



**ŞİZOFRENİ HASTALARININ BİLİNÇLİ FARKINDALIK
DÜZEYLERİ İLE DUYGU DÜZENLEME DURUMLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Elif AYDIN

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Dr. Öğr.Üyesi Eda AY

Yüksek Lisans Tezi - 2025



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

**ŞİZOFRENİ HASTALARININ BİLİNÇLİ FARKINDALIK
DÜZEYLERİ İLE DUYGU DÜZENLEME DURUMLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Elif AYDIN

**Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr.Üyesi Eda AY**

**ERZURUM
2025**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	I
TEŞEKKÜR.....	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VI
TABLolar DİZİNİ.....	VII
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Şizofreninin Tanımı.....	4
2.2. Şizofreninin Tarihçesi.....	4
2.3. Şizofreninin Prevalans ve Epidemiyolojisi.....	6
2.4. Şizofreninin Etiyolojisi.....	6
2.5. Şizofrenide Belirtiler	7
2.6.Şizofrenide Tanı Ölçütleri	7
2.7. Şizofrenide Tedavi.....	9
2.8. Şizofreni ve Bilinçli Farkındalık	9
2.9. Şizofreni ve Duygu Düzenlemede Güçlük	14
2.10. Şizofrenide Hemşirelik Bakımı	16
3. MATERYAL VE METOD	18
3.1. Araştırmanın Türü	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	18
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	18
3.5. Veri Toplama Araçları.....	19

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu	19
3.5.2. Bilinçli Farkındalık Ölçeği	19
3.5.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği	19
3.6. Verilerin Toplanması.....	20
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	20
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	21
4. BULGULAR.....	22
5. TARTIŞMA.....	27
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	32
KAYNAKLAR	34
EKLER	48
Ek-1. Etik Bildirim İntihal Beyan Formu	48
Ek-2. Etik Kurul Onay Formu	48
Ek-3. Kurum İzni.....	50
Ek-4. Kişisel Bilgi Formu	52
Ek-5. Bilinçli Farkındalık Ölçeği	53
Ek-6. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği.....	55
Ek-7. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (Ddgö) Kullanım İzni	59
Ek-8. Bilinçli Farkındalık Ölçeği Kullanım İzni.....	60

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca her zaman bilgi ve deneyimleriyle yanımda olan, tez çalışmamın her aşamasında desteğini esirgemeyen, her zaman daha iyisini yapmam için beni cesaretlendiren değerli danışman hocam Sayın Dr.Öğr.Üyesi Eda AY'a

Çalışmamızın gerçekleşmesine katkı sağlayan Erzurum Toplum Ruh Sağlığı ekibine ve tüm şizofreni tanılı bireylere,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgilerinden yararlandığım ve gelişimime katkıda bulunan Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim dalındaki değerli hocalarıma,

Tez jüri üyesi olarak tez savunmamda yer alan hocalarıma,

Beni her koşulda destekleyen sevgili annem, babam ve kardeşlerime,

Her anımda yanımda olan ve hayatımda olmasından büyük mutluluk duyduğum sevgili eşime ve yanımda olan tüm dostlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Elif AYDIN

ÖZET

Şizofreni Hastalarının Bilinçli Farkındalık Düzeyleri ile Duygu Düzenleme

Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Amaç:Bu araştırma, şizofreni tanısı almış bireylerin bilinçli farkındalık düzeyleri ile duygu düzenleme durumları arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlayan tanımlayıcı bir çalışmadır.

Materyal ve Metod:Araştırmanın örneklemini Nisan 2024 - Ağustos 2025 tarihleri arasında Erzurum merkezde bulunan Toplum ruh sağlığı merkezinde bulunan 112 şizofreni hastası oluşturmuştur. Veri toplama araçları olarak Kişisel Bilgi Formu, Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ) ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği(DDGÖ) kullanılmıştır. Veriler SPSS 22 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdeler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapma, Cronbach α , Kurtosis ve Skewness kat sayıları yanı sıra Pearson korelasyon analizleri ve ileri analizlerde regresyon analizleri yapılmıştır.

Bulgular:Bilinçli farkındalık ölçeği toplam puan ortalaması 46.84 ± 10.73 , DDGÖ toplam puan ortalaması 110.03 ± 17.64 olarak bulunmuştur. Duygu düzenleme durumları ölçeği toplam puanı ile bilinçli farkındalık toplam puanı arasında da anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Regresyon analizi sonuçlarına göre, bilinçli farkındalık düzeyi duygu düzenleme durumunu anlamlı biçimde etkilemekte ($R=0.431$, $R^2_{adjusted}=0.178$, $F(1,110)=25.068$; $p=0.000$) ve bilinçli farkındalık duygu düzenleme güçlüğü %17.8 oranında açıkladığını göstermektedir.

Sonuç:Araştırmada şizofreni hastalarının bilinçli farkındalık ve duygu düzenleme güçlüğü durumları arasında anlamlı, negatif yönde düşük düzeyde ilişkisi olduğu sonucuna varılmıştır. Bilinçli farkındalık düzeyi arttıkça duygu düzenleme güçlüğü düzeyi azalmaktadır. Bilinçli farkındalık duygu düzenleme güçlüğü etkileyen bir faktördür.

Anahtar Kelimeler:Bilinçli farkındalık, duygu düzenleme güçlüğü, psikiyatri hemşireliği, şizofreni

ABSTRACT

Investigation of the Relationship Between Conscious Awareness Levels and Emotion Regulation Status of Schizophrenia Patients

Aim: This research is a descriptive study that aims to examine the relationship between the levels of conscious awareness and emotion regulation of individuals diagnosed with schizophrenia.

Material and Method: The sample of the study consisted of 112 schizophrenia patients in the Community Mental Health Center in Erzurum between April 2024 and August 2025. A Personal Information Form, the Mindful Awareness Scale (MAS), and the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) were used as data collection tools. Data were analyzed using SPSS 22. Data were analyzed using numbers, percentages, minimum and maximum values, mean and standard deviation, Cronbach's α , Kurtosis and Skewness coefficients, Pearson correlation analyses, and regression analyses were used for further analysis.

Results: The total mean score of the Mindfulness Scale was 46.84 ± 10.73 , and the total mean score of the DERS was 110.03 ± 17.64 . A significant, negative, and low-level correlation was found between the total score of the Emotion Regulation States Scale and the total score of Mindfulness ($p < 0.05$). Regression analysis results indicated that the level of mindfulness significantly affects emotion regulation ($R = 0.431$, $R^2_{\text{adjusted}} = 0.178$, $F(1,110) = 25.068$; $p = 0.000$), and mindfulness explains 17.8% of the difficulty in emotion regulation.

Conclusions: The study concluded that there is a significant, low-level negative correlation between mindfulness and emotion regulation difficulties in schizophrenia patients. As the level of mindfulness increases, the level of difficulty in emotion regulation decreases. Mindfulness is a factor affecting emotion regulation difficulties.

Key Words: Conscious awareness, emotion regulation difficulties, psychiatric nursing, schizophrenia.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BDT	: Bilişsel davranışçı terapi
BİFÖ	: Bilinçli farkındalık ölçeği
DDGÖ	: Duygu düzenleme güçlüğü ölçeği
DSM	: Diagnosticand statistical manual of mentaldisorders
EKT	: Elektrokonvülsif terapi
SPSS	: Statistical program forsocalsciences
TRSM	:Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
WHO	: World Health Organization

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Katılımcıların demografik özellikleri	22
Tablo 4.2. Bilinçli farkındalık ölçeği, duygu düzenlemede güçlükler ölçeği ve alt boyutlardan alınan puanların dağılımı	23
Tablo 4.3. Bilinçli farkındalık ölçek toplam puanı ile duygu düzenlemede güçlükler ölçek toplam puanı ve alt boyutlar arasındaki ilişkinin incelenmesi	24
Tablo 4.4. Bilinçli farkındalık düzeyinin, duygu düzenleme durumuna etkisini gösterir regresyon analizi	25

1. GİRİŞ

Şizofreni, kronik veya tekrarlayan düşünce, duygulanım, davranış ve biliş bozuklukları ile karakterize yaygın bir ruhsal bozukluktur ve yaklaşık %1'lik küresel prevalansı ile küresel hastalık yükünün büyük kısımlarından biridir (Shi ve ark.,2025). Dünya genelinde prevalansın yaklaşık 2 milyon olduğu görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'ne göre Asya ve Avrupa'da hastalığın görülme sıklığı %0,85 'tir. Türkiye'de ise şizofreni hastalığının yaşam boyu yaygınlığı % 8.9 olarak saptanmıştır (Binbay ve ark., 2017).Genellikle ergenlik sonu veya erken yetişkinlik döneminde ortaya çıkan şizofreni, psikotik semptomların yanı sıra bilişsel ve duygusal işlev bozuklukları ile karakterizedir (Kahn ve ark., 2015). Bu bozukluk, bireyin sosyal işlevselliğinde ciddi azalmaya yol açar. Şizofreni hastalarının sosyal ilişkileri, iş ve günlük yaşam aktiviteleri üzerinde olumsuz etkiler görülmekte, tedaviye uyum ve rehabilitasyon süreçleri karmaşıklaşmaktadır(Ercan-Doğu ve Gündoğmuş,2023).Şizofreni, halüsinasyonlar, sanrılar ve duyusal sapmalar vedavranışlarda bozukluklarla karakterize yaygın olarak tanınan bir psikotik bozukluktur.Budurumlar bilinçli farkındalıkve duygu düzenleme dahil olmak üzere sosyal işlevsellikte eksikliklere de yol açar ve bireylerin psikososyal işlevlerini derinden etkileyebilir (Qin ve ark., 2024).

Son yıllarda psikiyatride bütüncül tedavi yaklaşımları arasında bilinçli farkındalık (mindfulness) uygulamaları giderek önem kazanmıştır. Bilinçli farkındalık, bireyin anlık deneyimlerine yargılamadan ve kabul ederek dikkat etme yeteneği olarak tanımlanır (Coffey ve ark., 2010). Bu uygulamalar, psikoz spektrum bozukluklarında olumsuz düşünce kalıplarını azaltmaya, stresle başa çıkmayı kolaylaştırmaya ve duygu düzenleme süreçlerini iyileştirmeye yönelik etkili stratejiler sunar (Khoury ve ark., 2013). Mindfulness temelli müdahaleler, şizofreni hastalarında psikotik belirtilerin

kontrol altına alınmasına yardımcı olmakta, özellikle duygu düzenleme becerilerinin geliştirilmesinde olumlu sonuçlar göstermektedir (Chadwick, 2014). Bilinçli farkındalık sayesinde hastalar, semptomlarını daha objektif ve yargılamadan gözlemleyebilmekte, bu da hastalığın getirdiği stresin azaltılmasına katkı sağlamaktadır(Taş ve Çam, 2021).

