimlerine odaklanmasını amaçlamaktadır (Harris, 2019; Hayes, 2019).

2.5.2. Kabul ve Kararlılık Terapisinin Altı Temel Süreci

ACT, psikolojik esnekliği artırmak amacıyla bireylere altı temel süreci kazandırmayı hedeflemektedir. Bu süreçler birbiriyle güçlü bir etkileşim içerisindedir ve bağımsız olarak ele alınmamalıdır ACT, psikolojik esnekliği artırmayı hedefleyen altı temel süreç üzerine kurulmuştur (Hayes, 2019; Özer & Dişsiz, 2024). Kabul ve kararlılık terapisinin psikolojik esneklik modeli Şekil 2.2.'de gösterilmiştir.



Şekil 2.2. Kabul ve kararlılık terapisinin psikolojik esneklik modeli

1. An ile Esnek Temas: An'da olma, bireyin mevcut anın farkında olması ve dikkatini bilinçli bir şekilde içinde bulunduğu duruma yönlendirmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu süreç, bireyin otomatik düşünce kalıplarına kapılmasını önleyerek, deneyimlerini daha bilinçli bir şekilde yaşamasına olanak tanımaktadır. Aynı zamanda zihinsel geniş getirme (ruminasyon) ve aşırı endişelenme gibi süreçlerin azaltılmasına yardımcı olmaktadır (Özer & Dişsiz, 2024).

2. Bilişsel Ayrışma: Bilişsel ayrışma, bireyin düşüncelerini mutlak gerçeklik olarak algılamak yerine, onları yalnızca zihinsel olaylar olarak değerlendirmesine

yardımcı olan bir yaklaşımdır. Bu süreç, bireyin olumsuz düşüncelerle özdeşleşmesini önleyerek psikolojik esnekliği artırmaktadır. Örneğin, birey olumsuz bir düşünceyle karşılaştığında, bu düşüncenin yalnızca bir zihinsel süreç olduğunu fark ederek onun üzerinde daha az etkili olmasını sağlayabilmektedir (Bennett & Oliver, 2019; Hayes, 2019).

3. Kabul: Kabul bireyin hoş olmayan düşünceler, duygular veya anılarla mücadele etmek yerine, onların varlığını fark edip onları değiştirmeye çalışmadan kabul etmesini içeren bir süreçtir. Araştırmalar, kabulün psikolojik dayanıklılığı artırarak bireylerin stresli yaşam olaylarıyla daha etkili bir şekilde başa çıkmalarını sağladığını göstermektedir. Kabul etmek, bireyin içsel deneyimlerini reddetmek veya onlarla savaşmak yerine, onlarla barış içinde bir ilişki kurmasını hedeflemektedir (Chin & Hayes, 2017; Harris, 2019).

4. Bağlamsal Benlik: Bağlamsal benlik, bireyin kendisini yalnızca düşüncelerine ve duygularına göre tanımlamak yerine, bunların farkında olan gözlemleyen bir benlik geliştirmesi sürecidir. Bu yaklaşım, bireyin hem içsel duyuları hem de dış dünyadaki olayları tarafsız bir şekilde gözlemlemesine olanak tanımaktadır. Bağlamsal benlik, farkındalık temelli terapilerde “saf farkındalık” olarak tanımlanmakta ve bireyin kendisine dışarıdan bir gözlemci gibi yaklaşmasını sağlamaktadır (Godbee & Kangas, 2020).

5. Değerlerle Temas: Değerler, bireyin yaşamına anlam ve yön veren temel ilkeler olarak tanımlanmaktadır. ACT’ye göre birey, kendi değerlerini netleştirerek yaşamını daha anlamlı hale getirebilmektedir. Ancak bu süreçte bireyin katı kuralları oluşturmada esnek bir şekilde hareket etmesi gerekmektedir (Özer & Dişsiz, 2024; Reilly ve ark., 2019; Yavuz, 2015).

6. Değer Odaklı Davranışlarda Kararlılık: Değer odaklı davranışlar, bireyin belirlediği değerler doğrultusunda hareket etmesini içeren eylemler olarak

tanımlanmaktadır. Bu süreçte bireyin değerleri doğrultusunda sürdürülebilir ve anlamlı davranışlar sergilemesi amaçlanmaktadır. Terapi sürecinde, zaman yönetimi, girişkenlik, problem çözme ve etkili başa çıkma stratejileri gibi beceriler bireylerin değer odaklı yaşantılarını desteklemek için uygulanmaktadır (Bennett & Oliver, 2019; Harris, 2019).

2.6. Şizofrenide Kabul ve Kararlılık Terapisi

Geleneksel bilişsel-davranışçı terapi yaklaşımlarına ek olarak, üçüncü dalga terapilerden biri olan Kabul ve Kararlılık Terapisi, şizofreni yönetiminde etkili bir yaklaşım olarak kullanımı yaygınlaşmaktadır (Hayes ve ark., 2023; Pittman ve ark., 2024). ACT, bireylerin içsel deneyimleriyle mücadele etmek yerine onları kabul etmelerini sağlayarak psikolojik esneklik kazanmalarına yardımcı olmayı amaçlamaktadır (Hayes, 2019). Özellikle şizofreni gibi ciddi psikiyatrik hastalıklarda ACT'nin bilişsel ayrışma, an'da kalma ve kabul süreçlerini destekleyerek semptom yönetimini iyileştirdiği gösterilmiştir (Hayes ve ark., 2023; Spidel ve ark., 2018). Şizofreni hastalarında ACT'nin, sanrı ve halüsinasyonlarla baş etme becerisini artırdığı, duygu düzenleme süreçlerini desteklediği ve içsel deneyimlerle sağlıklı bir ilişki kurulmasını teşvik ettiği belirtilmiştir (El Ashry ve ark., 2021; Morris ve ark., 2024). Ayrıca, ACT'nin psikoz tanılı bireylerde semptom şiddetini azalttığı ve hastaların kişisel değerleri doğrultusunda hareket etmelerine katkıda bulunduğu vurgulanmaktadır (Pittman ve ark., 2024; Zoromba ve ark., 2024). Psikoz tanılı bireylerde sanrılar ve içsel çatışmalarla baş etmede etkili olduğu ve hastaların değer odaklı yaşam sürmelerine yardımcı olduğu belirtilmiştir (Brown ve ark., 2020; Yıldız, 2020). Bilişsel birleşme ve yaşantısal kaçınma gibi süreçlerin psikopatolojiye katkısı göz önüne alındığında, ACT'nin bireylerin semptomlarıyla savaşmak yerine, onlarla sağlıklı bir ilişki kurmalarını teşvik ettiği ifade edilmektedir (Hayes ve ark., 2023) .

Şizofreni ile ilgili yapılan güncel çalışmalar, ACT'nin bireylerde farkındalık ve kabul süreçlerini artırarak, onların psikolojik esneklik kazanmalarına yardımcı olduğunu

göstermektedir (Aravind ve ark., 2024; Shi ve ark., 2023). Bu bağlamda, ACT'nin uzun vadede bireylerin iyilik halini artırdığı, öz-yeterlilik duygusunu geliştirdiği ve relaps riskini azalttığı rapor edilmiştir (Gayatrivedi, 2025; Hsu ve ark., 2023; Soeker ve ark., 2023).

2.7. Şizofreni Tanılı Bireylerde Psikososyal Rehabilitasyonda Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Psikososyal rehabilitasyonun başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için psikiyatri hemşireleri kilit bir rol oynamaktadır. Psikiyatri hemşireleri, bireyin ruhsal iyilik halini destekleyen multidisipliner ekiplerin bir parçası olarak, hastaların tedaviye uyumunu artırmak, işlevselliklerini geliştirmek ve toplumsal katılımını desteklemek için çeşitli görevleri yerine getirmektedir (Bekiroğlu & Özden, 2021; Önel & Dönmez, 2021). Şizofreni hastalarına sistematik olarak uygulanan farmakolojik tedavi yaklaşımlarının yanı sıra psikoeğitim, bireyler ve ailelerin sıra dışı sağlık sorunları hakkında bilinçlendirme sağlayarak iyileşmeyi arttırmada önemli bir rol oynamaktadır (Herrera ve ark., 2023; Iuso ve ark., 2023). Bu bozukluklara sahip bireylerin topluma entegrasyonunu ve yaşam kalitelerini artırmayı amaçlayan psikososyal rehabilitasyon yaklaşımları, tedavi sürecinin ayrılmaz bir parçası olarak değerlendirilmektedir (Yıldız., 2021). Psikiyatri hemşireleri, psikoeğitim uygulamalarında rehberlik eden temel sağlık profesyonelleri arasında yer almakla beraber, bireyin belirtilerini tanıması, işlevsellik düzeylerinin artırılmasında etkili olabilecek girişimleri planlama ve sürdürmesi için kritik bir rol üstlenmektedir (Özer & Dişsiz, 2024).

Ruhsal hastalıklarla ilgili toplumsal damgalanma, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini ve sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkileyerek yaşam kalitelerini düşürebilmektedir. Psikiyatri hemşireleri, hastaların damgalanmaya karşı başa çıkma becerilerini geliştirmelerine yardımcı olmakta ve toplumsal farkındalığı artırmaya yönelik eğitim programları düzenlemektedir (Huang ve ark., 2023; Önel & Dönmez,

2021). Bu tür müdahaleler, bireylerin işlevselliğini artırarak, toplum içindeki rollerini yeniden kazanmalarına katkı sağlamaktadır.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nde (TRSM) hizmet veren hemşirelerin; psikoeğitim, bilişsel ve sosyal beceri eğitimi, bireysel danışmanlık, kriz yönetimi ve aile danışmanlığı gibi alanlarda etkin roller üstlendikleri görülmektedir (Bekiroğlu & Demiröz, 2020).Psikiyatri hemşirelerinin psikososyal rehabilitasyon sürecindeki temel rollerinden biri, bireyin içgörü gelişimini desteklemektir. Şizofreni tanılı bireylerde içgörü eksikliği, tedaviye uyumun düşük olmasına ve hastalığın sürekliliğini korumasına neden olmaktadır (Bekiroğlu & Demiröz, 2020; Bekiroğlu & Özden, 2021). Yapılan çalışmada, psikiyatri hemşireleri tarafından yürütülen psiko-eğitim programlarının ve bilişsel-davranışçı terapi tekniklerinin hastalarda farkındalık oluşturduğunu ve tedaviye uyumu artırdığını göstermektedir (Cheng & Yen, 2021). Ayrıca, psikiyatri hemşirelerinin bireylerin sosyal işlevselliğini geliştirme ve topluma entegrasyonunu sağlama konusunda da önemli roller üstlendikleri bilinmektedir. Sosyal beceri eğitimleri, bireylerin iş ve günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımsız hale gelmelerine yardımcı olmaktadır (McDonagh ve ark., 2022; McDowell ve ark., 2021).Toplum ruh sağlığı hemşireleri tarafından uygulanan mesleki rehabilitasyon programlarının, hastaların istihdam edilme oranlarını ve sosyal işlevselliklerini artırdığı rapor edilmektedir (Killaspy ve ark., 2022; Raphael ve ark., 2021).

Psikiyatri hemşireleri aynı zamanda ailelerin ve bakım verenlerin bilgilendirilmesi ve desteklenmesi konusunda da kritik roller oynamaktadır. Ailelerin, hastalık süreci hakkında bilgilendirilmesi, uygun başa çıkma becerilerinin kazandırılması ve duygusal destek sağlanması, bireyin tedaviye olan uyumunu ve genel iyilik halini olumlu yönde etkilemektedir (Carswell ve ark., 2022; van Dusseldorp ve ark., 2023). Son yıllarda yapılan çalışmalar, psikiyatri hemşirelerinin psikososyal rehabilitasyon sürecindeki rollerinin hastaların nüksetme oranlarını azaltmada, hastaneye yatış sıklığını düşürmede

ve tedavi uyumunu artırmada etkili olduğunu göstermektedir (Bekiroğlu & Özden, 2021; Çoker ve ark., 2021). Ayrıca, bireylerin yaşam niteliğini artırmada ruh sağlığı hemşirelerinin bireysel danışmanlık ve destek programlarının uzun vadeli olumlu etkileri olduğu vurgulanmaktadır (Galal Osman ve ark., 2023; Scheydt & Hegedüs, 2021). Bu nedenle, psikiyatri hemşirelerinin şizofreni tanısına sahip bireylerle çalışan sağlık ekipleri içerisindeki rolleri daha fazla desteklenmeli ve geliştirilmelidir.



3. MATERİYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tasarımı

Bu araştırmanın amacı, şizofreni tanısı almış bireylerde Kabul ve Kararlılık Terapisi'nin damgalanma algısı, işlevsellik ve yaşam niteliği üzerindeki etkisini değerlendirmektir. Çalışma, nicel ve nitel yöntemlerin bir arada kullanıldığı iç içe sıralı karma yöntem deseniyle yürütülmüştür. Nicel boyut, deney ve kontrol gruplu, sıralı ölçümlü deneysel bir araştırma deseniyle; nitel boyut ise fenomenolojik desenle ele alınmıştır. Araştırma, uluslararası deneysel çalışmaların kayıt altına alındığı Clinical Trials sistemine kaydedilmiştir (ClinicalTrials.gov ID: NCT06764199).

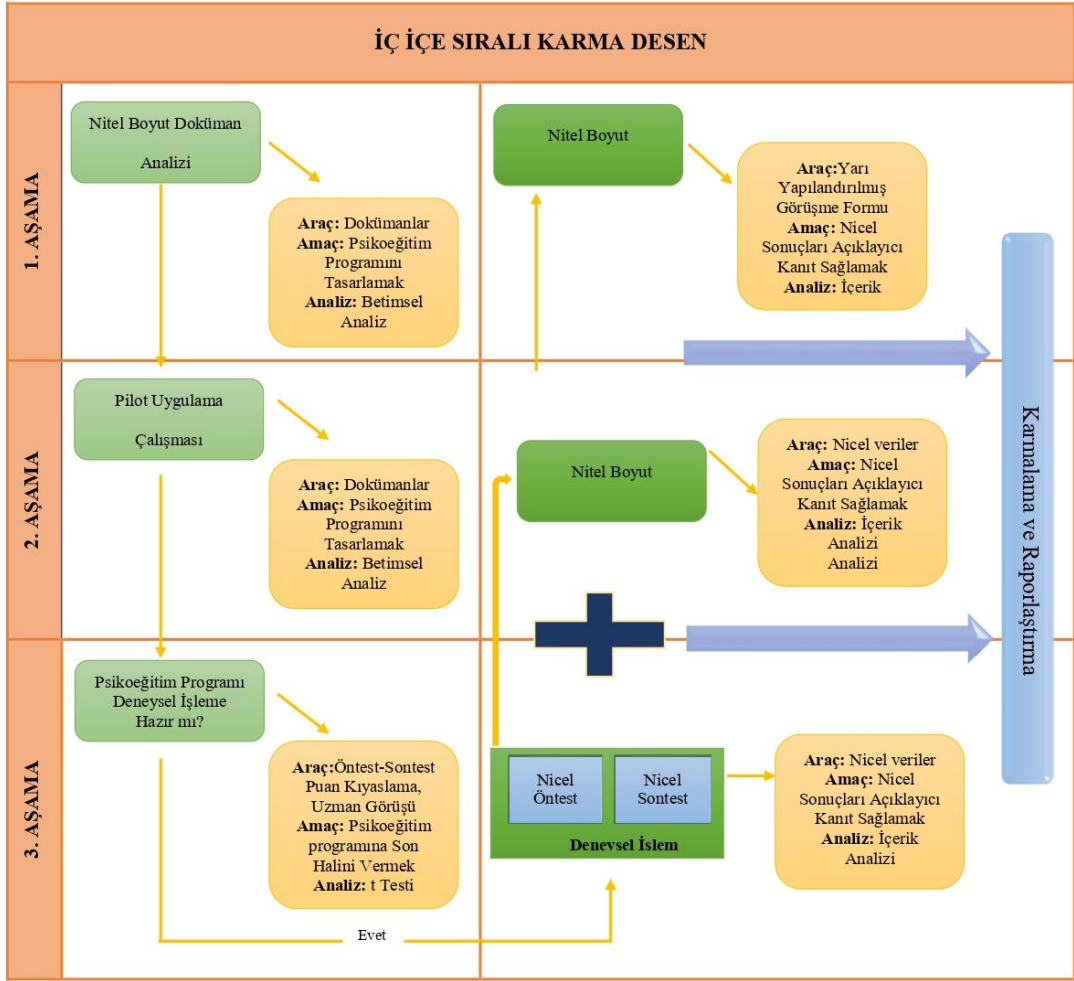
Karma yöntem araştırmaları, nicel ve nitel veri toplama tekniklerini birleştirerek araştırma problemini daha geniş bir perspektiften ele almayı sağlar. Karma yöntem araştırmacısının süreç adımlarını planlarken araştırma sürecine doğrudan etkide bulunduğu için neden karma yöntem araştırmasını tercih ettiğinin gerekçelerini sunmasının önemli olduğu belirtilmektedir. Karma yöntem yaklaşımı, nicel ve nitel bakış açılarını bir araya getirerek araştırma problemini daha kapsamlı ele alabilmeyi mümkün kılar. Ayrıca, sayısal verileri nitel boyutlarla destekleyerek daha derinlemesine analizler sunabildiği için tercih edilebilmektedir. Bu çalışmanın karma yöntem araştırma gerekçelerinden birisi, nitel yaklaşımın çok kişiye genellemeye yönelik zayıf yönünün nicel yaklaşımın genellenebilir doğası ile harmanlanarak kullanılmasına imkân vermesidir. Bir diğer gerekçesi, nicel verilerden elde edilen bulguları nitel içerik analizi ile detaylandırarak tamamlayıcı sonuçlar elde edebilmeyi sağlamasıdır. Bir diğer önemli gerekçe ise, nicel yöntemden elde edilen bulgulara nitel araştırma yöntemi verileri ekleyerek daha etkili ve netleştirilmiş sonuçlar elde etmeyi sağlayan geliştirme görüşüne sahip olmasıdır (Creswell & Plano Clark, 2023).

3.2. Araştırmanın Deseni

Karma yöntem araştırmalarında en kritik adımlardan biri, araştırma sürecinin nasıl yürütüleceğini belirleyen desen seçimidir. Bu desenler, araştırmacının nicel ve nitel verileri hangi aşamalarda nasıl kullanacağını belirleyerek süreci organize etmesini sağlamaktadır (Creswell & Plano Clark, 2023). Araştırmacının çalışma problemine ve sürecine uygun olarak seçtiği desen, nicel ve nitel verilerin birlikte kullanılması, yorumlanması ve çıkarımlar elde edilmesi açısından önemlidir. Bu bağlamda, çalışmada iç içe sıralı karma desen tercih edilmiştir. Bu desen, nitel verilerin nicel bulguları açıklayıcı ve destekleyici bir rol üstlenmesini sağlar. Ayrıca, araştırma sürecinin farklı aşamalarında nitel verilerin eklenmesiyle deneysel çalışmanın daha detaylı bir biçimde ele alınmasına olanak tanır.

Bu çalışmada İç İçe Sıralı Karma Desen'in tercih edilme nedenleri şu şekilde sıralanabilir: (1) Farklı veri türlerinin birbirini destekleyerek araştırma problemine daha bütüncül bir bakış açısı sunması, (2) Deneysel bir psikoeğitim programının tasarlanması, uygulanması ve etkililiğinin değerlendirilmesi sürecinde, nitel verilerin belirli aşamalarda eklenerek sürecin daha detaylı ele alınması, (3) Nicel bulguların nitel verilerle desteklenerek araştırma sonuçlarının güvenilirliğinin artırılması (Creamer, 2020).

Bu kapsamda, Şekil 3.1'de araştırmanın yöntemsel süreci özetlenmiştir. Diyagramda, araştırmanın farklı aşamalarındaki nicel ve nitel veri toplama, analiz ve entegrasyon süreçleri görselleştirilmiştir. Pilot uygulama, doküman analizi, görüşme formları ve deneysel sınavın farklı aşamalarda nasıl kullanıldığı detaylandırılarak iç içe sıralı desenin uygulanma biçimi açıklanmıştır.



Şekil 3.1. Araştırmanın yöntemsel diyagramı

Bu araştırmada karma yöntem kullanma gerekçesi başlatma, geliştirme ve tamamlayıcılık ile açıklanabilmektedir. Bu bağlamda, ilk olarak *başlatma gerekçesi* doğrultusunda, araştırmada nicel yöntemler kullanılarak genel eğilimler ve kalıplar ortaya konmuş, ardından nitel yöntemlerle bu kalıpların bağlamsal nedenleri detaylandırılmıştır (Creamer, 2020). İkinci olarak, *geliştirme gerekçesi* kapsamında, bir yöntemle elde edilen bulguların diğer yöntemin açıklayıcılığını ve derinliğini artırması hedeflenmiştir. Böylece, farklı veri türleri birbirini destekleyerek analizlerin çok boyutlu hale gelmesine katkı sağlamıştır. Son olarak, *tamamlayıcılık gerekçesi* çerçevesinde, nitel ve nicel verilerin birbirini bütünleyici şekilde kullanılmasıyla elde edilen sonuçların daha güvenilir ve kapsamlı hale getirilmesi sağlanmıştır (Creamer, 2020).

Bu araştırmada, karma yöntem yaklaşımının temel ilkeleri doğrultusunda farklı aşamalarda çeşitli karmalama stratejileri uygulanmıştır. Aşağıda, çalışmanın her bir yöntemsel adımında gerçekleştirilen bu karmalama noktaları sistematik biçimde özetlenmiştir.

Tablo 3.1. Çalışmada kullanılan karmalama noktaları

Karmalama Türü	Araştırma Aşaması	alışmadaki Uygulama Açıklaması
Araştırma Sorusu Düzeyinde Karmalama	Araştırmanın Planlanması	Araştırma soruları hem damgalanma, işlevsellik, yaşam niteliği gibi ölçülebilir kavramları hem de katılımcı deneyimlerini içerecek şekilde yapılandırılmıştır.
Veri Toplama Sürecinde Karmalama	Nicel ve Nitel Veri Toplama	önce nicel veriler (n test-son test) toplanmış, ardından yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Bu yapı ardışık veri toplama stratejisini yansıtır.
Geliştirme Karmalaması	Psikoeğitim Programının Geliştirilmesi	ACT temelli psikoeğitim programı geliştirilirken nitel doküman analizi (tez ve makaleler) yapılmış, uzman görüşleriyle desteklenerek içerik yapılandırılmıştır.
Veri Analizi Aşamasında Karmalama	Nicel ve Nitel Analiz	Nicel veriler (istatistiksel testlerle), nitel veriler ise içerik analiziyle değerlendirilmiş; bulgular karşılıklı olarak yorumlanmıştır.
Yorumlama ve Sonuç Aşamasında Karmalama	Tartışma ve Raporlama	Nicel ve nitel bulgular birlikte ele alınmış, örtüşen ve ayrışan yönler belirlenerek sonuçların kapsamlı yorumu sağlanmıştır.
Veri Dönüştürmeye Dayalı Karmalama	Görüşme Verilerinin Nicelleştirilmesi	Yarı yapılandırılmış görüşmelerdeki temalar sayısallaştırılarak frekans tablosu şeklinde sunulmuş; bu sayede nitel veri nicel hale getirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Sağlık Bakanlığına bağlı bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde (TRSM) yapılmıştır. Araştırmanın verileri ise Aralık 2024-Mayıs 2025 tarihleri arasında toplanmıştır. TRSM, 2013 yılından beri Ağrı ilinde bulunmakta ve “Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge”ye göre faaliyetlerini sürdürmektedir. 3 katlı binanın zemin katında bulunan ve bir bahçesi olan merkezde psikiyatri alanında uzman doktor, daha önce psikiyatri kliniklerinde çalışmış 2 lisans mezunu hemşire, bir psikolog, iki sosyal çalışmacı, bir güvenlik görevlisi, bir kurum şoförü, bir sekreter ve bir temizlik görevlisi kurum danışanlarına hizmet vermektedir. Kurumdan yaklaşık 200 kronik ruhsal bozukluğa sahip hasta hizmet almaktadır. Kurumun aracı ile hastaların evlerinden alınarak kuruma ulaşımı sağlanmaktadır. Kuruma düzenli olarak gelmeyen hastaların ise vaka yöneticisi adı verilen sorumlu ruh sağlığı çalışanları tarafından ev ziyareti gerçekleştirilmektedir. Verilen hizmetler içerisinde hastaların bireysel olarak hekim ve hemşire kontrolünde tedavi, takip ve bakım planlarının yapılmasına ek olarak çeşitli rehabilitasyon faaliyetleri gerçekleştirilmektedir. Hastaların topluma uyumlarını ve bilgi düzeylerini artırmak amacıyla, kurumda ruhsal ve toplumsal beceri eğitimleri, aile eğitimleri, günaydın toplantıları, sosyal hak ve sorumluluklarla ilgili bilgilendirme toplantıları ve çeşitli sosyal etkinlikler düzenlenmektedir. Bu çalışmalar, hastaların sosyal uyumlarını güçlendirmeyi, ruhsal bozukluklara yönelik farkındalıklarını artırmayı ve damgalanma ile mücadelede başa çıkma becerilerini geliştirmeyi hedeflemektedir. Rehabilitasyon faaliyetleri kapsamında ise el sanatları, müzik, resim, spor, hobi bahçesi, mutfak etkinlikleri gibi faaliyetler gerçekleştirilmektedir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ağrı Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden düzenli olarak hizmet alan şizofreni tanılı bireyler oluşturmaktadır. Örneklemi ise dâhil edilme ve

hariç tutulma kriterlerine göre belirlenen kişiler oluşturmaktadır. Bu bölümde nicel ve nitel yönetime yönelik evren-örneklem seçimi ayrı başlıklar altında sunulmuştur.

3.4.1. Nicel Yöntemde Evren ve Örneklem Seçimi

Araştırmaya alınan bireylerin sayısını belirlemek üzere G*Power 3.1.9 programı ile güç (power) analizi yapılmıştır. Örneklem büyüklüğü hesaplamasında, Özer ve Dişsiz'in (2024) psikoz hastaları ile yaptığı çalışma temel alınmıştır. Araştırmanın veri toplama süreci üç gruptan (Deney 1, Kontrol 1 ve Kontrol 2) olduğundan, hesaplamada tip I hata düzeyi %5, güven aralığı %95 ve istatistiksel güç %80 olarak kabul edilmiştir. Bu parametrelere göre araştırma için gerekli minimum örneklem sayısı toplam 28 kişi olarak belirlenmiştir.

Güç analizi sonucunda minimum 28 katılımcıya ihtiyaç duyulsa da, araştırmanın yapıldığı dönemde Toplum Ruh Sağlığı Merkezine (TRSM) düzenli olarak gelen ve merkezde sunulan hizmetlerden aktif yararlanan tüm şizofreni hastalarının örnekleme dâhil edilmesi hedeflenmiştir. Bu yaklaşım, örneklemin temsil gücünü artırmak ve TRSM'ye katılımın klinik ve psikososyal değişkenler üzerindeki etkisini daha güçlü biçimde değerlendirmek amacıyla tercih edilmiştir. Olası örneklem kayıpları ve dışlama kriterleri göz önünde bulundurularak toplam 36 katılımcıya ulaşılması planlanmıştır.

Bu doğrultuda deney ve kontrol grupları, belirlenen dâhil edilme kriterlerine göre üç gruba ayrılmıştır. Çalışmaya Kontrol 2 grubunun eklenmesinin gerekçesi, TRSM'ye düzenli olarak başvuran bireyler ile başvurmayan bireyler arasında anlamlı bir fark olup olmadığının ortaya konmak istenmesidir. öylece TRSM'ye katılımın değişkenler üzerindeki etkisi karşılaştırmalı olarak değerlendirilebilmiştir. Kontrol değişkenleri (yaş, cinsiyet...) dikkate alınarak, her parametre için grupların homojen olmasına dikkat edilmiştir.

Psikoeğitim sürecinde bir katılımcının oturumlara devam etmeyi reddetmesi nedeniyle çalışma dışı bırakılması sonucunda; deney grubunda 11, Kontrol 1 grubunda 12 ve Kontrol 2 grubunda 12 olmak üzere toplam 35 katılımcı çalışma havuzuna dâhil

edilmiştir. Grup oluşturma sürecinde dahil edilme kriterleri uygulanmış, ardından randomizasyon süreci işletilmiştir. Gruba ilişkin veri toplama günleri ve örneklem dağılımı Tablo 3.1’de sunulmuştur.

Deney Grubuna Dâhil Edilme Kriterleri

- TRSM’ye kayıtlı olmak ve düzenli olarak TRSM’ye devam etmek
- Çalışmaya katılım için bilgilendirilmiş onam vermek
- Sekiz oturumdan oluşan psikoeğitim programına düzenli katılım sağlamayı kabul etmek
- 18-65 yaş arası olmak

Kontrol Grubuna Dâhil Edilme Kriterleri

- TRSM’ye kayıtlı olmak ve merkez hizmetlerinden yararlanıyor olmak, ancak psikoeğitim programına katılmamak
- Çalışmaya katılım için bilgilendirilmiş onam vermiş olmak
- 18-65 yaş arası olmak

Randomizasyon Süreci

Katılımcıların deney ve kontrol gruplarına atanmasında karma bir randomizasyon yaklaşımı benimsenmiştir. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’ne düzenli olarak gelen hastalar, merkeze geldikleri günlere göre gruplara ayrılmıştır. Pazartesi ve Çarşamba günleri kuruma gelen hastalar farklı bireylerden oluşan dinamik gruplardır. Bu hastalardan, kura yöntemi ile Pazartesi günü gelenler deney grubuna, Çarşamba günü gelenler ise Kontrol Grubu 1’e atanmıştır. Bu yöntemle gruplar arasında kurum hizmetlerinden yararlanma sıklığı açısından homojenlik sağlanmıştır. Kuruma düzenli olarak gelmeyen ve evde bakım hizmeti alan hastalar arasından Kontrol Grubu 2 oluşturulmuştur. Bu gruptaki bireyler, randomizer.org çevrimiçi rastgele sayı üretici sistemi kullanılarak belirlenmiş ve veri toplama Perşembe ve Cuma günleri gerçekleştirilmiştir.

Veri toplama süreci boyunca, grup atamasını yapan araştırmacı ile verileri toplayan kişiler farklı tutulmuş; böylece katılımcılar ve veri toplayan araştırmacılar için tek taraflı körleme sağlanmıştır. Bu karma yöntem sayesinde hem klinik hizmet kullanımına dayalı doğal ayırım korunmuş hem de olasılıksal yöntemle rastgelelik ilkesi desteklenmiştir. Böylece araştırmacı yanlılığı en aza indirilmiş ve çalışmanın iç geçerliliği güçlendirilmiştir.

Tablo 3.2. Deney ve kontrol gruplarının veri toplama sürecine yönelik haftalık planlaması

Randomizasyon İle Oluşturulmuş Deney ve Kontrol Gruplarının Haftalık Planlaması				
Pazartesi	Salı	Çarşamba	Perşembe	Cuma
Deney-1 (n=11)		Kontrol 1 (n=12)	Kontrol 2 (n=6)	Kontrol 2 (n=6)
TRSM'ye düzenli olarak gelip hizmetten faydalanan hastalar		TRSM'ye düzenli olarak gelip hizmetten faydalanan hastalar	TRSM'ye kayıtlı olup düzenli hizmet almayan hastalar	TRSM'ye kayıtlı olup düzenli hizmet almayan hastalar
Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Psikoeğitim Programı		Müdahale yok	Müdahale yok	Müdahale yok

3.4.2. Nitel Yöntemde Evren ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın nitel boyutunda psikoeğitim programı öncesinde psikoeğitim programının tasarlanması için doküman incelemesine ait örneklem oluşturma süreci uygulanmıştır. Bu aşamada oluşturulacak psikoeğitim programının içeriğini kapsamlı tutmak ve güncel literatürü takip ederek etkili müdahale stratejileri belirlemek amacıyla 2014-2024 yılları arasında Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi'nde erişime açık olan tezler ile yayımlanmış çalışmalar yayın başlığında “kabul ve kararlılık terapisi” veya “ACT” ve “psikoeğitim” ve “kronik ruhsal bozukluk” veya “şizofreni veya psikoz” ifadelerini içeren çalışmalara ve bu kavramlara ilişkin anahtar kelimelere odaklanılmıştır. Belirlenen arama kriterler doğrultusunda ulaşılan 78 tez arasından, dâhil etme kriterlerine uygun 9 tez, doküman inceleme boyutunda örneklem olarak seçilmiştir. Tüm oturumlar,

işlevselliği arttırma, damgalanma algısını azaltmaya yönelik stratejiler geliştirilme ve bireylerin genel yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi üzerine odaklanmıştır. Programın son hali, bağımsız 6 uzmandan (Psikiyatri uzmanı, psikiyatri hemşiresi, psikoterapist, psikolojik danışman) alınan görüşler doğrultusunda (EK-4) yapılan düzenlemelerle belirlenmiş ve uygulamaya hazır hale getirilmiştir. Uzmanlar ile yapılan görüşmelere ilişkin transkriptler oluşturulmuş ve içerik analizi tekniği ile incelenelerek belirli tema ve kodlar altında uzman görüşlerine yer verilmiştir. İçerik analizi sonrası uzman görüşleri doğrultusunda psikoterapi programının son hali oluşmuştur.

Araştırmanın nicel verilerinin toplanmasından sonra yapılacak olan nitel boyutunda ise, nitel araştırma yöntemlerinden olan fenomenolojik tasarım kullanılmıştır. Bu araştırma deseninin amacı, fenomenle ilgili deneyime sahip kişilerden veriler toplayarak deneyimin özünü tanımlamak ve kişilerin “neyi” “nasıl” deneyimledikleri ifade etmelerini sağlayarak evrensel bir betimleme yapabilmektir (Creswell, 2016).

Bu araştırmanın nitel boyutunda çalışma evrenini, deney grubuna dâhil edilen tüm katılımcılar oluşturmuştur. Nitel örneklem, deney süreci boyunca müdahaleye düzenli olarak katılan ve nitel veri toplama kriterlerini karşılayan toplam 11 katılımcıdan oluşmuştur. Bu çalışmada örneklem büyüklüğü veri doygunluğuna göre değil, deney grubundaki tüm katılımcılara ulaşma yaklaşımına dayalı olarak belirlenmiştir. Bu nedenle nitel veri toplama sürecinde amaç, fenomenin deneyimleyen tüm bireyler tarafından ortaya konması olmuş; veri doygunluğu kavramsal olarak gözetilmiş olsa da, örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde belirleyici bir kriter olarak kullanılmamıştır.

Bu desende genelde temel veri toplama tekniği fenomeni deneyimleyen kişilerle gerçekleştirilen mülakatlardır. Mülakat sürecinde amaç bilgi toplama olduğu için kişilere açık uçlu sorular sorarak bu süreçte elde edilecek verilerin fazlalığında sınırlandırmaya gidilebilir ve bu durum araştırmacıya kolaylık sağlar (Creswell & Plano Clark, 2023). Bu amaçla bu çalışmada sürecinde deneysel çalışmaya katılacak kişilerle müdahale

sonrasında deneyimlenen fenomenin detaylı olarak betimlenmesi için yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler ve odak grup görüşmeleri gerçekleştirilmiştir. Görüşme soruları, araştırma soruları ve nicel boyuttan elde edilen ön bulgular ışığında hazırlanmıştır. Görüşmeler sırasında katılımcıların özgürce konuşabilmelerini sağlamak için açık uçlu sorular tercih edilmiştir. Görüşmeler ses kaydına alınmış ve gerektiğinde notlar tutulmuştur. Veri toplama sürecinde etik ilkeler gözetilmiş, katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır (Creswell & Creswell, 2017).

Araştırmanın nitel boyutunda 32 maddelik raporlama standarttan oluşan ve nitel araştırmaların raporlanmasında kullanılan Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) kontrol listesinin Türkçe versiyonu kullanılmıştır (EK-5). COREQ, raporlanması gereken çalışma tasarımının kontrolü için kapsamlı bir listedir (Özden ve ark., 2022; Tong ve ark., 2007). Listede belirtilen kriterler, araştırmacıların önemli yönleri ile birlikte çalışmanın yöntemini, bağlamını, bulguları, analizleri ve yorumlarının rapor edilmesinde kolaylık sağlamıştır.

3.5. Araştırma Sürecinde Metodolojik Şeffaflık

Karma yöntem araştırmalarında metodolojik şeffaflık, nitel ve nicel verilerin sistematik biçimde birleştirilmesiyle sağlanır. Bu çalışmada iç içe sıralı karma desen kullanılmış; nitel veriler, nicel sürecin belirli aşamalarına entegre edilerek deneysel bulguları açıklayıcı ve derinleştirici bir rol üstlenmiştir. Araştırmada şeffaflığı güçlendirmek amacıyla şu ilkeler benimsenmiştir:

1. Desen açıklığı: Kullanılan karma desenin türü, amacı ve gerekçesi açıkça belirtilmiştir.

2. Veri entegrasyonu şeffaflığı: Nitel ve nicel bulguların entegrasyon noktaları (veri toplama, analiz, yorumlama) tablo ve diyagramlarla gösterilmiştir. Çalışmanın desen akış diagramı Şekil 3.1’de sunulmuştur.

3. Karmalama noktalarının belirginliği: Hangi karmalama stratejilerinin (tamamlayıcılık, geliştirme, başlatma) kullanıldığı açıklanmıştır. Tamamlayıcılık: Nicel

analizlerde ölçülen damgalanma algısındaki azalmanın nesnel verileri, nitel bulgulardaki 'Toplumsal Damgalanmaya Karşı Farkındalık ve Kabul' alt teması ile birleştirilmiştir. Nicel verinin 'ne kadar' azaldığı bilgisi, nitel verinin bireylerin bunu 'nasıl' deneyimlediği ve bilişsel ayrışma yoluyla 'nasıl' başardığı bilgisiyle tamamlanmıştır. Nicel analizlerde belirlenen işlevsellikteki anlamlı artış verileri, nitel bulgulardaki 'Günlük Yaşam İşlevselliğinde Artış' ve yaşam niteliğindeki anlamlı artış da 'Yaşam Niteliğinde Öznel İyileşme' alt temaları ile birleştirilerek, etkinin yalnızca sayısal değil, aynı zamanda deneyimsel boyutu da aydınlatılmıştır. Geliştirme: Nicel sonuçların, özellikle işlevsellik ve yaşam niteliği ölçeklerinde iyileşme göstermesi, nitel görüşme protokollerini, bu değişimi taşıyan 'ACT Tekniklerinin Günlük Yaşama Uyarlanması' gibi psikolojik süreçlerin derinlemesine incelenmesi için yönlendirmiştir. Başlatma: Nitel verilerdeki 'Başlangıçta Yabancılık ve Çekince' teması, nicel etkinin genel seyrine rağmen, programın ilk aşamalarındaki potansiyel katılım bariyerlerini belirleyerek, gelecekteki müdahale tasarımları için yeni bir uygulama alanı başlatmıştır.

4.Yöntemsel tutarlılık: Nitel ve nicel yaklaşımlar arasında felsefi uyum ve mantıksal bütünlük gözetilmiştir. Bu kapsamda, araştırmanın temel felsefi zemini, araştırma sorusuna en kapsamlı ve eyleme geçirilebilir yanıtı sunmayı hedefleyen Pragmatizm olmuştur.

Bu kapsamda, karma yöntem analizinde metaçıkırm süreci de metodolojik şeffaflığın bir parçası olarak yapılandırılmıştır. Metaçıkırm, nitel ve nicel bulguların birlikte yorumlanmasıyla ulaşılan üst düzey, bütüncül sonuçları ifade eder. İlk olarak nicel veriler istatistiksel yöntemlerle analiz edilerek müdahalenin etkisine ilişkin ölçülebilir bulgular elde edilmiştir. Ardından nitel veriler, katılımcıların deneyimlerini ve değişim süreçlerini anlamaya yönelik olarak tematik analizle çözümlenmiştir. Bu iki analiz türü karşılaştırılarak nicel sonuçlarla nitel temalar arasındaki örtüşen, destekleyici ve farklılaşan yönler belirlenmiş; son aşamada her iki veri türünden elde edilen bilgiler

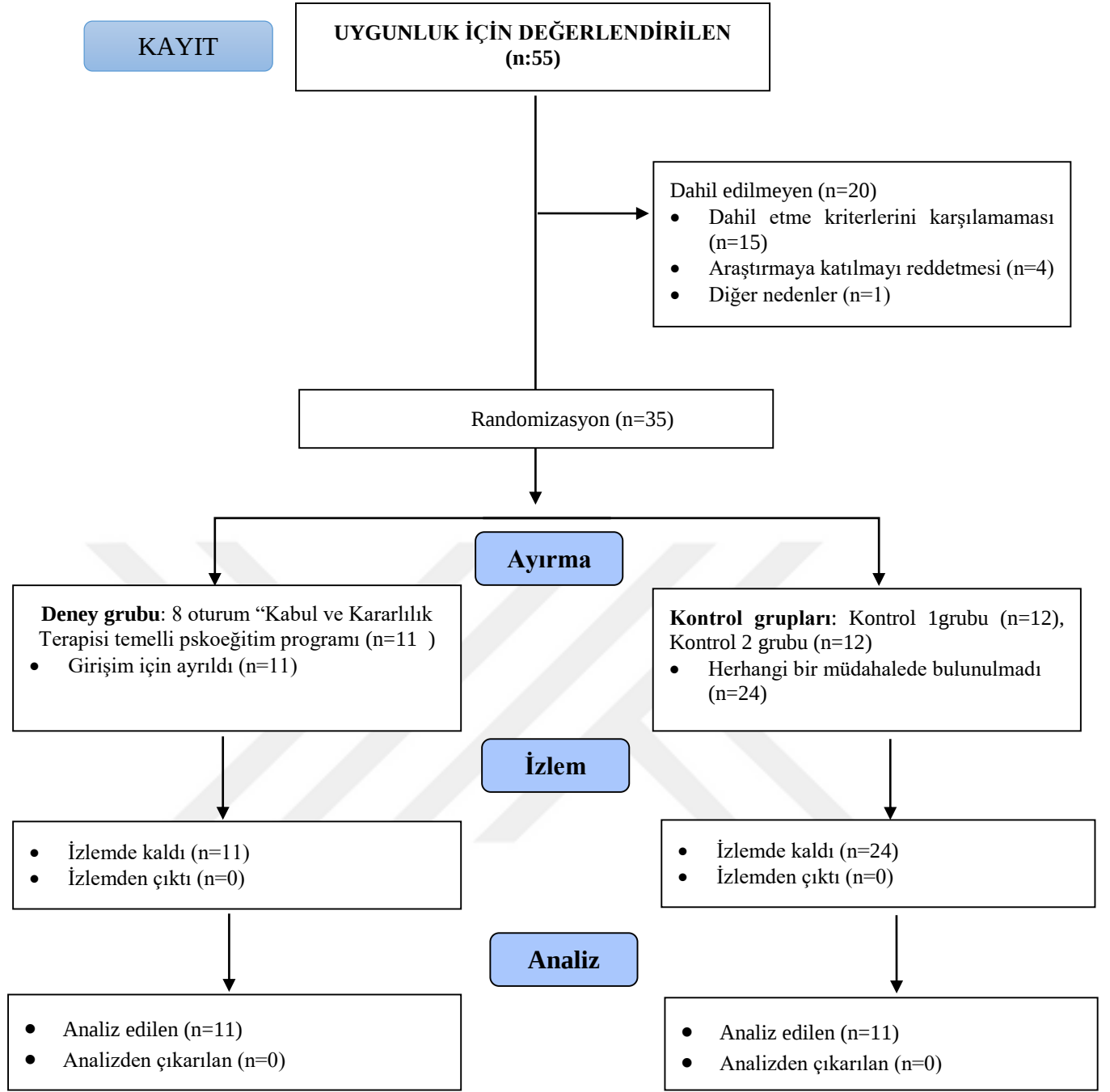
bütüncül biçimde birleştirilerek metaçarımlar oluşturulmuştur. Böylece araştırma bulguları, yalnızca sayısal düzeydeki değişiklikleri değil, bu değişikliklerin arkasındaki deneyimsel ve psikolojik mekanizmaları da açıklığa kavuşturmuş; sonuçlar hem etki düzeyinde hem de süreç düzeyinde anlamlandırılabilir hale gelmiştir. Bu bütünleşik yaklaşım, programın etkinliğine dair kanıtların güvenilirliğini ve kapsamını maksimize etmiştir.

3.6. Psikoeğitim Programının Geliştirilmesi

Araştırmacı tarafından literatür taraması doğrultusunda “Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Psikoeğitim Programı” hazırlanmıştır. Araştırmacı, ‘Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Psikoeğitim Programı’ hazırlanması ve oturumların planlanmasında 2014-2024 yılları arasında Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi’nde erişime açık olan tezler ile yayımlanmış çalışmalardan ve ACT temel eğitimlerinden yararlanmıştır. Psikoeğitim programı; işlevselliği artırma, damgalanma algısını azaltmaya yönelik stratejiler geliştirilme ve bireylerin genel yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi doğrultusunda yapılandırılmıştır. Program hazırlandıktan sonra bağımsız altı kişiden uzman görüşü alınmıştır (EK-4) ve uzman görüşlerinin tematik analizi doğrultusunda yapılan değişiklikler ile psikoeğitim programına son hali verilmiştir. Tematik analiz sonuçları kapsamında elde edilen anahtar kavramları görselleştirmek amacıyla aşağıda kelime bulutu sunulmaktadır.

Temelli Psikoeğitim Programı” uygulanmıştır. Sekiz haftalık süreç içinde kontrol grubundaki bireylere ise araştırmacı tarafından herhangi bir müdahale uygulanmamış olup, bireylerin rutin tedavi ve kontrol planları sürdürülmüştür. Tüm oturumlar aynı araştırmacı (C.A.) tarafından yürütülmüş ve standart bir oturum protokolüne göre uygulanmıştır. Bu durum, uygulayıcı değişkenliğinden kaynaklanabilecek farklılıkları en aza indirmek için tercih edilmiştir. Sekizinci oturumun sonunda ise ölçüm araçları müdahale ve kontrol gruplarına tekrar uygulanarak araştırmanın uygulama aşaması sonlandırılmıştır.

Son olarak deney grubuna uygulanan “Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Psikoeğitim Programı” oturumları tamamlandıktan 4 hafta sonra nitel veriler toplanıp, izlem testi yapılmıştır. Kontrol grubuna da sekiz hafta ve bir ay sonra son test uygulanarak izlemleri tamamlanmıştır. Kontrol grubuna araştırma sürecinin raporlandırılmasından sonra “ACT Temelli Psikoeğitim Programı” uygulanmıştır. Veri toplama süreçlerinin ve analizlerinin okuyucu tarafından daha iyi anlaşılması için geliştirilen CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) akış şeması Şekil 3.3’de sunulmuştur. Consort akış şeması <http://www.consort-statement.org/consort-statement/flow-diagram> (2025) doğrultusunda yapılmıştır (Hopewell ve ark., 2025).



Şekil 3.3. Consort 2010 akış şeması

3.7. Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Psikoeğitim Programı İçeriği

Bu çalışmada kullanılan KKT (kabul ve kararlılık terapisi) temelli psikoeğitim programı toplam sekiz oturumdan oluşmaktadır. Deney grubundaki bireylere yüzyüze olmak üzere grup görüşmeleri şeklinde program uygulanmıştır. Oturumların genel ilkeleri belirlenerek her bir oturumun başlangıcında;

- Bir önceki oturumun gözden geçirilmesi,
- Farkındalık egzersizlerinin uygulanması (nefes egzersizi, beden taraması),
- Bir önceki oturumda verilen ödevlerin kontrol edilmesi ve üzerine konuşulması, gün yapılacak gündemin, girişimin belirlenmesi
- Her oturumda egzersiz ve ACT temelli girişimlerin yapılması,
- Girişim sonrası bir sonraki görüşmelere kadar yapılması gereken ev ödevinin verilmesi,
- Son beş dakikada geri bildirim alınması ve oturumun sonlandırılması uygulanmıştır.

Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Psikoeğitimin Oturumları

- 1. Oturum:** Hazırlık oturumu
- 2. Oturum:** Anla temas
- 3. Oturum:** Yaratıcı umutsuzluk
- 4. Oturum:** Kabul
- 5. Oturum:** Bağlamsal benlik ve Bilişsel ayrışma
- 6. Oturum:** Değerler
- 7. Oturum:** Değer odaklı davranışlar
- 8. Oturum:** Kapanış

Tablo 3.3. Kabul ve kararlılık terapisi temelli psikoeğitim programı içeriği

Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Psikoeğitim Programının İçeriği	
	<u>Hedef:</u> • Hastalarla tanışma ve terapötik ilişkinin kurulması ('<i>ne olduğunda</i>' daha fazla uyum sağlayacaklarının sorulması) • Eğitim ile ilgili bilgilendirme • Eğitim günlerinin belirlenmesi, eğitimin süresi hakkında bilgi verilmesi, eğitim formatı ile ilgili bilgi verilmesi, grup kurallarının anlatılması • Verilecek eğitimlere zamanında ve düzenli katılımın öneminin anlatılması • Çalışmaya dâhil edilecek bireylerden bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alınması • Çalışma öncesi uygulanacak ön testlerin uygulanması <u>İçerik:</u> 1. Oturum: Hazırlık Oturumu Oturumda hastalarla ile tanışma, hastaların kendilerini tanıtmaları ve isteyen hastaların gönüllü olarak kendi öykülerinden kısaca bahsetmeleri istenmiştir. Hastaların kendilerini tanıtmaları ve grup içindeki etkileşimin artırılması için top oyununun uygulanmıştır. Araştırmacı tarafından araştırmanın amacı, oturumların süresi, sıklığı ve oturum kuralları konusunda bilgiler verilmesi, oturumlara devam konusuna dikkat edilmesinin öneminin vurgulanması ve ön testlerin toplanması yer almıştır. Hastaların içsel yaşantıları tanımlamaya yönelik duygu kartları ve değer kartları hastalar ile birlikte uygulanmıştır. Her seans uygulanacak olan Nefes Egzersizleri hastaları anda tutabilmek ve dikkatini toplamak adına yapılacağı bilgilendirilmesi ile hastalara gösterilerek birlikte uygulanmıştır. -Oturumun son aşamasında ev ödevi olarak; bir sonraki seansa kadar Nefes Egzersizlerini gün içerisinde yapmaları istenmiştir. (nefes egzersizlerini gözleri açık şekilde yapmaları istenmiştir)
	<u>Hedef:</u> • Anla temasın kaybolmasının doğasını anlayabilmek. Geçmiş ve gelecek baskınlığının bedellerini görebilmek • An'da olabilmenin faydalarını/kazanımlarını görebilmek • Farkındalık ve esnek dikkatin sağlanması <u>İçerik:</u> 2. Oturum: Anla Temas • Bir önceki oturumun özetlenmesi, • Ev ödevleri hakkında konuşma, • 10 Nefes Alma egzersizinin uygulanması, • Beden Taraması müdahalesinin uygulanması • Beş Duyu Egzersizinin uygulanması • Oturumun son aşamasında ev ödevi olarak hastalardan gün içerisinde herhangi bir işle meşgulken; nefese odaklanma, 10 nefes egzersizi yapması istenmiştir. -An'dan kopulduğunun hissedildiği, kaygılı, stresli vb. hissedilen bir anda Nefes Egzersizlerini yapmaları istenmiştir.

Tablo 3.3. (Devamı)

3. Oturum: Yaratıcı Umutsuzluk	<u>Hedef:</u> - Hastaların şu ana kadar duygularını ve düşüncelerini yönetmek için kullandıkları yöntemlerin ve bunların sonuçlarının ne olduğunun ortaya çıkarılması sağlamak. - Uzun vadede işe yaramayan stratejiler konuşularak, kullandıkları yöntemlerin uzun vadeli olumsuz sonuçlarıyla yüzleşmeleri sağlamak. <u>İçerik:</u> - Bir önceki oturumun özetlenmesi, - Ev ödevleri hakkında konuşma, - Nefes egzersizinin uygulanması, - Daha önce ne denediniz, denediğiniz şey ne işe yaradı, sonuçları ne oldu? Bu ve benzeri sorularla hastaların işe yaramayan davranışları fark ettirmeye çalışılır. Bunu somutlaştırmak için davranışın işlevsel analizi hastalar ile yapılır. - Halat Çekme Metaforunun hastalarla paylaşılması ve üzerine konuşulması, - Oturumun son aşamasında ev ödevi olarak hastaların istenmeyen düşünce ve duygulardan kaçınmak veya kurtulmak için farklı olarak ne yaptıklarını, bunların kısa ve uzun vadede nasıl sonuçlandığını ve hangi durumlarda daha çok tekrarladığını not etmeleri, istenmeyen düşüncelerin farkına varıp, onları yakalamaları istenmiştir. (Davranışın ABC'si kağıda yazılarak uygulanacak)
4. Oturum: Kabul	<u>Hedef:</u> - Hastaların duygu ve düşüncelerini olduğu gibi kabul edip yer açmak ve onlarla mücadele etmesini bırakmasını sağlamak. - Hastaların duygu ve düşüncelerinin doğal akışları içerisinde gelip gitmelerine müsaade etmesini sağlamak, - Hastalarla kabulün neden gerektiği üzerine konuşmak. <u>İçerik:</u> - Bir önceki oturumun özetlenmesi ve ev ödevlerinin tartışılması, - Nefes egzersizinin ve 5 duyu egzersizinin uygulanması - İstenmeyen duygu ve düşünceler üzerinden hastalara “Orada olmasına izin ver, onun için kendinde bir yer aç ve olduğu yerde kalmasına izin ver, onunla barış imzala ve yoluna devam et” gibi ifadeler kullanılarak kabullerin sağlanması, - Eğer hayatımızı anlamlandıran ve zenginleştiren davranışlarda bulunmamızı sağlamıyorsa, acı verici tecrübelerimiz için bir yer açmanın anlamı yoktur.” Bilgisinin paylaşılması, - Hislerin kabulü egzersizinin uygulanması, - Batakılıkta Yürüme Metaforu egzersizinin uygulanması, - Oturumun son aşamasında ev ödevi olarak hastalardan bugün yaptığımız gibi hislerinize yer açma uygulamasının yapılması ve hislerle mücadele edildiği zamanların ve onlar için yer açtığı zamanların farkına varmaları ve bunu not etmeleri istenmiştir. (Mücadele etmeye karşı açık olma egzersizi hastalara verildi)

Tablo 3.3. (Devamı)

5. Oturum: Bağlamsal Benlik ve Bilişsel Ayrışma	<u>Hedef:</u> - Hastaların düşünce ve duygulardan bağımsız olup, onları gözlemlemek ve kabul etmek için güvenli ve sabit bir görüş noktası sağlayan bir farkındalık hissi ile bağlantı kurmasını sağlamak - Hastaların düşünceye olan inancını değiştirmek <i>değil</i>, AN’da devam eden davranışın üzerindeki etkisini kırmak - Düşünceyi tutmadan, gelip gitmesine izin vermek. <u>İçerik:</u> - Bir önceki oturumun özetlenmesi, - Ev ödevleri hakkında konuşma - Nefes Alma egzersizinin uygulanması, - Kavramsal benlikle gözlemleyen benliğin ayrıştırılması için Gökyüzü/bulut metaforu ve Otobüs metaforunun uygulanması, - Bireylerin düşüncelerini tutmadan, gelip gitmelerine izin vermesini sağlamak amacıyla Limon metaforunun uygulanması “Zihnini Yürüyüşe Çıkar” egzersizinin uygulanması - Oturumun son aşamasında ev ödevi olarak hastalardan gelecek oturuma kadar düşüncelerin onu nasıl tuzağa düşürdüğünü, bunun hangi durumlarda tekrarlandığını ve ne gibi şeyler söylediğini fark ederek not etmeleri istenmiştir. Stresli olduğunuzda, kaygı hissettiğinizde ya da size ‘sıcak’ gelecek bir düşünce fark ettiğinizde “limon” egzersizini uygulaması istenmiştir.
6. Oturum: Değerler / Değerlere Temas Etme	<u>Hedef:</u> - Hastaların değerlerini netleştirme, değerlerine yönelik farkındalığını artırma ve değerleri ile bağlantı kurmasını sağlamak - Hastaların değerlerini davranışları için rehber olacak şekilde kullanmasını sağlamak. <u>İçerik:</u> - Bir önceki oturumun özetlenmesi ve ev ödevleri hakkında konuşma, - Nefes egzersizinin uygulanması, - Değerlerin tanıtılması (değerler ve hedefler arasındaki fark), yaşam/değer alanları–değerleri keşfedilmesi, - En mutlu an(a) gitme) egzersizinin uygulanması, - Sihirli değnek metaforunun hastalarla paylaşılması, - Oturumun son aşamasında ev ödevi olarak; hastalardan nefes egzersizini uygulanması ve oturum içinde üzerinde konuşulan değerleri doğrultusunda neler yaptığını, nasıl davrandığını fark etmesi ve bunları not alması istenmiştir.
7. Oturum: Değer Odaklı Davranışlar	<u>Hedef:</u> - Hastaların değerlerini, davranışları için rehber olacak şekilde kullanmasını sağlamak, - Hastaların değerlerini süre giden ve gelişmeye açık eylem biçimlerine dönüştürmek ve - Hastaların işlevsellik düzeylerini geliştirmektir. <u>İçerik:</u> - Bir önceki oturumun özetlenmesi ve ev ödevleri hakkında konuşma - Nefes Alma egzersizi ve 5 duyu egzersizinin uygulanması - Değerlerim Doğrultusunda Yaptıklarım tablosu ve Değerler ve Hedefler Çizelgesinin tanıtılarak çizelgenin doldurulması, Bu doğrultuda neler yapabilir, nasıl hareket edebilir bunun üzerine konuşularak değerleri doğrultusunda harekete geçmeleri konusunda bireylerin cesaretlendirilmesi - Boğa Gözü egzersizinin uygulanması - Oturumun son aşamasında ev ödevi olarak; hastaların değerleri doğrultusunda belirlenen eylemleri uygulamaya geçirmeleri ve eyleme geçtiğinde ne hissettiği, hayatında ne değiştiği üzerine notlar alması istenmiştir.

Tablo 3.3. (Devamı)

8. Oturum: Kapanış	<u>Hedef:</u>
	• ‘Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Müdahale’ programı içerisinde öğrenilen egzersiz tekniklerini hastaların günlük hayatta devam ettirebilmesini sağlamak, • ‘Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Müdahale’ programını değerlendirerek ve son test verilerini toplayabilmektir.
	<u>İçerik:</u>
	• Hastalar ‘Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Müdahale’ programı içerisinde öğrenilen egzersiz tekniklerinin günlük hayatta nasıl devam ettirilebileceğinin tartışılması, • Eğitim sonrası uygulanacak son testlerin uygulanması

3.8. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirten Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-6) kullanılmıştır. Araştırmada belirtilen değişkenlerin ölçümü ise Kendini Damgalama Ölçeği (Ek-8), Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (Ek-7) ve Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (Ek-9) ile sağlanmıştır. Nitel verilerin toplanması amacıyla araştırmacı tarafından eğitimin ilgili değişkenler üzerindeki etkinliğine yönelik sorulardan oluşturulan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır (Ek-10).

3.8.1. Kullanılan Ölçekler ve Değerlendirme Araçları

Tanıtıcı Bilgi Formu: Hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, gelir durumu, hangi psikiyatrik tanıya sahip olduğuna ilişkin 10 sorudan oluşmaktadır (Çapar, 2024; (Özer & Dişsiz, 2024)

Kendini Damgalama Ölçeği (KDÖ): Yıldız ve arkadaşları (2019) tarafından ruhsal hastalığı olan bireylerin kendini damgalamayı doğru bir şekilde değerlendirebilmek için hastaların soruları anlaması ve maddelerin kendi kültürel bağlamında yaşadıkları damgalamayı yansıtmaları amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 17 maddeye sahiptir ve ters çevrilmiş madde bulunmamaktadır. Her bir maddeye verilen cevaplar 5'li Likert ölçeği ile derecelendirildi: 1 = katılmıyorum, 2 = biraz katılıyorum, 3 = orta derecede katılıyorum, 4 = genel olarak katılıyorum, 5 = tamamen katılıyorum. Yüksek puanlar, damgalanma düzeyinin yüksek olduğunu gösterir. Ölçeğin Cronbach's

alpha korelasyon katsayı değeri 0.93 olup yüksek güvenilirliğe işaret etmektedir (YıldızKiras ve ark., 2019). Bu çalışmada ölçeğin izlemlerinde toplam Cronbach Alpha katsayı değeri 0.92 saptanmıştır.

Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ): Türkiye’de Yıldız ve arkadaşları (2018) tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek şizofreni hastalarında toplumsal işlevselliği 19 madde ve dört alt boyutta değerlendirmektedir. Faktörlerden kişilerarası 35 ilişkiler ve eğlenti yedi madde, özbakım yedi madde, bağımsız yaşam becerileri dört madde ve çalışma yaşamı bir maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 19–57 arasında olup yüksek puan toplumsal işlevsellik düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği toplam Cronbach's Alpha değeri 0.736 olarak belirlenmiştir (Yıldız ve ark., 2018). Bu çalışmada ölçeğin izlemlerinde toplam Cronbach Alpha katsayı değeri 0.86 saptanmıştır.

Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞHIYNÖ): Heinrichs ve arkadaşları (1984) tarafından geliştirilen ve yarı yapılandırılmış bir görüşmeyle görüşmeci tarafından değerlendirilen bir ölçektir. Kişiler arası ilişkiler, mesleki rol, ruhsal bulgular, günlük eşya kullanımı ve etkinlikler şeklinde 4 alt boyut ve toplam 21 sorudan oluşmaktadır. Yüksek puanlar iyi işlevselliği göstermektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Soygür ve arkadaşları (2000) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur (Soygür ve ark., 2000). Bu çalışmada ölçeğin izlemlerinde toplam Cronbach Alpha katsayı değeri 0.90 saptanmıştır.

3.8.2. Nitel Veri Toplama Aracı

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu: Yarı yapılandırılmış görüşme formu ACT temelli psikoeğitim programı deneyimini değerlendirmek amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Yarı yapılandırılmış görüşme formunun geçerlik ve güvenilirliğini sağlamak amacıyla araştırmadan önce nitel çalışmalar konusunda ve ilgili alanda çalışmaları olan 5 uzmanın görüşleri ve onayı alınarak son hali verilmiştir (Ek-

10). Araştırmanın nitel verileri bizzat araştırmacı (C.A.) tarafından yüz yüze gerçekleştirilen derinlemesine görüşmelerle toplanmıştır. Görüşmelerin süresi 15-30 dakika arasında değişti ve ses kayıt cihazıyla kaydedilmiştir. Ses kayıt cihazı katılımcının sesini net olarak alabilecek bir mesafeye ve katılımcının görebileceği bir yere konulmuştur. Görüşmeler, katılımcılara kod adı (K1, K2, ...K7) atanarak dijital ortama aktarılmıştır.

Ses Kayıt Cihazı Özellikleri: Görüşmelerde veri kaydetmek için bir dijital ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Cihaz, 8 GB dahili bellek kapasitesi ve 650 saate kadar kayıt yapabilme özelliğine sahiptir. Kalem büyüklüğünde, portatif ve şarj edilebilir bir özelliktedir. MP3, WMA, ASF ve WAV ses dosyası formatlarını desteklemektedir. Özel bir jacklı kulaklık girişi bulunur; kulaklığın bir ucu kulaklık olarak, diğer ucu ise mikrofon olarak kullanılabilir. Bu özellik, hem ses kaydını yapma hem de kaydedilen sesi dinleme imkânı sağlamıştır. 5 metreye kadar kusursuz ses kaydı yapabilen cihaz, sesleri mikro USB kablosu ile bilgisayara aktarabilmektedir.

3.9. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Bireylere uygulanan ACT programıdır.

Bağımlı Değişkenler: Kendini Damgalama Ölçeği, Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği, Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeğidir.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

3.10.1. Nicel Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen veriler IBM SPSS (Statistics Package for Social Sciences) versiyon 27.0 bilgisayar paket programında analiz edilmiştir. Çalışmadan elde edilen verilerin analizinde kullanılan yöntemler aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tek Yönlü Varyans Analizi testinde ve Kruskal Wallis testinde eta kare korelasyon katsayısı, Kovaryans Analizi (ANCOVA) ve Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi testinde kısmi eta kare korelasyon katsayısı kullanılmıştır. 0,01 küçük, 0,06 orta ve 0,14 düzeyindeki eta kare ise büyük etki olarak yorumlanır. Friedman testinde etki

büyükliğini belirlemek için Kendall's W katsayısı kullanılmıştır. 0.00-0.20= çok zayıf etki, 0.21-0.40=zayıf etki, 0.41-0.60=orta etki, 0.61-0.80=güçlü etki, 0.81-1.00=çok güçlü etki olarak yorumlanır. Sonuçlar yorumlanırken istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak belirlenmiştir.

Kabul ve Kararlılık Terapisinin etkinliğinin saptanması için deney ve kontrol grupları katılımcılarının TİDÖ son test ve TİDÖ izlem testi toplam puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılmasında Kovaryans Analizi (ANCOVA) yapılabilmesi için öncelikle varsayımlar kontrol edilmiştir.