Şizofreni hastalarının klinik tablosunda duygu düzenleme güçlüğü önemli bir yer tutar. Duygu düzenleme, bireyin deneyimlediği duyguları fark etme, anlama, kontrol etme ve bu duygulara uygun davranışsal tepkiler geliştirme becerisidir (Macfie ve ark., 2023). Bu beceride yaşanan zayıflıklar, hastaların olumsuz duygularla başa çıkma yeteneklerini sınırlar ve hastalık semptomlarının şiddetlenmesine neden olabilir (Henry ve ark., 2016). Şizofreni hastalığı bireyde özellikle negatif duyguları düzenlemede yaşanan güçlükler, depresyon, anksiyete gibi ek psikiyatrik sorunların ortaya çıkmasına ve sosyal çekilmenin artmasına sebep olmaktadır (Bora & Pantelis, 2016). Duygu düzenleme becerilerinin güçlendirilmesi, hastalığın klinik seyri ve hastaların işlevselliği açısından kritik öneme sahiptir.Psikiyatri hemşireliği alanında, şizofreni hastalarının duygusal ve bilişsel ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla yenilikçi ve bilimsel temelli bakım modelleri geliştirmek giderek önem kazanmaktadır (Taş ve Çam, 2021). Hemşireler, hastaların tedavi sürecinde hem fizyolojik hem de psikososyal boyutlarda destek sağlayarak, hastaların yaşam kalitesini artırmayı hedefler. Bilinçli farkındalık ve duygu düzenleme becerilerinin geliştirilmesi için hemşirelerin rolü büyüktür. Hemşireler, hastalarla kurdukları yakın ilişki sayesinde mindfulness temelli tekniklerin uygulanmasında ve duygusal farkındalığın artırılmasında öncü olabilirler (Baysan-Arabacı ve ark., 2018; Oflaz, 2015).

Şizofreni hastalarında bilinçli farkındalık düzeyi ile duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkiyi anlamak, hemşirelik uygulamalarının etkinliğini arttırmak için

gereklidir. Mevcut literatürde bu iki değişken arasındaki ilişkinin derinlemesine incelendiği çalışmalar sınırlıdır (Chadwick, 2014; Henry, 2008).

Bu nedenle, şizofreni tanısı almış bireylerde bilinçli farkındalık düzeyi ve duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkinin etkilerini araştırmak hem teorik bilgi birikimini artıracak hem de literatüre katkı sağlayacaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreninin Tanımı

Şizofreni; davranışlarda, düşüncede, algıda, iletişim becerilerinde, konuşmada, dikkat sürecinde, sosyal bağlarda, çevre ile olan etkileşimde, kalın ve ince motor becerilerde semptomları olan, gerçeklerle gerçek olmayanların karışması gibi çok türden niteliği barındıran psikotik bir hastalıktır (Üstünkaya ve Asqarova, 2023).

Şizofreni birçok değişik oluş nedeni bulunan çoğunlukla genetik ve çevresel etkenlerle ortaya çıkan bir psikotik bozukluktur. Hastalığa sahip bireylerde klinik görünüm, tedaviye yanıt ve hastalık gidişatı bireyden bireye ve zamanla farklılık göstermektedir. Genellikle genç yaşlarda başlayan, bireyin bilişsel işlevlerindeki bozulmalarla ortaya çıkan kişinin işlevselliğini etkileyen kronik bir ruhsal hastalıktır (Şahin ve Altun, 2022).

Şizofreninin seyri bireyden bireye farklılık gösterse de hastalığın temel belirtileri varsanılar, uygunsuz duygulanım, sanrılar, dezorganize konuşma, psikososyal işlevsellikte bozulma, bilişsel kayıplar ve düşünce bozukluğudur. Bu semptomlar dışında bireyde motor bozukluk, duyguların ifade edilmesinde azalma, sosyal ilişkilerde zorluk, motivasyon düşüklüğü gibi durumlarda gözlemlenebilmektedir (Mcgrath, 2008; Saha, 2005). Şizofreni, bir insanı yaşayabileceği en yıkıcı ruhsal hastalıktır. Diğer fiziksel hastalıklardan farklı olarak, şizofreni hastaları genellikle hastalığın ortaya çıkışından önceki zaman diliminde durumun farkında olmayabilirler (Mintzberg ve ark., 2008).

2.2. Şizofreninin Tarihçesi

Şizofreni kelimesi, Yunanca da ayrık veya bölünmüş anlamında "şizo" (schizein,) ve akıl anlamında "frenos" (phrēn, phren) sözcüklerinin birleşiminden meydana gelmiştir (Özcan ve Çetinkaya Duman, 2013). M.Ö. 1400 yıllarından kalmış

Hint Veda yazılı metinlerinde, bugün özellikle ağır bir gidiş gösteren şizofreni hastalarında karşılaştığımız kimi belirtilerin ayrıntılı olarak anlatıldığı görülmektedir. Bu metinlerde çıplak dolaşan, öz bakımı azalmış, yaşamlarını karmaşık ve boş bir biçimde geçiren ya da dinle meşgulolan, kendini tanrı zanneden, zehirleneceğinden korkan, yeni bir tufana neden olmamak için işlemeyi reddeden insanlardan söz edilmiştir . Eski çağda Çince yapıtlarda, Tevrat ve Talmut'ta, eski Yunan mitoloji metinlerinde de şizofrenideki bu davranışlara değinildiğisaptanmıştır (Soygür ve ark., 2007). Morel 1856 yılında “ D  mence Precoce ” terimini ilk kullanan hekimdir. Morel, yayınladığı “Akıl Hastalıkları” kitabında 14 yaşında bir erkek hastasındaki bilişselyıkımı ayrıntıları ile anlatmıştır. 1871 yılında Hecker hebefreniyi ve 1874’de Kahlbaum katatoniyi tanımlamış, ancak 19. yüzyılın sonuna dek hastalığın belirtilerini toplayan bir genel yaklaşım oluşmamıştır (Öztürk & Uluşahin, 2018). 19. yüzyılda psikiyatristler tarafından farklı tanımlamamalar yapılmıştır. 1860'da Morel ‘‘demence precoce (erken bunama)’’ tanımını, 1874'te Kahlbaum ""katatoni" ifadesini, 1896 yılında ise Kreaplin ‘‘dementia praecox’’ tanısını geliştirmiştir. 1908 yılına geldiğimizde Eugen Bleuler, Yunanca’da zihin bölünmesi olarak çevrilen şizofreni tanımını ortaya atmıştır. Bleuler şizofreniyi; düşünce sürecinde bozulma, ikilemler, duygularda küntleşme ve içe kapanma, duygusal ifadelerin bozulması olarak dört ana semptomda ifade etmiştir (Avcı,2021). Daha sonraları Kurt Schneider, şizofreniyi diğer ruhsal bozuklukların semptomlarından ayırarak halüsinasyonlar, sanrılar, düşünce sokulması, dış güçler tarafından bedenin etkilenmesi gibi ayrıntılı olarak açıklamıştır (Öztürk& Uluşahin,2018).Günümüzde ise ICD-10 ve DSM-V gibi hastalığın süresine, şiddetine ve semptomlarına yönelik içerikler kullanılmaktadır (Morrison, 2019).

2.3. Şizofreninin Prevalans ve Epidemiyolojisi

Ruhsal hastalıklar içinde şizofreni en uzun hastane yatışlarına, ailelerde değişimlere ve büyük zorluklara, hem kişisel hem de ulusal düzeyde maliyetin artmasına neden olmakta ve diğer ruhsal hastalıklar içinde daha çok korkulan bir hastalık olarak bilinmektedir (Çobanoğlu, 2003). İleri yaşlarda bu tanıyı alan bireylerde hastalık sürecinin erken yaşta bu tanıyı alan bireylerle kıyaslaması yapıldığında ileri yaştaki hastalarda sürecin daha iyi durumda olduğu sonucuna varılmıştır (Black & Andreasen 2020). Şizofreniye prevalans ve epidemiyoloji yönünden bakıldığında cinsiyet açısından önemli farklılık görülmezken son yıllardaki çalışmalarda cinsiyet farklılığının olduğu görülmüştür. Şizofreni prevalansı erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir (Gallety ve ark., 2016). Erkek hastalarda ağırlıklı 15-25 yaşlarda başlayan bu hastalık; kadınlarda ise yoğun olarak 25-35 yaşlarında ortaya çıkmaktadır (Karakuş ve ark., 2017). Yapılan bazı çalışmalarda şizofreni hastalığının prevalans ve insidansının toplumdan topluma değişmekte olduğuna ulaşılmıştır ve şizofreni, tüm toplumlarda görüleceği gibi sosyoekonomik düzeyi düşük toplumlarda görülme olasılığının neredeyse 5 kat daha fazla olduğu, bekar olan hastalarda evli olanlara göre şizofreni sıklığının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Evliliğin koruyucu bir faktör olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte stres faktörleri, enfeksiyon, göçölaiyları da şizofreninin risk faktörleri olarak ele alınmıştır. (Vassos ve ark., 2012; Kaplan & Sadocks, 2009). Dünya genelinde prevalansın yaklaşık 2 milyon olduğu görülmektedir.

2.4. Şizofreninin Etiyolojisi

Şizofreninin asıl nedeni kanıtlanmamış olmasına rağmen bir beyin hastalığı olarak kabul edilmektedir. Hastalığın ortaya çıkışında ve yeniden nüksetmesinde psikolojik, biyolojik ve çevresel faktörlerin de etkili olduğu belirtilmektedir (Avcı,

2021).1960'lı yıllarda “şizofrenojenik anne”, “ikili çıkmaz”, “ailesel patogeneze” gibi psikanalitik etkenlerin daha önemli olduğuna inanılırken,1970'li yılların sonunda bu görüşler şizofreninin nörobiyolojik hastalık olduğunu ve biyolojik olarak tedavi edilmesi gerektiğine bırakmıştır (Baysan Arabacı, 2020).Gelişen beyin görüntüleme ve diğer alanlarda yapılan çalışmalar sonucunda şizofreninin daha açıklanabilir sebepleri bulunmuştur. Bunlargoenetik faktörler, nörotransmitterler, madde kullanımı, doğum sürecinde yaşanan problemler, psikososyal nedenler olarak görülmektedir (Uyan, 2023).

2.5. Şizofrenide Belirtiler

Şizofreni hastalığının başlangıcı ani veya sinsi olabilir. Şizofreni, hastanın fikirlerini, idrak edebilme yeteneğini, duygularını, konuşmasını ve davranışlarını etkileyebilen pozitif ve negatif semptomlarla karakterizedir. Pozitif semptomlar arasında halüsinasyonlar,hezeyanlar,düşünce ve konuşma bozuklukları,katatonic davranış bulunur. Negatif semptomlar arasında düzleşmiş duygulanım,sosyal izolasyon,dürtü ya da irade kaybı, haz duygusunun kaybı, bulunur (Schultz, 2007).