Analizin gerekliliklerinden biri olan normallik varsayımı için çarpıklık ve basıklık katsayıları incelenmiş ve verilerin normal dağılım gösterdiği saptanmıştır (+2, -2 aralığı, George ve Mallery, 2010).

ANCOVA analizinin diğer bir şartı olan kovaryant ile bağımsız değişken arasında anlamlı bir ilişki olmaması varsayımı için Tek yönlü varyans analizi yapılmış ve ön test puanları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık oluşmadığından analize devam edilmiştir ($F=0.807$, $p=0.455$).

ANCOVA analizinin başka bir şartı olan kovaryant ile bağımlı değişken arasında anlamlı bir ilişki olması varsayımı için ölçümler arasında Korelasyon analizi yapılmış ve TİDÖ ön test ile TİDÖ son test arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($r=0.743$, $p<0.001$). Ayrıca TİDÖ ön test ile TİDÖ izlem testi arasında da istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır ($r=0.704$, $p<0.001$).

ANCOVA analizinin başka bir şartı olan varyansların homojen olması varsayımını test etmek için Levene testi yapılmış ve TİDÖ son test puan ortalamasının bağımlı değişken olarak analize dahil edildiği durumda grupların varyanslarının homojen olduğu görülmüştür ($F(2.32)=2.481$, $p=0.100$). Ayrıca TİDÖ izlem testi puan ortalaması bağımlı değişken olarak analize eklendiğinde de grupların varyanslarının homojen olduğu bulunmuştur ($F(2.32)=0.966$, $p=0.391$).

TİDÖ son test puanları bakımından ANCOVA analizinin başka bir şartı olan regresyon doğrularının homojenliği varsayımına ilişkin bulgular incelendiğinde regresyon doğrularının homojenliği varsayımının karşılanmadığı saptanmıştır ($F(2,29)=9.140$, $p<0.001$). TİDÖ izlem testi puanları bakımından regresyon doğrularının homojenliği varsayımı incelendiğinde regresyon doğrularının homojenliği varsayımının karşılanmadığı saptanmıştır ($F(2,29)=5.139$, $p=0.012$).

Kabul ve Kararlılık Terapisinin etkinliğinin saptanması için deney ve kontrol grupları katılımcılarının ŞHİYNÖ son test ve ŞHİYNÖ izlem testi toplam puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılmasında Kovaryans Analizi (ANCOVA) yapılabilmesi için öncelikle varsayımlar kontrol edilmiştir.

Analizin gerekliliklerinden biri olan normallik varsayımı için çarpıklık ve basıklık katsayıları incelenmiş ve ŞHİYNÖ ön test puanlarının normal dağılım göstermediği saptanmıştır (+2, -2 aralığı, George ve Mallery, 2010).

ANCOVA analizinin diğer bir şartı olan kovaryant ile bağımsız değişken arasında anlamlı bir ilişki olmaması varsayımına ŞHİYNÖ ön test puanı normal dağılım göstermediği için Tek yönlü varyans analizi yapılamadı. Bunun yerine Kruskal Wallis testi uygulanmıştır ve ön test puanları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık oluşmamıştır ($H=1.226$, $p=0.542$).

ANCOVA analizinin başka bir şartı olan kovaryant ile bağımlı değişken arasında anlamlı bir ilişki olması varsayımı için ölçümler arasında Korelasyon analizi yapılmış ve ŞHİYNÖ ön test ile ŞHİYNÖ son test arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($r=0.523$, $p=0.001$). Ayrıca ŞHİYNÖ ön test ile ŞHİYNÖ izlem testi arasında da istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır ($r=0.488$, $p=0.003$).

ANCOVA analizinin başka bir şartı olan varyansların homojen olması varsayımını test etmek için Levene testi yapılmış ve ŞHİYNÖ son test puan ortalamasının bağımlı değişken olarak analize dahil edildiği durumda grupların varyanslarının homojen olduğu

görülmüştür ($F(2.32)=0.567$, $p=0.573$). Ayrıca ŞHİYNÖ izlem testi puan ortalaması bağımlı değişken olarak analize eklendiğinde de grupların varyanslarının homojen olduğu bulunmuştur ($F(2.32)=0.409$, $p=0.668$).

ŞHİYNÖ son test puanları bakımından ANCOVA analizinin başka bir şartı olan regresyon doğrularının homojenliği varsayımına ilişkin bulgular incelendiğinde regresyon doğrularının homojenliği varsayımının karşılanmadığı saptanmıştır ($F(2.29)=14.097$, $p<0.001$). ŞHİYNÖ izlem testi puanları bakımından regresyon doğrularının homojenliği varsayımı incelendiğinde regresyon doğrularının homojenliği varsayımının karşılanmadığı saptanmıştır ($F(2.29)=12.026$, $p<0.001$).

Tablo 3.4. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler

Kullanılan Testler		
Verilerin normallik dağılımı	Çarpıklık ve basıklık katsayıları (+2, -2 aralığı, George ve Mallery, 2010)	
Deney, Kontrol-1 ve Kontrol-2 gruplarının değişkenlerinin karşılaştırmasında	Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Tek Yönlü Varyans Analizi, Kruskal Wallis test, Fisher-Freeman-Halton exact test	
	Normal Dağılan Ölçümlerde	Normal Dağılmayan Ölçümlerde
Gruplar arası karşılaştırmalarda	Tek Yönlü Varyans Analizi (Post hoc testi olarak Bonferroni kullanılmıştır.), Kovaryans Analizi (ANCOVA) (Post hoc testi olarak Bonferroni kullanılmıştır.)	Kruskal Wallis test (Post hoc testi olarak Tamhane kullanılmıştır.)
Grup içi karşılaştırmalarda	Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi (Post hoc testi olarak Bonferroni kullanılmıştır.)	Friedman test (Post hoc testi olarak Wilcoxon signed-ranks test kullanılmıştır.)
Etki büyüklüğü	Eta kare (η^2), Kısmi eta kare (η_p^2)	Kendall's W, Eta kare (η^2)
Bağımsız değişkenlerinin ölçek toplam puan ortalamasına etkisi	Multiple Linear Regresyon Analizi	
Ölçeklerin birbirlerinin üzerindeki etkisi	Simple Linear Regresyon Analizi	
Ölçeklerin birbirlerinin arasındaki ilişki	Pearson Korelasyon Analizi	

3.10.2. Nitel Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma tasarımı belirlendikten sonra, nitel araştırmaların raporlanması için geliştirilmiş olan COREQ Checklist rehberliği doğrultusunda toplanan veriler analiz edilmiştir (Özden ve ark., 2022; Tong ve ark., 2007)(Ek-5). Bu bölümdeki analiz, tematik ve yorumlayıcı fenomenolojik analiz yaklaşımlarından yararlanılarak gerçekleştirilmiştir. Fenomenolojik araştırma, bir olgu veya fenomeni, insan deneyimlerinin temel özünü analiz ederek açıklayan bir yöntemdir (Creswell & Clark, 2017). Tematik analiz ise verileri anlam kalıpları, yani temalar doğrultusunda sistematik bir şekilde tanımlama, organize etme ve yorumlama sürecine odaklanan bir analiz tekniğidir (Braun & Clarke, 2012).

Psikoeğitim programına katılan tüm hastalarla gerçekleştirilen görüşmelerin yapılmasının ardından araştırmacı, görüşmeleri birkaç kez dinledikten sonra içeriği yazıya dökmüştür. Tüm görüşme soruları ve yanıtları Microsoft Word'e aktarılmıştır. Daha sonrasında oluşturulan word belgeleri MAXQDA 2024 programına aktarılmıştır. Cevaplar deşifre edilirken, gizliliği korumak için katılımcılara numaralar verilmiştir (K1, K2, ...K10). Nitel veri yönetimi, nitel veri analizine yönelik bir yazılım olan MAXQDA 2024 kullanılarak desteklenmiştir.

Yazılı metinlerin analizi, içerik analizi yöntemi kullanılarak dört aşamada gerçekleştirilmiştir (Yıldırım & Şimşek, 2021):

1. Aşama: Verilerin Kodlanması: Görüşmelerden elde edilen bilgiler, her bir soruya göre incelenerek anlamlı bir bütünlük oluşturan kısımlar halinde ayrıştırıldıktan sonra bu kısımlardan tek tek kodlar türetilmiştir.

2. Aşama: Temaların Oluşturulması: Oluşturulan kodlar birleştirilerek analiz edilmiştir. Kodlar arasındaki ilişkilendirilebilir yönler belirlenmeye çalışılarak kapsam ile derinlik açısından kategorize edilen kodlar kullanılarak temalar belirlenmiştir.

Kodlamalar araştırmacı tarafından yapılmış, temalar danışman ve nitel araştırma alanında uzman iki akademisyenin görüşü alınarak doğrulanmıştır.

3. Aşama: Kodlar ve Temalar Temelinde Verilerin Düzenlenmesi: Kodlar ve temalar çerçevesinde veriler ilişkilendirilerek düzenlenmiştir. Bu sayede verilerin belirli olgulara göre tanımlanması ve yorumlanması kolaylaştırılması sağlanmıştır. Elde edilen tanımlamalara bulgular kısmında yer verilmiştir.

4. Aşama: Bulguların Yorumlanması: Tanımlanan bulgular, elde edilen yüzdelerle birlikte sunulmuştur. Her bir bulgunun sonunda, araştırmacının yorumlarına ve görüşlerine yer verilmiştir. Analiz sonucunda dört ana tema ve on iki alt tema belirlenmiştir.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu araştırmanın çeşitli metodolojik ve uygulamaya ilişkin sınırlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak, çalışma tek bir merkezde yürütülmüş olup örneklem büyüklüğü sınırlıdır. Bu durum, elde edilen bulguların daha geniş popülasyonlara genellenebilirliğini kısıtlamaktadır.

Araştırmanın sonuçları, araştırmaya alınma kriterleri ve belirlenen değişkenler açısından benzer özellikler taşıyan örneklem gruplarına genellenebilir olmakla birlikte; örneklemin homojen yapısı, farklı sosyodemografik özelliklere sahip bireylere yönelik genellemeyi sınırlandırmaktadır. Nitel bulgular da katılımcı grubunun bağlamsal özellikleri, kültürel yapısı ve çalışma ortamının özellikleri nedeniyle yalnızca benzer popülasyonlara aktarılabilir.

Buna ek olarak, kontrol 2 grubuna yönelik verilerin ev ziyaretleri ile toplanması araştırmacı açısından çeşitli zorluklar yaratmıştır. Bu durum, veri toplama süresinin uzamasına ve katılımcılar arasında standart bir ölçme ortamı sağlanamamasına yol açmıştır.

Ayrıca araştırmanın yürütüldüğü bölgede TRSM hizmetinin kapasite, personel sayısı ve hizmet çeşitliliği açısından sınırlı olması, hem müdahale programının uygulanabilirliğini hem de araştırmanın izlem sürecini etkilemiştir. Bu durum, çalışmanın iç geçerliliğini etkileyebilecek bir başka sınırlılık olarak değerlendirilebilir.

3.12. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın uygulanabilmesi için Atatürk Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 618 sayılı kararı ile etik izin alınmıştır (Ek-2). İlgili kurumda yürütülebilmesi için Ağrı İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli kurum izni alındıktan sonra çalışmaya başlanmıştır (EK-3). Katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve yazılı-sözlü onamları alınmıştır (EK-11). Derinlemesine görüşmelerin ses kaydına alınması için kişiler bilgilendirilmiş ve onayları ayrıca ses kaydına alınmıştır. Nitel verilerin sunumunda katılımcıların isimleri belirtilmemiş olup K1, K2, K3... şeklinde kodlanarak belirtilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Nicel Bulgular

4.1.1. Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ve Sağlık Durumlarına İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan deney grubundaki bireylerin yaş ortalamasının 40.55 ± 10.04 yıl, %63.6'sının erkek, %54.5'inin bekar, %45.5'inin ilkokul mezunu olduğu, tamamının ailesiyle yaşadığı ve tamamının çalışmadığı belirlenmiştir. Kontrol-1 grubundaki bireylerin yaş ortalamasının 38.08 ± 9.97 yıl olup, %75'inin erkek, %50'sinin evli, %33.3'ünün ortaokul mezunu olduğu, tamamının ailesiyle kaldığı ve çalışmadığı saptanmıştır. Kontrol-2 grubundaki bireylerin ise yaş ortalamasının 36.33 ± 8.46 yıl, %58.3'ünün kadın, %58.3'ünün bekar, %41.7'sinin ilkokul mezunudur. Bireylerin tamamı ailesiyle birlikte yaşamakta ve %91.7'si çalışmamaktadır. Çalışmada yer alan deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları, tüm değişkenler açısından benzer olduğu ve tüm gruplar arasında anlamlılık olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Bireylerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular (N=35)

Özellikler	Deney grubu (n=11)	Kontrol-1 grubu (n=12)	Kontrol-2 grubu (n=12)	Test
	X ± SS (Min-Max)	X ± SS (Min-Max)	X ± SS (Min-Max)	
Yaş	40.55±10.04 (25-60)	38.08±9.97 (24-58)	36.33±8.46 (24-48)	F=0.567 p=0.573
	n (%)	n (%)	n (%)	
Cinsiyet				
Kadın	4 (36.4)	3 (25.0)	7 (58.3)	X ² =2.761
Erkek	7 (63.6)	9 (75.0)	5 (41.7)	p=0.265
Medeni Durum				
Evli	3 (27.3)	6 (50.0)	3 (25.0)	X ² =2.247
Bekar	6 (54.5)	5 (41.7)	7 (58.3)	p=0.757
Boşanmış	2 (18.2)	1 (8.3)	2 (16.7)	
Eğitim Durumu				
Okur/yazar değil	1 (9.1)	2 (16.7)	1 (8.3)	X ² =2.489
İlkokul	5 (45.5)	4 (33.3)	5 (41.7)	p=0.924
Ortaokul	2 (18.1)	4 (33.3)	2 (16.7)	
Lise	3 (27.3)	2 (16.7)	4 (33.3)	
Yaşadığı Kişiler				
Aile	11	12	12	
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	0	0	1 (8.3)	X ² =1.821
Çalışmıyor	11	12	11 (91.7)	p=1.000

F= Tek yönlü varyans analizi; X²= Fisher-Freeman-Halton exact test; Boş alanlar gözlem yetersizliği nedeniyle analize dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan deney grubundaki bireylerin %54.5'inin psikiyatrik hastalık süresinin 11-19 yıl arasında olduğu, %72.7'sinin 10 yıl ve üzerinde TRSM'den hizmet aldığı ve %45.5'inin 8 kez ve üzeri hastanede yatarak tedavi olduğu belirlenmiştir. Kontrol-1 grubundaki bireylerin %41.7'sinin psikiyatrik hastalık süresi 11-19 yıl arasında olup, %75'i 10 yıl ve üzeri süredir TRSM'den hizmet almaktadır. Katılımcıların %50'sinin 1-4 kez hastanede yatarak tedavi olduğu tespit edilmiştir. Kontrol-2 grubundaki bireylerin %50'sinin psikiyatrik hastalık süresinin 11-19 yıl olduğu, %66.7'sinin 10 yıl ve üzerinde TRSM'den hizmet aldığı ve %50'sinin 1-4 kez arası hastanede yatarak tedavi gördüğü belirlenmiştir. Çalışma kapsamında deney ve kontrol gruplarındaki bireylerin sağlık durumlarına ilişkin özelliklerine göre dağılımları tüm değişkenler bakımından benzer olduğu belirlenmiştir (p>0.05) (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Bireylerin sağlık durumlarına ilişkin bulgular (N=35)

Özellikler	Deney grubu (n=11)	Kontrol-1 Grubu (n=12)	Kontrol-2 Grubu (n=12)	Test
	X ± SS (Min-Max)	X ± SS (Min-Max)	X ± SS (Min-Max)	
Psikiyatrik Hastalık Süresi	17.82±5.15 (10-25)	16.67±7.04 (6-28)	14.67±4.94 (8-23)	F=0.874 p=0.427
TRSM'ye Geliş Süresi	9.82±1.17 (8-12)	9.67±1.78 (5-12)	8.92±2.81 (4-12)	H=0.020 p=0.990
	n (%)	n (%)	n (%)	
Psikiyatrik Hastalık Süresi (yıl)				
1-10	1 (9.1)	3 (25.0)	3 (25.0)	X ² =1.610
11-19	6 (54.5)	5 (41.7)	6 (50.0)	p=0.863
20 ve üzeri	4 (36.4)	4 (33.3)	3 (25.0)	
TRSM'ye Geliş Süresi				
1-9 yıl	3 (27.3)	3 (25.0)	4 (33.3)	X ² =0.338
10 yıl ve üzeri	8 (72.7)	9 (75.0)	8 (66.7)	p=1.000
Hastaneye Yatış Öyküsü				
Yok	0	0	2 (16.7)	
1-4 kez	4 (36.4)	6 (50.0)	6 (50.0)	X ² =4.865
5-7 kez	2 (18.1)	3 (25.0)	1 (8.3)	p=0.592
8 kez ve üzeri	5 (45.5)	3 (25.0)	3 (25.0)	

F= Tek yönlü varyans analizi; H= Kruskal Wallis test; X²= Fisher-Freeman-Halton exact test.

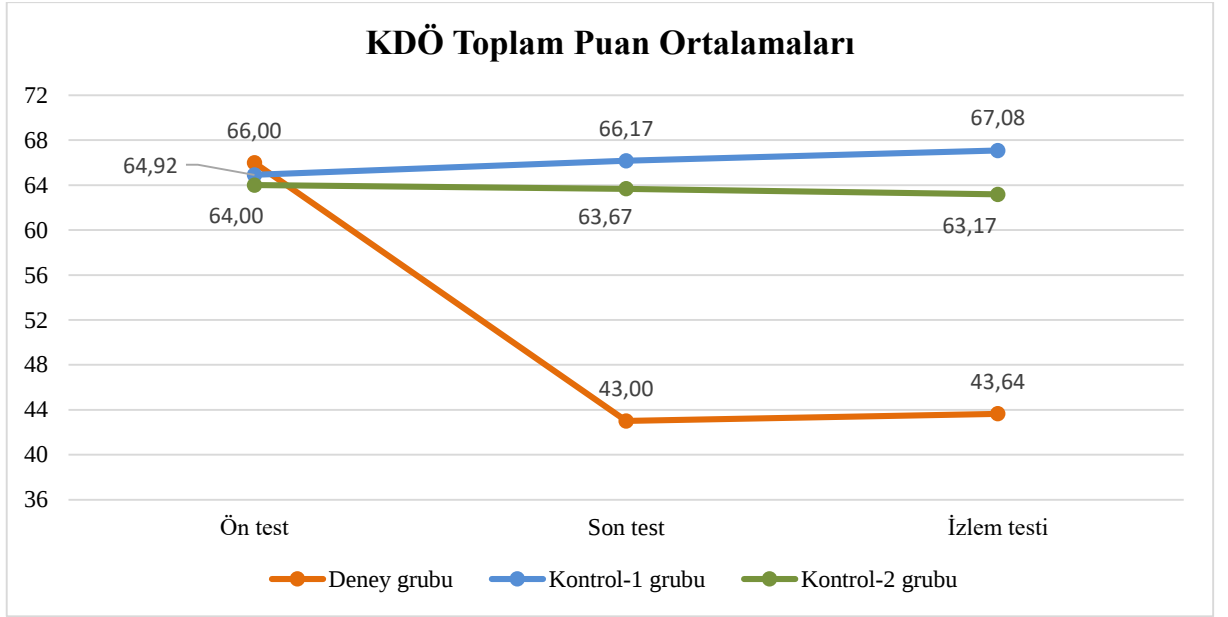
4.1.2. Bireylerin Damgalama Düzeylerine İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan bireylerin test sonuçlarına göre Kendini Damgalama Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.3 ve Şekil 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.3. Bireylerin Kendini Damgalama Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının karşılaştırılması (N=35)

KDÖ	Deney grubu ^d (n=11)	Kontrol-1 Grubu ^e (n=12)	Kontrol-2 Grubu ^f (n=12)	Test	Post-Hoc Test	Etki Büyüklüğü
	X±SS (Min-Max)	X ±SS (Min-Max)	X ±SS (Min-Max)			
Ön Test^a	66.00±9.72 (44-78)	64.92±8.48 (48-78)	64.00±5.82 (56-73)	F ^a =0.174 p=0.841		
Son Test^b	43.00±6.12 (33-52)	66.17±7.36 (55-78)	63.67±5.63 (56-71)	F ^a =44.427 p<0.001	d<e,f	η ² =0.735
İzlem Testi^c	43.64±7.55 (32-55)	67.08±7.20 (56-78)	63.17±6.35 (54-72)	F ^a =36.086 p<0.001	d<e,f	η ² =0.693
Test	F ^b =101.197 p<0.001	F ^b =1.596 p=0.225	F ^b =1.000 p=0.384			
Post-Hoc Test	b,c<a					
Etki Büyüklüğü	η ^{p2} =0.910					

KDÖ: Kendini Damgalama Ölçeği; F^a= Tek Yönlü Varyans Analizi; F^b= Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi; η²= Eta kare katsayısı; η^{p2}= Kısmi eta kare katsayısı.



Şekil 4.1. Bireylerin Kendini Damgalama Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının dağılım grafikleri

ACT programı öncesi yapılan ön test değerlendirmesinde deney grubundaki bireylerin KDÖ toplam puan ortalamasının 66.00 ± 9.72 olduğu, kontrol-1 grubundaki bireylerin KDÖ toplam puan ortalamasının 64.92 ± 8.48 olduğu, kontrol-2 grubundaki bireylerin KDÖ toplam puan ortalamasının 64.00 ± 5.82 olduğu ve gruplararası istatistiksel bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

ACT programı sonrasında yapılan son test analizinde, deney grubundaki katılımcıların KDÖ toplam puan ortalamasının 43.00 ± 6.12 ; kontrol-1 grubunun 66.17 ± 7.36 ; kontrol-2 grubunun ise 63.67 ± 5.63 olduğu belirlenmiştir. Gruplararası anlamlı fark olduğu bilgisine ulaşılmıştır ($p < 0.05$). Buna ek olarak, deney grubunun son testte elde ettiği ortalama puanın, her iki kontrol grubunun ortalamalarına göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha düşük olduğu görülmüştür. Bu farkın büyüklüğü, eta kare katsayısı temel alınarak 0.735 olarak hesaplanmıştır.

ACT programı sonrası yapılan izlem testi değerlendirmesinde deney grubundaki bireylerin KDÖ toplam puan ortalamasının 43.64 ± 7.55 olduğu, kontrol-1 grubundaki bireylerin KDÖ toplam puan ortalamasının 67.08 ± 7.20 olduğu, kontrol-2 grubundaki bireylerin KDÖ toplam puan ortalamasının 63.17 ± 6.35 olduğu ve gruplar arasında

anlamlılık saptanmıştır ($p<0.05$). Deneyin izlem testi toplam puan ortalamasının, kontrol-1 ve kontrol-2 izlem testi puan ortalamasına göre düşük olduğu bulunmuştur. Bu değişimin etki büyüklüğü olarak eta kare katsayısı 0.693 olarak belirlenmiştir.

Deney grubunun KDÖ toplam puan ortalaması açısından ölçümler arasında farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan istatistiksel analizler, son test ve izlem testi toplam puan ortalamalarının, ön test puan ortalamasından anlamlı düzeyde düşük olduğunu göstermektedir. Bu değişimin etki büyüklüğü olarak kısmi eta kare katsayısı 0.910 olarak belirlenmiştir.

Kontrol-1 ve kontrol-2 grubundaki bireylerin ise KDÖ toplam puan ortalamasının ölçümleri arasındaki farkın anlamsız olduğu görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.3).

4.1.3. KDÖ Puanlarının Grup Bazında Karşılaştırılması: ANCOVA Sonuçları

Kabul ve Kararlılık Terapisinin etkinliğinin saptanması için deney ve kontrol grupları katılımcılarının KDÖ son ve KDÖ izlem testleri toplam puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılmasında Kovaryans Analizi (ANCOVA) kullanılmıştır. KDÖ ön test puanları kovaryant olarak kontrol edilmiş; gruplar bağımsız değişken, son ve izlem testleri puanları ise bağımlı değişken olarak incelenmiştir.

Analizin yapılabilmesi için ilk olarak test gereklilikleri kontrol edilmiştir. Analizin gerekliliklerinden biri olan normallik varsayımı için yapılan incelemede verilerin normal dağılım gösterdiği saptanmıştır (+2, -2 aralığı, George ve Mallery, 2010).

ANCOVA analizinin başka bir şartı olan kovaryant ile bağımsız değişken arasında anlamlı bir ilişki olmaması varsayımı için Tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Ön test puanları incelendiğinde gruplar arasındaki farkın anlamsız olması nedeniyle analize devam edilmiştir ($F^a=0.174$, $p=0.841$) (Tablo 4.3). Kovaryans analizinin başka bir şartı olan kovaryant ile bağımlı değişken arasında anlamlı bir ilişki olması varsayımı için ölçümler arasında Korelasyon analizi yapılmış ve KDÖ ön ile son test arasında anlamlı

bir farklılık bulunmuştur ($r=0.349$, $p=0.040$). Ayrıca KDÖ ön test ile KDÖ izlem testi arasında da anlamlılık saptanmıştır ($r=0.345$, $p=0.042$).

ANCOVA analizinin başka bir şartı olan varyansların homojen olması varsayımını test etmek için Levene testi yapılmış ve KDÖ son test puan ortalamasının bağımlı değişken olarak analize dahil edildiği durumda grupların varyanslarının homojen olduğu tespit edilmiştir ($F(2.32)=3.301$, $p=0.051$). Ayrıca KDÖ izlem testi puan ortalaması bağımlı değişken olarak analize eklendiğinde de grupların varyanslarının homojen olduğu bulunmuştur ($F(2.32)=2.389$, $p=0.108$).

KDÖ son test puanları bakımından ANCOVA analizinin başka bir şartı olan regresyon doğrularının homojenliği varsayımına ilişkin bulgular incelendiğinde regresyon doğrularının homojenliği varsayımının karşılandığı saptanmıştır ($F(2.29)=3.318$, $p=0.051$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. KDÖ Son Test bakımından regresyon eğilimlerini gösteren bulgular (N=35)

Kaynak	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Düzeltilmiş Model	4637.616 ^a	5	927.523	78.798	<0.001
Kesişim	55.832	1	55.832	4.743	0.038
Grup	6.897	2	3.448	0.293	0.748
KDÖ Ön test	911.828	1	911.828	77.465	<0.001
Grup * KDÖ Ön test	78.113	2	39.056	3.318	0.051
Hata	341.355	29	11.771		
Toplam	122835.000	35			
Düzeltilmiş toplam	4978.971	34			

KDÖ= Kendini Damgalama Ölçeği; Bağımlı değişken= KDÖ Son test; Sd= Serbestlik derecesi.

KDÖ izlem testi puanları açısından Kovaryans analizinin başka bir şartı olan regresyon doğrularının homojenliği varsayımına ilişkin bulgular incelendiğinde regresyon doğrularının homojenliği şartının karşılandığı belirlenmiştir ($F(2.29)= 1.758$, $p=0.190$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. KDÖ İzlem Testi bakımından regresyon eğilimlerini gösteren bulgular (N=35)

Kaynak	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Düzeltilmiş Model	4543.367 ^a	5	908.673	42.723	<0.001
Kesişim	51.380	1	51.380	2.416	0.131
Grup	37.487	2	18.743	0.881	0.425
KDÖ Ön test	944.974	1	944.974	44.429	<0.001
Grup * KDÖ Ön test	74.785	2	37.392	1.758	0.190
Hata	616.805	29	21.269		
Toplam	124413.000	35			
Düzeltilmiş toplam	5160.171	34			

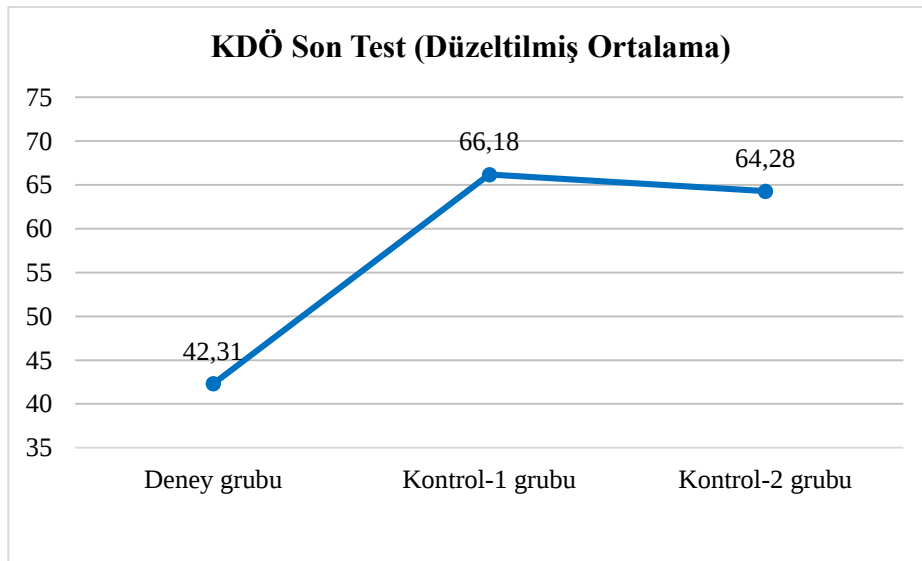
KDÖ= Kendini Damgalama Ölçeği; Bağımlı değişken= KDÖ İzlem testi; Sd= Serbestlik derecesi.

Varsayımları karşılanan ANCOVA analizine ilişkin Kendini Damgalama Ölçeği düzeltilmiş son ve izlem testi puan ortalamaları Tablo 4.6, Şekil 4.2 ve Şekil 4.3'te gösterilmiştir.

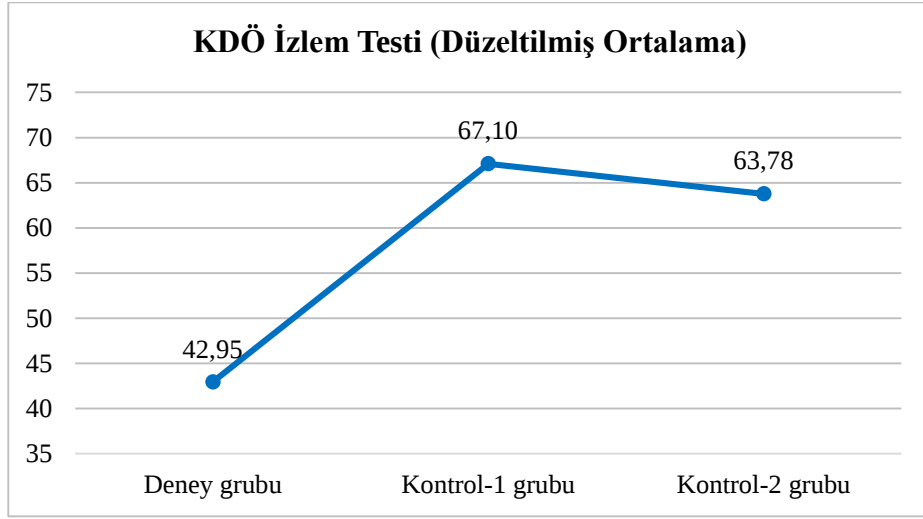
Tablo 4.6. Gruplarının düzeltilmiş KDÖ son test ve izlem testi puan ortalamaları (N=35)

Grup	KDÖ Son Test Düzeltilmiş Ortalama±SH	KDÖ İzlem Testi Düzeltilmiş Ortalama±SH
Deney grubu (n=11)	42.31±1.11	42.95±1.43
Kontrol-1 grubu (n=12)	66.18±1.06	67.10±1.36
Kontrol-2 grubu (n=12)	64.28±1.06	63.78±1.37

KDÖ= Kendini Damgalama Ölçeği; SH= Standart hata.



Şekil 4.2. Bireylerin Kendini Damgalama Ölçeği düzeltilmiş son test puan ortalamalarının dağılım grafikleri.



Şekil 4.3. Bireylerin Kendini Damgalama Ölçeği düzeltilmiş izlem testi puan ortalamalarının dağılım grafikleri

Deney grubundaki bireylerin KDÖ ön test puanlarına göre düzeltilmiş son test puan ortalamasının 42.31 ± 1.11 olduğu, kontrol-1 grubundaki bireylerin düzeltilmiş puan ortalamasının 66.18 ± 1.06 olduğu ve kontrol-2 grubundaki bireylerin düzeltilmiş KDÖ son test puan ortalamasının 64.28 ± 1.06 olduğu bulunmuştur.

Deney grubundaki bireylerin KDÖ ön test puanlarına göre düzeltilmiş izlem testi puan ortalamasının 42.95 ± 1.43 olduğu, kontrol-1 grubundaki bireylerin düzeltilmiş puan ortalamasının 67.10 ± 1.36 olduğu ve kontrol-2 grubundaki bireylerin düzeltilmiş puan ortalamasının 63.78 ± 1.37 olduğu bulunmuştur (Tablo 4.6).

Düzeltilmiş puan ortalamalarına göre anlamlı bir farklılık olup olmadığına dair Kovaryans analizi bulguları Tablo 4.7 ve Tablo 4.8’de sunulmuştur.

Tablo 4.7. Kendini Damgalama Ölçeği Son Testin Kovaryans Analizi (ANCOVA) bulguları

Kaynak	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	η_p^2
Düzeltilmiş Model	4559.504 ^a	3	1519.835	112.321	<0.001	0.916
Kesişim	113.293	1	113.293	8.373	0.007	0.213
KDÖ Ön test	898.865	1	898.865	66.429	<0.001	0.682
Grup	3954.610	2	1977.305	146.129	<0.001	0.904
Hata	419.468	31	13.531			
Toplam	122835.000	35				
Düzeltilmiş toplam	4978.971	34				

KDÖ= Kendini Damgalama Ölçeği; Bağımlı değişken= KDÖ Son test; Sd= Serbestlik derecesi; η_p^2 = Kısmi eta kare katsayısı.

ANCOVA sonuçlarına göre çalışmaya katılan bireylerin KDÖ ön test puanları kontrol altına alındığında Kabul ve Kararlılık Terapisinin deney grubundaki bireylerin son test puan ortalamasını kontrol gruplarının son test puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde düşürdüğü bulunmuştur ($F(2,31)=146.129$, $p<0.001$). Bonferroni testine bakıldığında, deney grubundaki bireylerin KDÖ son test puan ortalamasının, diğer gruplardaki bireylerin puan ortalamalarına göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu farkın etki büyüklüğü, kısmi eta kare katsayısına göre 0.904 olarak bulunmuştur. Grup değişkeni, KDÖ son test puanlarındaki değişimin %90.4'ünü açıklamaktadır (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Kendini Damgalama Ölçeği İzlem Testinin Kovaryans Analizi (ANCOVA) bulguları

Kaynak	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	η_p^2
Düzeltilmiş Model	4468.582 ^a	3	1489.527	66.767	<0.001	0.866
Kesişim	120.526	1	120.526	5.403	0.027	0.148
KDÖ Ön test	893.539	1	893.539	40.052	<0.001	0.564
Grup	3854.395	2	1927.198	86.385	<0.001	0.848
Hata	691.590	31	22.309			
Toplam	124413.000	35				
Düzeltilmiş toplam	5160.171	34				

KDÖ= Kendini Damgalama Ölçeği; Bağımlı değişken= KDÖ İzlem testi; Sd= Serbestlik derecesi; η_p^2 = Kısmi eta kare katsayısı.

ANCOVA sonuçlarına göre çalışmaya katılan bireylerin KDÖ ön test puanları kontrol altına alındığında Kabul ve Kararlılık Terapisinin deney grubundaki bireylerin izlem testi puan ortalamasını kontrol gruplarının izlem testi puanlarına göre anlamlı bir şekilde düşürdüğü bulunmuştur ($F(2.31)=86.385$, $p<0.001$). Bonferroni testi sonucunda deney grubundaki bireylerin KDÖ son test, kontrol-1 ve kontrol-2 grubundaki bireylerin KDÖ son test puan ortalamasına göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca bu değişimin etki büyüklüğü olarak kısmi eta kare katsayısı 0.848 olarak bulunmuştur. KDÖ izlem testi puanlarındaki değişimin %84.8'inin grup değişkeni tarafından açıklandığı tespit edilmiştir (Tablo 4.8).

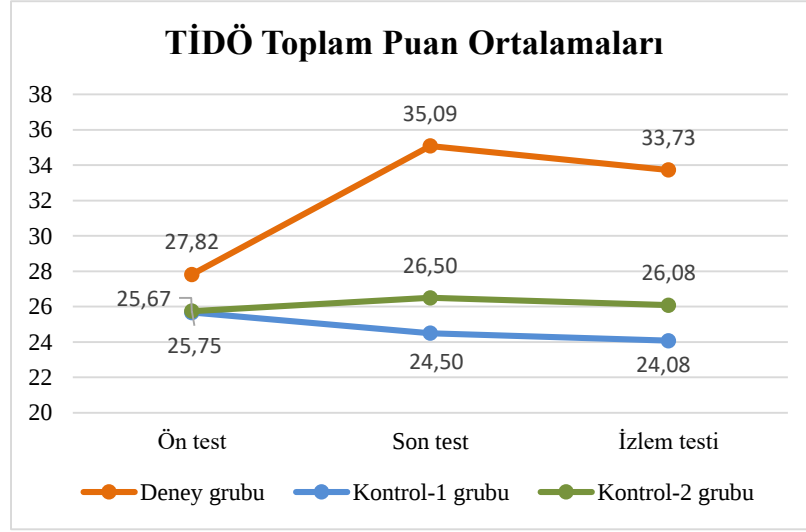
4.1.4. Bireylerin İşlevsellik Düzeylerine İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan bireylerin ölçümlerine göre Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.9 ve Şekil 4.4'te gösterilmiştir.

Tablo 4.9. Bireylerin Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının karşılaştırılması (N=35)

TİDÖ	Deney Grubu ^d (n=11) Ortalama±SS (Min-Max)	Kontrol-1 Grubu ^e (n=12) Ortalama±SS (Min-Max)	Kontrol-2 Grubu ^f (n=12) Ortalama±SS (Min-Max)	Test	Post-Hoc Test	Etki Büyüklüğü
Ön Test ^a	27.82±4.35 (22-37)	25.67±3.28 (22-32)	25.75±5.70 (19-37)	$F^a=0.807$ $p=0.455$		
Son Test ^b	35.09±3.17 (32-42)	24.50±3.65 (20-32)	26.50±7.09 (19-44)	$H=16.887$ $p<0.001$	$e,f<d$	$\eta^2=0.465$
İzlem Testi ^c	33.73±3.52 (29-39)	24.08±3.47 (21-33)	26.08±5.88 (19-39)	$H=16.028$ $p<0.001$	$e,f<d$	$\eta^2=0.438$
Test	$F^b=24.316$ $p<0.001$	$X^2=4.233$ $p=0.120$	$X^2=1.647$ $p=0.439$			
Post-Hoc Test	$a<b,c$					
Etki Büyüklüğü	$\eta_p^2=0.709$					

TİDÖ: Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği; H= Kruskal Wallis test; F^a = Tek Yönlü Varyans Analizi; F^b = Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi; η^2 = Eta kare katsayısı; η_p^2 = Kısmi eta kare katsayısı; X^2 = Friedman test.



Şekil 4.4. Bireylerin Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının dağılım grafikleri

ACT programı öncesi yapılan ön test değerlendirmesinde deney grubundaki bireylerin TİDÖ toplam puan ortalamasının 27.82 ± 4.35 olduğu, kontrol-1 grubundaki bireylerin TİDÖ toplam puan ortalamasının 25.67 ± 3.28 olduğu, kontrol-2 grubundaki bireylerin TİDÖ toplam puan ortalamasının 25.75 ± 5.70 olduğu ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

ACT programı sonrası yapılan son test değerlendirmesinde deney grubundaki bireylerin TİDÖ toplam puan ortalamasının 35.09 ± 3.17 olduğu, kontrol-1 grubundaki bireylerin TİDÖ toplam puan ortalamasının 24.50 ± 3.65 olduğu, kontrol-2 grubundaki bireylerin TİDÖ toplam puan ortalamasının 26.50 ± 7.09 olduğu ve gruplar arasında anlamlılık saptanmıştır ($p < 0.05$). Deney grubu son testinin, kontrol-1 ve kontrol-2 grubu son test puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu değişimin etki büyüklüğü olarak eta kare katsayısı 0.465 olarak belirlenmiştir.

ACT programı sonrası yapılan izlem testi değerlendirmesinde, deney grubundaki bireylerin TİDÖ toplam puan ortalamasının 33.73 ± 3.52 , kontrol-1 grubundaki bireylerin 24.08 ± 3.47 ve kontrol-2 grubundaki bireylerin 26.08 ± 5.88 olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında farklılık saptanmış ($p < 0.05$) olup, deney grubunun izlem testi toplam puan

ortalamasının kontrol-1 ve kontrol-2 gruplarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu değişimin etki büyüklüğü olarak eta kare katsayısı 0.438 olarak belirlenmiştir

Deney grubunda TİDÖ toplam puan ortalamaları, ölçüm zamanlarına göre anlamlı düzeyde değişiklik göstermiştir ($p<0.05$). Son ve izlem testleri puan ortalamalarının, ön test puan ortalamasından yüksek olduğu saptanmıştır. Bu değişimin etki büyüklüğü kısmi eta kare katsayısı ile 0.709 olarak hesaplanmıştır.

Kontrol-1 ve kontrol-2 grubundaki bireylerin ise TİDÖ toplam puan ortalamasının test ölçümleri arasında fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

Çalışmada yer alan bireylerin Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.10 ve Şekil 4.5'te gösterilmiştir.

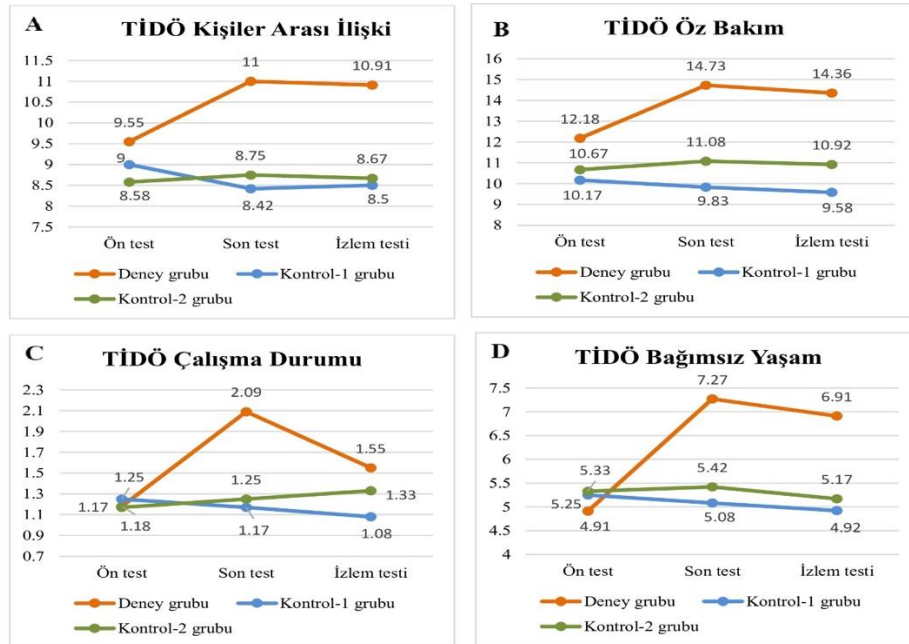
Tablo 4.10. Bireylerin Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortalamasının karşılaştırılması (N=35)

TİDÖ Alt boyutları	Deney Grubu ^d (n=11)	Kontrol-1 Grubu ^e (n=12)	Kontrol-2 Grubu ^f (n=12)	Test	Post- Hoc Test	Etki Büyükliği
	Ortalama±SS (Min-Max)	Ortalama±SS (Min-Max)	Ortalama±SS (Min-Max)			
Öz Bakım						
Ön Test ^a	12.18±2.63 (7-16)	10.17±2.03 (7-14)	10.67±2.64 (7-15)	F ^a =2.084 p=0.141		
Son Test ^b	14.73±1.01 (13-16)	9.83±1.99 (7-13)	11.08±3.45 (7-18)	F ^a =12.715 p<0.001	e,f<d	η ² =0.443
İzlem Testi ^c	14.36±1.20 (13-17)	9.58±1.92 (8-14)	10.92±3.14 (7-16)	F ^a =13.462 p<0.001	e,f<d	η ² =0.457
Test	F ^b =5.767 p=0.011	F ^b =1.703 p=0.205	F ^b =0.897 p=0.422			
Post-Hoc Test	a<b					
Etki Büyüklüğü	η ^p ²=0.366					
Kişiler Arası İlişki						
Ön Test ^a	9.55±2.33 (7-14)	9.00±1.70 (7-12)	8.58±2.19 (7-14)	H=1.587 p=0.452		
Son Test ^b	11.00±1.84 (9-15)	8.42±1.44 (7-11)	8.75±1.86 (7-12)	F ^a =7.518 p=0.002	e,f<d	η ² =0.320
İzlem Testi ^c	10.91±1.75 (9-14)	8.50±1.44 (7-11)	8.67±1.67 (7-11)	F ^a =7.750 p=0.002	e,f<d	η ² =0.326
Test	F ^b =9.094 p=0.002	F ^b =2.140 p=0.170	X²=3.000 p=0.223			
Post-Hoc Test	a<b,c					

Tablo 4.10. (Devamı)

<i>TİDÖ</i>	Deney Grubud	Kontrol-1 Grubue	Kontrol-2 Grubuf	Test	Post-Hoc	Etki
<i>Alt boyutları</i>	(n=11)	(n=12)	(n=12)		Test	Büyükklüğü
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS			
	(Min-Max)	(Min-Max)	(Min-Max)			
<i>Etki Büyüklüğü</i>	$\eta_p^2=0.476$					
Bağımsız Yaşam						
Ön Test ^a	4.91±1.37 (4-8)	5.25±1.05 (4-7)	5.33±1.67 (4-9)	F ^a =0.296 p=0.745		
Son Test ^b	7.27±1.73 (5-11)	5.08±0.99 (4-7)	5.42±2.31 (4-12)	H=11.243 p=0.004	e<d	$\eta^2=0.289$
İzlem Testi ^c	6.91±1.64 (5-11)	4.92±1.08 (4-7)	5.17±1.85 (4-10)	H=10.840 p=0.004	e<d	$\eta^2=0.276$
Test	X²=13.563 p=0.001	F ^b =1.000 p=0.384	X ² =1.000 p=0.607			
Post-Hoc Test	a<b					
<i>Etki Büyüklüğü</i>	W=0.616					
Çalışma Durumu						
Ön Test ^a	1.18±0.40 (1-2)	1.25±0.45 (1-2)	1.17±0.57 (1-3)	H=0.893 p=0.640		
Son Test ^b	2.09±0.53 (1-3)	1.17±0.38 (1-2)	1.25±0.62 (1-3)	H=15.804 p<0.001	e,f<d	$\eta^2=0.431$
İzlem Testi ^c	1.55±0.68 (1-3)	1.08±0.28 (1-2)	1.33±0.65 (1-3)	H=4.007 p=0.135		
Test	X²=11.643 p=0.003	X ² =1.500 p=0.472	X ² =3.000 p=0.223			
Post-Hoc Test	a<b					
<i>Etki Büyüklüğü</i>	W=0.523					

TİDÖ: Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği; H= Kruskal Wallis test; F^a= Tek Yönlü Varyans Analizi; F^b= Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi; η^2 = Eta kare katsayısı; η_p^2 = Kısmi eta kare katsayısı; X²= Friedman test; W= Kendall W katsayısı.



Şekil 4.5. Bireylerin Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortalamasının dağılım grafikleri

ACT programı öncesi yapılan ön test değerlendirmesinde deney grubundaki bireylerin TİDÖ Öz Bakım alt boyutu toplam puan ortalamasının 12.18 ± 2.63 olduğu, kontrol-1 grubundaki bireylerin TİDÖ Öz Bakım alt boyutu puan ortalamasının 10.17 ± 2.03 olduğu, kontrol-2 grubundaki bireylerin TİDÖ Öz Bakım alt boyutu puan ortalamasının 10.67 ± 2.64 olduğu ve farklılık olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

ACT programı sonrası yapılan son test değerlendirmesinde deney grubundaki bireylerin TİDÖ Öz Bakım alt boyutu toplam puan ortalamasının 14.73 ± 1.01 olduğu, kontrol-1 grubundaki bireylerin TİDÖ Öz Bakım alt boyutu puan ortalamasının 9.83 ± 1.99 olduğu, kontrol-2 grubundaki bireylerin TİDÖ Öz Bakım alt boyutu puan ortalamasının 11.08 ± 3.45 olduğu ($p < 0.05$); deney grubu son test toplam puan ortalamasının, kontrol-1 ve kontrol-2 grubu son test puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu değişimin etki büyüklüğü olarak eta kare katsayısı 0.443 olarak belirlenmiştir.

ACT programı sonrası yapılan izlem testi değerlendirmesinde deney grubundaki bireylerin TİDÖ Öz Bakım alt boyutu toplam puan ortalamasının 14.36 ± 1.20 olduğu, kontrol-1 grubundaki bireylerin TİDÖ Öz Bakım alt boyutu puan ortalamasının 9.58 ± 1.92 olduğu, kontrol-2 grubundaki bireylerin TİDÖ Öz Bakım alt boyutu puan ortalamasının 10.92 ± 3.14 olduğu saptanmıştır. Deney grubu izlem testi toplam puan ortalamasının, kontrol-1 ve kontrol-2 grubu izlem testi puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu değişimin etki büyüklüğü olarak eta kare katsayısı 0.457 olarak belirlenmiştir.

TİDÖ Öz Bakım alt boyutu son testinin, ön test toplam puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu değişimin etki büyüklüğü olarak kısmi eta kare katsayısı 0.366 olarak belirlenmiştir.

Kontrol-1 ve kontrol-2 gruplarındaki bireylerin TİDÖ Öz Bakım alt boyutu toplam

puan ortalamaları, test ölçümleri arasında anlamlı bir farklılık göstermemiştir. ($p>0.05$).

ACT programı öncesi yapılan ön test değerlendirmesinde deney grubundaki bireylerin TİDÖ Kişiler Arası İlişki alt boyutu toplam puan ortalamasının 9.55 ± 2.33 olduğu, kontrol-1 grubundaki bireylerin TİDÖ Kişiler Arası İlişki alt boyutu puan ortalamasının 9.00 ± 1.70 olduğu, kontrol-2 grubundaki bireylerin TİDÖ Kişiler Arası İlişki alt boyutu puan ortalamasının 8.58 ± 2.19 olduğu ve fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

ACT programı sonrası yapılan son test değerlendirmesinde deney grubundaki bireylerin TİDÖ Kişiler Arası İlişki alt boyutu toplam puan ortalamasının 11.00 ± 1.84 olduğu, kontrol-1 grubundaki bireylerin TİDÖ Kişiler Arası İlişki alt boyutu puan ortalamasının 8.42 ± 1.44 olduğu, kontrol-2 grubundaki bireylerin TİDÖ Kişiler Arası İlişki alt boyutu puan ortalamasının 8.75 ± 1.86 olduğu saptanmıştır. Deney grubu son testinin, kontrol-1 ve kontrol-2 grubu son testine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bu değişimin etki büyüklüğü olarak eta kare katsayısı 0.320 olarak belirlenmiştir.

ACT programı sonrası yapılan izlem testi değerlendirmesinde deney grubundaki bireylerin TİDÖ Kişiler Arası İlişki alt boyutu toplam puan ortalamasının 10.91 ± 1.75 olduğu, kontrol-1 grubundaki bireylerin TİDÖ Kişiler Arası İlişki alt boyutu puan ortalamasının 8.50 ± 1.44 olduğu, kontrol-2 grubundaki bireylerin TİDÖ Kişiler Arası İlişki alt boyutu puan ortalamasının 8.67 ± 1.67 olduğu saptanmıştır. Deney grubu izlem testi toplam puan ortalamasının, kontrol-1 ve kontrol-2 grubu izlem testi puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu değişimin etki büyüklüğü olarak eta kare katsayısı 0.326 olarak belirlenmiştir.

Deney grubunun TİDÖ Kişiler Arası İlişki alt boyutu son ve izlem testi toplam puan ortalamasının, ön test toplam puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu değişimin etki büyüklüğü olarak kısmi eta kare katsayısı 0.476

olarak belirlenmiştir.

Kontrol-1 ve kontrol-2 grubundaki bireylerin ise TİDÖ Kişiler Arası İlişki alt boyutu toplam puan ortalamasının diğer ölçümler ile arasında fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

ACT programı öncesi yapılan ön test değerlendirmesinde deney grubundaki bireylerin TİDÖ Bağımsız Yaşam alt boyutu toplam puan ortalamasının 4.91 ± 1.37 olduğu, kontrol-1 grubundaki bireylerin TİDÖ Bağımsız Yaşam alt boyutu puan ortalamasının 5.25 ± 1.05 olduğu, kontrol-2 grubundaki bireylerin TİDÖ Bağımsız Yaşam alt boyutu puan ortalamasının 5.33 ± 1.67 olduğu ve fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

ACT programı sonrası yapılan son test değerlendirmesinde deney grubundaki bireylerin TİDÖ Bağımsız Yaşam alt boyutu toplam puan ortalamasının 7.27 ± 1.73 olduğu, kontrol-1 grubundaki bireylerin TİDÖ Bağımsız Yaşam alt boyutu puan ortalamasının 5.08 ± 0.99 olduğu, kontrol-2 grubundaki bireylerin TİDÖ Bağımsız Yaşam alt boyutu puan ortalamasının 5.42 ± 2.31 olduğu saptanmıştır. Deney grubu son testinin, kontrol-1 grubu son test toplam puan ortalamasına göre yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bu değişimin etki büyüklüğü olarak eta kare katsayısı 0.289 olarak belirlenmiştir.

ACT programı sonrası yapılan izlem testi değerlendirmesinde deney grubundaki bireylerin TİDÖ Bağımsız Yaşam alt boyutu toplam puan ortalamasının 6.91 ± 1.64 olduğu, kontrol-1 grubundaki bireylerin TİDÖ Bağımsız Yaşam alt boyutu puan ortalamasının 4.92 ± 1.08 olduğu, kontrol-2 grubundaki bireylerin TİDÖ Bağımsız Yaşam alt boyutu puan ortalamasının 5.17 ± 1.85 olduğu saptanmıştır. Deney grubu izlem testinin, kontrol-1 grubu izlem testi puan ortalamasına göre yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bu değişimin etki büyüklüğü olarak eta kare katsayısı 0.276 olarak belirlenmiştir.

Deney grubunun TİDÖ Bağımsız Yaşam alt boyutu son testinin, ön test puan ortalamasına göre yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu değişimin etki büyüklüğü

olarak Kendall W katsayısı 0.616 olarak belirlenmiştir.

Kontrol-1 ve kontrol-2 grubundaki bireylerin ise TİDÖ Bağımsız Yaşam alt boyutu toplam puan ortalamasının ile ölçümler arasında fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p>0.05$).

ACT programı öncesi yapılan ön test değerlendirmesinde deney grubundaki bireylerin TİDÖ Çalışma Durumu alt boyutu toplam puan ortalamasının 1.18 ± 0.40 olduğu, kontrol-1 grubundaki bireylerin TİDÖ Çalışma Durumu alt boyutu puan ortalamasının 1.25 ± 0.45 olduğu, kontrol-2 grubundaki bireylerin TİDÖ Çalışma Durumu alt boyutu puan ortalamasının 1.17 ± 0.57 olduğu ve fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

ACT programı sonrası yapılan son test değerlendirmesinde deney grubundaki bireylerin TİDÖ Çalışma Durumu alt boyutu toplam puan ortalamasının 2.09 ± 0.53 olduğu, kontrol-1 grubundaki bireylerin TİDÖ Çalışma Durumu alt boyutu puan ortalamasının 1.17 ± 0.38 olduğu, kontrol-2 grubundaki bireylerin TİDÖ Çalışma Durumu alt boyutu puan ortalamasının 1.25 ± 0.62 olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Deney grubu son testinin, kontrol-1 ve kontrol-2 grubu son test ortalamasına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu değişimin etki büyüklüğü olarak eta kare katsayısı 0.431 olarak belirlenmiştir.

ACT programı sonrası yapılan izlem testi değerlendirmesinde deney grubundaki bireylerin TİDÖ Çalışma Durumu alt boyutu toplam puan ortalamasının 1.55 ± 0.68 olduğu, kontrol-1 grubundaki bireylerin TİDÖ Çalışma Durumu alt boyutu puan ortalamasının 1.08 ± 0.28 olduğu, kontrol-2 grubundaki bireylerin TİDÖ Çalışma Durumu alt boyutu puan ortalamasının 1.33 ± 0.65 olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$).

Deney grubunun TİDÖ Çalışma Durumu alt boyutu son testinin, ön testine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bu değişimin etki büyüklüğü olarak Kendall W katsayısı 0.523 olarak belirlenmiştir.

Kontrol-1 ve kontrol-2 grubundaki bireylerin ise TİDÖ Çalışma Durumu alt boyutu toplam puan ortalaması ile ölçümler arasında fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.10).

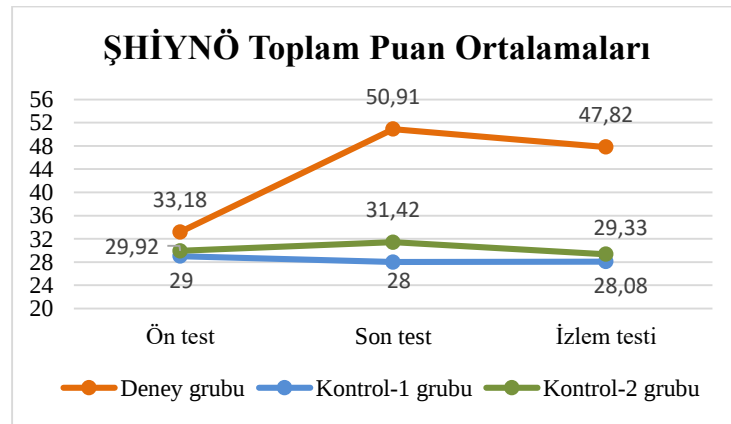
4.1.5. Bireylerin Yaşam Niteliği Düzeylerine İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan bireylerin testlerine göre Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.11 ve Şekil 4.6'da gösterilmiştir.

Tablo 4.11. Bireylerin Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının karşılaştırılması (N=35)

ŞHİYNÖ	Deney Grubu ^d (n=11) Ortalama±SS (Min-Max)	Kontrol-1 Grubu ^e (n=12) Ortalama±SS (Min-Max)	Kontrol-2 Grubu ^f (n=12) Ortalama±SS (Min-Max)	Test	Post- Hoc Test	Etki Büyüklüğü
Ön Test ^a	33.18±12.07 (23-65)	29.00±10.15 (11-49)	29.92±6.14 (17-36)	H=1.226 p=0.542		
Son Test ^b	50.91±3.61 (44-56)	28.00±8.94 (11-44)	31.42±9.79 (11-51)	F ^a =26.801 p<0.001	e,f<d	η ² =0.626
İzlem Testi ^c	47.82±3.54 (39-52)	28.08±8.71 (11-44)	29.33±8.87 (12-47)	H=20.536 p<0.001	e,f<d	η ² =0.579
Test	X ² =12.047 p=0.002	F ^b =0.508 p=0.608	F ^b =0.974 p=0.365			
Post-Hoc Test	a<b,c					
Etki Büyüklüğü	W=0.548					

ŞHİYNÖ: Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği; H= Kruskal Wallis test; F^a= Tek Yönlü Varyans Analizi; F^b= Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi; η²= Eta kare katsayısı; X²= Friedman test; W= Kendall W katsayısı.



Şekil 4.6. Bireylerin Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının dağılım grafikleri

ACT programı öncesi yapılan ön test değerlendirmesinde deney grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ toplam puan ortalamasının 33.18±12.07 olduğu, kontrol-1

grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ toplam puan ortalamasının 29.00 ± 10.15 olduğu, kontrol-2 grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ toplam puan ortalamasının 29.92 ± 6.14 olduğu belirlenmiştir ($p > 0.05$).

ACT programı sonrası yapılan son test değerlendirmesinde deney grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ toplam puan ortalamasının 50.91 ± 3.61 olduğu, kontrol-1 grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ toplam puan ortalamasının 28.00 ± 8.94 olduğu, kontrol-2 grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ toplam puan ortalamasının 31.42 ± 9.79 olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Deney grubu son testinin, kontrol-1 ve kontrol-2 grubu son testine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu değişimin etki büyüklüğü olarak eta kare katsayısı 0.626 olarak belirlenmiştir.

ACT programı sonrası yapılan izlem testi değerlendirmesinde deney grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ toplam puan ortalamasının 47.82 ± 3.54 olduğu, kontrol-1 grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ toplam puan ortalamasının 28.08 ± 8.71 olduğu, kontrol-2 grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ toplam puan ortalamasının 29.33 ± 8.87 olduğu saptanmıştır. Deney grubu izlem testinin, kontrol-1 ve kontrol-2 grubu izlem testine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu değişimin etki büyüklüğü olarak eta kare katsayısı 0.579 olarak belirlenmiştir.

Deney grubunun ŞHİYNÖ son ve izlem testlerinin, ön teste göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu değişimin etki büyüklüğü olarak Kendall W katsayısı 0.548 olarak belirlenmiştir.

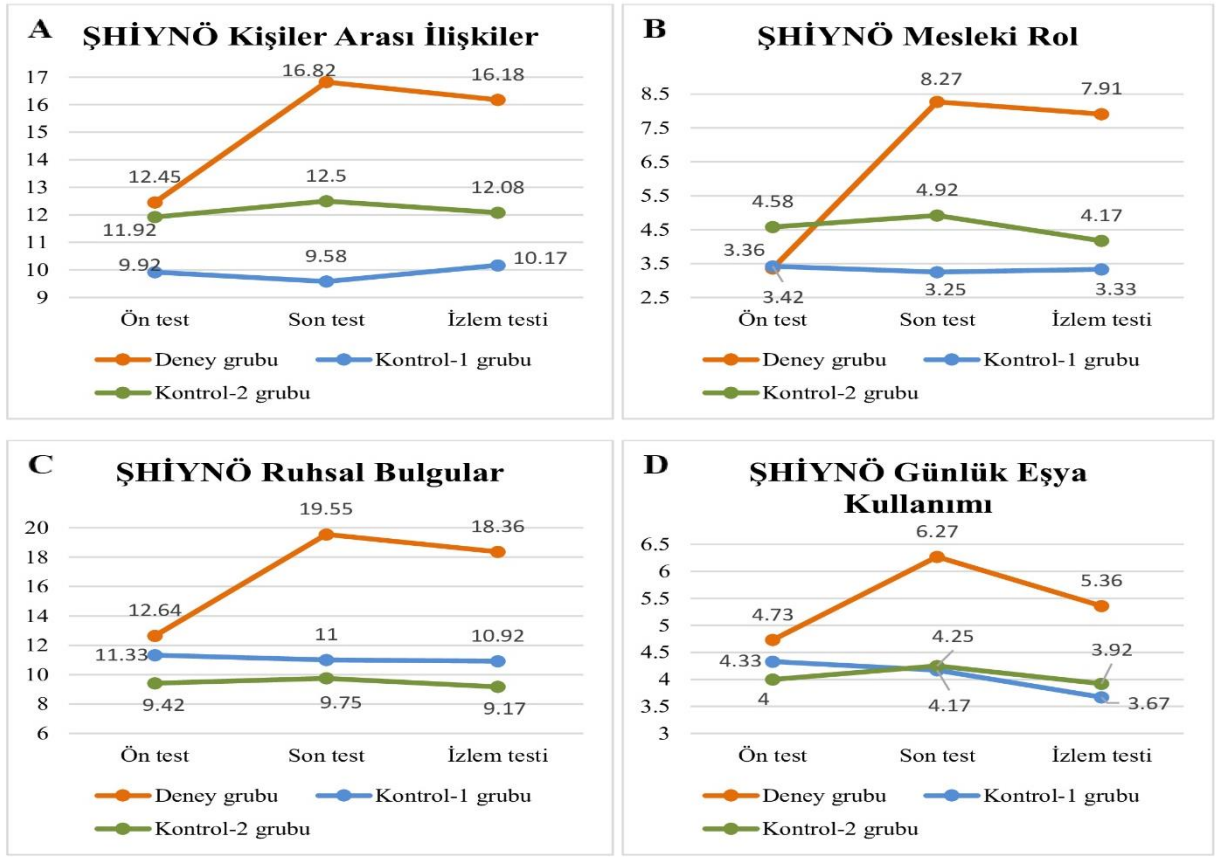
Kontrol-1 ve kontrol-2 grubundaki bireylerin ise ŞHİYNÖ toplam puan ortalamasının ile diğer ölçümler arasında fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 4.11).

Çalışmada yer alan bireylerin Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4.12 ve Şekil 4.7'de gösterilmiştir.