2.6.Şizofrenide Tanı Ölçütleri

Klinik uygulamada en sık kullanılan tanı ölçütleri Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Beşinci Baskısı (DSM 5) ölçütleridir.

DSM-5 tanı kriterlerine bakıldığında;

A. Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.

1. Hezeyanlar.
2. Halüsinasyonlar
3. Dezorganize konuşma konuşmada dağınıklık; konudan sapma, anlaşılamayan konuşma şekli.

4. İleri derece dağınıklık veya katatoni davranışı

5. Negatif belirtiler

B. Şizofreninin başlangıcından itibaren iş yaşamı, okul hayatı, sosyal ilişkiler, öz bakım gibi yaşamsal fonksiyonlarda ve işlevsellikte önemli ölçüde düşüşler ve beklenen düzeye erişememe

C. Şizofrenin süregiden bulgularının en az altı ay sürmesi ve bu altı aylık süre boyunca, A tanı ölçütlerini en az bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) süreyle karşılaması. Ayrıca bulguların, ön (prodromal) ve artakalan (rezidüel) belirti evrelerini gösterebilmesi ve ön ya da artakalan evreleri sırasında, yalnızca negatif belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşik altı biçimleriyle (örn. yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebiliyor olması.

D. Şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da ikiüçlü (bipolar) bozukluğun dışarıda tutulması, çünkü;

1. açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak yeğın (majör) depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamış olması ya da
2. açık evre belirtilerinin olduğı sırada duygudurum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuş olması gibi durumlar olduğı görölmektedir. Bu durumların varlığında şizofreni tanısı konur.

E. Şizofreninin, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağıık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaması.

F. Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsünün varlığı, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğeri belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi

edilmişse daha kısa) süreyle var olması, gibi durumların varlığında şizofreni tanısı da konur (Köroğlu, 2014).

2.7. Şizofrenide Tedavi

Şizofreni, kişilerin hayatını her anlamda olumsuz etkileyen, yaşam boyu süregiden, psikiyatrik bozukluklardan biridir(Aras, 2014). Tedavinin amacı, belirtilerini azaltmak ve hem bilişsel hem de sosyal alanda işlevselliği geliştirmektir (Dülgerler, 2021). Şizofreni hastalığında kullanılan tedavi yöntemleri arasında; psikoterapi ve farmakolojik yöntemler bilişsel davranışçı terapi (BDT) yaklaşımları, EKT (Elektrokonvulsif Terapi), psikososyal tedaviler sayılabilir. Ayrıca bu sıraladığımız tedaviler birbiriyle uyumlu ve birlikte de kullanılmaktadır (Khan, 2013; Summakoglu & Ertugrul, 2018).

2.8. Şizofreni ve Bilinçli Farkındalık

Şizofreni tanılı bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Bu durum; negatif düşünceler, öz farkındalık eksikliği, duygusal acı ve diğer bireylerle ilişki kurmada yaşanan zorluklardan kaynaklanabilmektedir. Bilinçli farkındalık (mindfulness) üzerine yürütülen çalışmalar, bu problemlerin bir kısmını ele alarak bir farkındalık çerçevesi oluşturmaktadır. Bu da şizofreninin bütüncül tedavi yaklaşımlarında olumlu etkiler yaratmaktadır (Chien ve ark., 2020; Ganguly, 2018).

Bilinçli farkındalık bireyin yargılardan uzak bir şekilde yaşanan ve dikkatini istemli bir şekilde yönlendirerek beden duyumu, duygu ve düşüncelerinin farkına varabilmesi ve bunlara tepki olarak gerçekleştirdiği tüm davranışlarını yönlendirebilmesidir (Lindsay and Creswell, 2017; Muhtar ve Tolan, 2021; Eltan ve ark, 2021).

Şizofreni tanılı bireylerin holistik (bütüncül) bir bakış açısıyla ele alındığı çalışmalarda, bu bireylerin çeşitli semptomlar yaşadığı görülmektedir. Bu semptomlar

arasında duygusal düzenleme güçlükleri, motivasyon kaybı, başkalarına karşı ilgi duymama, topluluklara yönelik ilgide azalma, öz farkındalık eksikliği, anhedoni, davranışsal inhibisyon, işlevsiz davranış örüntüleri, avolasyon, yaşamı reddetme eğilimi, can sıkıntısı, asosyallik ve hissizlik yer almaktadır (Ganguly,2018).

Şizofreni tanısı almış bireyler, yaşamları boyunca karşılaştıkları semptomlarla baş edebilmek amacıyla genellikle bastırma, kaçınma ya da dikkatlerini başka yöne çevirme gibi başa çıkma stratejilerine yönelmektedir. Ancak bu stratejiler her zaman etkili olamamakta; bazı bireyler semptomlarıyla mücadelede yetersiz kalmakta ve ruminasyon döngüsüne sıkışabilmektedir (Chien ve ark., 2020; Jacobsen, 2011).

Bilinçli farkındalık uygulamaları, yalnızca semptomların şiddetini azaltmakla kalmamakta, aynı zamanda bireylerin memnun edici ve anlamlı bir yaşama sahip olma düzeylerini ve öznel iyi oluşlarını artırmada da önemli bir rol üstlenmektedir (Lee, 2019). Kabat zinn'e göre bilinçli farkındalık, kişinin şimdiki anda kalma ve yaşamış olduğu deneyimin yargısız bir şekilde anbean ortaya çıkışının bilinçli bir şekilde farkında olma durumu olarak tanımlanmaktadır (Kabat-Zinn, 2002).

Kavramın öncüsü Kabat-Zinn bilinçli farkındalığın yedi temel unsurunu vurgulamaktadır (Kabat-Zinn, 2009).

Yargıları fark edebilme:Kabat-Zinn'e göre farkındalık, insanın tecrübelerine ancak objektif bir şekilde yaklaşarak geliştirilebilir. Geçmiş yaşantılarımız, öğrendiklerimizher şeyin zihnimiz tarafından kategorize edildiği ve karşılaştığı durumlara karşı yargılar ürettiği ifade edilmektedir (Kabat-Zinn, 1990). Zihnin yargı oluşturmaya karşın kişinin herhangi bir şey hakkında yorumda bulunmaması, susması olarak ifade edilmemektedir. Kişiden beklenen, durumlar karşısında ‘‘Bu hoşuma gitmiyor.’’, ‘‘Çok kızgınım.’’ tepkileri yerine ‘‘Neden bunu böyle hissediyorum?’’,

‘‘Benim bu şekilde hissetmeme sebep olan şey nedir?’’, ‘‘Bunu daha önce yaşamayı nasıl algıladım?’’ gibi yaklaşımları sergilemesidir (Atalay, 2020).

Sabır:Sabır: Schnitker'e göre kişinin beklendik ya da beklenmedik olaylarda hissettiği üzüntü,keder gibi duygular karşısında sakin bir şekilde bekleme davranışıdır (Schnitker, 2012). Gün içinde alışveriş yaparken sıra beklemek, trafikte kırmızı ışık karşısında durmak ya da kariyer basamaklarını çıkmak durumlarında sabretme olgusu söylenebilir (Atalay, 2020).

Akışına Bırakmak:Bilinçli farkındalıkta, deneyimlerin ‘‘an’’ içerisinde olduğu gibi kabul edilip bunların gözlemlenmesi yer almaktadır. Kişi deneyimlediği durumu sadece izlemeye çalışır. Örneğin kişi yatağına yatıp uyumaya çalıştığında zihninden geçen düşünceleri bırakmazsa uykuya dalmakta güçlük çekecektir. Düşüncelerin özgür bırakılması aslında uykuda yapılabilen bir şeydir. Bireyden beklenen, bu deneyimi günlük hayata aktarabilmesidir. Dolayısıyla bırakmak ya da salıvermek bir vurdumduymazlığı ya da boş vermişliği içermez bilakis deneyimlere karşı mesafe alarak bakmayı içerisinde barındırır (Atalay, 2020).

Başlangıç Ruhı: Bu kavram, acemi zihin olarak da adlandırılmaktadır. Başlangıç ruhu kavramı, anlar birbirine benzer dahi olsa aslında farklılıklar içermesi olarak ifade edilmektedir (Aktepe, 2020). Kişinin, yaşadığı ya da hissettiği her deneyimi sanki ilk kez yaşıyormuş gibi karşılaması ve an ile daha çok bağlantı kurmasında başlangıç ruhu önemlidir. Örneğin; yetişkin bir birey ile bir çocuğun arasındaki fark çocukların yedikleri yemeklerde, oynadıkları oyunlarda sürekli bir merak ve keşfetme istekleriyle hareket etmeleridir (Atalay, 2020).

Anda Kalmak:Kişi yaşamın içerisinde birçok faaliyet içinde bulunmaktadır. Bilinçli Farkındalık bu faaliyetlerin içerisinde anda kalabilmeyi geçmiş ve gelecek ile meşgul olmamayı eylemin içerisinde kalmayı sağlamaktadır. Kişi akşam yemeğini

yerken sabah işe nasıl gideceğini, işe gittiğinde tatilde ne yapacağını, tatildeyken ise işlerini düşünmesi örnek olarak verilebilmektedir. Anda kalabilmek “otomatik pilot”tan çıkıp bir sonrasını ya da bir öncesini düşünmeden eylemin, faaliyetin içerisinde kalmak olarak ifade edilmektedir (Atalay, 2020).

Kabul:Burada olumsuz düşünceleri değiştirmek yerine, kişinin olumsuz düşünceleri ya da durumları deneyimleyerek farkında olmasını amaçladığı ifade edilmektedir (Bakır, 2019). Bundan dolayı kabul anda yaşanan olayları olduğu gibi kabul etme anlamına gelmektedir. Örneğin uzun süre maruz kalınan bir hastalığı, hastalığın ilk evresinde kabullenerek inkâr ve öfke durumlarında harcanacak enerjinin iyileşme sürecinde kullanılması gerektiği ifade etmektedir (Kabat-Zinn, 2013).

Şefkat:Acının varlığı ile ortaya çıkan şefkat, acıyı anlamayı ve onunla birlikte kalmayı ifade eder. Şefkat sıkıntı, stres ya herhangi bir acı durumunda sorunu dönüştürmeden kabul etmeyi içermektedir. Şefkat üç açıdan incelenebilmektedir. Bunlar; başkasına duyulan şefkat, başkasından gelen şefkate kendimizi açmak ve kendimize karşı olan öz-şefkat olarak değerlendirilmektedir (Atalay, 2020).

Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer ve Toney , Kabat-Zinn'in temel unsurlarını, bireylerin günlük yaşamında kullanabilecekleri becerileri geliştiren ve yaşamı kolaylaştıran bir süreç olarak değerlendirmektedir. Germer’de bu düşüncüyü hem destekleyip hem de bilinçli farkındalığın günlük yaşamda uygulanabilmesi için temel unsurların yanında dur, gözle ve geri dön’den oluşan üç temel bileşenin de takip edilmesi gerektiğini ifade etmiştir: Dur, kişinin istediğinde davranışını durdurabilme yeteneğini ifade etmektedir. Bu yetenek, bazı davranışların durdurulması veya yavaşlatılmasıyla birlikte yapılan davranışa yönelik bilinçli farkındalığın artmasına katkı sağlayabileceğini içermektedir. Örneğin, telefonda bir tartışma sırasında kişinin bir dakika gibi bir süreyle mikrofonunu sessize alarak duraklatması gibi. Gözle, bireyin

kendisini ve etrafını gözlemlene becerisini içermektedir. Bu sırada, bireyin kendisine mesafeli değil, yakın olması önerilmektedir. Bu yaklaşım, bireyin katılımcı-gözlemci rolünü üstlenebilmesine olanak sağlamaktadır. Eğer birey tamamen katılımcı-gözlemci olmak istiyorsa, bedenindeki duyuları tarayabilme ve duygularını kontrol edebilme durumunu geliştirmelidir. Geri dön, kişinin dikkatinin dağıldığını fark ettiğinde, bu dikkati yavaşça asıl olan ana odaklanmasını ifade etmektedir. Örneğin, birey doğada bulunuyorsa ve etrafına daha dikkatli bir şekilde odaklanmak istiyorsa, dikkatinin dağıklığını fark ettiği esnada doğanın seslerine odaklanması ve bu doğal çevreyle yeniden bağlantı kurmasını amaçlamaktadır (Baer, 2003; Germer, 2009; Kabat-Zinn, 2002).

Şizofrenili bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen pek çok etmen bulunmaktadır. Bu durum negatif düşüncelerden, öz farkındalık eksikliğinden, duygusal acıdan ve başka bireylerle ilişki kurulmasında yaşanan zorluklardan kaynaklı olabilmektedir. Bilinçli farkındalık ile ilgili yürütülen çalışmalar bu problemlerden bir kısmını ele alarak bir farkındalık çerçevesi oluşturmaktadır ve bu durum şizofreninin bütüncül tedavisinde de olumlu etkisini göstermektedir. Bilinçli farkındalık bireylerin farkındalıklarını yenileyerek duygularını ve düşüncelerini yargılamadan sükunetle kabul etmelerini sağlamaktadır. Bu durumun şizofrenili bireylere fayda sağladığına yönelik düşünceleri destekleyen pek çok çalışma bulunmaktadır. Kişiler mevcut psikotik belirtileri ile farklı bir iletişim kurarak işlevsiz belirtilerinden uzaklaşmaktadır. Bireyler bilinçli farkındalık ile içgörü kazanmanın yanı sıra deneyimlerini kontrol etme ve bir başa çıkma yöntemi geliştirme konusunda da gelişim sağlayabilmektedirler. Birey işlevsiz duygu ve düşüncelerini yargılamadan kabullenebilir ve deneyimlerine daha yapıcı bir şekilde yaklaşabilir (Chien ve ark., 2020; Ganguly, 2018).

2.9. Şizofreni ve Duygu Düzenlemede Güçlük

Duygu düzenleme güçlüğü duygulara esnek cevap verme ve duyguların yönetimindeki başarısızlık olarak tanımlanmaktadır (Akbulut, 2018). Yetişkin beyin görüntüleme çalışmalarında ve hayvan örneklerinde, amigdala, hipokampus ve prefrontal korteks dahil olmak üzere birçok önemli beyin yapısının duygu düzenlemedeki rolü gösterilmiştir. Duygu düzenleme gelişimsel yönden ele alındığında doğumdan itibaren ailenin çocuğun duygularına verdiği yanıtların çok önemli etkileri olduğu ve bakım verenden gelen yanıtızlığın güçlüklerle yol açtığı bildirilmiştir. Yaş ilerledikçe, duyguların denetimi ve ifade ediliziini yöneten kurallar öğrenildikçe, duygu düzenleme becerileri gelişmeye devam eder (Akbaba & Balcıoğlu, 2022).

Duygu düzenleme diğeri bir tanımla kişinin hedeflerine ulaşabilmesi için duygusal tepkilerinin farkına varabilme, değeriendirebilme, denetleyebilme ve değeriştirebilme yeteneğı olarak nitelendirilebilir. Duygu düzenlemede, hangi duyguya sahip olacağımızı, sahip olduğumuz duyguyu nasıl deneyimleyeceğimizi ve duygumuzu nasıl dışa vuracağımızı belirleyen süreçlerin birleşimidir (Çam & Taş, 2021). Bu süreçler temel olarak; duygusal işaretleri okumak-farkındalık ve duyguları anlamak, duygusal işaretleri olumlu veya olumsuz olarak ayırabilmek ve kategorize edebilmek, duruma uygun duygu düzenleme stratejilerini esneklik ile uygulayıp duyguya dayalı davranışları istenilen hedefe ulaşacak şekilde sokmaktır (Moyal ve ark., 2014).

Duygu düzenleme güçlüğünü kişinin normal koşullar altında, duygusal ipuçlarını, deneyimleri, eylemleri, sözlü veya sözlü olmayan ifadeleri değeriştirme veya düzenleme yetersizliğı olarak tanımlamaktadır. Duygu düzenleme güçlüğünde birey yoğun yaşanan duyguların tepkilerini düzenlemekte zorlanır ve fazla duygusallığa karşı artan bir savunmasızlık yaşar (Yorulmaz, 2021).

Duygu düzenleme güçlüğü, DSM-5’te bulunan psikiyatrik bozuklukların çoğunda bulunan ortak bir özelliktir. Ancak bazılarında duygu düzenleme güçlüğü karakteristiktir (özellikle kişilik bozukluklarının bazı tiplerinde). Örneğin; borderline kişilik bozukluğu aynı zamanda “duygu düzenleme güçlüğü bozukluğu”, “duygusal dengesizlik bozukluğu”, “duygu-dürtü düzenleme bozukluğu” veya “duygusal olarak kararsız kişilik bozukluğu” olarak da adlandırılabilir (Büyüksandalyacı, 2019). Duygu düzenleme güçlüğü yaşayan bireyler, suçluluk, utanç, umutsuzluk ve öfke duygularını yoğun yaşamaktadır. Bu duygularından kaçmak ve bu duygular ile baş etmek için bağımlılık davranışına da yönelebilmektedirler (Stellern ve ark., 2023).

Duygu düzenleme stratejilerindeki zorluklar nedeniyle hastalar, kişilerarası iletişimde sorunlar yaşamakta, kendi sağlık sorunları hakkında konuşmada güçlük çekmekte, sağlıkla ilgili yardım istemeyi geciktirmekte, kontrol için randevu almakta sıkıntı yaşamakta, egzersiz yapamamaktadır. Çoğu zaman hastalık semptomlarının tanınması zorlaşmaktadır (Bartolomeo ve ark., 2022).

Çeşitli çalışmalarda şizofreni hastalarında, duyguları tanımlama, deneyimleme ve ifade etme konusunda eksiklikler olduğu farkedilmiştir. Bu çalışmalar, şizofrenide öznel duygusal deneyimin normal düzeylerde olabileceğini ve duygusal reaktivitenin (yani, duyguları tetikleyen olaylara tepki olarak) bu hastalarda daha güçlü olabileceğini göstermektedir. İfade, deneyim ve duyguların algılanması arasındaki bu ayrılık, “duygu paradoksu” olarak adlandırılmıştır. Bu durum hastaların kişilerarası iletişimini ve işlevselliğini bozmaktadır. Farklı duygu alanları arasında böyle bir kopukluk varsa, duyguları düzenleme altında yatan sürecin etkilenmesi muhtemeldir (örneğin, duyguları algılamakta güçlük çeken bir kişi varsa, duyguları düzenlemede izlenen adımlar engellenecektir) (Büyüksandalyacı, 2019).

Genel olarak hastanın olaylara karşı verdiği duygusal tepkilerde azalma söz konusudur. Şizofreni hastalarında karşılaşılan en önemli duygusal problemin hastaların affektinin künt olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Cowan ve ark., 2024).

Negatif semptomların içinde bulunan azalmış duygu ifadesine neden olan affekt küntlüğü, hastalığın erken dönemlerinde başlayabilmekte, pozitif psikotik semptomların farmakoterapisi ile daha da artabilmektedir. Şizofreni hastalarındaki künt affektin karakteristiği olan, deneyimlenen duygu ile davranışsal dışavurumun birbiriyle bağdaşmaması, duygu düzenleme güçlüğü'nün en büyük göstergesidir. Şizofrenideki künt affektin, hastaların duygu düzenleme stratejilerinden bastırma yolunu kullanması nedeniyle oluştuğu düşüncesi de mevcuttur (Dworkin, 2004).

2.10. Şizofrenide Hemşirelik Bakımı

Ruhsal hastalıkların yaygınlığı ile birlikte psikiyatrik tedaviye yönelik uzman desteğine duyulan ihtiyaç da artmaktadır. Bu süreçte psikiyatri hemşireleri; danışman, terapist ve konsültan gibi rollerini kullanarak ruhsal hastalıkların belirtilerinin azaltılması, tedavisi ve önlenmesine yönelik önemli uygulamalar gerçekleştirmektedir. Hemşireliğin farklı rollerinden yararlanan psikiyatri hemşiresi, kanıta dayalı uygulamalar aracılığıyla psikososyal bakım sunan bir ruh sağlığı profesyonelidir (Dülgerler, 2021).

Psikiyatri hemşirelerinin sıklıkla bakım sunduğu ruhsal bozukluklardan biri şizofrenidir. Kronik bir seyir göstermesi nedeniyle şizofrenide hemşirelik bakımının temel amaçları; bireylerin günlük yaşam becerilerinin desteklenmesi, ilaç tedavisinin etkin biçimde yönetilmesi, psikososyal desteğin sağlanması ve hastaların toplumsal işlevselliğinin artırılmasıdır (Aktaş ve ark., 2020). Bu kapsamda psikiyatri hemşireleri, bütüncül bir yaklaşımla tekrarlayan hastane yatışlarını ve mortaliteyi azaltmaya, tedaviye uyumu güçlendirmeye yönelik uygulamalar gerçekleştirir. Ayrıca ilaçlar ve

olası yan etkilerine ilişkin bilgilendirme yapmak, taburculuk sürecinde eğitim planlamak ve hasta yakınlarına psikososyal destek sağlamak da hemşirelerin yürüttüğü önemli terapötik girişimler arasındadır. Tüm bu süreçlerde psikiyatri hemşireleri yalnızca bakım sağlayıcı değil, aynı zamanda eğitimci ve destekleyici bir profesyonel rol üstlenmektedir (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018).