Tablo 4.12. Bireylerin Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortalamasının karşılaştırılması (N=35)

ŞHIYNÖ	Deney Grubu ^d	Kontrol-1 Grubu ^e	Kontrol-2 Grubu ^f	Test	Post-Hoc Test	Etki Büyüklüğü
Alt boyutları	(n=11)	(n=12)	(n=12)			
	Ortalama±SS (Min-Max)	Ortalama±SS (Min-Max)	Ortalama±SS (Min-Max)			
Kişiler Arası İlişkiler						
Ön Test ^a	12.45±5.66 (6-27)	9.92±3.96 (3-15)	11.92±2.93 (5-15)	H=1.754 p=0.416		
Son Test ^b	16.82±2.18 (13-20)	9.58±3.84 (1-15)	12.50±4.03 (5-20)	F^a=12.434 p<0.001	e,f<d	η²=0.437
İzlem Testi ^c	16.18±1.72 (13-18)	10.17±4.30 (3-19)	12.08±4.31 (5-19)	F^a=7.847 p=0.002	e,f<d	η²=0.329
Test	X²=9.800 p=0.007	F^b=0.280 p=0.637	F^b=0.152 p=0.766			
Post-Hoc Test	a<b					
Etki Büyüklüğü	W=0.445					
Mesleki Rol						
Ön Test ^a	3.36±2.87 (1-9)	3.42±2.81 (0-9)	4.58±2.27 (1-8)	F ^a =0.793 p=0.461		
Son Test ^b	8.27±1.61 (5-10)	3.25±2.73 (0-9)	4.92±2.27 (1-8)	F^a=14.423 p<0.001	e,f<d	η²=0.474
İzlem Testi ^c	7.91±1.51 (5-10)	3.33±2.99 (0-10)	4.17±1.52 (1-6)	F^a=14.631 p<0.001	e,f<d	η²=0.478
Test	F^b=19.897 p<0.001	F^b=0.407 p=0.670	F^b=2.551 p=0.101			
Post-Hoc Test	a<b,c					
Etki Büyüklüğü	η_p²=0.666					
Ruhsal Bulgular						
Ön Test ^a	12.64±4.34 (6-20)	11.33±4.45 (5-19)	9.42±3.08 (3-15)	F ^a =1.894 p=0.167		
Son Test ^b	19.55±1.12 (17-21)	11.00±3.81 (4-16)	9.75±4.51 (3-18)	F^a=25.944 p<0.001	e,f<d	η²=0.619
İzlem Testi ^c	18.36±1.62 (15-21)	10.92±3.67 (5-15)	9.17±3.88 (4-16)	F^a=25.363 p<0.001	e,f<d	η²=0.613
Test	F^b=21.121 p<0.001	F^b=0.234 p=0.793	F^b=0.739 p=0.489			
Post-Hoc Test	a<b,c					
Etki Büyüklüğü	η_p²=0.679					
Günlük Eşya Kullanımı						
Ön Test ^a	4.73±1.67 (3-9)	4.33±1.37 (2-7)	4.00±1.34 (2-6)	H=0,822 p=0,663		
Son Test ^b	6,27±0,64 (6-8)	4,17±1,33 (2-6)	4,25±1,21 (1-6)	H=19,089 p<0.001	e,f<d	η²=0.534
İzlem Testi ^c	5.36±0.80 (4-6)	3.67±0.98 (2-5)	3.92±1.78 (1-6)	F^a=5.836 p=0.007	e,f<d	η²=0.267
Test	X²=9.056 p=0.011	F^b=6.217 p=0.021	X²=0.235 p=0.889			
Post-Hoc Test	a<b	-				
Etki Büyüklüğü	W=0.412	η_p²=0.361				

ŞHIYNÖ: Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği; H= Kruskal Wallis test; F^a= Tek Yönlü Varyans Analizi; F^b= Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi; η²= Eta kare katsayısı; η_p²= Kısmi eta kare katsayısı; X²= Friedman test; W= Kendall W katsayısı.



Şekil 4.7. Bireylerin Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortalamasının dağılım grafikleri

ACT programı öncesi yapılan ön test değerlendirmesinde deney grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Kişiler Arası İlişkiler alt boyutu toplam puan ortalamasının 12.45 ± 5.66 olduğu, kontrol-1 grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Kişiler Arası İlişkiler alt boyutu puan ortalamasının 9.92 ± 3.96 olduğu, kontrol-2 grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Kişiler Arası İlişkiler alt boyutu puan ortalamasının 11.92 ± 2.93 olduğu ve fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

ACT programı sonrası yapılan son test değerlendirmesinde deney grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Kişiler Arası İlişkiler alt boyutu toplam puan ortalamasının 16.82 ± 2.18 olduğu, kontrol-1 grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Kişiler Arası İlişkiler alt boyutu puan ortalamasının 9.58 ± 3.84 olduğu, kontrol-2 grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Kişiler Arası İlişkiler alt boyutu puan ortalamasının 12.50 ± 4.03 olduğu saptanmıştır. Deney grubu son test toplam puan ortalamasının, kontrol-1 ve kontrol-2 grubu son test

toplam puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bu değişimin etki büyüklüğü olarak eta kare katsayısı 0.437 olarak belirlenmiştir.

ACT programı sonrası yapılan izlem testi değerlendirmesinde deney grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Kişiler Arası İlişkiler alt boyutu toplam puan ortalamasının 16.18 ± 1.72 olduğu, kontrol-1 grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Kişiler Arası İlişkiler alt boyutu puan ortalamasının 10.17 ± 4.30 olduğu, kontrol-2 grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Kişiler Arası İlişkiler alt boyutu puan ortalamasının 12.08 ± 4.31 olduğu saptanmıştır. Deney grubu izlem testi toplam puan ortalamasının, kontrol-1 ve kontrol-2 grubu izlem testi puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bu değişimin etki büyüklüğü olarak eta kare katsayısı 0.329 olarak belirlenmiştir.

Deney grubunun ŞHİYNÖ Kişiler Arası İlişkiler alt boyutu açısından ön test, son test ve izlem testi ölçümleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). ŞHİYNÖ Kişiler Arası İlişkiler alt boyutu son test toplam puan ortalamasının, ön test toplam puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu değişimin etki büyüklüğü olarak Kendall W katsayısı 0.445 olarak belirlenmiştir.

Kontrol-1 ve kontrol-2 grubundaki bireylerin ise ŞHİYNÖ Kişiler Arası İlişkiler alt boyutu toplam puan ortalamasının ön test, son test ve izlem testi ölçümleri arasında fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

ACT programı öncesi yapılan ön test değerlendirmesinde deney grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Mesleki Rol alt boyutu toplam puan ortalamasının 3.36 ± 2.87 olduğu, kontrol-1 grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Mesleki Rol ilişkiler alt boyutu puan ortalamasının 3.42 ± 2.81 olduğu, kontrol-2 grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Mesleki Rol alt boyutu puan ortalamasının 4.58 ± 2.27 olduğu ve gruplar arasında fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

ACT programı sonrası yapılan son test değerlendirmesinde deney grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Mesleki Rol alt boyutu toplam puan ortalamasının 8.27 ± 1.61 olduğu,

kontrol-1 grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Mesleki Rol alt boyutu puan ortalamasının 3.25 ± 2.73 olduğu, kontrol-2 grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Mesleki Rol alt boyutu puan ortalamasının 4.92 ± 2.27 olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p < 0.05$). Deney grubu son test toplam puan ortalamasının, kontrol-1 ve kontrol-2 grubu son test toplam puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu değişimin etki büyüklüğü olarak eta kare katsayısı 0.474 olarak belirlenmiştir.

ACT programı sonrası yapılan izlem testi değerlendirmesinde deney grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Mesleki Rol alt boyutu toplam puan ortalamasının 7.91 ± 1.51 olduğu, kontrol-1 grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Mesleki Rol alt boyutu puan ortalamasının 3.33 ± 2.99 olduğu, kontrol-2 grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Mesleki Rol alt boyutu puan ortalamasının 4.17 ± 1.52 olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p < 0.05$). Deney grubu izlem testi toplam puan ortalamasının, kontrol-1 ve kontrol-2 grubu izlem testi puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu değişimin etki büyüklüğü olarak eta kare katsayısı 0.478 olarak belirlenmiştir.

Deney grubunun ŞHİYNÖ Mesleki Rol alt boyutu son test ve izlem testi toplam puan ortalamasının, ön test toplam puan ortalamasına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu değişimin etki büyüklüğü olarak kısmi eta kare katsayısı 0.666 olarak belirlenmiştir.

Kontrol-1 ve kontrol-2 grubundaki bireylerin ise ŞHİYNÖ Mesleki Rol alt boyutu toplam puan ortalamasının ön test, son test ve izlem testi ölçümleri arasında fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

ACT programı öncesi yapılan ön test değerlendirmesinde deney grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Ruhsal Bulgular alt boyutu toplam puan ortalamasının 12.64 ± 4.34 olduğu, kontrol-1 grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Ruhsal Bulgular alt boyutu puan ortalamasının 11.33 ± 4.45 olduğu, kontrol-2 grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Ruhsal

Bulgular alt boyutu puan ortalamasının 9.42 ± 3.08 olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

ACT programı sonrası yapılan son test değerlendirmesinde deney grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Ruhsal Bulgular alt boyutu toplam puan ortalamasının 19.55 ± 1.12 olduğu, kontrol-1 grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Ruhsal Bulgular alt boyutu puan ortalamasının 11.00 ± 3.81 olduğu, kontrol-2 grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Ruhsal Bulgular alt boyutu puan ortalamasının 9.75 ± 4.51 olduğu saptanmıştır. Deney grubu son test toplam puan ortalamasının, kontrol-1 ve kontrol-2 grubu son test toplam puan ortalamasına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu değişimin etki büyüklüğü olarak eta kare katsayısı 0.619 olarak belirlenmiştir.

ACT programı sonrası yapılan izlem testi değerlendirmesinde deney grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Ruhsal Bulgular alt boyutu toplam puan ortalamasının 18.36 ± 1.62 olduğu, kontrol-1 grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Ruhsal Bulgular alt boyutu puan ortalamasının 10.92 ± 3.67 olduğu, kontrol-2 grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Ruhsal Bulgular alt boyutu puan ortalamasının 9.17 ± 3.88 olduğu saptanmıştır. Deney grubu izlem testi toplam puan ortalamasının, kontrol-1 ve kontrol-2 grubu izlem testi puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu değişimin etki büyüklüğü olarak eta kare katsayısı 0.613 olarak belirlenmiştir.

Deney grubunun ŞHİYNÖ Ruhsal Bulgular alt boyutu açısından ön test, son test ve izlem testi ölçümleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p < 0.05$). ŞHİYNÖ Ruhsal Bulgular alt boyutu son test ve izlem testi toplam puan ortalamasının, ön test toplam puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu değişimin etki büyüklüğü olarak kısmi eta kare katsayısı 0.679 olarak belirlenmiştir.

Kontrol-1 ve kontrol-2 grubundaki bireylerin ise ŞHİYNÖ Ruhsal Bulgular alt boyutu toplam puan ortalamasının ön test, son test ve izlem testi ölçümleri arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

ACT programı öncesi yapılan ön test değerlendirmesinde deney grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Günlük Eşya Kullanımı alt boyutu toplam puan ortalamasının 4.73 ± 1.67 olduğu, kontrol-1 grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Günlük Eşya Kullanımı alt boyutu puan ortalamasının 4.33 ± 1.37 olduğu, kontrol-2 grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Günlük Eşya Kullanımı alt boyutu puan ortalamasının 4.00 ± 1.34 olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

ACT programı sonrası yapılan son test değerlendirmesinde deney grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Günlük Eşya Kullanımı alt boyutu toplam puan ortalamasının 6.27 ± 0.64 olduğu, kontrol-1 grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Günlük Eşya Kullanımı alt boyutu puan ortalamasının 4.17 ± 1.33 olduğu, kontrol-2 grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Günlük Eşya Kullanımı alt boyutu puan ortalamasının 4.25 ± 1.21 olduğu saptanmıştır. Deney grubu son test toplam puan ortalamasının, kontrol-1 ve kontrol-2 grubu son test toplam puan ortalamasına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu değişimin etki büyüklüğü olarak eta kare katsayısı 0.534 olarak belirlenmiştir.

ACT programı sonrası yapılan izlem testi değerlendirmesinde deney grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Günlük Eşya Kullanımı alt boyutu toplam puan ortalamasının 5.36 ± 0.80 olduğu, kontrol-1 grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Günlük Eşya Kullanımı alt boyutu puan ortalamasının 3.67 ± 0.98 olduğu, kontrol-2 grubundaki bireylerin ŞHİYNÖ Günlük Eşya Kullanımı alt boyutu puan ortalamasının 3.92 ± 1.78 olduğu saptanmıştır. Deney grubu izlem testi toplam puan ortalamasının, kontrol-1 ve kontrol-2 grubu izlem testi puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu değişimin etki büyüklüğü olarak eta kare katsayısı 0.267 olarak belirlenmiştir.

Deney grubunun ŞHİYNÖ Günlük Eşya Kullanımı alt boyutu son test toplam puan ortalamasının, ön test toplam puan ortalamasına göre anlamlı düzeyde daha yüksek

olduğu bulunmuştur. Bu değişimin etki büyüklüğü olarak Kendall W katsayısı 0.412 olarak belirlenmiştir.

Kontrol-1 grubunun ŞHİYNÖ Günlük Eşya Kullanımı alt boyutu açısından ölçümler arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan post hoc testleri sonucunda ŞHİYNÖ Günlük Eşya Kullanımı alt boyutu ön ve son testleri; ön ve izlem testleri; son ve izlem testleri toplam puan ortalamaları arasında bir farklılık saptanmamıştır. Etki büyüklüğü olarak kısmi eta kare katsayısı 0.361 olarak belirlenmiştir.

Kontrol-2 grubundaki bireylerin ise ŞHİYNÖ Günlük Eşya Kullanımı alt boyutu toplam puan ortalamasının ölçümler arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.12).

4.1.6. Bireylerin Damgalama Düzeylerinin İşlevsellik Düzeyleri Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan bireylerin Kendini Damgalama Ölçeği toplam puan ortalamasının Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalaması üzerine etkisini değerlendirmek için öncelikle korelasyon analizi yapılmıştır. Anlamlı çıkan korelasyon analizinin ardından basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin KDÖ son test ile TİDÖ son test arasındaki ilişkinin negatif yönlü, anlamlı olduğu belirlenmiştir ($r=-0.566$; $p<0.001$). KDÖ son test toplam puan ortalamasının artması TİDÖ son test toplam puan ortalamasını azalttığı bulunmuştur.

Bağımlı değişken olarak TİDÖ son test toplam puan ortalaması, bağımsız değişken olarak KDÖ son test toplam puan ortalaması basit doğrusal regresyon modeline enter yöntemiyle alınmıştır.

Tablo 4.13. Bireylerin Kendini Damgalama Ölçeği'nin son test toplam puan ortalamasının, Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nin son test toplam puan ortalaması üzerindeki etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE	β			Alt	Üst
Sabit	46.643	4.697		9.931	<0.001	37.088	56.199
KDÖ Son Test	-0.312	0.079	-0.566	-3.941	<0.001	-0.474	-0.151
*Bağımlı Değişken= TİDÖ Son Test, $R=0.566$; $R^2=0.320$; $F=15.528$; $p<0.001$; Durbin Watson Değeri= 2.291							
KDÖ: Kendini Damgalama Ölçeği; TİDÖ: Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği.							

KDÖ ve TİDÖ son test toplam puanları arasındaki etkileşimi değerlendirilmiş anlamlı sonuç çıkmıştır ($F=15.528$; $p<0.001$). TİDÖ son test toplam puan ortalaması düzeyindeki toplam değişim %32 oranında KDÖ son test toplam puan ortalaması tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0.320$). KDÖ son test ortalamasının artması TİDÖ son test ortalamasını azalttığı belirlenmiştir ($\beta= -0.566$). KDÖ son test toplam puan ortalamasında bir birimlik artış, TİDÖ son test toplam puan ortalamasında 0.312 birimlik azalışa sebep olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.13).

Çalışmaya katılan bireylerin KDÖ izlem testi ile TİDÖ izlem testi arasındaki ilişkinin negatif yönlü, anlamlı olduğu belirlenmiştir ($r= -0.577$; $p<0.001$) KDÖ izlem testi toplam puan ortalamasının artması TİDÖ izlem testi toplam puan ortalamasını azalttığı bulunmuştur.

Bağımlı değişken olarak TİDÖ izlem testi toplam puan ortalaması, bağımsız değişken olarak KDÖ izlem testi toplam puan ortalaması basit doğrusal regresyon modeline enter yöntemiyle alınmıştır.

Tablo 4.14. Bireylerin Kendini Damgalama Ölçeği'nin izlem testi toplam puan ortalamasının, Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nin izlem testi toplam puan ortalaması üzerindeki etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar	Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE			Alt	Üst
Sabit	44.128	4.131	10.705	<0.001	35.814	52.622
KDÖ İzlem Testi	-0.281	0.069	-0.577	-4.060	<0.001	-0.422 -0.140
*Bağımlı Değişken= TİDÖ İzlem Testi, $R = 0.577$; $R^2 = 0.333$; $F = 16.482$; $p < 0.001$; Durbin Watson Değeri= 2,211						
KDÖ: Kendini Damgalama Ölçeği; TİDÖ: Toplumsal İşlevselliği						

Gerçekleştirilen regresyon analizi, KDÖ izlem testi toplam puanının TİDÖ izlem testi toplam puanı üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunduğunu göstermiştir ($F=16.482$; $p<0.001$). TİDÖ izlem testi toplam puan ortalaması düzeyindeki toplam değişim %33.3 oranında KDÖ izlem testi toplam puan ortalaması tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0.333$). KDÖ izlem testi toplam puan ortalamasının artması TİDÖ izlem testi toplam puan ortalamasını azalttığı belirlenmiştir ($\beta = -0.577$). KDÖ izlem testi toplam puan ortalamasında bir birimlik artış, TİDÖ izlem testi toplam puan ortalamasında 0.281 birimlik azalışa sebep olduğu bulunmuştur (Tablo 4.14).

4.1.7. Bireylerin Damgalama Düzeylerinin Yaşam Niteliği Düzeyleri Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan bireylerin Kendini Damgalama Ölçeği toplam puan ortalamasının Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği toplam puan ortalaması üzerine etkisini değerlendirmek için öncelikle korelasyon analizi yapılmıştır. Anlamlı çıkan korelasyon analizinin ardından basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin KDÖ son test ile ŞHİYNÖ son test arasındaki ilişkinin negatif yönlü, anlamlı olduğu saptanmıştır ($r = -0.671$; $p < 0.001$). KDÖ son test

toplam puan ortalamasının artması ŞHİYNÖ son test toplam puan ortalamasını azalttığı bulunmuştur.

Bağımlı değişken olarak ŞHİYNÖ son test toplam puan ortalaması, bağımsız değişken olarak KDÖ son test toplam puan ortalaması basit doğrusal regresyon modeline enter yöntemiyle alınmıştır.

Tablo 4.15. Bireylerin Kendini Damgalama Ölçeği'nin son test toplam puan ortalamasının, Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği'nin son test toplam puan ortalaması üzerindeki etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE	β			Alt	Üst
Sabit	77.400	8.054		9.610	<0.001	61.014	93.787
KDÖ Son Test	-0.707	0.136	-0.671	-5.201	<0.001	-0.984	-0.430

*Bağımlı Değişken= ŞHİYNÖ Son Test, $R = 0.671$; $R^2 = 0.450$; $F = 27.045$; $p < 0.001$; Durbin Watson Değeri= 2.063

KDÖ: Kendini Damgalama Ölçeği; ŞHİYNÖ: Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği.

KDÖ ve ŞHİYNÖ son test toplam puanları arasındaki analiz anlamlı sonuç vermiştir ($F=27.045$; $p<0.001$). ŞHİYNÖ son test toplam puan ortalaması düzeyindeki toplam değişim %45 oranında KDÖ son test toplam puan ortalaması tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0.450$). KDÖ son test toplam puan ortalamasının artması ŞHİYNÖ son test toplam puan ortalamasını azalttığı belirlenmiştir ($\beta = -0.671$). KDÖ son test toplam puan ortalamasında bir birimlik artış, ŞHİYNÖ son test toplam puan ortalamasında 0.707 birimlik azalışa sebep olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.15).

Çalışmaya katılan bireylerin KDÖ izlem testi ile ŞHİYNÖ izlem testi arasındaki ilişkinin negatif yönlü, anlamlı olduğu bulunmuştur ($r = -0.682$; $p < 0.001$) KDÖ izlem testi toplam puan ortalamasının artması ŞHİYNÖ izlem testi toplam puan ortalamasını azalttığı bulunmuştur.

Bağımlı değişken olarak ŞHİYNÖ izlem testi toplam puan ortalaması, bağımsız değişken olarak KDÖ izlem testi toplam puan ortalaması basit doğrusal regresyon modeline enter yöntemiyle alınmıştır.

Tablo 4.16. Bireylerin Kendini Damgalama Ölçeği'nin izlem testi toplam puan ortalamasının, Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği'nin izlem testi toplam puan ortalaması üzerindeki etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar		t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE	β				Alt	Üst
Sabit	72.273	7.158			10.096	<0.001	57.709	86.837
KDÖ İzlem Testi	-0.643	0.120	-0.682		-5.359	<0.001	-0.888	-0.399

*Bağımlı Değişken= ŞHİYNÖ İzlem Testi, $R = 0.682$; $R^2 = 0.465$; $F = 28.721$; $p < 0.001$; Durbin Watson Değeri = 2.052

KDÖ: Kendini Damgalama Ölçeği; ŞHİYNÖ: Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği.

KDÖ izlem testi toplam puan ortalaması ile ŞHİYNÖ izlem testi toplam puan ortalaması analizinin anlamlı olduğu saptanmıştır ($F=28.721$; $p<0.001$). ŞHİYNÖ izlem testi toplam puan ortalaması düzeyindeki toplam değişim %46.5 oranında KDÖ izlem testi toplam puan ortalaması tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0.465$). KDÖ izlem testi toplam puan ortalamasının artması ŞHİYNÖ izlem testi toplam puan ortalamasını azalttığı belirlenmiştir ($\beta = -0.682$). KDÖ izlem testi toplam puan ortalamasında bir birimlik artış, ŞHİYNÖ izlem testi toplam puan ortalamasında 0.643 birimlik azalışa sebep olduğu bulunmuştur (Tablo 4.16).

4.1.8. Bireylerin İşlevsellik Düzeylerinin Yaşam Niteliği Düzeyleri Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan bireylerin Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalamasının Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği toplam puan ortalaması üzerine etkisini değerlendirmek için öncelikle korelasyon analizi yapılmıştır. Anlamlı çıkan korelasyon analizinin ardından basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin TİDÖ son test ile ŞHİYNÖ son test analizi sonucu aralarındaki ilişkinin pozitif yönlü, anlamlı olduğu saptanmıştır ($r = 0.729$; $p < 0.001$). TİDÖ son test toplam puan ortalamasının artması ŞHİYNÖ son test toplam puan ortalamasını artırdığı bulunmuştur.

Bireylerin TİDÖ son test toplam puan ortalamasının ŞHİYNÖ son test toplam puan ortalaması üzerine etkisini değerlendirmek için basit doğrusal regresyon analizi

yapılmıştır. Bağımlı değişken olarak ŞHİYNÖ son test toplam puan ortalaması, bağımsız değişken olarak TİDÖ son test toplam puan ortalaması basit doğrusal regresyon modeline enter yöntemiyle alınmıştır.

Tablo 4.17. Bireylerin Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nin son test toplam puan ortalamasının, Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği'nin son test toplam puan ortalaması üzerindeki etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE	β			Alt	Üst
Sabit	-3.306	6.647		-0.497	0.622	-16.829	10.218
TİDÖ Son Test	1.391	0.227	0.729	6.126	<0.001	0.929	1.854

*Bağımlı Değişken= ŞHİYNÖ Son Test, $R = 0.729$; $R^2 = 0.532$; $F = 37.533$; $p < 0.001$; Durbin Watson Değeri= 2.263

TİDÖ: Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği; ŞHİYNÖ: Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği.

TİDÖ son test toplam puanı ile ŞHİYNÖ son test toplam puanı arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F=37.533$; $p<0.001$). ŞHİYNÖ son test toplam puan ortalaması düzeyindeki toplam değişim %53.2 oranında TİDÖ son test toplam puan ortalaması tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0.532$). TİDÖ son test toplam puan ortalamasının artması ŞHİYNÖ son test toplam puan ortalamasını artırdığı belirlenmiştir ($\beta=0.729$). TİDÖ son test toplam puan ortalamasında bir birimlik artış, ŞHİYNÖ son test toplam puan ortalamasında 1.391 birimlik artışa sebep olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.17).

Çalışmaya katılan bireylerin TİDÖ izlem testi ile ŞHİYNÖ izlem testi arasındaki ilişkinin pozitif yönlü, anlamlı olduğu belirlenmiştir ($r = 0.710$; $p < 0.001$) TİDÖ izlem testi toplam puan ortalamasının artması ŞHİYNÖ izlem testi toplam puan ortalamasını artırdığı bulunmuştur.

Bağımlı değişken olarak ŞHİYNÖ izlem testi toplam puan ortalaması, bağımsız değişken olarak TİDÖ izlem testi toplam puan ortalaması basit doğrusal regresyon modeline enter yöntemiyle alınmıştır.

Tablo 4.18. Bireylerin Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nin izlem testi toplam puan ortalamasının, Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği'nin izlem testi toplam puan ortalaması üzerindeki etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE	β			Alt	Üst
Sabit	-3.506	6.740		-0.520	0.606	-17.220	10.207
TİDÖ İzlem Testi	1.375	0.237	0.710	5.797	<0.001	0.892	1.857
<i>*Bağımlı Değişken= ŞHİYNÖ İzlem Testi, R= 0.710; R²= 0.505; F= 33.610; p<0.001; Durbin Watson Değeri= 1.973</i>							
TİDÖ: Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği; ŞHİYNÖ: Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği.							

TİDÖ ve ŞHİYNÖ izlem testi toplam puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı sonuç vermiştir (F=33.610; p<0.001). ŞHİYNÖ izlem testi toplam puan ortalaması düzeyindeki toplam değişim %50.5 oranında TİDÖ izlem testi toplam puan ortalaması tarafından açıklanmaktadır (R²=0.505). TİDÖ izlem testi toplam puan ortalamasının artması ŞHİYNÖ izlem testi toplam puan ortalamasını artırdığı belirlenmiştir (β =0.710). TİDÖ izlem testi toplam puan ortalamasında bir birimlik artış, ŞHİYNÖ izlem testi toplam puan ortalamasında 1.375 birimlik artışa sebep olduğu bulunmuştur (Tablo 4.18).

4.2. Nitel Bulgular

Veriler, tematik analiz yöntemiyle çözümlenmiş ve her bir tema, ilgili katılımcı görüşleriyle desteklenmiştir.

ACT temelli psikoeğitim programına katılan bireylerle gerçekleştirilen yarı yapılandırılmış görüşmelerin içerik analizine dayalı tematik çözümlemesi sonucunda, katılımcı deneyimlerini kapsamlı bir şekilde ortaya koyan dört ana tema ve bu temalara bağlı olarak yapılandırılmış on iki alt tema belirlenmiştir. Bu tematik yapı, programın hem bilişsel-duygusal dönüşüm sürecine hem de günlük yaşama yansıyan etkilerine dair derinlemesine bir kavraymayı sağlamaktadır (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Tema ve alt temalar

Tema	Alt Tema
Program Sürecine Yönelik İlk Tepkiler	• Başlangıçta Yabancılık ve Çekince • Süreçte Alışma ve Katılım • Grup Etkileşimi ve Empatik Ortam
ACT Tekniklerinin Günlük Yaşama Uyarlanması	• Nefes Egzersizleri ve Farkındalık • Düşüncelerle Başa Çıkma ve Bilişsel Ayrışma • Değerlerle Bağ Kurma
ACT'nin Damgalanma, İşlevsellik ve Yaşam Niteliğine Etkisi	• Toplumsal Damgalanmaya Karşı Farkındalık ve Kabul • Günlük Yaşam İşlevselliğinde Artış • Yaşam Niteliğinde Öznel İyileşme
Gelecek Umudu ve Yaşama Yönelik Tutum	• Umuda Dair Yeniden Yapılanma • Anlam Arayışı ve Kimlik Bütünlüğü • Günlük Yaşamda Anlam ve Memnuniyet

4.2.1. Program Sürecine Yönelik İlk Tepkiler

Programın ilk haftalarında katılımcıların yaşadığı deneyimler “Başlangıçta Yabancılık ve Çekince”, “Süreçte Alışma ve Katılım” ve “Grup Etkileşimi ve Empatik Ortam” olmak üzere üç alt tema altında incelenmiştir. Bu temada, bireylerin programa ilk tepkileri, eğitime karşı tutumları, süreç içindeki adaptasyonları ve grup ortamında yaşadıkları duygusal deneyimler öne çıkmıştır. Katılımcılar başlangıçta isteksizlik, yabancılık veya ilgisizlik gibi duygular yaşarken; ilerleyen haftalarda katılım düzeylerinin arttığı ve grup içi etkileşimle birlikte empatik bağların kurulduğu gözlemlenmiştir.

4.2.1.1. Başlangıçta Yabancılık ve Çekince

Katılımcıların büyük bir bölümü programa başlarken endişe, belirsizlik ve ilgisizlik gibi duygular yaşadıklarını belirtmiştir. Daha önce benzer bir eğitime katılmamış olan bireylerde sürece dair bir bilinmezlik hissi oluşmuştur. Bu dönemde katılımcıların bazıları programın kendilerine uygun olmadığını düşünmüş, kimileri de anlamakta güçlük çektiklerini ifade etmiştir.

“Ben bu tür şeylere yabancıyım, okul da okumadım... Ama hocamız çok güzel anlattı, güler yüzlüydü.” (K-9 Kadın)

“Başta ne konuşacaklar ki diye düşünmüştüm, ama sonra her hafta bir şeyler konuştuğunda içim açıldı.” (K-8 Erkek)

“Başta anlamakta zorlandım ama sonra sevdim. Kendimi daha iyi tanımama yardımcı oldu.” (K-2 Erkek)

4.2.1.2. Süreçte Alışma ve Katılım

Eğitim ilerledikçe katılımcılar konulara daha fazla ilgi göstermeye ve oturumlara aktif şekilde katılmaya başlamıştır. Eğiticinin tutumu, grup ortamı ve kullanılan yöntemlerin açıklığı bu süreci kolaylaştırmıştır. Bireyler, anlatılanların tekrar edilmesinin öğrenmeyi kolaylaştırdığını, uygulamaların ise ilgiyi artırdığını ifade etmiştir.

“Her şeyi hemen anlamadım tabii. Ama tekrar tekrar anlatılınca yavaş yavaş kafamda oturdu.” (K-3 Erkek)

“Hocanın güler yüzü bile bana iyi geldi. Konuşmayı istemiyordum başta ama zamanla açıldım.” (K-10 Erkek)

“Başta ne olduğunu pek anlamadım. Ama sonra anlattıkça sevdim.” (K-1 Kadın)

4.2.1.3. Grup Etkileşimi ve Empatik Ortam

Katılımcılar, grup ortamının kendilerini yalnız hissetmedikleri, yargılanmadan dinlendikleri ve deneyimlerini paylaşabildikleri bir alan sunduğunu belirtmiştir. Bu durum, psikoeğitimin sadece bilgi aktarımı değil aynı zamanda sosyal destek mekanizması olduğunu da göstermektedir.

“Sessiz biri olduğum halde dinledikçe içim açıldı.” (K-3 Erkek)

“En azından beni dinleyen birileri vardı.” (K-5 Kadın)

“Kendimi yalnız hissetmiyordum o anlarda, grup içinde olmak güzeldi.” (K-6 Erkek)

4.2.2. ACT Tekniklerinin Günlük Yaşama Uyarlanması

Bu tema, ACT temelli psikoeğitim programında öğretilen tekniklerin bireylerin günlük yaşam pratiklerine ne ölçüde entegre edildiğini ortaya koymaktadır. “Nefes Egzersizleri ve Farkındalık”, “Düşüncelerle Başa Çıkma ve Bilişsel Ayırışma” ve

“Değerlerle Bağ Kurma” olmak üzere üç alt tema altında incelenmiştir. Bu alt temalar, psikoeğitim sürecinin yalnızca bilişsel değil aynı zamanda davranışsal ve duygusal düzeyde de etkili olduğunu göstermektedir.