Bu önemli konuları nedeniyle psikiyatri hemşireleri, hasta bakımında kullanılan yöntemleri sürekli geliştirerek güncel yaklaşımları kliniğe entegre etme becerisine sahiptir. Bu bağlamda, özellikle son yıllarda bilinçli farkındalık (mindfulness) temelli uygulamalar öne çıkmakta; stres yönetimi, uykusuzluk, anksiyete ve yeme bozuklukları gibi durumlarda destekleyici bir yöntem olarak kullanılabilmektedir. Klinik uygulamalarda bilinçli farkındalığa yönelik örnekler arasında yürüme meditasyonu, nefes egzersizleri ve odaklanma seansları gibi uygulamalar yer almaktadır (Tusaie & Edds, 2009; Arboleda-Flórez & Stuart, 2012). Bireylerle güvene dayalı destekleyici iletişim kurarak psikososyal destek sağlamaktadırlar. Ayrıca hasta bireylere ve ailelerine şizofreni hakkında eğitim verip ve danışmanlık sağlarlar ve bu da hastalık, tedavi ve yan etkiler konusunda bilgi edinmeleri için önemlidir (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018). Benzer şekilde eğitimlerle hastaların kriz durumlarında nasıl başa çıkacaklarını ve sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarını nasıl sürdüreceklerini öğretebilirler. Şizofreni hastalarının günlük yaşam becerilerini geliştirmek önemlidir. Hemşireler, hastaların temizlik, yemek pişirme, kişisel bakım gibi temel yaşam becerilerini öğrenmelerine sosyal beceri eğitimleri ile destek olmaktadır (Antai-Otong, 2016).

3.MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma, şizofreni tanısı almış bireylerin bilinçli farkındalık düzeyleri ile duygu düzenleme becerileri arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlayan tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu çalışma, Nisan 2024 – Ağustos 2025 tarihleri arasında Erzurum Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde (TRSM) yürütülmüştür. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde toplam 1 psikiyatrist, 2 hemşire, 1 psikolog, 1 sosyal çalışmacı, 1 tıbbi sekreter, 1 temizlik ve 1 güvenlik personel ile hizmet vermektedir. Kurum 08-17 saatleri arasında hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, Nisan 2024 – Ağustos 2025 tarihleri arasında Erzurum Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM)'de kaydı bulunan tüm şizofreni hastalarını (N=330) kapsamaktadır. Örneklem büyüklüğünün yeterliliğini değerlendirmek amacıyla G*Power 3.1 programı kullanılarak güç analizi gerçekleştirilmiştir. Araştırmada G*Power programı kullanılmış ve %95 güven oranında örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. Yapılan analiz neticesinde $\alpha=0.05$ düzeyinde, standardize etki büyüklüğü literatürde yapılan çalışmalar esas alındığında 0.27 olarak bulunmuş ve 0.80 teorik power ile ulaşılması gereken en az örneklem sayısının 112 olduğu hesaplanmıştır.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18–65 yaş aralığında olmak,
- DSM-V tanı ölçütlerine göre en az 6 ay önce şizofreni tanısı almış olmak,
- Entelektüel yeti yitimi (zihinsel yetersizlik) tanısı almamış olmak,
- Gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul etmek,

- İletişim kurmaya açık olmak.

3.5. Veri Toplama Araçları

Yapılması planlanan çalışmada, verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan Kişisel Bilgi Formu, Farkındalık Ölçeği ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği kullanılmıştır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-4)

Araştırmacı tarafından literatür taranarak şizofreni hastalarına yönelik olarak oluşturulan sosyo-demografik bilgi formu, katılımcıların bireysel ve klinik özelliklerini belirlemeye yönelik 10 sorudan oluşmaktadır. Formda; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik gelir-gider durumu, hastalık süresi ve hastaneye yatış sayısı, alkol ve sigara kullanımı ile ailede ruhsal hastalık öyküsünün varlığı sorgulanmaktadır.

3.5.2. Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ) (Ek-8)

Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ), günlük yaşamdaki anlık deneyimlerin farkında ve bunlara karşı dikkatli olma yönündeki genel eğilimi ölçen 15 maddelik bir ölçektir. Brown ve Ryan tarafından geliştirilmiştir (Brown ve Ryan, 2003). Özyeşil, ve ark. (2011) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (Özyeşil ve ark., 2011). BİFÖ tek faktörlü bir yapıya sahiptir ve tek bir toplam puan verir. Ölçekten alınan yüksek puanlar bilinçli farkındalığın yüksek olduğunu gösterir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 90 en düşük puan 15'tir. BİFÖ 6 dereceli (1= Hemen hemen her zaman, 2=çoğu zaman, 3=bazen, 4=nadiren, 5=oldukça seyrek, 6=hemen hemen hiçbir zaman) Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin Cronbach α güvenilirlik katsayısı Özyeşil ve ark., (2011) tarafından .80 olarak bulunmuştur (Özyeşil ve ark., 2011).

3.5.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ) (Ek-6)

Gratz ve Roemer(2004) tarafından duygu düzenlemede yaşanan güçlüklerin düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. 5'li likert tipte (1=Neredeyse hiçbir zaman,

5=Neredeyse her zaman) 36 maddeden oluşmaktadır. Yüksek puanlar, bireyin duygu düzenlemede güçlük yaşadığını ifade etmektedir. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, bireylerin duygularını düzenlemede yaşadıkları zorlukları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçme aracıdır ve altı alt boyuttan oluşmaktadır: duygusal tepkilerin farkında olmama (Farkındalık), duygusal tepkileri anlayamama (Açıklık), duygusal tepkileri kabul etmeme (Kabul Etmeme), etkili duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim (Stratejiler), olumsuz duygular sırasında dürtü kontrolünde güçlük yaşama (Dürtü) ve olumsuz duygular sırasında hedefe yönelik davranışları sürdürmede zorlanma (Amaçlar). Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Rugancı (2008) tarafından yapılmış, geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları ise Rugancı ve Gençöz tarafından tamamlanmıştır(Rugancı&Gençöz,2010). Türkçe formun iç tutarlık katsayısı .94, alt boyutlarının iç tutarlık katsayıları ise .75 ile .90 arasında değişmektedir. Ayrıca test-tekrar test güvenirliği .83, iki yarım test güvenirliği ise .95 olarak belirlenmiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından yüzyüze görüşülerek anket yöntemiyle toplanmıştır. Şizofreni hastaları ile verilerin toplanması özel bir odada karşılıklı şekilde 20-30 dakika arasında sürmüştür. Anket formlarında anlaşılmayan yerler çalışmacı tarafından kişiye yeniden açıklanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden kişiler, süreç içinde katılımcı olmaktan vazgeçmesi durumunda katılımı sonlandırılmış, paylaştığı bilgiler çalışmada kullanılmamıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS for Windows 22 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra Bağımsız Gruplarda t Testi, MannWhitney U Analizi, VaryansAnalizi,Kruskall Wallis Analizi Pearson Korelasyon Analizi,Spearman

Korelasyon Analizi,Cronbach α kat sayısı,Kurtosis ve Skewness kat sayıları ileri analizlerde regresyon analizleri yapılmıştır.

3.8.Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce 29/03/2024 tarihinde Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'nın B.30.2.ATA.0.01.00/151 sayılı etik kurul kararıyla onaylanmıştır (Ek-2). Ayrıca araştırmayabaşlamadan önce hastalara çalışmanın gönüllülük esasına bağlı olduğu vurgulanarak,çalışma hakkında bilgilendirilmeler yapılmıştır. Araştırma süresince kişisel hakların korunması nedeniyle çalışma sürecinde İnsan Hakları Helsinki Deklarasyonu'na sadık kalınmıştır.

4.BULGULAR

Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Katılımcıların demografik özellikleri

		N	%
Yaş	18-30 arası	15	13.4
	31-41 arası	46	41.1
	42 ve üzeri	51	45.5
Cinsiyet	Kadın	46	41.1
	Erkek	66	58.9
Medeni Durum	Evli	29	25.9
	Bekar	83	74.1
Eğitim Durumu	Okur-yazar	6	5.4
	İlkokul mezunu	31	27.7
	Ortaöğretim Mezunu	41	36.6
	Lise Mezunu	25	22.3
	Üniversite mezunu	9	8.0
Gelir Durumu	İyi	9	8.0
	Orta	101	90.2
	Kötü	2	1.8
Hastalık Süresi	6 ay-2 yıl	2	1.8
	2 yılve üzeri-4 yıl	18	16.1
	4 yıl ve üzeri-6 yıl	39	34.8
	6 yıl ve üzeri	53	47.3
Alkol ve Sigara Kullanımı	Evet	38	33.9
	Hayır	74	66.1
Hastaneye Yatma Sayısı	1-6 kez	63	56.3
	7-11 kez	34	30.4
	12 ve üstü	15	13.4
Ailede Ruhsal Hastalık Durumu	Evet	64	57.1
	Hayır	48	42.9

Tablo 4.1’de görüldüğü üzere, katılımcıların %45.5’i 42 yaş ve üzerindedir, %58.9’u erkektir, %74.1’i bekindir ve %36.6’sı ortaöğretim mezunudur. Katılımcıların

büyük çoğunluğu (%90.2) orta gelir düzeyine sahiptir. %47.3'ü 6 yıl ve üzeri süredir hastadır, %92'si tedaviye uyum sağlamaktadır. Katılımcıların %66.1'i alkol ve sigara kullanmamakta, %56.3'ü 1–6 kez hastaneye yatmıştır. %57.1'inin ailesinde ruhsal hastalık öyküsü vardır.

Bilinçli Farkındalık Ölçeği, Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği ve alt boyutlardan alınan puanların dağılımı Tablo 4.2'de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Bilinçli farkındalık ölçeği, duygu düzenlemede güçlükler ölçeği ve alt boyutlardan alınan puanların dağılımı

Ölçek ve Alt Ölçekler	Min.	Max.	Ort.	SS.
Bilinçli farkındalık Ölçeği	27.00	88.00	46.84	10.73
Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği	54.00	156.00	110.03	17.64
Amaca Yönelik Davranabilme Zorluk	6.00	24.00	17.79	3.92
Strateji	8.00	35.00	24.28	4.68
Kabulsüzlük	6.00	28.00	18.31	5.20
Dürtü Kontrolü	7.00	26.00	19.41	4.27
Açıklık	6.00	24.00	15.30	3.10
Farkındalık	5.00	24.00	14.88	3.31

Tablo 4.2 incelendiğinde, katılımcıların Bilinçli Farkındalık Ölçeği toplam puan ortalamasının 46.84 ± 10.73 olduğu görülmektedir. Düzenlemede Güçlükler Ölçeği toplam puan ortalaması 110.03 ± 17.64 olarak saptanmıştır. Alt boyutlara bakıldığında, katılımcıların Amaca Yönelik Davranabilmede Zorluk alt boyutundan 17.79 ± 3.92 , Strateji alt boyutundan 24.28 ± 4.68 , Kabulsüzlük alt boyutundan 18.31 ± 5.20 , Dürtü Kontrolü alt boyutundan 19.41 ± 4.27 , Açıklık alt boyutundan 15.30 ± 3.10 ve Farkındalık alt boyutundan 14.88 ± 3.31 puan aldıkları belirlenmiştir.