Katılımcılar, özellikle nefes egzersizleri sayesinde kaygı düzeylerini kontrol altına alabildiklerini, stresli anlarda bedensel olarak rahatlama yaşadıklarını ve bu uygulamaları günlük hayatlarının bir parçası haline getirdiklerini ifade etmiştir. “Nefes almak”, katılımcılar için yalnızca fizyolojik değil aynı zamanda farkındalığı artıran zihinsel bir araç olarak kullanılmaya başlanmıştır.

4.2.2.1. Nefes Egzersizleri ve Farkındalık

Katılımcıların büyük kısmı nefes egzersizlerinin özellikle kaygı ve daralma yaşadıkları anlarda etkili olduğunu ifade etmiştir. Bu tekniklerin sık tekrar edilmesiyle bireylerde stresle başa çıkmada anlamlı bir rahatlama sağlandığı görülmektedir.

“Sabah kalkınca pencereyi açıp derin nefes alıyorum. Gözümü kapatıp kendi içime bakıyorum.” (K-9 Kadın)

“Kalbim çarpıyor gibi olunca oturup yavaş yavaş nefes alıyorum.” (K-8 Erkek)

“Nefes egzersizlerini hemen hemen her gün yapıyorum, hocamız çizelge verdi onu dolduruyorum.” (K-4 Kadın)

4.2.2.2. Düşüncelerle Başa Çıkma ve Bilişsel Ayrışma

Katılımcılar, ACT oturumlarında kullanılan metaforlar ve deneysel uygulamalar sayesinde düşüncelerini gözlemlemeyi ve onlardan ayırmayı öğrendiklerini belirtmiştir. Özellikle "limon deneyi" gibi etkinlikler zihinsel farkındalığı artırmıştır.

“Limon deneyi geldi aklıma ve tekrarladım sürekli, aklımdaki düşünceler anlamsızlaştı.” (K-1 Kadın)

“Zihnine yürüyüş yaptır dediler ya, o çok ilginçti.” (K-10 Erkek)

“Kötü düşünceler geldiğinde artık hemen bastırmıyorum, 'geçer' diyorum içimden.” (K-9 Kadın)

4.2.2.3. Değerlerle Bağ Kurma

Değerler oturumu, birçok katılımcı için kendini yeniden tanıma ve yaşamının anlamlı yanlarını hatırlama fırsatı sunmuştur. Aile, çocuklar ve sevdiklerle ilgili duygular, motivasyonun yeniden kazanılmasında etkili olmuştur.

“Kızlarımı ve torunlarımı düşünmek beni hem duygulandırdı hem de motive etti.” (K-6 Erkek)

“Değerlerimi fark etmek, neyin benim için önemli olduğunu hatırlamak beni motive etti.” (K-4 Kadın)

“Eşim ve çocuklarım aklıma geldi hep. Onlar benim hayatımın en önemli parçası.” (K-7 Erkek)

4.2.3. ACT’nin Damgalanma, İşlevsellik ve Yaşam Niteliğine Etkisi

Bu tema altında, katılımcıların ACT süreci boyunca toplumsal damgalanmaya ilişkin farkındalık geliştirmeleri, günlük yaşam aktivitelerinde işlevsellik kazanımları ve yaşam kalitelerinde öznel iyileşmeler gözlemlenmiştir. Temaya bağlı olarak “Toplumsal Damgalanmaya Karşı Farkındalık ve Kabul”, “Günlük Yaşam İşlevselliğinde Artış” ve “Yaşam niteliğinde Öznel İyileşme” olmak üzere üç alt tema oluşturulmuştur.

4.2.3.1. Toplumsal Damgalanmaya Karşı Farkındalık ve Kabul

ACT oturumları bireylerin toplumsal damgalanmayı fark etmelerini ve buna karşı daha güçlü bir iç duruş sergilemelerini desteklemiştir. Katılımcılar, başkalarının kendilerini etiketlemesine rağmen artık bu yargıları daha az önemsediklerini, hatta bu durumla baş edebildiklerini ifade etmişlerdir.

“Komşular hâlâ ‘şu hasta olan kadın’ diyorlar ama artık canımı daha az acıtıyor. Çünkü ben de hasta değilmişim gibi davranmıyorum. Kabul ettim artık.” (K-9 Kadın)

“Köyde biri hasta oldu mu hemen herkes bilir. “O deli” diye arkasından konuşurlar. Önceden çok utanıyordum. Şimdi utanma biraz azaldı ama yine kolay değil. En azından artık kendime “bu benim suçum değil” diyebiliyorum.” (K-8 Erkek)

“Deli” deyip geçiyorlar. Ama ben artık onların düşüncesinden daha çok kendi içime odaklanmaya çalışıyorum. Önceden daha çok utanıyordum, şimdi “ben de insanım, benim de yaşadıklarım var” diyebiliyorum içimden. Bu bile bir şey bence.” (K-5 Kadın)

4.2.3.2. Günlük Yaşam İşlevselliğinde Artış

Programın sonunda katılımcılar, ev dışına çıkmak, alışveriş yapmak veya sosyal ortamlarda bulunmak gibi işlevsel aktivitelerde artış yaşadıklarını bildirmiştir. Daha önce izole bir yaşam süren bireyler, yavaş yavaş sosyal rollerine geri döndüklerini belirtmişlerdir.

“Biliyor musunuz geçen hafta ekmek almak için tek başıma fırına gittim ve içimdeki kötü hissi dinlemedim.” (K-2 Erkek)

“Çarşıya gittim, kahvede çay içtim. Onlar benim hasta olduğumu bilmiyordu.” (K-3 Erkek)

“Önceden odama kapanırdım, şimdi oturup çay içiyorum onlarla. Küçük bir değişiklik ama benim için büyük.” (K-8 Erkek)

4.2.3.3. Yaşam Niteliğinde Öznel İyileşme

Katılımcıların çoğu, program süresince ve sonrasında kendilerini daha iyi hissettiklerini, umutlu bakış açısı geliştirdiklerini ve günlük yaşamlarından daha çok tat aldıklarını ifade etmiştir. Özellikle değerlerle ilgili oturumlar ve farkındalık egzersizleri yaşamı anlamlılaştırıcı etki yaratmıştır.

“Eskiden pek umudum yoktu ama şimdi kendim için bazı hedefler koyabiliyorum.” (K-4 Kadın)

“Ben sadece hasta değilim, aynı zamanda dedeyim, babayım. Bunu burada öğrendim.” (K-6 Erkek)

“Bugünü güzel geçirebilirim, o da bana yeter.” (K-3 Erkek)

4.2.4. Gelecek Umudu ve Yaşama Yönelik Tutum

Bu tema, katılımcıların ACT temelli psikoeğitim sürecinde geleceğe dair bakış

açılarını nasıl dönüştürdüklerini, yaşamın anlamını nasıl yeniden yapılandırıdıklarını ve gündelik yaşantılarında nasıl bir içsel denge kurduklarını ortaya koymaktadır. Tema kapsamında “Umuda Dair Yeniden Yapılanma”, “Kimlik ve Anlam” ve “Günlük Yaşama Dair Tatmin” olmak üzere üç alt tema belirlenmiştir.

4.2.4.1. Umuda Dair Yeniden Yapılanma

Katılımcılar, program öncesinde umutsuzluk, belirsizlik ve karamsarlık duyguları yaşadıklarını ancak süreç içerisinde gelecek adına olumlu düşünceler geliştirmeye başladıklarını dile getirmiştir. Özellikle değer temelli yönelimler ve hedef belirleme çalışmaları bu umudu desteklemiştir.

“Eskiden hep geçmişi düşünüp üzülmuştüm, şimdi biraz daha geleceğe odaklanabiliyorum. Çalışmak istiyorum ve bunu başaracağım.” (K-2 Erkek)

“Belki bir gün ben de işe giderim... umut etmek istiyorum.” (K-10 Erkek)

“Eskiden pek umudum yoktu ama şimdi kendim için bazı hedefler koyabiliyorum. Küçük şeylerden keyif almaya başladım, “belki de yapabilirim” düşüncesi oluştu bende.” (K-4 Kadın)

4.2.4.2. Anlam Arayışı ve Kimlik Bütünlüğü

ACT süreci katılımcılara sadece bir “hasta” kimliğiyle sınırlı olmadıklarını hatırlatmış; bireylerin yaşamlarındaki diğer sosyal ve kişisel rollerini yeniden fark etmelerine olanak sağlamıştır. Bu farkındalık, bireylerin yaşamlarına dair yeniden anlam üretmelerini kolaylaştırmıştır.

“Ben sadece hasta değilim, aynı zamanda dedeyim, babayım. Bunu burada öğrendim.” (K-6 Erkek)

“Kızlarımı ve torunlarımı görmek istiyorum. Birlikte piknik yaparız belki bir gün.” (K-6 Erkek)

“Ailem için elimden geleni yapmaya devam edeceğim.” (K-7 Erkek)

4.2.4.3. Günlük Yaşamda Anlam ve Memnuniyet

Katılımcıların bir kısmı geleceğe dair uzun vadeli planlardan çok, günün içerisinde küçük ama değerli deneyimlere odaklanmaya başladıklarını belirtmiştir. Bu durum, yaşam doyumu açısından içsel bir dengelenme sağlandığını göstermektedir.

“Bugünü güzel geçirebilirim, o da bana yeter. Küçük şeylerden memnun olmaya çalışıyorum.” (K-3 Erkek)

“Küçük şeylerde biraz huzur bulmaya çalışıyorum.” (K-5 Kadın)

“Birinin bana gülümsemesi umut veriyor.” (K-5 Kadın)

4.3. Nicel ve Nitel Yöntemler ile Elde Edilen Bulguların Karmalanması

Bu araştırmanın karma yönteme dayalı yapısı, ACT temelli psikoeğitim programının şizofreni tanısı olan bireylerde damgalanma algısı, toplumsal işlevsellik ve yaşam niteliği üzerindeki etkilerini hem nicel ölçme sonuçlarına dayalı nesnel değişim örüntüleri hem de bu değişimlerin katılımcıların deneyimsel süreçlerindeki yansımaları üzerinden bütüncül biçimde değerlendirmeye olanak sağlamıştır. İç içe sıralı karma desenin tercih edilmesi, programın nicel düzeyde ortaya çıkan etkilerinin kapsamını belirlerken, bu etkilerin psikolojik ve davranışsal mekanizmalarının nitel veriler aracılığıyla açıklanmasını mümkün kılmıştır. Böylece başlatma, geliştirme ve tamamlayıcılık ilkeleri araştırma boyunca tutarlı biçimde işletilmiş; veri türleri çok katmanlı bir entegrasyon içinde birbirini desteklemiştir.

Nicel analizler, ACT temelli programın damgalanma algısında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma; toplumsal işlevsellik ve yaşam niteliği ölçümlerinde ise anlamlı düzeyde iyileşme ürettiğini göstermiştir. Bu bulgular, programın etkisini nesnel bir çerçevede ortaya koymakla kalmamış, nitel aşamanın yönünü de belirleyerek hangi psikolojik süreçlerin bu değişimi taşıdığını incelemeyi gerekli kılmıştır. Bu nedenle nitel veri toplama süreci, katılımcı deneyimlerini yalnızca betimlemek amacıyla değil, nicel düzeyde tanımlanan dönüşümün altında yer alan mekanizmaları açığa çıkarmak üzere

yapılandırılmıştır.

Nitel bulgular, damgalanma algısındaki azalmanın katılımcıların psikolojik deneyimlerinde özellikle farkındalık, bilişsel ayrışma ve tehdit algısının yeniden düzenlenmesi süreçleri üzerinden ortaya çıktığını göstermiştir. Programın başlarında damgalayıcı düşüncelere karşı mesafeli olamayan katılımcıların, süreç ilerledikçe bu düşünceleri fark edebildikleri, onlarla özdeşleşmek yerine gözlemleyici bir konuma geçebildikleri ve bu sayede tehdit algılarının zayıfladığı görülmüştür. Böylece nicel düzeyde belirlenen damgalanma azalması, nitel bulgularda açığa çıkan psikolojik esneklik artışıyla birlikte ele alındığında, çok boyutlu bir dönüşümün göstergesi hâline gelmiştir. Bu bulgular, nicel eğilim ile nitel temalar arasında güçlü bir yapısal uyum olduğunu göstermektedir.

Benzer şekilde, toplumsal işlevsellikteki nicel iyileşme nitel verilerle bütünleştirildiğinde, programın katılımcıların davranış ve sosyal katılım biçimleri üzerinde belirgin bir etki oluşturduğu anlaşılmaktadır. Katılımcıların günlük yaşam aktivitelerini daha düzenli sürdürmeleri, sosyal etkileşimlerde daha girişken davranmaları, sorumluluk almada artış göstermeleri ve grup içi süreçlerde daha aktif rol üstlenmeleri; işlevselliğe ilişkin ölçümlerde tanımlanan iyileşmenin deneyimsel karşılığıdır. Bu durum, programın yalnızca bilişsel süreçlere değil, katılımcıların sosyal ve davranışsal alanlarına da etki ederek işlevsellikte gözlenen nicel iyileşmeyi desteklediğini ortaya koymaktadır.

Yaşam niteliğindeki nicel iyileşme de nitel bulgular aracılığıyla çok daha açıklayıcı bir anlam kazanmıştır. Katılımcıların umut duygusunda artış yaşadıklarını, yaşam amaçlarına ilişkin daha net bir yönelim geliştirdiklerini, geleceğe yönelik olumlu beklentilerinin güçlendiğini ve günlük yaşamdan daha fazla doyum aldıklarını ifade etmeleri, yaşam niteliğine ilişkin nicel bulgularla uyumludur. Özellikle değer odaklı yönelim ve yaşamda anlam arayışının güçlenmesi, yaşam niteliğindeki değişimin

yalnızca ölçme sonuçlarında görülen bir eğilim değil, duygu, biliş ve davranış düzeylerini kapsayan çok boyutlu bir iyi oluş sürecine dayandığını göstermektedir.

Araştırmada kullanılan iç içe sıralı desen doğrultusunda veri entegrasyonu, yöntem entegrasyonu ve yorum entegrasyonu olmak üzere üç temel karmalama düzeyi işletilmiştir. Nicel analizlerde görülen değişim örüntüleri, nitel temalar aracılığıyla açıklanmış; nicel bulgular nitel veri toplama sürecinin yönünü belirlemiş; her iki veri türünden elde edilen bulgular kuramsal çerçeve doğrultusunda eşzamanlı biçimde yorumlanmıştır. Böylece programın etkileri hem yapısal hem süreçsel hem de deneyimsel düzeyde görünür kılınmıştır.

Sonuç olarak, bu araştırmada uygulanan karma yöntem yaklaşımı, ACT temelli psikoeğitim programının etkilerini yalnızca ölçümsel düzeyde değil, bu değişimlerin oluşumunda rol oynayan psikolojik süreçlerle birlikte değerlendirmeyi mümkün kılmıştır. Damgalanma algısı, toplumsal işlevsellik ve yaşam niteliği alanlarında belirlenen nicel değişimlerin nitel analizlerde ortaya çıkan temalarla uyumlu olması, bulguların hem kuramsal hem de uygulamalı açıdan güçlü bir bütünlük oluşturduğunu göstermiştir. Böylece ACT temelli müdahalenin şizofreni tanılı bireylerde çok boyutlu iyileşme süreçlerini desteklediği, hem deneyimsel hem ölçme temelli kanıtlarla ortaya konmuştur.

5. TARTIŞMA

ACT temelli psikoeğitim programının, şizofreni tanısı olan bireylerde damgalanma algısı, işlevsellik ve yaşam niteliği düzeylerine etkisini incelemek amacıyla karma yöntem deseninde bir hemşirelik uygulaması tasarlanmış ve uygulanmıştır. Bu bölümde, bulguların karşılıklı olarak birbirini tamamlayıcı ve geliştirici yönleri dikkate alınarak nitel ve nicel verilerin entegrasyonu gerçekleştirilmiş, elde edilen sonuçlar ilgili literatür ışığında kapsamlı biçimde tartışılmıştır.

Araştırmanın nicel boyutu incelendiğinde ACT temelli psikoeğitim programına katılan şizofreni tanılı bireylerin Kendini Damgalama Ölçeği (KDÖ) puanlarında, hem son test hem de izlem ölçümlerinde anlamlı düşüşler tespit edilmiştir (Tablo 4.3). ANCOVA analizleri, grup $\times$ zaman etkileşiminin anlamlı olduğunu ve damgalanma düzeylerindeki azalmanın deney grubunda daha belirgin gerçekleştiğini göstermiştir. Bu bulgular, ACT'nin yalnızca kısa vadeli değil, aynı zamanda sürdürülebilir damgalama azaltma etkisine sahip olduğunu ve bu etkinin zaman içinde devam ettiğini göstermektedir. Nicel verilerle uyumlu şekilde, nitel bulgularda da katılımcılar, program süresince “toplumsal damgalamaya karşı farkındalık ve kabul” temasında toplumsal damgalanmaya karşı farkındalık kazandıklarını ifade etmişlerdir. Bu sonuçlar, ACT temelli müdahalelerin damgalanmayı azaltma konusundaki etkinliğini destekleyen literatür ile uyumludur (González-Menéndez ve ark., 2021; Luoma & Platt, 2015; Shi ve ark., 2023).

Damgalanma, şizofreni tanılı bireylerin sosyal izolasyon, tedaviye uyumsuzluk ve yaşam niteliğinde bozulma gibi çok boyutlu sorunlarla karşı karşıya kalmalarına yol açmaktadır (Dubreucq ve ark., 2021). Özellikle kendini damgalama süreci, bireyin toplumun olumsuz yargılarını içselleştirerek kendini yetersiz veya değersiz görmesine neden olmaktadır (Yanos ve ark., 2020). Mevcut çalışmada elde edilen anlamlı puan düşüşleri, ACT'nin psikolojik esneklik kazandırma ve olumsuz düşüncelerle işlevsel

biçimde başa çıkma becerilerini artırma kapasitesiyle açıklanabilir. ACT, “bilişsel ayrışma” ve “kabul” teknikleri aracılığıyla bireylerin damgalayıcı düşünceleri mutlak gerçeklik olarak görmelerini engeller; böylece bu düşüncelerin davranışsal ve duygusal etkileri azalır (Hayes ve ark., 2023).

Çalışmanın nitel boyutunda, katılımcıların “artık kendimden utanmıyorum”, “hastalıkla savaşmak yerine onunla yaşamayı öğrendim” gibi ifadeleri, içselleştirilmiş damgalamanın azaldığını göstermektedir. Bu, Koparal ve Kiraz Avcı’nın (2025) psikolojik esnekliğin içsel damgalama üzerindeki koruyucu rolünü vurgulayan bulgularıyla örtüşmektedir. Söz konusu araştırma, psikolojik esnekliğin semptom şiddetinden bağımsız olarak damgalanmayı azaltabileceğini göstermektedir (Koparal & Kiraz Avcı, 2025). Bu çalışmada da, ACT aracılığıyla psikolojik esneklik artışı sağlanmış ve damgalanma algısında anlamlı iyileşme elde edilmiştir.

Literatürde bazı meta-analizler, damgalamayı azaltma girişimlerinin etkilerinin sınırlı veya kısa süreli olabileceğini belirtmektedir (Lamarca ve ark., 2024; Luo ve ark., 2022; Luo ve ark., 2025). Ancak bu çalışmada, izlem ölçümlerinde de olumlu etkinin korunmuş olması dikkat çekicidir. Bu durum, programın sadece bilgi aktarımına değil, aynı zamanda değer odaklı davranış geliştirme ve kabule dayalı stratejilere yer vermesiyle ilişkilidir. Geleneksel psikoeğitimler genellikle bilgi temelli olup kısa vadede etkili olabilse de, davranışsal değişim ve kalıcı bilişsel dönüşüm sağlamakta zorlanabilmektedir (Crockett ve ark., 2025). Çalışmada ACT’nin katılımcılara damgalanma ile başa çıkmada içsel deneyimlere yönelik yeni bir bakış kazandırması, uzun vadeli etkinin önemli bir bileşeni olarak görülmektedir. Bu yaklaşımın değer odaklı davranışı güçlendirmesi psikiyatri hemşireliğinde damgalamaya yönelik bakım girişimlerinin etkisini artırabilecek pratik bir temel sunduğu değerlendirilmektedir.

Karma yöntem deseninin sunduğu bütüncül bakış açısı, bu bulguların yorumlanmasında önemli bir avantaj sağlamıştır. Nicel veriler, istatistiksel olarak anlamlı

etkileri ortaya koyarken; nitel veriler, bu değişimlerin katılımcıların yaşam deneyimlerindeki yansımalarını somutlaştırmıştır. Böylece, ACT temelli psikoeğitimin damgalamayı azaltıcı etkisi hem sayısal hem de bağlamsal açıdan doğrulanmıştır.

Bu bulgular, araştırmanın H1a hipotezini güçlü biçimde desteklemektedir. Hipotezde öngörüldüğü üzere, ACT temelli psikoeğitim programı, deney grubunda yer alan şizofreni tanılı bireylerin kendini damgalama düzeylerinde anlamlı bir azalma sağlamıştır. Nicel analizler, bu azalmanın hem son testte hem de üç ay sonraki izlem ölçümlerinde sürdüğünü ortaya koymuş; böylece değişimin yalnızca kısa vadeli bir etki olmadığını, programın kalıcı davranışsal ve bilişsel dönüşüm sağladığını göstermiştir.

Nitel veriler de H1a hipotezinin yanı sıra S(Nit-1) araştırma sorusunun yanıtlanmasına katkı sunmuştur. Katılımcı ifadeleri, damgalayıcı düşüncelerle daha sağlıklı başa çıkabildiklerini, toplumun olumsuz yargılarını kişisel kimliklerinden ayırabildiklerini ve hastalıklarını kimliklerinin tek tanımlayıcı unsuru olarak görmemeye başladıklarını göstermektedir. Bu bağlamda, ACT'nin “bilişsel ayrışma” ve “kabul” süreçleri, hem hipotezde hem de nitel soruda varsayılan damgalama azalmasının temel mekanizmaları olarak değerlendirilebilir.

Araştırmanın nicel boyutunda elde edilen bulgular, ACT temelli psikoeğitim programına katılan şizofreni tanılı bireylerin Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ) puanlarında, hem son test hem de izlem ölçümlerinde anlamlı artışlar olduğunu göstermiştir (Tablo 4.9 ve Tablo 4.10). Bu durum, ACT temelli psikoeğitim programının yalnızca kısa vadeli değil, orta vadede de işlevsellik düzeyini artırma potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir.

Şizofreni tanılı bireylerde işlevsellik kaybı, günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesinde güçlük, sosyal ilişkilerde azalma, mesleki rol kaybı ve bağımsız yaşam becerilerinde yetersizlik gibi çok yönlü sonuçlara yol açmaktadır (Leendertse ve ark., 2021; Mucci ve ark., 2021). Literatürde, işlevsellikteki bu düşüşün yalnızca pozitif

semptomlarla değil, negatif semptomlar, bilişsel yetersizlikler ve sosyal izolasyon ile de ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Korman ve ark., 2023; Ye ve ark., 2023). Bu nedenle, işlevsellik düzeyini artırmayı hedefleyen müdahaleler, şizofreni rehabilitasyonunun kritik bir bileşeni olarak kabul edilmektedir (Özer & Dişsiz, 2024). Mevcut çalışmada elde edilen anlamlı artışlar, ACT'nin psikolojik esnekliği güçlendiren ve bireylerin değerleri doğrultusunda işlevsel davranışlar sergilemelerini destekleyen yapısıyla uyumlu görünmektedir (Hayes, 2019). Bu bağlamda, işlevsel davranışı artırmayı hedefleyen bu değişim örüntüsünün, psikiyatri hemşireliğinde günlük yaşam becerilerini destekleyen, sosyal etkileşimi güçlendiren ve bağımsız yaşamı teşvik eden bakım müdahalelerinin etkinliğini artıracak sağlam bir temel oluşturduğu düşünülmektedir.

TİDO ölçeğinin alt boyutlarında deney grubu ön testten son teste belirgin bir artış olmuş, izlem testinde ise bu kazanımların büyük ölçüde korunduğu görülmüştür. Bu durum, programın bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürme, karar alma ve sorumluluk üstlenme becerilerine olumlu katkı sunduğunu düşündürmektedir. Nitel veriler de, katılımcıların gündelik işlerde daha fazla sorumluluk aldıklarını ve problem çözme ile karar alma becerilerinde ilerleme kaydettiklerini belirterek nicel sonuçları desteklemektedir. Literatürde, ACT temelli müdahalelerin psikotik hastalarda semptom şiddetini azalttığını, psikolojik esnekliği artırdığını ve klinik açıdan anlamlı işlevsel çıktılara katkı sunduğunu göstermektedir; bu da özbakım, bağımsız yaşam ve sorumluluk alma gibi TİDÖ boyutlarında gözlenen kazanımları kavramsal olarak desteklemektedir (Gaudiano ve ark., 2023; Özer & Dişsiz, 2024; Zoromba ve ark., 2024). Çalışmamızın bulguları, özellikle sosyal kaynakları sınırlı bölgelerde bu tür programların bağımsız yaşam yeterliklerini güçlendirebileceğini göstermektedir.

ACT, işlevsellik artışını destekleyen çok boyutlu mekanizmalar sunmaktadır. Öncelikle “değerlerle temas” ve “değer odaklı davranışlarda kararlılık” süreçleri, bireylerin sosyal ve mesleki rollerini yeniden üstlenmelerini kolaylaştırmakta; “an ile

esnek temas” süreci, günlük yaşamda karşılaşılan zorluklara daha uyumlu yanıt verilmesini sağlamaktadır (Bennett & Oliver, 2019; Hayes ve ark., 2023). Ayrıca “bilişsel ayrışma” becerisi, bireylerin başarısızlık korkusu veya olumsuz sosyal değerlendirme beklentilerinden uzaklaşarak, sosyal etkileşimlerde daha aktif rol almalarına yardımcı olmaktadır. Bu yönüyle ACT, yalnızca semptom yönetimi değil, aynı zamanda yaşamın tüm alanlarında işlevsel rol performansını güçlendiren bir yaklaşım sunmaktadır. Nitekim çalışmamızda da, deney grubundaki bireylerin TİDÖ toplam puanlarında hem son test hem de izlem ölçümlerinde anlamlı artış görülmesi, katılımcıların sosyal ortamlara daha fazla katıldıklarını ve günlük yaşam görevlerini daha bağımsız biçimde yerine getirebildiklerini ortaya koymuştur.

Nitel bulgular da bu nicel sonuçları destekler niteliktedir. Katılımcıların “ekmek almaya tek başıma fırına gittim”, “kahvede çay içtim” gibi ifadeleri, sosyal ve bireysel işlevsellikteki artışı doğrudan yansıtmaktadır. Yıldız ve Aylaz’ın (2021) yürüttüğü nitel çalışmada günlük yaşam aktivitelerine ve sosyal ilişkilerine odaklı bir tedavi motivasyonu geliştirdiğini ortaya koymuştur (Yıldız & Aylaz, 2021); bu da bireylerin işlevsel rollerine daha fazla katılabildiklerine işaret etmektedir.

Bununla birlikte, literatürde bazı çalışmalar işlevsellik artışının psikososyal müdahale sonrası zamanla azalabileceğini ve sürdürülebilirliği sağlamak için takip programlarının gerekli olduğunu bildirmektedir (McDonagh ve ark., 2022; Raphael ve ark., 2021). Bu nedenle, mevcut çalışmada elde edilen izlem sonuçlarının korunması, psikoeğitim programının yalnızca beceri kazandırmakla kalmayıp, katılımcıların bu becerileri günlük yaşamlarına entegre etmelerine imkan tanıdığını göstermesi bakımından önemlidir.

Karma yöntem deseninin sunduğu bütüncül bakış, bu bulguların yorumlanmasında güçlü bir avantaj sağlamıştır. Nicel analizler işlevsellik artışını istatistiksel olarak ortaya koyarken; nitel veriler, bu artışın katılımcıların günlük yaşam deneyimlerindeki

yansımalarını somutlaştırmıştır. Böylece, ACT temelli psikoeğitimin işlevsellik düzeylerini artırıcı etkisi hem sayısal hem de bağlamsal kanıtlarla doğrulanmıştır. Bu bulgular araştırmanın H1b hipotezini güçlü biçimde desteklemektedir. Ayrıca, nitel veriler S(Nit-2) araştırma sorusunun yanıtlanmasına da önemli katkı sağlamıştır.

Araştırmadan elde edilen nicel bulgular, deney grubundaki bireylerin Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği toplam puanlarının müdahale sonrasında anlamlı biçimde arttığını, bu artışın izlem sürecinde de sürdüğünü göstermiştir. Kontrol grubunda ise anlamlı bir değişiklik gözlenmemiştir. Bu sonuç, ACT temelli psikoeğitim programının yaşam niteliği üzerinde etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bulgularımız, şizofreni hastalarının yaşam kalitelerinin toplum ortalamasının altında olduğunu ve bu durumun negatif belirtiler, damgalama, sosyal işlevsellikte yetersizlik ve günlük yaşam becerilerinde kayıplarla ilişkili olduğunu belirten çalışmalarla paralellik göstermektedir (Li ve ark., 2023; Morris ve ark., 2024). Çalışmamızda ulaşılan artış, yaşam niteliğinin yalnızca semptom düzeyine değil, psikososyal müdahalelerle desteklenen psikolojik süreçlere de bağlı olduğunu göstermektedir.

Araştırmanın nitel bulguları, nicel verilerle paralel olarak katılımcıların yaşam niteliğinde öznel bir iyileşme deneyimlediklerini göstermiştir. Katılımcılar grup sürecinde kendilerini daha kabul edilmiş hissettiklerini, damgalanma algılarının azaldığını, günlük yaşamda daha aktif rol aldıklarını ve kişilerarası ilişkilerinde güçlenme yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu ifadeler, ACT'nin değer odaklı davranış, kabul ve farkındalık süreçleri sayesinde bireylerin semptomlarla mücadele etmek yerine onları kabullenip daha işlevsel bir yaşam sürmelerine katkı sunduğunu ortaya koymaktadır. Literatürde de şizofreni hastalarının nitel deneyimlerinin, psikososyal müdahaleler sonrası daha fazla umut, güçlenme ve yaşam doyumu içerdiği belirtilmektedir (Barlati ve ark., 2024; Killaspy ve ark., 2022). Bu bağlamda nitel bulgular, çalışmamızda gözlenen

yaşam niteliği artışının yalnızca ölçümsel değil, aynı zamanda katılımcıların öznel deneyimlerinde de karşılık bulduğunu göstermektedir.

Alt boyutlar incelendiğinde, özellikle kişilerarası ilişkiler ve günlük eşya kullanımı alanında en belirgin gelişmelerin olduğu görülmüştür. Bu bulgu, şizofreni tanılı bireylerin yaşam niteliğinde sosyal destek, kişilerarası etkileşim ve günlük yaşam aktivitelerinin kritik bir rol oynadığını gösteren araştırmalarla uyumludur (John ve ark., 2022; Kızılırmak Tatu & Demir, 2020). Müdahale sonrası bireylerin kişilerarası ilişkilerinde artış göstermeleri, daha önceki bulgularımızda da ortaya konan içselleştirilmiş damgalamanın azalmasıyla ilişkilendirilebilir. Nitekim alan yazında damgalamanın sosyal ilişkilerde çekilme, yalnızlık ve dışlanma duygularını artırarak yaşam niteliğini düşürdüğü; damgalamanın azaltılmasının ise sosyal bağların güçlenmesine katkıda bulunduğu belirtilmektedir (Gagiu ve ark., 2024; Suman ve ark., 2023). Bu bağlamda çalışmamızda damgalamanın azalmasıyla birlikte kişilerarası ilişkilerin gelişmesi, yaşam niteliği skorlarına olumlu yansımış olabilir.

Araştırmamızın temel hipotezlerinden biri, ACT temelli psikoeğitim programının şizofreni tanılı bireylerin yaşam niteliğini artıracak yönündeydi. Nicel bulgularımız H1c hipotezini güçlü biçimde desteklemiş, deney grubunun yaşam niteliği puanlarının kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde yükseldiği ve bu iyileşmenin izlem ölçümünde de korunduğu görülmüştür. Ayrıca nitel veriler S(Nit-3) nitel araştırma sorusunun yanıtlanmasına da önemli katkı sağlayarak sonucu desteklemiş; katılımcılar grup sürecinde öğrendikleri becerilerin kendilerini güçlendirdiğini, gündelik işlevselliklerinde ve öznel yaşam doyumlarında artış yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Böylece hem sayısal veriler hem de katılımcı deneyimleri hipotezin doğrulandığını göstermiştir.