Demografik özelliklere göre Bilinçli Farkındalık Ölçeğinden alınan puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.3'de sunulmuştur.

Bilinçli farkındalık Ölçek toplam puanı ile Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçek toplam puanı ve alt boyutlar arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 4.3'te sunulmuştur.

Tablo 4.3. Bilinçli farkındalık ölçek toplam puanı ile duygu düzenlemede güçlükler ölçek toplam puanı ve alt boyutlar arasındaki ilişkinin incelenmesi

	Bilinçli Farkındalık Ölçeği	
Amaca Yönelik Davranabilmede zorluk	r	-0.342
	p	0.000
	n	112
Strateji güçlüğü	r	-0.266
	p	0.005
	n	112
Kabulsüzlük	r	-0.409
	p	0.000
	n	112
Dürtü Kontrolü	r	-0.460
	p	0.000
	n	112
Açıklık	r	-0.199
	p	0.035
	n	112
Farkındalık	r	-0.154
	p	0.104
	n	112
Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği	r	-0.431
	p	0.000
	n	112

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi Amaca Yönelik Davranabilme alt boyutu ile BİFÖ toplam puanı arasında yapılan korelasyon analizi sonucunda, istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Buna göre, Amaca Yönelik Davranabilme puanı arttıkça BİFÖ toplam puanı azalmaktadır. Benzer şekilde, Strateji alt boyutu ile BİFÖ toplam puanı arasında da istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Strateji puanındaki artış, BİFÖ toplam puanında azalma ile ilişkilidir.

Tablo 4.3'te görüldüğü üzere; Kabulsüzlük alt boyutu ile BİFÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Kabulsüzlük puanı arttıkça BİFÖ toplam puanı azalmaktadır.

Dürtü Kontrolü alt boyutu ile BİFÖ toplam puanı arasında da istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Dürtü Kontrolü puanı arttıkça BİFÖ toplam puanı azalmaktadır.

Açıklık alt boyutu ile BİFÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p < 0.05$). Açıklık puanı arttıkça BİFÖ toplam puanı azalmaktadır.

Farkındalık alt boyutu ile BİFÖ toplam puanı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Son olarak, Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği toplam puanı ile BİFÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki belirlenmiştir ($p < 0.05$). Ölçek toplam puanı arttıkça BİFÖ toplam puanı azalmaktadır.

Bilinçli Farkındalık Düzeyinin, Duygu Düzenleme Durumuna etkisini gösterir regresyon analizi Tablo 4.4'te sunulmuştur.

Tablo 4.4. Bilinçli farkındalık düzeyinin, duygu düzenleme durumuna etkisini gösterir regresyon analizi

	Beta	Standart Hata	Standart Beta	t	p	%95 Güven Aralığı	
Sabit katsayı	143.212	6.798	-	21.067	0.000	129.740	156.684
Bilinçli Farkındalık	-0.708	0.142	-0.431	-5.007	0.000	-0.989	-0.428

Tablo 4.4'te görüldüğü gibi, regresyon analizi, Bilinçli Farkındalık Düzeyinin, Duygu Düzenleme Durumuna etkisini ortaya koymak için uygulanmıştır. Bu analiz

sonucunda, Bilinçli Farkındalık Düzeyi ile Duygu Düzenleme Durumu değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($R=0.431$, $R^2_{\text{adjusted}}=0.178$, $F_{(1,110)}=25.068$; $p=0.000$). Bilinçli Farkındalık Düzeyi, Duygu Düzenleme Durumundaki değişimin %17.8'ini açıklamaktadır.

Regresyon analizinin sonucuna göre Duygu Düzenleme Durumunu yordayan regresyon denklemi ise şu şekildedir; Duygu Düzenleme Durumu = $(-0.708 \times \text{Bilinçli Farkındalık Düzeyi Ölçek puanı}) + (143.212)$. Bilinçli Farkındalık Düzeyindeki 1 birimlik artış, Duygu Düzenleme Durumu puanında 0.708 birimlik azalmaya neden olmaktadır.

5.TARTIŞMA

Şizofreni hastalarında bilinçli farkındalık ve duygu düzenleme düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçlarına ilişkin bulguları özetlenmiş ve literatür çerçevesinde ayrıntılı olarak tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının BİFÖ puan ortalaması min. ve max. değerleri göz önüne alındığında orta düzeye yakın bilinçli farkındalık düzeyine işaret etmektedir (Tablo 4.2). Şizofreni tanısı almış bireylerde bu bulgu, bireylerin mevcut anı yargılamadan fark etme, dikkatlerini şimdiye yönlendirme ve içsel deneyimlere açıklık konularında kısmi bir bilinç geliştirebildiklerini göstermektedir. Bu durum, şizofreni hastalarının duygu ve düşüncelerini belirli ölçüde gözlemleyebildiklerini; ancak bilişsel çarpıtmaları ve psikotik belirtileri fark edip düzenleme konusunda desteğe ihtiyaç duyduklarını düşündürmektedir. Şizofreni hastalarında bilinçli farkındalık düzeylerinin incelendiği bazı araştırmalarda, bu çalışmanın bulgularıyla paralel şekilde bilinçli farkındalık düzeyleri orta düzey olarak belirlenmiştir (Lam ve ark., 2022; Perona-Garcelán, 2017).

Ancak, bazı çalışmalarda bilinçli farkındalık düzeylerinin düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Escudero-Perez ve ark., 2016; Ubeda-Gomez ve ark., 2015). Bu farklılıklar, şizofreni hastalarının bireysel özellikleri, hastalığın evresi, tedavi süreci ve kullanılan farkındalık ölçeklerinin çeşitliliği gibi etkenlerden kaynaklanıyor olabilir. Yapılan çalışmalarda, mindfulness temelli yaklaşımların pozitif belirtileri (sanrılar, halüsinasyonlar), depresif semptomları ve işlevsellik düzeylerini olumlu yönde etkilediği ortaya konmuştur (Chadwick ve ark., 2009; Khoury ve ark., 2013; Lüdtke ve ark., 2021). Yine yapılan bazı çalışmalar bilinçli farkındalığın bilişsel süreçler (dikkat, bellek, yürütücü işlevler) üzerinde de olumlu etkileri olduğunu ortaya koymuştur (Lam ve ark., 2022; Perestelo-Pérez ve ark., 2017; Perona-Garcelán ve ark., 2017).

Bu anlamda şizofreni hastalarında bilinçli farkındalık becerilerinin desteklenmesi, hem semptom yönetimi hem de psikososyal işlevsellik açısından yararlı olabilir.

Bu çalışmada, şizofreni hastalarının duygu düzenleme becerileri değerlendirildiğinde, Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ) toplam puan ortalamasının üzerinde olduğunu ve şizofreni tanısı alan bireylerin duygu düzenleme süreçlerinde belirgin zorluklar yaşadığını göstermektedir. Şizofreni, yalnızca pozitif ve negatif semptomlarla sınırlı kalmamakta; aynı zamanda duygusal süreçlerin işleyişinde de bozulmalarla karakterizedir. Duygu tanıma, ifade etme ve düzenleme gibi temel becerilerdeki yetersizlikler, hastaların sosyal işlevselliğini olumsuz yönde etkilemekte ve yaşam kalitelerini düşürmektedir (Horan, 2013). Şizofreni hastaları, hastalığın beraberinde getirdiği sorunlardan dolayı, duygularını düzenlemekte zorluk yaşayabilir. Şizofreni hastalarında duygu düzenleme becerilerinin sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığı bir çalışmada da aynı şekilde şizofreni hastalarının zorluklar yaşadığı ve puan ortalamalarının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tunç ve Gül, 2023). Yine yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarında pozitif ve negatif semptomlar genellikle uyumsuz duygu düzenleme stratejileriyle ilişkilendirilmiştir (Nittel ve ark., 2018, O'Driscoll ve ark., 2014, Owens ve ark., 2013). Çalışmamız bulguları literatür ile uyumludur. Şizofreni hastalarında negatif semptomların sosyalleşmeyi ve işlevselliği azalttığı bilinmektedir. Duyguların farkında olmamak, onları tanımamak ve olumsuz duyguları yönetmekte zorluk çekmek, kişilerarası ilişkilerde birçok soruna neden olabilir. Bunun sonucunda negatif semptomlar ve hastalığın seyri kötüleşebilir (Dowd & Barch 2010, Henry ve ark., 2007). Ne yazık ki, özellikle negatif semptomlar için yeterli etkili ilaç tedavisi bulunmamaktadır. Bu nedenle, duygu düzenleme konusunda rehabilitasyon çalışmalarının uygulamaya konulması hastaları motive edebilir. Bu çalışmada elde

edilen yüksek DDGÖ puanı, şizofreni hastalarının duygu düzenleme alanında desteğe ihtiyaç duyduklarını ortaya koymaktadır.

Duygu düzenleme ölçeği alt boyutları incelendiğinde, en yüksek ortalamaların Strateji ve Dürtü Kontrolü alt boyutlarında olduğu görülmektedir. Bu durum, hastaların olumsuz duygularla başa çıkmak için etkili stratejiler geliştirmede ve yoğun duygusal tepkiler sırasında davranışlarını kontrol etmede zorlandıklarını düşündürmektedir. Literatürde de benzer şekilde, şizofreni hastalarının duygu düzenleme süreçlerinde özellikle bilişsel yeniden değerlendirme stratejilerinde yetersizlik yaşadığı, bastırma eğilimlerinin yüksek olduğu ve bu durumun hem pozitif hem de negatif semptomların şiddetiyle ilişkili olduğu bildirilmektedir (Livingstone ve ark., 2009; Henry ve ark., 2007). Ayrıca dürtü kontrolündeki zorlukların, şizofrenide gözlenen saldırgan davranışlar, intihar girişimleri ve tedaviye uyumsuzluk gibi klinik sonuçlarla bağlantılı olabileceği vurgulanmaktadır (Bravve ve ark.,2025; Iancu ve ark., 2010; Volavka ve ark., 2011). Literatürde de desteklendiği üzere, dürtü kontrolündeki zayıflık, saldırganlık ve intihar girişimleri gibi riskli davranışların yanı sıra, tedaviye uyum sorunlarının da önemli bir belirleyicisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Dolayısıyla, şizofreni tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde duygu düzenleme becerilerini güçlendirmeye yönelik psikoeğitim, bilişsel-davranışçı müdahaleler ve mindfulness temelli yaklaşımların bütüncül bir biçimde ele alınması, hem klinik sonuçların hem de bilişsel ve işlevsel kalitesinin iyileştirilmesi açısından değerli bir hedef olarak görülmektedir.