Bu çalışmanın tartışma bölümünde elde edilen bulgular, ACT temelli psikoeğitim programının şizofreni tanılı bireylerde damgalamayı azaltma, işlevselliği artırma ve yaşam niteliğini iyileştirme konusunda önemli katkılar sunduğunu göstermektedir. Nicel

veriler, programın özellikle ruhsal bulgular, kişiler arası ilişkiler ve mesleki rol alanlarında güçlü bir etkiye sahip olduğunu ortaya koyarken; nitel bulgular, bu etkinin mekanizmalarını katılımcı deneyimleri üzerinden açıklamaktadır. Katılımcılar, nefes egzersizleri, farkındalık uygulamaları ve bilişsel ayrışma tekniklerini gündelik yaşamlarına uyarlayarak damgalayıcı düşüncelerle daha sağlıklı baş edebildiklerini ifade etmişlerdir. Grup ortamı, yalnızca bilgi aktarımı değil, aynı zamanda sosyal destek ve aidiyet hissi sağlayarak katılımcıların umudu yeniden yapılandırmalarına ve yaşamda anlam bulmalarına aracılık etmiştir. Ayrıca, elde edilen bulgular S(Karma) sorusunu da desteklemiştir. Karma yöntem yaklaşımı sayesinde, istatistiksel sonuçlar ve katılımcı deneyimleri birlikte değerlendirilmiş; böylece programın damgalamayı azaltma, işlevsellik ve yaşam niteliğinin artırılmasındaki etkinliği hem nicel hem nitel boyutlarda güvenilir biçimde ortaya konmuştur. Karma yöntem deseninin sunduğu avantajla, bu çalışmada ACT'nin etkileri yalnızca istatistiksel olarak değil, katılımcı deneyimleri bağlamında da bütüncül bir şekilde ortaya konmuştur. Sonuç olarak, ACT temelli psikoeğitim programı, şizofreni tanılı bireylerde damgalamayı azaltan, işlevselliği artıran ve yaşam niteliğini iyileştiren çok boyutlu bir müdahale aracı olarak değerlendirilebilir.

Bu karma yöntem araştırmasından elde edilen meta-çıkarımlar, Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) temelli psikoeğitim programının, şizofreni tanılı bireylerde yalnızca klinik göstergeler üzerinde değil, aynı zamanda öznel deneyim, benlik algısı ve toplumsal işlevsellik düzeylerinde derinlemesine bir dönüşüm yarattığını göstermektedir. Nicel bulgular, programın damgalanmayı azaltma, toplumsal işlevselliği artırma ve yaşam kalitesini iyileştirme açısından anlamlı etkiler oluşturduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgular, ACT'nin bilişsel-duygusal süreçleri hedef alan terapötik yapısının, klinik çıktılar üzerinde ölçülebilir düzeyde bir değişim sağladığını göstermektedir.

Nitel bulgular ise, bu ölçülebilir değişimlerin yalnızca davranışsal düzeyde kalmadığını; bireylerin kendini kabul etme, farkındalık geliştirme ve değer odaklı eylem

oluşturma süreçleriyle bütünleştiğini ortaya koymuştur. Katılımcı anlatımlarında ne çıkan “artık kendimden utanmıyorum”, “hastalıkla savaşmak yerine onunla yaşamayı öğrendim” ve “nefes egzersizleriyle sakinleşmeyi öğrendim” gibi ifadeler, ACT’nin kabul ve farkındalık süreçlerinin içselleştirildiğini ve bunun damgalayıcı düşünceleri dönüştürmede etkili olduğunu göstermektedir. Benzer biçimde, “ekmek almaya tek başıma fırına gittim” ya da “kahvede çay içtim” gibi ifadeler, bireylerin günlük yaşam aktivitelerine yeniden katılımını ve bağımsız yaşam becerilerini güçlendirdiğini ortaya koymaktadır.

Meta-ıkarım düzeyinde değerlendirildiğinde, ACT temelli psikoeğitim programının bireylerde psikolojik esneklik geliştirerek damgalayıcı düşüncelerle daha işlevsel biçimde baş etmeyi, toplumsal rollere yeniden katılımı ve yaşam niteliğinde kalıcı artışları desteklediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum, ACT’nin şizofreni tanılı bireylerde yalnızca semptom yönetimine odaklanan klasik yaklaşımların ötesine geçerek; bireylerin kendilik algısı, umut, aidiyet ve toplumsal katılım duygularını güçlendiren bütüncül bir iyileşme süreci sunduğunu göstermektedir. Sonuç olarak, bu çalışmadan elde edilen meta-ıkarımlar, ACT temelli psikoeğitim programının şizofreni tanılı bireylerin psikososyal rehabilitasyonunda etkili bir tamamlayıcı yöntem olduğunu ve psikolojik esneklik odaklı müdahalelerin klinik sonuçların ötesinde, bireyin yaşam deneyimini dönüştürme potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir.

Bu araştırmanın sonuçları, ACT temelli psikoeğitim programının katılımcılar üzerinde oluşturduğu kabul, farkındalık, psikolojik esneklik ve değer odaklı davranış değişimleri; psikiyatri hemşireliğinin modern bakım anlayışında giderek artan bir şekilde benimsenen bütüncül yaklaşımı desteklemektedir. Araştırmada ortaya çıkan nitel bulgular, danışanların ACT tekniklerini günlük yaşamlarına entegre edebildiklerini, içsel deneyimlerle mücadele etmek yerine onları kabul etmeyi öğrendiklerini ve sosyal ilişkilerde daha işlevsel rollere geçebildiklerini göstermiştir. Bu yönleriyle çalışma,

psikiyatri hemşirelerinin damgalanma ile m¼cadele, tedaviye uyumun g¼¼lendirilmesi, i¼g¼r¼ kazandırma, işlevsellik geliştirme ve hastalarla terap¼tik iş birliğini derinleştirme gibi temel alanlardaki etkili rollerini desteklemektedir. Ayrıca hemşirelerin ACT'nin uygulanmasında aktif g¼rev almasının, psikoterapi temelli becerilerinin bakım s¼reçlerine entegrasyonunu ve TRSM ile klinik hizmetlerde kanıta dayalı uygulamaların yaygınlaşmasını desteklediği g¼r¼lmektedir. Bu bağlamda elde edilen bulgular, psikiyatri hemşireliğinin sadece semptom y¼netimine değil, bireyin yaşamını anlamlandırmasına, toplumsal katılımının g¼¼lendirilmesine ve s¼rd¼r¼lebilir iyilik hali kazanmasına y¼nelik b¼t¼nc¼l bakım yaklaşımının ¼nemini bir kez daha ortaya koymaktadır. T¼m sonuçlar değerlendirildiğinde, ACT temelli m¼dahalelerin psikiyatri hemşireliği pratiğine entegrasyonunun ruh sağlığı hizmetlerinin niteliğini artıracadı ve şizofreni bakımında kalıcı iyileşme hedeflerine ¼nemli katkılar sağlayacadı s¼ylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şizofreni tanılı bireylere uygulanan ACT temelli psikoeğitim programının damgalanma algısı, işlevsellik ve yaşam niteliği üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen meta-çıkarımlar, ACT temelli psikoeğitim programının şizofreni tanılı bireylerin psikososyal rehabilitasyonunda etkili bir tamamlayıcı yöntem olduğunu ve psikolojik esneklik odaklı müdahalelerin klinik sonuçların ötesinde, bireyin yaşam deneyimini dönüştürme potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir. Çalışma sonuçlarına göre;

- Müdahale ve kontrol gruplarının müdahale öncesinde KDÖ toplam puanları açısından benzer olduğu; ancak program sonrasında deney grubunda damgalanma düzeyinin anlamlı biçimde düştüğü ve bu düşüşün izlem döneminde de korunduğu,
- Müdahale öncesinde grupların TİDÖ puanlarının benzer olduğu; ancak program sonrasında deney grubunda işlevsellik düzeyinin anlamlı biçimde yükseldiği ve bu artışın izlem döneminde de devam ederek kontrol grubunun üzerinde seyrettiği,
- TİDÖ alt boyutlarında (özbakım, kişilerarası ilişkiler, bağımsız yaşam, mesleki rol) deney grubunun son test ve izlem testinde kontrol grubuna kıyasla daha yüksek puan aldığı, özellikle “mesleki rol” ve “kişilerarası ilişkiler” alanlarında belirgin iyileşme olduğu,
- ŞHİYNÖ toplam puan ortalamalarının deney grubunda son test ve izlemde anlamlı düzeyde arttığı, ruhsal bulgular, kişilerarası ilişkiler ve günlük yaşam işlevselliğinde dikkate değer gelişmelerin izlendiği,
- Program sürecine yönelik ilk tepkiler temasında katılımcılar, ACT temelli psikoeğitim programına başlangıçta merak ve temkinin bir arada olduğu duygularla yaklaşmış ancak sürecin ilerlemesiyle programı yararlı ve motive edici olarak değerlendirdiği,

- ACT tekniklerinin günlük yaşama uyarlanması temasında, bireyler, farkındalık, kabul ve değer odaklı eylem gibi ACT tekniklerini günlük yaşamlarında uygulayabildiklerini ve bu tekniklerin stresle baş etmelerini kolaylaştırdığını;

- ACT'nin damgalanma, işlevsellik ve yaşam niteliği üzerindeki etkileri temasında, ACT'nin kendilerine yönelik olumsuz inançları azaltarak damgalanma algısını hafiflettiğini, günlük işlevselliklerini artırdığını ve yaşam kalitelerini belirgin biçimde iyileştirdiğini,

- Gelecek umudu ve yaşama yönelik tutum temasında, katılımcıların geleceklerine dair daha umutlu, yaşamla daha uyumlu ve psikolojik olarak daha esnek bir bakış açısı geliştirmelerine katkı sağladığı sonucuna ulaşılmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Şizofreni tanılı bireylerin bakım süreçlerinde farmakoterapiye ek olarak ACT temelli psikoeğitim programlarının planlanması,

- ACT temelli programların Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) ve psikiyatri kliniklerinde rutin hemşirelik bakım uygulamalarına entegre edilmesi,

- Psikiyatri hemşirelerinin ACT konusunda eğitim almaları ve bu programların uygulanmasında aktif rol üstlenmeleri,

- Grup temelli ACT programlarının düzenli aralıklarla yinelenmesi ve uzun dönem kazanımların korunması için “pekiştirme oturumları” ile desteklenmesi,

- Programın aile üyelerine uyarlanarak aile katılımının sağlanması,

- Yüz yüze ve çevrimiçi uygulama modellerinin karşılaştırmalı olarak test edilmesi,

- ACT temelli programların etkinliğini değerlendiren daha geniş örneklemli ve uzunlamasına izlem çalışmalarının yapılması,

- Damgalama ile mücadeleyle yönelik sağlık politikalarında ACT tabanlı psikososyal müdahalelerin desteklenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Ali Mohammed, Z., Abo-Bakr Osman, O., & Mohamed Barakat, M. (2022). Relationship between Positive, Negative Symptoms and Quality of Life among Schizophrenic Patients. *Journal of Nursing Science Benha University*, 3(2), 1083-1098. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl071>
- Andreassen, O. A., Hindley, G. F., Frei, O., & Smeland, O. B. (2023). New insights from the last decade of research in psychiatric genetics: discoveries, challenges and clinical implications. *World Psychiatry*, 22(1), 4-24. <https://doi.org/10.1002/wps.21034>
- APA. (2023). *Understanding mental disorders: Your guide to DSM-5-TR®*. American Psychiatric Pub.
- Aravind, A., Agarwal, M., Malhotra, S., & Ayyub, S. (2024). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Mental Health Issues: A Systematic Review. *Annals of Neurosciences*, 09727531241300741. <https://doi.org/10.1177/09727531241300741>
- Aslı, K. K., Sevler, Y., Burcu, S. E., & Osman, K. (2022). Adli Psikiyatri Servisinde Tedavi Gören Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 85(3), 378-387. <https://doi.org/10.26650/IUITFD.1052535>
- Barlatti, S., Nibbio, G., & Vita, A. (2024). Evidence-based psychosocial interventions in schizophrenia: a critical review. *Current Opinion in Psychiatry*, 37(3), 131-139. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000925
- Bekiroğlu, S., & Demiröz, F. (2020). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Ağır Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerin Sosyal İşlevselliğinin İncelenmesi. *Toplum ve sosyal hizmet*, 31(3), 1053-1079. <https://doi.org/10.33417/tsh.723023>

- Bekiroğlu, S., & Özden, S. A. (2021). Türkiye’de ağır ruhsal hastalığa sahip bireylere ve ailelerine yönelik psikososyal müdahaleler: sistematik bir inceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(1), 52-76. <https://doi.org/10.18863/pgy.721987>
- Bennett, R., & Oliver, J. E. (2019). *Acceptance and commitment therapy: 100 key points and techniques*. Routledge.
- Bilgen, Ç., Erdal, A., & Bilgili, N. (2020). Schizophrenia-Related Beliefs and Care Burdens among Caregivers of Patients with Schizophrenia Registered at Community Mental Health Centers. *Current Approaches In Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.18863/pgy.745775>
- Bilkay, H. İ., & Gürhan, N. (2025). The effectiveness of peer education-supported psychosocial skills training in individuals with chronic Mental disorder: a mixed-method randomized controlled trial: Peer education-supported psychosocial skills training in individuals with chronic mental disorder. *Current Psychology*, 1-19. <https://doi.org/10.1007/s12144-025-04768-1>
- Brown, E., Shrestha, M., & Gray, R. (2020). The safety and efficacy of acceptance and commitment therapy against psychotic symptomatology: a systematic review and meta-analysis. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 43, 324-336. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0948>
- Carswell, C., Brown, J. V. E., Lister, J., Ajjan, R., Alderson, S., Balogun-Katung, A., Bellass, S., Double, K., Gilbody, S., & Hewitt, C. E. (2022). The lived experience of severe mental illness and long-term conditions: a qualitative exploration of service user, carer, and healthcare professional perspectives on self-managing co-existing mental and physical conditions. *BMC psychiatry*, 22(1), 479. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04132-3>
- Cheng, K.-Y., & Yen, C.-F. (2021). The social support, mental health, psychiatric symptoms, and functioning of persons with schizophrenia participating in peer co-

- delivered vocational rehabilitation: a pilot study in Taiwan. *BMC psychiatry*, 21(1), 268. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03367-3>
- Chin, F., & Hayes, S. C. (2017). Acceptance and commitment therapy and the cognitive behavioral tradition: Assumptions, model, methods, and outcomes. In *The Science of Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 155-173). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803457-6.00007-6>
- Chowdhury, T. R., Sahu, K. K., & Biswas, P. (2018). Disability and rehabilitation needs of persons with schizophrenia. *Indian Journal of Psychiatric Social Work*, 38-48. <https://doi.org/10.29120/ijpsw.2018.v9.i1.41>
- Chuang, S.-P., Wu, J. Y.-W., & Wang, C.-S. (2024). Interventions for Reduction of Stigma in People with Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Medical Sciences*, 44(2), 53-59. https://doi.org/10.4103/jmedsci.jmedsci_166_23
- Costa, R., Bastos, T., Probst, M., Seabra, A., Abreu, S., Vilhena, E., Rosenbaum, S., Ward, P. B., & Corredeira, R. (2018). Association of lifestyle-related factors and psychological factors on quality of life in people with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 267, 382-393. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.022>
- Creamer, E. (2020). Tamamen bütünleştirilmiş karma yöntem araştırmalarına giriş. *İ. Seçer, S. Ulaş, Çev.). Vizetek*.
- Creswell, J. W. (2016). *Nitel araştırma yöntemleri: Beş yaklaşıma göre nitel araştırma ve araştırma deseni*. Siyasal kitabevi.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2017). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. (2023). Revisiting mixed methods research designs twenty years later. *Handbook of Mixed Methods Research Designs*, 21-36.

- Crockett, M. A., Núñez, D., Martínez, P., Borghero, F., Campos, S., Langer, Á. I., Carrasco, J., & Martínez, V. (2025). Interventions to Reduce Mental Health Stigma in Young People: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Network Open*, 8(1), e2454730-e2454730. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.54730>
- Çataloluk, A., & Buran, A. (2023). Şizofreni Bozukluğunun Tarihi, Epidemiyolojisi, Etiyolojisi ve Tedavisi. *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi*, 6(7), 916-933. <https://doi.org/10.26677/TR1010.2023.1256>
- Çoker, F., Yalçınkaya, A., Çelik, M., & Uzun, A. (2021). Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarında hastaneye yatış sıklığı, hastalık semptomlarının şiddeti, işlevsel iyileşme ve içgörü üzerine etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 12(3), 181-187. <https://doi.org/10.14744/phd.2021.18199>
- Dragomirecká, E., van Weeghel, J., & Pěč, O. (2022). Psychiatric rehabilitation and continuity of care. In *Research Handbook on Mental Health Policy* (pp. 172-188). Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781800372788.00022>
- Dubreucq, J., Plasse, J., & Franck, N. (2021). Self-stigma in serious mental illness: A systematic review of frequency, correlates, and consequences. *Schizophrenia Bulletin*, 47(5), 1261-1287. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbab031>
- Dubreucq, J., Plasse, J., Gabayet, F., Faraldo, M., Blanc, O., Chereau, I., Cervello, S., Couhet, G., Demily, C., & Guillard-Bouhet, N. (2020). Self-stigma in serious mental illness and autism spectrum disorder: Results from the REHABase national psychiatric rehabilitation cohort. *European Psychiatry*, 63(1), e13. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.11>
- Durand, D., Strassnig, M. T., Moore, R. C., Depp, C. A., Ackerman, R. A., Pinkham, A. E., & Harvey, P. D. (2021). Self-reported social functioning and social cognition in schizophrenia and bipolar disorder: using ecological momentary assessment to

- identify the origin of bias. *Schizophrenia research*, 230, 17-23.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.03.005>
- El Ashry, A. M., Abd El Dayem, S. M., & Ramadan, F. H. (2021). Effect of applying “acceptance and commitment therapy” on auditory hallucinations among patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(2), 141-152.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.12.009>
- Eliasson, E. T., McNamee, L., Swanson, L., Lawrie, S. M., & Schwannauer, M. (2021). Unpacking stigma: Meta-analyses of correlates and moderators of personal stigma in psychosis. *Clinical Psychology Review*, 89, 102077.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102077>
- Fakorede, O. O., Ogunwale, A., & Akinhanmi, A. O. (2020). Disability among patients with schizophrenia: A hospital-based study. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(2), 179-187. <https://doi.org/10.1177/0020764019889014>
- Fawson, S., Moon, Z., Novogradsky, K., Moxham, F., Forster, K., Tribe, I., Moss-Morris, R., Johnson, C., & Hughes, L. D. (2024). Acceptance and commitment therapy processes and their association with distress in cancer: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 18(3), 456-477.
<https://doi.org/10.1080/17437199.2023.2164589>
- Ferreira, M. G., Mariano, L. I., de Rezende, J. V., Caramelli, P., & Kishita, N. (2022). Effects of group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on anxiety and depressive symptoms in adults: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 309, 297-308. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.074>
- Fond, G., Vidal, M., Joseph, M., Etchecopar-Etchart, D., Solmi, M., Yon, D. K., Correll, C. U., & Boyer, L. (2023). Self-stigma in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of 37 studies from 25 high-and low-to-middle income countries.

- Molecular Psychiatry*, 28(5), 1920-1931. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01857-0>
- Fox, A. B., Earnshaw, V. A., Taverna, E. C., & Vogt, D. (2018). Conceptualizing and measuring mental illness stigma: The mental illness stigma framework and critical review of measures. *Stigma and Health*, 3(4), 348. <https://doi.org/10.1037/sah0000100>
- Gagiu, C., Dionisie, V., Manea, M. C., Mazilu, D. C., & Manea, M. (2024). Internalised Stigma, Self-Esteem and Perceived Social Support as Psychosocial Predictors of Quality of Life in Adult Patients with Schizophrenia. *Journal of Clinical Medicine*, 13(22), 6959. <https://doi.org/10.3390/jcm13226959>
- Galal Osman, H., Abdel-fattah, S., & Ibrahim, F. (2023). Effect of Psycho-Educational Program on Activity of Daily Living Among Schizophrenic Patients. *Benha Journal of Applied Sciences*, 8(4), 273-284. <https://doi.org/10.21608/bjas.2023.290102>
- Gaudiano, B. A., Ellenberg, S., Johnson, J. E., Mueser, K. T., & Miller, I. W. (2023). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for inpatients with psychosis: Implementation feasibility and acceptability from a pilot randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, 261, 72-79. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.04.002>
- Gayatri Devi, S. (2025). Acceptance and Commitment therapy and psychological well-being: a narrative review. *Cureus*, 17(1). <https://doi.org/10.7759/cureus.XXXX>
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181-192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.003>

- Godbee, M., & Kangas, M. (2020). The relationship between flexible perspective taking and emotional well-being: A systematic review of the “self-as-context” component of acceptance and commitment therapy. *Behavior Therapy*, 51(6), 917-932. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.06.002>
- Golestanifar, S., & DashtBozorgi, Z. (2020). The Effectiveness of acceptance and commitment based therapy on depression, psychological health and life expectancy of the elderly with nonclinical depression. *Aging Psychology*, 6(3), 191-203. <https://doi.org/10.22126/jap.2020.5748.1470>
- González-Menéndez, A., Arboleya Faedo, T., González-Pando, D., Ordoñez-Cambor, N., García-Vega, E., & Paino, M. (2021). Psychological inflexibility in people with chronic psychosis: The mediating role of self-stigma and social functioning. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12376. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312376>
- Göktaş, A., & Buldukoğlu, K. (2022). Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Yardım Arama Davranışları. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 4(3), 159-164. <https://doi.org/10.48071/sbuhemsirelik.1109939>
- Griffin, C. (2020). Whose Eyes Are We Seeing Through?: A Proposed Investigation of the Effect of Self-Stigma Reduction Therapy on Quality of Life and Clinical Symptoms in Individuals Living with Schizophrenia.
- Gühne, U., Weinmann, S., Riedel-Heller, S. G., & Becker, T. (2020). Psychosocial therapies in severe mental illness: update on evidence and recommendations. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(4), 414-421. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000627>
- Handest, R., Molstrom, I.-M., Gram Henriksen, M., Hjorthøj, C., & Nordgaard, J. (2023). A systematic review and meta-analysis of the association between

- psychopathology and social functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 49(6), 1470-1485. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbad044>
- Harper, D. J., & Vakili, K. (2021). Mental Health Prejudice, Discrimination and Epistemic Injustice: Moving beyond Stigma and Biomedical Dominance. In *The Routledge International Handbook of Discrimination, Prejudice and Stereotyping* (pp. 26-41). Routledge.
- Harris, R. (2019). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Hayes-Skelton, S. A., & Eustis, E. H. (2020). Experiential avoidance.
- Hayes, S. C. (2019). Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World Psychiatry*, 18(2), 226. <https://doi.org/10.1002/wps.20673>
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2023). The idionomic future of cognitive behavioral therapy: What stands out from criticisms of ACT development. *Behavior Therapy*, 54(6), 1036-1063. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.05.005>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford press.
- Herrera, S. N., Sarac, C., Phili, A., Gorman, J., Martin, L., Lyallpuri, R., Dobbs, M. F., DeLuca, J. S., Mueser, K. T., & Wyka, K. E. (2023). Psychoeducation for individuals at clinical high risk for psychosis: a scoping review. *Schizophrenia Research*, 252, 148-158. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.01.010>
- Hopewell, S., Chan, A.-W., Collins, G. S., Hróbjartsson, A., Moher, D., Schulz, K. F., Tunn, R., Aggarwal, R., Berkwits, M., & Berlin, J. A. (2025). CONSORT 2025 statement: updated guideline for reporting randomised trials. *The Lancet*, 405(10489), 1633-1640.

- Hsu, T., Adamowicz, J. L., & Thomas, E. B. (2023). The effect of acceptance and commitment therapy on the psychological flexibility and inflexibility of undergraduate students: A systematic review and three-level meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.03.001>
- Huang, L.-T., Liu, C.-Y., & Yang, C.-Y. (2023). Narrative enhancement and cognitive therapy for perceived stigma of chronic schizophrenia: A multicenter randomized controlled trial study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 44, 59-68.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2023.01.005>
- Hurmuz, M., Frandes, M., Panfil, A.-L., Stoica, I.-P., Bredicean, C., Giurgi-Onocu, C., Papava, I., & Nirestean, A. (2022). Quality of life in patients with chronic psychotic disorders: A practical model for interventions in Romanian mental health centers. *Medicina*, 58(5), 615. <https://doi.org/10.3390/medicina58050615>
- Iuso, S., Severo, M., Trotta, N., Ventriglio, A., Fiore, P., Bellomo, A., & Petito, A. (2023). Improvements in treatment adherence after family psychoeducation in patients affected by psychosis: preliminary findings. *Journal of Personalized Medicine*, 13(10), 1437. <https://doi.org/10.3390/jpm13101437>
- Jagan, S., Mohd Daud, T. I., Chia, L. C., Saini, S. M., Midin, M., Eng-Teng, N., & Ratnasingam, S. (2023). Evidence for the effectiveness of psychological interventions for internalized stigma among adults with schizophrenia spectrum disorders: A systematic review and meta-analyses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(8), 5570. <https://doi.org/10.3390/ijerph20085570>
- John, A., Gandhi, S., Prasad, M. K., & Manjula, M. (2022). Effectiveness of IADL interventions to improve functioning in persons with Schizophrenia: A systematic

- review. *International Journal of Social Psychiatry*, 68(3), 500-513.
<https://doi.org/10.1177/00207640221078154>
- Jormfeldt, H., & Carlsson, I.-M. (2018). Equine-assisted therapeutic interventions among individuals diagnosed with schizophrenia. A systematic review. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(8), 647-656. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1455478>
- Karatepe, H. T., & Aktepe, M. (2020). Acceptance, Values and Mindfulness May Differentially Affect Functioning on Bipolar Disorder in Remission; A Single-Center Study. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 30(2), 186-192. <https://doi.org/10.1080/24750573.2020.1744024>
- Killaspy, H., Harvey, C., Brasier, C., Brophy, L., Ennals, P., Fletcher, J., & Hamilton, B. (2022). Community-based social interventions for people with severe mental illness: a systematic review and narrative synthesis of recent evidence. *World Psychiatry*, 21(1), 96-123. <https://doi.org/10.1002/wps.20901>
- Kızıllırmak Tatu, M., & Demir, S. (2020). Effect of group psychoeducation on treatment adherence, quality of life and well-being of patients diagnosed with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(3), 256-266. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1710134>
- Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare management forum*, 30(2), 111–116. <https://doi.org/10.1177/0840470416679413>
- Koç, İ., Kabuk, A., Türkoğlu, İ., & Orhan, D. (2022). Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Tarafından Takip Edilen Şizofreni Hastalarında Anksiyetenin ve Şiddete Meyil Arasındaki İlişki. *USCEH Dergisi*, 2(2), 1-10. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7030129>
- Koparal, B., & Kiraz Avcı, I. (2025). The Mediating Role of Internalized Stigma and Illness Knowledge in the Relationship Between Psychological Flexibility and

- Symptom Severity in Schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 1-15.
<https://doi.org/10.1007/s11126-025-10010-8>
- Korman, N., Stanton, R., Vecchio, A., Chapman, J., Parker, S., Martland, R., Siskind, D., & Firth, J. (2023). The effect of exercise on global, social, daily living and occupational functioning in people living with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 256, 98-111.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.06.008>
- Kul, A., & Türk, F. (2020). Kabul ve adanmışlık terapisi (ACT) üzerine bir derleme çalışması. *OPUS International Journal of Society Researches*, 16(29 Ekim Özel Sayısı), 3773-3805. <https://doi.org/10.26466/opus.741907>
- Kurt, A., & Erdal Ersan, E. (2021). Comparison of hospitalization rate and social functioning of patients receiving community mental health service and outpatient psychiatry policlinic. *Psychiatria Danubina*, 33(broj 4), 532-540.
- Kurt, A., Erşan, E. E., & Savaş, İ. (2021). Comparison of self-stigma and subjective recovery status of patients receiving Community Mental Health Service and outpatient psychiatry policlinic. *Journal of Psychiatric Nursing*, 12(2), 103-112.
<https://doi.org/10.24869/psyd.2021.532>
- Lamarca, M., Espinosa, V., Acuña, V., Vila-Badia, R., Balsells-Mejia, S., Moritz, S., Berna, F., König, C., Gawęda, Ł., & Barajas, A. (2024). Reducing self-stigma in psychosis: A systematic review and meta-analysis of psychological interventions. *Psychiatry Research*, 342, 116262.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.116262>
- Leendertse, J., Wierdsma, A., Van Den Berg, D., Ruissen, A., Slade, M., Castelein, S., & Mulder, C. (2021). Personal recovery in people with a psychotic disorder: a systematic review and meta-analysis of associated factors. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 622628. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.622628>

- Li, J., Huang, Y.-G., Ran, M.-S., Fan, Y., Chen, W., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2018). Community-based comprehensive intervention for people with schizophrenia in Guangzhou, China: Effects on clinical symptoms, social functioning, internalized stigma and discrimination. *Asian Journal of Psychiatry*, 34, 21-30. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.12.006>
- Li, Y., Rekhi, G., Ang, M. S., & Lee, J. (2023). Impact of negative symptoms on health-related quality of life in schizophrenia. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1252354. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1252354>
- Liu, H., Liu, N., Chong, S. T., Yau, E. K. B., & Badayai, A. R. A. (2023). Effects of acceptance and commitment therapy on cognitive function: A systematic review. *Heliyon*, 9(3). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e13892>
- Liu, X., Yin, M., Li, Z., & Wang, D. (2024). Psychosocial correlates of internalized stigma among Chinese individuals with severe mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 62(1), 37-44. <https://doi.org/10.3928/02793695-20231023-01>
- Luo, H., Li, Y., Yang, B. X., Chen, J., & Zhao, P. (2022). Psychological interventions for personal stigma of patients with schizophrenia: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 148, 348-356. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.01.020>
- Luo, H., Li, Y. L., Luo, X. J., Xia, L., Xiao, J., Xiao, H., & Chen, J. (2025). The efficacy of psychoeducation-based programs on internalized stigma in patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 116540. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2025.121540>
- Luoma, J. B., & Platt, M. G. (2015). Shame, self-criticism, self-stigma, and compassion in acceptance and commitment therapy. *Current opinion in Psychology*, 2, 97-101. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.013>

- McCutcheon, R. A., Keefe, R. S., & McGuire, P. K. (2023). Cognitive impairment in schizophrenia: aetiology, pathophysiology, and treatment. *Molecular Psychiatry*, 28(5), 1902-1918. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01817-9>
- McDonagh, M. S., Dana, T., Kopelovich, S. L., Monroe-DeVita, M., Blazina, I., Bougatsos, C., Grusing, S., & Selph, S. S. (2022). Psychosocial interventions for adults with schizophrenia: an overview and update of systematic reviews. *Psychiatric Services*, 73(3), 299-312. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202100548>
- McDowell, C., Ennals, P., & Fossey, E. (2021). Vocational service models and approaches to improve job tenure of people with severe and enduring mental illness: a narrative review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 668716. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.668716>
- McHugh, L., Stewart, I., & Almada, P. (2019). *A contextual behavioral guide to the self: Theory and practice*. New Harbinger Publications.
- McLoughlin, S., & Roche, B. T. (2023). ACT: A process-based therapy in search of a process. *Behavior Therapy*, 54(6), 939-955. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.06.001>
- Moon, I., Frost, A. K., & Kim, M. (2020). The role of physical activity on psychological distress and health-related quality of life for people with comorbid mental illness and health conditions. *Social Work in Mental Health*, 18(4), 410-428. <https://doi.org/10.1080/15332985.2019.1698303>
- 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, 120-133. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.05.023>
- Morris, E. M., Johns, L. C., & Gaudiano, B. A. (2024). Acceptance and commitment therapy for psychosis: Current status, lingering questions and future directions.

- Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 97(1), 41-58.
<https://doi.org/10.1111/papt.12318>
- Mucci, A., Galderisi, S., Gibertoni, D., Rossi, A., Rocca, P., Bertolino, A., Aguglia, E., Amore, M., Bellomo, A., & Biondi, M. (2021). Factors associated with real-life functioning in persons with schizophrenia in a 4-year follow-up study of the Italian network for research on psychoses. *JAMA Psychiatry*, 78(5), 550-559.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.4423>
- Ordóñez-Camblor, N., Paino, M., Fonseca-Pedrero, E., & Pizarro-Ruiz, J. P. (2021). Mediation of the stigma in the influence of negative symptomatology over recovery in psychosis. *International journal of clinical and health psychology*, 21(2), 100220. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.100220>
- Önol, S., & Dönmez, A. (2021). Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerde mesleki rehabilitasyon: toplum ruh sağlığı hemşiresi neler yapabilir? *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 37(1), 87-94.
<https://doi.org/10.20289/euehf.2021.37107>
- Öz, D. E. (2020). Şizofreni, şizoaffektif bozukluk, psikoitk özellikli bipolar duygudurum bozukluğu, sanrılı bozukluk hastalarında aylık depo antipsikotik kullanımında tedavi uyumunu etkileyen faktörler. [Yayınlanmamış doktora tezi].
- Özaydın, Ö., Gürün, H. P., Çavdar, S., Tanrıverdi, S., Dağ, B., Yüzal, S., & Akay, O. (2022). İstanbul'daki kamu sağlık çalışanlarının ruh sağlığı sorunu olan bireylere yönelik inançları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 25(3).
<https://doi.org/10.5505/kpd.2022.34033>
- Özden, S. A., Tekindal, M., Gedik, T. E., Erim, F., Ege, A., & Tekindal, M. A. (2022). Nitel Araştırmaların rapor edilmesi: CoREQ kontrol listesinin Türkçe uyarlaması. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*(35), 522-529.
<https://doi.org/10.31590/ejosat.976957>

- Özer, D., & Dişsiz, M. (2024). The effect of online group based acceptance and commitment therapy on psychotic symptoms and functioning levels of individuals with early psychosis. *Schizophrenia Research*, 267, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2024.04.007>
- Öztürk, S., Altan Sarıkaya, N., & Öz, S. (2021). Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan ve almayan hastaların yeti yitimi ve sosyal işlevsellik düzeyleri ile öznel iyileşme algılarının karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 12(1), 1-8. <https://doi.org/10.5505/phd.2021.61657>
- Petersen, J. M., Krafft, J., Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2021). Evaluating the open and engaged components of acceptance and commitment therapy in an online self-guided website: Results from a pilot trial. *Behavior Modification*, 45(3), 480-501. <https://doi.org/10.1177/0145445520967248>
- Pittman, J., Richardson, T., & Palmer-Cooper, E. (2024). The relationship between psychosis and psychological flexibility and other acceptance and commitment therapy processes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 100800. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100800>
- Puolakka, K., & Pitkänen, A. (2019). Effectiveness of psychosocial interventions on quality of life of patients with schizophrenia and related disorders: A systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(5), 73-82. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.06.003>
- Rantala, M. J., Luoto, S., Borráz-León, J. I., & Krams, I. (2022). Schizophrenia: The new etiological synthesis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 142, 104894. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104894>
- Raphael, J., Price, O., Hartley, S., Haddock, G., Bucci, S., & Berry, K. (2021). Overcoming barriers to implementing ward-based psychosocial interventions in

- acute inpatient mental health settings: A meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 115, 103870. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103870>
- Reilly, E. D., Ritzert, T. R., Scoglio, A. A., Mote, J., Fukuda, S. D., Ahern, M. E., & Kelly, M. M. (2019). A systematic review of values measures in acceptance and commitment therapy research. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 290-304. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.04.002>
- Romash, I. R., Romash, I. B., & Pustovoyt, M. M. (2022). Features of social dysfunction, assessment of levels of social frustration and satisfaction with the quality of medical care in patients with schizophrenia on the background of somatic comorbidity. *Wiad Lek*, 75(8), 1876-1881. <https://doi.org/10.36740/WLek202208110>
- Roosenschoon, B.-J., Deen, M. L., van Weeghel, J., Kamperman, A. M., & Mulder, C. L. (2024). Illness (self) management, clinical and functional recovery as determinants of personal recovery in people with severe mental illnesses: A mediation analysis. *PloS one*, 19(11), e0313202. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0313202>
- Saavedra Macías, F. J., Brzeska, J., Matías García, J. A., & Arias Sánchez, S. (2023). Quality of life and psychiatric distress in people with serious mental illness, the role of personal recovery. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 96 (2), 525-541. <https://doi.org/10.1111/papt.12415>
- Sarandöl, A., Güllülü, R. A., Avcı, İ. K., Türk, E., & Eker, S. S. (2024). The Effects of Art Therapy and Psychosocial Skills Training on Symptoms and Social Functioning in Patients with Schizophrenia and Their Relatives. *Turkish Journal of Psychiatry*, 35(2), 102. <https://doi.org/10.5080/u26773>
- Sarraf, L., Lepage, M., & Sauve, G. (2022). The clinical and psychosocial correlates of self-stigma among people with schizophrenia spectrum disorders across cultures:

- A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research*, 248, 64-78.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.03.014>
- Scheydt, S., & Hegedüs, A. (2021). Tasks and activities of Advanced Practice Nurses in the psychiatric and mental health care context: A systematic review and thematic analysis. *International journal of nursing studies*, 118, 103759.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103759>
- Shi, J.-Y., Cao, Y.-M., Luo, H.-Y., Liu, S., Yang, F.-M., & Wang, Z.-H. (2023). Effect of a group-based acceptance and commitment therapy (ACT) intervention on self-esteem and psychological flexibility in patients with schizophrenia in remission. *Schizophrenia Research*, 255, 213-221.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.02.004>
- Soeker, M. S., Abbas, I., & Karachi, F. (2023). The effectiveness of the model of occupational self-efficacy in improving the quality of life and self-efficacy beliefs in individuals living with schizophrenia: A pre-and post-intervention pilot study. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 59(2), 221-231.
<https://doi.org/10.3233/JVR-230072>
- Soliman, E., Mahdy, R., & Fouad, H. (2018). Impact of psychoeducation program on quality of life of schizophrenic patients and their caregivers. *Egyptian Journal of Psychiatry*, 39(1), 35-35.
- Soygür, H., Aybaş, M., Hınçal, G., & Aydemir, Ç. (2000). Şizofreni hastaları için yaşam niteliği ölçeği: Güvenirlik ve yapısal geçerlik çalışması. *Düşünen Adam*, 13(4), 204-210.
- Spidel, A., Lecomte, T., Kealy, D., & Daigneault, I. (2018). Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: Improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention.

- Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(2), 248-261.
<https://doi.org/10.1111/papt.12174>
- Strunz, M., Jiménez, N. P. n., Gregorius, L., Hewer, W., Pollmanns, J., Viehmann, K., & Jacobi, F. (2022). Interventions to promote the utilization of physical health care for people with severe mental illness: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 126.
<https://doi.org/10.3390/ijerph20010126>
- Sum, M. Y., Chan, S. K. W., Tse, S., Bola, J. R., Ng, R. M. K., Hui, C. L. M., Lee, E. H. M., Chang, W. C., & Chen, E. Y. H. (2021). Relationship between subjective quality of life and perceptions of recovery orientation of treatment service in patients with schizophrenia and major depressive disorder. *Asian Journal of Psychiatry*, 57, 102578. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102578>
- Suman, A., Nehra, R., Sahoo, S., & Grover, S. (2023). Prevalence of loneliness and its correlates among patients with schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 69(4), 906-915. <https://doi.org/10.1177/00207640221137101>
- Şişginoğlu, E. C., & Molu, N. G. (2024). Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Hastaların Tip Dişi Yardım Arama Davranışları ve İlaç Uyum Düzeylerinin Belirlenmesi. *Medical Journal of Süleyman Demirel University*, 31(1), 1-12.
<https://doi.org/10.17343/sdutfd.1184375>
- Tanriverdi, D., Kaplan, V., Bilgin, S., & Demir, H. (2020). The comparison of internalized stigmatization levels of patients with different mental disorders. *Journal of Substance Use*, 25(3), 251-257.
<https://doi.org/10.1080/14659891.2019.1675790>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups.

- International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Torales, J., Aveiro-Róballo, T. R., Ríos-González, C., Barrios, I., Almirón-Santacruz, J., González-Urbieto, I., Caycho-Rodríguez, T., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2023). Discrimination, stigma and mental health: what's next? *International Review of Psychiatry*, 35(3-4), 242-250.
<https://doi.org/10.1080/09540261.2023.2186218>
- Tunç, H., Morris, P. G., Kyranides, M. N., McArdle, A., McConachie, D., & Williams, J. (2023). The relationships between valued living and depression and anxiety: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 28, 102-126.
- Turan, N. D. (2019). Kronik ruhsal bozukluklarda ruhsal eğitim ve iş uygulamaları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(1), 120-128.
<https://doi.org/10.18863/pgy.367359>
- TÜRBAD. (2025). *Bağlamsal Davranış Bilimleri ve Psikoterapiler Derneği ve Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği (TÜRBAD). Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT). Türkiye: Bağlamsal Davranış Bilimleri ve Psikoterapiler Derneği ve Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği 2025. Erişim 11.02.2025, https://www.baglamsalbilimler.org/kabul-ve-kararlilik-terapisi-act/.*
- Uygur, A. B., & Danacı, A. E. (2019). Şizofreni hastalarının ihtiyaçları ve öngörülebilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 30(3), 180-190.
<https://www.doi.org/10.5080/u23283>
- van Dusseldorp, L., Groot, M., van Vught, A., Goossens, P., Hulshof, H., & Peters, J. (2023). How patients with severe mental illness experience care provided by psychiatric mental health nurse practitioners. *Journal of the American Association*

- of Nurse Practitioners, 35(5), 281-290.
<https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000867>
- Van Eck, R. M., Jelsma, A., Blondeel, J., Burger, T. J., Vellinga, A., de Koning, M. B., Schirmbeck, F., Kikkert, M., Boyette, L.-L., & de Haan, L. (2025). The Association Between Change in Symptom Severity and Personal Recovery in Patients With Severe Mental Illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 213(1), 1-6. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001809>
- Vancampfort, D., Firth, J., Correll, C. U., Solmi, M., Siskind, D., De Hert, M., Carney, R., Koyanagi, A., Carvalho, A. F., & Gaughran, F. (2021). The impact of pharmacological and non-pharmacological interventions to improve physical health outcomes in people with schizophrenia: a meta-review of meta-analyses of randomized controlled trials. *Focus*, 19(1), 116-128.
<https://doi.org/10.1176/appi.focus.19103>
- Velligan, D. I., & Rao, S. (2023). The epidemiology and global burden of schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry*, 84(1), 45094.
<https://doi.org/10.4088/JCP.MS21078COM5>.
- Verma, P. K., Walia, T. S., Chaudhury, S., & Srivastava, S. (2019). Family psychoeducation with caregivers of schizophrenia patients: Impact on perceived quality of life. *Industrial Psychiatry Journal*, 28(1), 19-23.
https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_2_19
- Vita, A., Barlati, S., Ceraso, A., Nibbio, G., Ariu, C., Deste, G., & Wykes, T. (2021). Effectiveness, core elements, and moderators of response of cognitive remediation for schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *JAMA psychiatry*, 78(8), 848-858. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.0620
- WHO. (2022). *Mental disorder*: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>. 2022.

- Yanos, P. T., DeLuca, J. S., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2020). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness: A review of the evidence. *Psychiatry Research*, 288, 112950. <https://doi.org/10.1080/15487761003756860>
- Yavuz, K. F. (2015). Kabul ve kararlılık terapisi (ACT): Genel bir bakış. *Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 8(2), 21-27.
- Ye, X., Zeng, F., Wang, Y., Ding, R., Zhao, M., Zhu, D., & He, P. (2023). Effectiveness of community-based rehabilitation interventions on symptoms and functioning for people with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Quarterly*, 94(3), 501-529. <https://doi.org/10.1007/s11126-023-10029-8>
- Yıldız, E. (2020). The effects of acceptance and commitment therapy in psychosis treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *Perspectives in psychiatric care*, 56(1), 149-167. <https://doi.org/10.1111/ppc.12396>
- Yıldız, E., & Aylaz, R. (2021). How counseling based on acceptance and commitment therapy and supported with motivational interviewing affects the perceptions of treatment motivation in patients diagnosed with schizophrenia: a qualitative study. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 27(5), 390-404. <https://doi.org/10.1177/1078390320945380>
- Yıldız, M., Kaytaç Yılmaz, B. N., İncedere, A., Abut, F. B., Aydın, A. Ö., Sarandöl, A., Örum, T. G. Y., Kurt, A., & Erşan, E. E. (2019). Rates and correlates of employment in patients with schizophrenia: A multicenter study in Turkey. *International Journal of Social Psychiatry*, 65(3), 235-243.
- Yıldız, M., Kiras, F., İncedere, A., & Abut, F. B. (2019). Development of self-stigma inventory for patients with schizophrenia (SSI-P): reliability and validity study. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 640-649.
- Yıldız, M., Kiras, F., İncedere, A., Esen, D., Gürçan, M. B., Abut, B., İpçi, K., & Tural, Ü. (2018). Şizofreni Hastaları için toplumsal işlevselliği Değerlendirme Ölçeğinin

geliştirilmesi: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19, 29-38. <https://doi.org/10.5455/apd.2374>

Yıldız., M. (2021). Psychosocial rehabilitation interventions in the treatment of schizophrenia and bipolar disorder. *Archives of Neuropsychiatry*, 58(Suppl 1), S77. <https://doi.org/10.29399/npa.27430>

Zoromba, M. A., Sefouhi, L., Alenezi, A., Selim, A., Awad, S., El-Gazar, H. E., & El-Monshed, A. H. (2024). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychotic Severity Among Inpatients With Primary Psychoses: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33(6), 2239-2256. <https://doi.org/10.1111/inm.13388>

EKLER

EK-1. Etik Bildirim ve İntihal Beyan Formu

	SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ Graduate School of Health Sciences
ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU¹	
Öğrencinin Adı ve Soyadı	Ceylan AKSOY
Öğrencinin Numarası	
Ana Bilim Dalı	Psikiyatri Hemşireliği
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Doktora

Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.

Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları
I. Giriş	%6	% 15
II. Genel Bilgiler	%2	% 35
III. Materyal ve Metod	%14	% 35
IV. Bulgular	%14	% 15
V. Tartışma	%0	% 20

Not: Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5'den büyük olmaması gerekir.

EK-2. Etik Kurul Onay Formu



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Bölümü : Dekanlık
Servisi : Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Sayı : B.30.2.ATA.0.01.00/618
Konu : Etik Kurul Kararı

25.10.2024

Sayın: Dr. Öğr. Üyesi Kübra GÖKALP
Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz "Kronik Ruhsal Bozukluğa Sahip Bireylere Uygulanan Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Psikoeğitim Programının Hastaların Damgalanma Algıları, İşlevsellik ve Yaşam Niteliği Düzeylerine Etkisi: Karma Bir Çalışma" isimli bilimsel tez çalışmasına ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Eki :
1 Adet Etik Kurul Kararı

Sorumlu Araştırmacı :

1. Dr. Öğr. Üyesi Kübra GÖKALP

Yardımcı Araştırmacı :

1. Ceylan AKSOY



**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Dr. Öğr. Üyesi Kübra GÖKALP
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		Kronik Ruhsal Bozukluğa Sahip Bireylere Uygulanan Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Psikoeğitim Programının Hastaların Damgalanma Algıları, İşlevsellik ve Yaşam Niteliği Düzeylerine Etkisi: Karma Bir Çalışma
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı:7 Karar No:32	Tarih:25.10.2024
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacının/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin BAP tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

EK-3. Kurum izni



AĞRI İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KOMİSYON TOPLANTI TUTANAĞI

TOPLANTININ TARİHİ : 24/09/2024

SAYISI : 161

Müdürlüğümüzün Bilimsel Araştırma İzin Komisyonu, 24/09/2024 günü saat 10.00'da toplantı salonunda toplanarak aşağıdaki kararlar alınmıştır.

Sayı	Tez/Proje/Makale Konu	Karar
1.	Kronik Ruhsal Bozukluğa Sahip Bireylere Uygulanan Kabul ve Kararlık Terapisi Temelli Müdahalenin Hastaların Damgalanma Algıları, İşlevsellik ve Yaşam Niteliği Düzeylerine Etkisi: Karma Bir Çalışma Araştırmayı Yapan Kişi: Öğr. Gör. Ceylan AKSOY Yardımcı Araştırmacı: Dr.Öğr. Üyesi Kübra GÖKALP Araştırmanın Yapılacağı Yer: Ağrı Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Onaylandı.

Oy birliği ile karar verildi.

EK-4. Tez Çalışması Sırasında Uzman Görüşü Alınan Kişiler



EK-5. COREQ Kontrol Listesi

Sayı	Madde	Rehber Sorusu / Açıklama
1. Alan: Araştırma ekibi ve düşünömsellik		
1	Görüşmeci/Kolaylaştırıcı	Ceylan AKSOY
2	Akademik dereceler	Uzman psikiyatri hemşiresi / Öğr. Gör
3	Meslek	Öğretim Görevlisi
4	Cinsiyet	Kadın
5	Deneyim ve eğitim	Ekler ve özgeçmiş bölümünde belirtilmiştir.
Katılımcılarla ilişki		
6	Kurulu ilişki	Çalışma başlamadan önce katılımcılarla ilişki kurulmuştur.
7	Katılımcıların görüşmeciyle ilgili bilgisi	Görüşmeler yapılmadan önce katılımcılar araştırmacının eğitim sürecinde yer alacağına yönelik bilgiye sahipti.
8	Görüşmecinin özellikleri	Raporda (tez çalışmasında) görüşmeciyle/kolaylaştırıcıyla ilgili özellik olarak özgeçmişini belirtilmiştir.
2. Alan: Araştırmanın tasarımı		
Kuramsal çerçeve		
9	Metodolojik yönelim ve Kuram	Fenomenolojik yöntem
Katılımcıların seçilmesi		
10	Örnekleme	Amaçlı rastgele örnekleme yöntemi
11	Katılımcılara ulaşma yöntemi	Yüz yüze görüşme yöntemi ile ulaşım sağlandı.
12	Örneklem büyüklüğü	Nitel yöntem için deney gruplarından toplam 11 kişi ile görüşme yapılmıştır.
13	Katılmama durumu/katılımcı reddi	Tüm katılımcılar görüşmeyi kabul etmiştir
Ortam / Saha		
14	Veri toplama sahası (öneri: verinin toplandığı yer)	Veriler toplum ruh sağlığı merkezinin görüşme odasında toplanmıştır.
15	Katılımcı olmayanların varlığı	Görüşmeler bireysel olarak sadece araştırmacı ve katılımcı arasında yürütölmüştür.
16	Örnekleme ilişkin açıklama	Araştırmaya dahil edilme ve hariç tutma kriterlerine göre örneklem belirlenmiştir.
Veri toplama		
17	Görüşme rehberi	Uzman görüşü alınarak hazırlanan yarı yapılandırılmış forma göre görüşme yapılmıştır.
18	Tekrarlanan görüşmeler	Tekrarlanan görüşme gerçekleşmemiştir.
19	Ses/görüntü kaydı	Araştırma verisi toplanırken ses kaydı alındı.
20	Saha notları	Araştırmacı tarafından görüşme sırasında notlar alındı.
21	Süre	Görüşmeler 15 – 20 dakika arası sürmüştür.
22	Veri doygunluğu	Veri doygunluğu 11 kişi ile sağlanmıştır.
23	Transkriptlerin geri iletilmesi	Katılımcılara yorum yapmaları ve/veya düzeltmeleri için transkriptler ileilmemiştir. Ancak anlaşılabilirliği artırmak için görüşme sonunda alınan notlar ile birlikte katılımcıya sorular yöneltilmiştir.
3. Alan: Analiz ve bulgular		
24	Veri kodlayanların sayısı	Tek bir araştırmacı tarafından kodlama sağlandı. Kodların kontrolü tez danışmanı tarafından sağlandı.
25	Kodlama ağacının açıklaması	Kodlama ağacı bulgular bölümünde belirtilmiştir.
26	Temaların türetilmesi	Temalar katılımcıların sağladığı verilerden türetildi.
27	Yazılım	MAXQDA 2024 programı kullanıldı.
28	Katılımcı kontrolü	Katılımcılar bulgular üzerine geri bildirimde bulunmadı.
Raporlama		
29	Alıntıların gösterilmesi	Katılımcıların K1, K2, K3 gibi tanımlamaları kullanılarak alıntılar belirtildi.
30	Verilerin ve bulguların tutarlılığı	Sunulan veriler ve bulgular tutarlıdır.
31	Ana temaların açıklığı	Ana temalar açık bir şekilde bulgularda sunulmuştur.
32	Alt temaların açıklığı	Alt temalar açık bir şekilde belirtilmiştir.

EK-6. Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz : () Kadın () Erkek

3. Medeni Durumunuz:

() Evli () Bekar () Boşanmış () Eşi Ölmüş-Dul

4. Öğrenim Durumunuz:

() Okur-yazar değil () İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu

() Lise mezunu () Üniversite mezunu

5. Kiminle yaşıyorsunuz:

() Aile () Arkadaş () Diğer

6. Çalışma durumunuz:

() Çalışıyorum () Çalışmıyorum

7. Kaç yıldır bu tanıya sahipsiniz.....

8. Daha önce ruhsal sorunuz nedeniyle hastanede yatarak tedavi oldunuz mu?

() Hiç yatmadım () Yattım (kaç kez.....)

9. Kaç yıldır/aydır TRSM'ye geliyorsunuz.....

EK-7. Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ)

1. El-yüz yıkama sıklığınız nedir?

☐ Haftada 1 ya da daha az ☐ Haftada 3 – 5 kez ☐ Her gün

2. Diş fırçalama sıklığınız nedir?

☐ Haftada 1 ya da daha az ☐ 2-3 günde bir ☐ Günde en az 1 kez

3. Banyo yapma sıklığınız nedir?

☐ Ayda 1-2 kez ya da daha az ☐ Haftada 1-2 kez ☐ Haftada 3 ya da daha fazla

4. Tırnak kesme sıklığınız nedir?

☐ Ayda 1-2 kez ya da daha az ☐ İki haftada bir ☐ Haftada 1 kez

5. İç çamaşırı değiştirme sıklığınız nedir?

☐ Haftada 1 ya da daha az ☐ 2-3 günde bir ☐ Hemen her gün

6. Çorap değiştirme sıklığınız nedir?

☐ Haftada 1 ya da daha az ☐ 2-3 günde bir ☐ Hemen her gün

7. (Kadınlar için) Cilt bakımı ve makyaj yapma, kaş ve bıyık alma sıklığınız nedir?

☐ Sadece özel günlerde ☐ 2- 3 ayda bir ☐ Haftada bir

(Erkekler için) Sakal tıraşı olma sıklığınız nedir?

☐ Haftada 1 ya da daha az ☐ Haftada 2-3 kez ☐ Her gün

8. Birlikte yaşadığınız kişilerle piknik, gezi, konser, maç, sinema, sergi vb. etkinliklere katılma sıklığınız nedir?

☐ Hiç ☐ 2-3 ayda bir ☐ Ayda 1 – 2 kez

9. Birlikte yaşadığınız kişilerle duygu ya da sorunlarınızı paylaşıp mısınız?

☐ Hiç paylaşmam ☐ Sorulduğunda paylaşıyorum ☐ Genellikle paylaşıyorum

10. Kafe/çay bahçesi gibi yerlere gitme sıklığınız nedir?

☐ Hiç ☐ 2-3 ayda bir ☐ Ayda birden fazla

11. Akrabalar dışında kaç yakın arkadaşınız var?

☐ Hiç yok ☐ 1– 3 kişi ☐ 4 ve üzeri

12. Arkadaşlarla birlikte piknik, gezi, konser, maç, sinema, sergi vb. etkinlik yapma sıklığınız nedir?

☐ Hiç yapmam ☐ 2- 3 ayda bir ☐ Ayda en az 1 kez

13. Spor amaçlı etkinlik (halı saha maçı, tempolu yürüyüş, bisiklete binme, yüzme vb.) yapma sıklığınız nedir?

☐ 2-3 ayda bir ya da daha az ☐ Ayda 1- 2 kez ☐ Haftada en az 1 kez

14. Gazete, dergi okuma (internet ve TV haberleri dahil) sıklığınız nedir?

☐ Ayda 1- 2 kez ya da daha az ☐ Haftada 1-2 kez ☐ Hemen her gün

15. Tek başına (yardım almaksızın) evden dışarı çıkma sıklığınız nedir?

☐ Ayda 1- 2 kez ya da daha az ☐ Haftada 1-2 kez ☐ Hemen her gün

16. Toplu taşıma araçlarını ya da özel aracınızı (yardımsız) kullanma sıklığınız nedir?

☐ Ayda 1- 2 kez ya da daha az ☐ Haftada 1-2 kez ☐ Hemen her gün

17. İhtiyaca göre alışveriş (pazar, market, mağaza vb. yerlerde) yapma durumunuz nedir?

☐ Yapamam ☐ Yardımla yaparım ☐ Kendim yaparım

18. Gelirinize göre harcama ve ödeme (para yönetimi) yapma durumunuz nedir?

☐ Yapamam ☐ Yardımla yaparım ☐ Kendim yaparım

19. Çalışma durumunuz nedir?

☐ Çalışmıyorum ☐ Destekli çalışıyorum ☐ Düzenli bir işte çalışıyorum

(Öğrenci ise derslere katılma)

☐ Katılmıyorum ☐ Arada katılıyorum ☐ Düzenli katılıyorum

(Ev hanımı ise ev işleriyle ilgili sorumlulukları)

☐ Yerine getiremiyorum ☐ Yardıma ihtiyaç duyuyorum ☐ Kendim yerine getiriyorum

EK-8. Kendini Damgalama Ölçeği (KDÖ)

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

EK-9. Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞHİNYÖ)

1) Evde birlikte yaşadığı kişilerle ilişkiler	0	1	2	3	4	5	6
2) Arkadaşlık ilişkileri	0	1	2	3	4	5	6
3) Tanıdık edinebilme	0	1	2	3	4	5	6
4) Sosyal aktiviteler	0	1	2	3	4	5	6
5) Sosyal bağlar	0	1	2	3	4	5	6
6) Girişkenlik	0	1	2	3	4	5	6
7) Toplumdan uzaklaşma	0	1	2	3	4	5	6
8) Karşı cinsle ilişkiler	0	1	2	3	4	5	6
9) Mesleki Rol Uyumu	0	1	2	3	4	5	6
10) Başarı	0	1	2	3	4	5	6
11) Potansiyelini kullanabilme	0	1	2	3	4	5	6
12) Mesleki doyum	0	1	2	3	4	5	6
13) Amaç edinebilme	0	1	2	3	4	5	6
14) Motivasyon	0	1	2	3	4	5	6
15) Çevreye ilgi	0	1	2	3	4	5	6
16) Anhedoni	0	1	2	3	4	5	6
17) Zaman kullanımı	0	1	2	3	4	5	6
18) Kişisel eşyalar	0	1	2	3	4	5	6
19) Günlük faaliyetler	0	1	2	3	4	5	6
20) Eşduyum	0	1	2	3	4	5	6
21) Görüşmeci ile etkileşim	0	1	2	3	4	5	6

EK-10. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

1. Isınma Açıklamaları

Öncelikle çalışmaya katıldığınız ve görüşmeye katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederim. Yapacağımız görüşmede, 8 hafta boyunca katılmış olduğunuz “Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) Temelli Psikoeğitim Programı”ndan edindiğiniz deneyimleri ele alacağız. Bu program süresince işlevselliğinize, yaşam kalitenize ve damgalanma algınıza olan etkileri değerlendireceğiz.

Bu görüşme sırasında sizinle program hakkında düşüncelerinizi almak istiyoruz. Görüşme, yapılandırılmış bir formatta ilerleyecek olsa da, kendinizi rahat hissedebilmeniz ve samimi bir ortamda görüşlerinizin alınabilmesi adına sohbet havasında gerçekleşecektir. Sorularımız, programın size olan etkilerini daha iyi anlamamıza yardımcı olmak amacıyla hazırlanmıştır. Sorulara cevap verirken kendinizi rahat hissetmenizi istiyoruz; herhangi bir soruyu yanıtlamak istemezseniz bunu belirtebilirsiniz.

Görüşme sesli olarak kaydedilecektir, ancak tüm bilgiler gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacıyla kullanılacaktır. İsminiz veya kimlik bilgileriniz hiçbir aşamada paylaşılmayacaktır. Görüşme sırasında herhangi bir konuda açıklama yapmak veya anlamadığınız bir soruyu tekrar sormamızı istemek konusunda lütfen çekinmeyin.

2. ACT Temelli Psikoeğitim Programına Genel Bakış

2.1. 8 hafta boyunca uygulanan psikoeğitim programı hakkında genel görüşleriniz nelerdir?

2.2. Program süresince en faydalı bulduğunuz konular nelerdi?

2.3. Programda anlamakta zorlandığınız veya daha fazla açıklama ihtiyacı duyduğunuz konulardan bahseder misiniz?

3. ACT'nin Damgalanma Algısı, İşlevsellik ve Yaşam niteliğine Etkisi

3.1. Programda öğrendiğiniz ACT tekniklerini günlük hayatınıza nasıl uyarlıyorsunuz?

Hangi yöntemleri daha sık kullanıyorsunuz?

3.2. Programdan önce ve sonra, toplumun ruhsal hastalıklara bakışına dair görüşleriniz nasıl değişti? Kendinizi toplum içinde nasıl hissediyorsunuz?

3.3. Programdan sonra sosyal ilişkilerinizde ve günlük yaşantınızda ne gibi değişiklikler olduğunu düşünüyorsunuz?

3.4. Gelecek planlarınız ve hayata bakış açınızdaki değişimler neler oldu?

4. Kapanış

Görüşmemize katıldığınız ve deneyimlerinizi paylaştığınız için çok teşekkür ederim.

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

EK-11. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMESİ VE RIZASININ ALINMASI PROTOKOLÜ

Tarih: ... / ... / ...

GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu araştırma, Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi'nde görev yapmakta olan Öğr. Gör. Ceylan AKSOY tarafından “Kabul ve kararlılık terapisi temelli verilen psikoeğitim programının şizofreni tanılı hastalarda damgalanma algıları, işlevsellik ve yaşam niteliği düzeylerine etkisini incelemek” amacıyla yürütülmektedir.

Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahipsiniz. Bu araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda sorulara vereceğiniz yanıtlar gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilerek araştırma amacıyla kullanılacaktır. Veri toplama amacı ile size verilen anket formundaki sorular 5-7 dk alacaktır. Derinlemesine görüşmeler ise sizin sorulara vereceğiniz yanıtların kısalığı veya uzunluğu dahilinde olacaktır. Anket formunda öncelikle tanıtıcı bilgilerinizi içeren sorular, ardından da damgalanma, işlevsellik ve yaşam niteliğine ilişkin görüşlerinizi belirlemeye yönelik sorular olacaktır. Derinlemesine görüşmelerde ise araştırmacı tarafından hazırlanan ve 8 hafta boyunca katılmış olduğunuz “ACT Temelli Psikoeğitim Programı”ndan edindiğiniz deneyimleri ele alacağız. Bu program süresince işlevselliğinize, yaşam kalitenize ve damgalanma algınıza olan etkileri değerlendirmeye yönelik açık uçlu sorular olacaktır. Her bir soruyu, araştırmanın güvenilir olması için içtenlikle ve doğru olarak cevaplamanız gerekmekte olup ilgi ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi/Telefonu:

Açıklamaları araştırmacının; Adı-Soyadı: İmzası:	yapan Rıza alma işlemine başından sonuna Kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin; Adı-Soyadı: İmzası: Görevi:
---	--



EK-12. Eğitim Sertifikası



Ek-13. Tez Adı Değişikliği Bildirim Formu



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ Graduate School of Health Sciences

TEZ ADI DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU

Öğrencinin Adı ve Soyadı	Ceylan AKSOY
Ana Bilim Dalı	Psikiyatri Hemşireliği
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Doktora

Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı Başkanlığına

Danışmanlığımı yürüttüğüm ve yukarıda bilgileri yazılı olan ana bilim dalımız öğrencisinin tez adı aşağıda belirtilen şekilde değiştirilmiştir. Bilgilerinize arz ederim. 21.11.2025

Doç. Dr. Kübra GÖKALP

Değişiklik Türü	Tez adı değişikliği ☒
Tezin Eski Adı	Kronik Ruhsal Bozukluğa Sahip Bireylere Uygulanan Kabul Ve Kararlılık Terapisi Temelli Psikoeğitim Programının Hastaların Damgalanma Algıları, İşlevsellik Ve Yaşam Niteliği Düzeylerine Etkisi: Karma Bir Çalışma
Tezin Yeni Adı	Şizofreni Tanılı Bireylerde Kabul Kararlılık Temelli Psikoeğitimin Damgalanma, İşlevsellik ve Yaşam Niteliğine Etkisi: Karma Yöntem Çalışması
Tezin İngilizce Adı	The Effect of Acceptance and Commitment-Based Psychoeducation on Stigma, Functionality, and Quality of Life in Individuals Diagnosed with Schizophrenia: A Mixed-Methods Study
Değişikliğin Gerekçesi	Tez başlığının, çalışmanın güncellenen kapsam ve içeriğini daha doğru yansıtması amacıyla değiştirilmesi gerekli görülmüştür.