Araştırmada BİFÖ toplam puanı ile DDGÖ toplam puanı ve alt boyutlar arasındaki ilişki incelenmiş ve DDGÖ Amaca yönelik davranabilmede zorluk,strateji,kabulsüzlük, dürtü kontrolü ve açıklık alt boyutları ile BİFÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli ilişkiler olduğunu

ortaya koymuştur. Bu durum, bireylerin duygusal tepkilerini kabul etme düzeyleri, dürtüsel davranışlarını kontrol edebilme becerileri ve deneyimlere karşı açık olma durumları arttı  a bilinçli farkındalık düzeylerinin yükseldiğini, dolayısıyla B F  puanlarının azaldığını düşündürmektedir. Literatürde, duygusal düzenleme becerilerinin ve özellikle olumsuz duygulara yönelik kabulün, bilinçli farkındalık ile pozitif yönde ilişkili olduğu belirtilmektedir (Chambers ve ark., 2009; Desrosiers ve ark., 2014). Çalışmada, Farkındalık alt boyutu ile B F  toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu sonuç, farkındalık boyutunun tek başına bilinçli farkındalık düzeylerini yordamada yeterli olmayabileceğini veya çalışmanın örnekleminde farkındalık ile B F  puanlarının benzer düzeylerde seyretmiş olabileceğini göstermektedir. Bazı araştırmalarda da farkındalık boyutunun diğer duygu düzenleme bileşenlerine kıyasla daha zayıf bir ilişki sergilediği bildirilmektedir (Suelmann ve ark., 2018). Elde edilen bulgular, bilinçli farkındalık ve duygu düzenleme süreçlerinin birbirini karşılıklı olarak etkileyen karmaşık yapılar olduğunu desteklemektedir. Özellikle kabul, dürtü kontrolü ve açıklık boyutlarının, bilinçli farkındalık ile anlamlı düzeyde ilişkilendirildiği tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, klinik ve önleyici ruh sağlığı uygulamalarında bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin duygu düzenleme becerilerinin geliştirilmesinde etkili olabileceğini göstermektedir.

Tablo 4.4'te sunulan regresyon analizi sonuçlarına göre, Bilinçli Farkındalık Düzeyinin Duygu Düzenleme Durumu  zerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Elde edilen R değeri (0.431) orta düzeyde bir ilişkiye işaret etmekte olup, R^2 adjusted değeri %17.8 ile Bilinçli Farkındalık Düzeyinin Duygu Düzenleme Durumundaki değişimin yaklaşık %18'ini açıkladığını göstermektedir. Bu sonuç, Bilinçli Farkındalı ın duygusal süreçler üzerindeki etkisinin önemli ancak tek başına tüm de işkenli i açıklamaya yeterli olmadığını ortaya koymaktadır. Regresyon

denklemini incelendiğinde, Bilinçli Farkındalık Düzeyindeki bir birimlik artışın Duygu Düzenleme Durumu puanında 0.708 birimlik azalmaya yol açtığı görülmektedir. Bu negatif ilişki, bilinçli farkındalığı yüksek olan bireylerin duygu düzenleme sorunlarını daha az yaşadığını ve duygusal tepkilerini daha iyi kontrol edebildiklerini göstermektedir. Bilinçli farkındalık, kişinin anlık duygu, düşünce ve çevresel deneyimlerini yargılamadan fark etmesi ve kabul etmesi olarak tanımlanır (Kabat-Zinn, 1990). Bu farkındalık hali, kişinin otomatik ve genellikle zararlı olan duygu tepkilerini azaltarak daha sağlıklı duygu düzenleme stratejileri geliştirmesine olanak sağlar (Chambers, Gullone & Allen, 2009). Literatürde de benzer sonuçlar bildirilmiştir. Örneğin, Baer ve ark. (2006) bilinçli farkındalık eğitimlerinin bireylerin duygu düzenleme becerilerini geliştirdiğini ve negatif duygulara karşı toleranslarını artırdığını ortaya koymuştur. Ayrıca, Hill ve Updegraff (2012), yüksek bilinçli farkındalık düzeyinin stres ve kaygı yönetiminde koruyucu bir rol oynadığını ve bireylerin olumsuz duygusal deneyimlerini daha iyi düzenleyebildiklerini belirtmiştir. Bununla birlikte, modelin duygu düzenleme değişkenindeki varyansın yalnızca %17.8'ini açıklaması, bu süreçte birçok başka faktörün de rol oynadığını göstermektedir. Duygu düzenleme; bireyin kişilik özellikleri, sosyal destek, stres düzeyi ve psikolojik sağlık durumu gibi çok sayıda değişkenin etkileşimiyle şekillenir (Gross, 2015). Bu nedenle, gelecek çalışmalarda bilinçli farkındalık dışındaki diğer psikososyal değişkenlerin de modele dahil edilmesi, duygu düzenleme mekanizmalarının daha kapsamlı anlaşılmasını sağlayacaktır. Sonuç olarak, elde edilen bulgular bilinçli farkındalığın duygusal uyum için önemli bir kaynak olduğunu desteklemektedir. Bu sonuçlar, şizofreni hastalarına yönelik psikososyal müdahalelerde duygu düzenleme becerilerinin güçlendirilmesine özel önem verilmesi gerektiğini göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma, katılımcıların bilinçli farkındalık düzeyleri ile duygu düzenleme becerileri arasındaki ilişkiyi ortaya koymuştur. Araştırma sonuçları;

- Katılımcıların büyük çoğunluğunun orta gelir düzeyine sahip, bekâr ve uzun süredir hastalık deneyimi olan bireylerden oluştuğunu göstermektedir.
- Ölçek puanları incelendiğinde, bilinçli farkındalık düzeyinin orta düzeye yakın, duygu düzenlemede güçlük puanlarının ise orta düzeyden yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Korelasyon analizine göre, bilinçli farkındalık düzeyi yükseldikçe duygu düzenlemede yaşanan güçlüklerin azaldığı sonucuna varılmıştır.
- Regresyon analizi sonuçları, bilinçli farkındalık düzeyinin duygu düzenleme durumunun anlamlı bir yordayıcısı olduğunu ortaya koymuştur.
- Elde edilen bulgular, bilinçli farkındalık düzeyinin artırılmasının, duygu düzenleme becerilerinin gelişmesine katkı sağlayabileceğini göstermektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Klinik ve toplumsal ruh sağlığı hizmetlerinde, bilinçli farkındalık temelli eğitim ve terapi programları (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Mindfulness-Based Stress Reduction vb.) yaygınlaştırılması,
- Ruhsal hastalığı olan bireylerde, duygu düzenleme becerilerini güçlendirecek grup terapileri ve psikoeğitim programlarına yer verilmesi,
- Farklı sosyo-demografik gruplarda, bilinçli farkındalık ile duygu düzenleme ilişkisini inceleyen daha geniş örneklemli çalışmalar yapılması,
- Nitel araştırmalar ile bireylerin bilinçli farkındalık deneyimlerinin derinlemesine anlaşılması sağlanması,

- Psikiyatri hemşireleri için hizmet iifarkındalık temelli eğitimlerin verilmesi önerilmektedir.
- Toplum temelli ruh sağlığı merkezlerinde, farkındalık ve duygu düzenleme atölyeleri düzenlenerek erişilebilirlik arttırılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

- Abi-Dargham A. (2014). Schizophrenia: overview and dopamine dysfunction. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(11), e31. <https://doi.org/10.4088/JCP.13078tx2c>
- Akbaba, G., & Balcıoğlu, İ. (2022). Bipolar I bozukluk tanılı ötimik hastalarda duygu düzenleme güçlüklerinin işlevsellik üzerine etkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 25(4), 376-385.
- Akbulut, C. A. (2018). Depresyonun duygu düzenleme süreçlerinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 21(2), 184-192.
- Aktaş, Y., Arabacı, L. B., & Dülgerler, Ş. (2020). Watson İnsan Bakım Modeli'ne göre şizofreni tanılı bir hastada hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(1), 51-57.
- Aktepe İ, Tolan Ö. (2020).Bilinçli farkındalık: güncel bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*,12: 534-561.
- AmericanPsychiatricAssociation. (2013). Diagnosticandstatisticalmanual of mentaldisorders (5th ed.). Arlington, VA: AmericanPsychiatric Publishing.<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Antai-Otong, D. 2016. Psychosocial recovery and rehabilitation. *Nursing Clinics*, 51(2), 287-297.
- Arabacı, L. B., Dağlı, D. A., & Taş, G. (2018). Madde kullanım bozukluklarında duygu düzenleme güçlüğü ve hemşirelerin rol ve sorumlulukları. *Bağımlılık Dergisi*, 19(1), 10-16.
- Aras, H. İ. (2014). Şizofrenide şiddet. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(1).
- Aşkın, R. (2019, 12, 29). *Şizofreni*. <https://rustemaskin.com/sizofreni/>
- Atalay Z. Mindfulness. 5 Baskı. İnkılap Kitabevi Yayın Sanayi ve Ticaret AŞ, 2020: 224.

- Avcı, D.(2021).*Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği*. Ankara:Nobel Tıp Kitabevleri,104.
- Ayano, G. (2016). Schizophrenia: a concise overview of etiology, epidemiology diagnosis and management: review of literatures. *Journal of Schizophrenia Research*, 3(2), 2-7.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.<https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Baer, RA (2003). Klinik bir müdahale olarak farkındalık eğitimi: kavramsal ve ampirik bir inceleme. *Klinik psikoloji: Bilim ve uygulama* , 10 (2), 125.
- Bakır, V. (2019). Farkındalık temelli bilişsel terapi: temel felsefesi, kavramlar, terapötik süreç, eleştiriler ve katkılar. *Bilge Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 5, 21-27.
- Bartolomeo, L. A., Raugh, I. M., & Strauss, G. P. (2022). Deconstructing emotion regulation in schizophrenia: The nature and consequences of abnormalities in monitoring dynamics. *Schizophrenia Research*, 240, 135–142. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.12.043>
- Barut, J. K., Dietrich, M. S., Zaroni, P. A., & Ridner, S. H. (2016). Sense of belonging and hope in the lives of persons with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(2), 178-184.<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.08.009>
- Baysan Arabacı, L.(2020). *Ruh Sağlığı ve Hastalıklarında Temel Hemşirelik Bakımı*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri,17,265-280.
- Belli, H., Özçetin, A., Ertem, Ü., Alpay, E., Bahçebaşı, T., Kıran, Ü. K., ... & Bayık, Y. er(2021). Some sociodemographic features and factors associated with treatment in patients with schizophrenia. *Alpha Psychiatry*, 8(2), 102-112.

- Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H., & Alptekin, K. (2011). Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 22(1), 40-52.
- Black, D. W., & Andreasen, N. C. (2020). *Introductory Textbook of Psychiatry*. American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781615373758>
- Bodhi, B. (2013). What does mindfulness really mean? A canonical perspective. In *Mindfulness* (pp. 19-39). <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564813>
- Bora, E., & Pantelis, C. (2016). Socialcognition in schizophrenia in comparison to bipolar disorder: A meta-analysis. *Schizophreniaresearch*, 175(1-3), 72-78. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.04.018>
- Bravve, L., Kaydan, M., & Kostyuk, G. (2025). Suicidal risk in patients with aggression in schizophrenia: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1560699. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1560699>
- Brown, L. F., Davis, L. W., LaRocco, V. A., & Strasburger, A. (2010). Participant perspectives on mindfulness meditation training for anxiety in schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13(3), 224-242. <https://doi.org/10.1080/15487768.2010.501302>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822.
- Buyuksandalyaci Tunc, E., & Gul, O. (2023). Difficulties in emotion regulation: are they the preventable cause of suicide, impulsivity, and aggression in schizophrenia and bipolar disorder?. *Psychiatria Danubina*, 35(1), 38–46. <https://doi.org/10.24869/psyd.2023.38>

- Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı* (20 ed.) Ankara:Pegem Akademi Yayınları.
- Büyüksandalyacı, A. E. (2019). *Şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarında duygu düzenleme güçlüğü ile agresyon ve suisidalite arasındaki ilişki* (Tez No.540502)[Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi
- Chadwick, P. (2014). Psikoz için farkındalık. *İngiliz Psikiyatri Dergisi* , 204 (5), 333-334. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.136044>
- Chadwick, P., Taylor, K. N., & Abba, N. (2005). Mindfulness groups for people with psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(3), 351-359. <https://doi.org/10.1017/S1352465805002158>
- Chambers, R., Gullone, E., & Allen, N. B. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 560-572. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.005>. Epub 2009 Jun 23.
- Chien, W. T., Chow, K. M., Chong, Y. Y., Bressington, D., Choi, K. C., & Chan, C. W. H. (2020). The role of five facets of mindfulness in a mindfulness-based psychoeducation intervention for people with recent-onset psychosis on mental and psychosocial health outcomes. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 177. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00177>
- Coffey, K. A., Hartman, M., & Fredrickson, B. L. (2010). Deconstructing mindfulness and constructing mental health: Understanding mindfulness and its mechanisms of action. *Mindfulness*, 1(4), 235–253
- Cowan, T., Phalen, P., Brown, C. H., Blanchard, J., & Bennett, M. (2024). We need to make progress on blunted affect: A commentary. *Schizophrenia research*, 264, 263–265. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2024.01.001>

- Çam, O., & Engin, E. (2021). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. 3. Baskı.
- Çam, M. O., & Taş, G. (2021). Duygu düzenleme ve psikiyatri hemşireliğine yansımaları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(2), 192-206.
- Çataloluk, A. and A. Buran.(2023). Şizofreni Bozukluğunun Tarihi, Epidemiyolojisi, Etiyolojisi ve Tedavisi. *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi*, 6(7) 916-933.
<https://doi.org/10.18863/pgy.756948>
- Çobanoğlu, Z. S. Ü., Aker, T., & Çobanoğlu, N. (2003). Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. *Düşünen Adam*, 16(4), 211-218.
- Desrosiers, A., Vine, V., Klemanski, D. H., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Mindfulness and emotion regulation in depression and anxiety: common and distinct mechanisms of action. *Depression and Anxiety*, 30(7), 654-661.
<https://doi.org/10.1002/da.22124>. Epub 2013 Apr 16.
- Dowd, E. C. & Barch, D. M. (2010). Anhedonia and emotional experience in schizophrenia: neural and behavioral indicators. *Biology Psychiatry*, 67, 902–11.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.10.020>
- Dülgerler, Ş. 2021. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. Çam, O. & Engin, E. (editörler). İstanbul Tıp Kitapevleri, İstanbul, Türkiye, 392-422.
- Dworkin, R. H., Clark, S. C., & White, S. R. (2004). Origins and development of schizophrenia: Advances in experimental psychopathology . *Affective Expression and Affective Experience in Schizophrenia*. (s. 385-424). Washington: American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/10305-014>

- Eltan, S., Merdan-Yıldız, E. D., Kumpasoğlu, G. B., & Erden, G. (2021). Yaygın yeme bozukluklarında aile odaklı ve farkındalık temelli terapiler ile diyalektik davranış terapisi. *Nesne Dergisi*, 9(20), 433-451.
- Ercan Doğu, S., & Gündoğmuş, A. G. (2023). Toplum ruh sağlığı merkezi'nden 7 yıl üzeri hizmet almış şizofreni tanısı olan bireylerin sosyal işlevsellik ve psikopatoloji düzeyleri açısından değerlendirilmesi-retrospektif bir çalışma. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 11(3), 113-122. <https://doi.org/10.30720/ered.1285954>
- Escudero-Pérez, S., León-Palacios, M. G., Úbeda-Gómez, J., Barros-Albarrán, M. D., López-Jiménez, A. M., & Perona-Garcelán, S. (2016). Dissociation and mindfulness in patients with auditory verbal hallucinations. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17(3), 294-306. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.1085480>
- Galletly, C., Castle, D., Dark, F., Humberstone, V., Jablensky, A., Killackey, E., ... & Tran, N. (2016). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(5), 410-472. <https://doi.org/10.1177/0004867416641195>
- Ganguly, P. (2018). Mindfulness in holistic management of schizophrenia. *International Journal of Psychology & Behavior Analysis*, 4(2). <https://doi.org/10.15344/2455-3867/2018/156>
- Germer, C. (2009). *Öz şefkate giden bilinçli yol: Kendinizi yıkıcı düşünce ve duygulardan kurtarmak*. Guilford Press.
- Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and*

- Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9102-4>.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Güz, H. (2000). Şizofreni ve cinsiyet: Başlangıç yaşı ve sosyodemografik özellikler. *Klinik Psikiyatri*, 3, 27-33.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Henry, J. D., Green, M. J., de Lucia, A., Restuccia, C., McDonald, S., & O'Donnell, M. (2007). Emotion dysregulation in schizophrenia: reduced amplification of emotional expression is associated with emotional blunting. *Schizophrenia Research*, 95(1-3), 197-204. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.06.002>
- Henry, J., Rendell, J., Green, M., McDonald, S., & Hodgson, D. (2016). Emotion regulation difficulties and schizophrenia: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 44, 53-67
- Henry, J. D., Rendell, P. G., Green, M. J., McDonald, S. & O'Donnell, M. (2008). Şizofrenide duygu düzenlemesi: bastırma ve yeniden değerlendirmenin duygusal, sosyal ve klinik ilişkileri. *Anormal Psikoloji Dergisi*, 117 (2), 473. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.117.2.473> PMID: 18489225.
- Herth, K. A. (2001). Development and implementation of a Hope Intervention Program. *Oncology Nursing Forum*, 28, 6.

- Hill, C. L., & Updegraff, J. A. (2012). Mindfulness and its relationship to emotional regulation. *Emotion*, 12(1), 81. <https://doi.org/10.1037/a0026355>
- Horan, W. P., Green, M. F., DeGroot, M., Fiske, A., Helleman, G., Kee, K., Kern, R. S., Lee, J., Sergi, M. J., Subotnik, K. L., Sugar, C. A., Ventura, J., & Nuechterlein, K. H. (2012). Social cognition in schizophrenia, Part 2: 12-month stability and prediction of functional outcome in first-episode patients. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 865–872. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr001>
- Iancu, I., Bodner, E., Roitman, S., Piccone Sapir, A., Poreh, A., & Kotler, M. (2010). Impulsivity, aggression and suicide risk among male schizophrenia patients. *Psychopathology*, 43(4), 223-229. <https://doi.org/10.1159/000313520>
- İstanbul Tıp Kitabevi, 2021: 394.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Introduction: stress, pain, and illness: facing the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delta, 1-14.
- Kabat-Zinn, J. (2002). Commentary on Majumdar et al.: Mindfulness meditation for health. *The Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 8(6), 731-735. <https://doi.org/10.1089/10755530260511739>
- Kabat-Zinn, J. (2009). Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life. Hachette.
- Kahn, R. S., Sommer, I. E., Murray, R. M., Meyer-Lindenberg, A., Weinberger, D. R., Cannon, T. D., ... & Insel, T. R. (2015). Schizophrenia (primer). *Nature Reviews. Disease Primers*, 1(1). <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.67>

- Kang, C., & Whittingham, K. (2010). Mindfulness: A dialogue between Buddhism and clinical psychology. *Mindfulness*, 1(3), 161-173.
- Kaplan & Sadock's. (2009). Klinik Psikiyatri El Kitabı. Ankara:Güneş Tıp Kitabevi.
- Karakuş, G., Kocal, Y., & Sert, D. (2017). Şizofreni: Etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(2), 251-267.
<https://doi.org/10.17827/aktd.303574>
- Kety, S. S., Wender, P. H., Jacobsen, B., Ingraham, L. J., Janson, L., Faber, B. & Kinney, D. K. (1994). Şizofrenik evlat edinilenlerin biyolojik ve evlat edinen akrabalarında akıl hastalığı: Kopenhag çalışmasının Danimarka'nın geri kalanında tekrarlanması. *Genel Psikiyatri Arşivleri*, 51(6), 442-455.
- Khan U., Z., Martin-Montañez, E., & Chris Muly, E. (2013). Schizophrenia: causes and treatments. *Current pharmaceutical Design*, 19(36), 6451-6461.
<https://doi.org/10.2174/1381612811319360006>
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ... & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763-771.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005>
- Kirkpatrick, B., & Fischer, B. (2006). Subdomains within the negative symptoms of schizophrenia: commentary. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 246-249.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbj054>
- Kirkpatrick, H., Landeen, J., Byrne, C., Woodside, H., Pawlick, J., & Bernardo, A. (1995). Hope and schizophrenia: Clinicians identify hope-instilling strategies. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 33(6), 15-19. <https://doi.org/10.3928/0279-3695-19950601-04>

- Köroğlu, E. (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*. (DSM-IVTR), Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 4:419-447.
- Lam, A. H. Y., Cheung, Y. T. D., Wong, K. H., Leung, S. F., & Chien, W. T. (2022). Dispositional mindfulness and psychotic symptoms in schizophrenia spectrum disorders: The mediating roles of rumination and negative emotion. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 18, 75. <https://doi.org/10.2147/NDT.S338133>
- Lewine, R., & Hart, M. 2020. Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders. *Handbook of Clinical Neurology*, 175, 315-333.
- Lindsay, E. K., & Creswell, J. D. 2017. Mechanisms of mindfulness training: Monitor and Acceptance Theory (MAT). *Clinical Psychology Review*, 51, 48–59.
- Livingstone, K., Harper, S. & Gillanders, D. (2009). Psikozda duygu düzenlemesinin incelenmesi. *Klinik Psikoloji ve Psikoterapi: Uluslararası Teori ve Uygulama Dergisi* , 16 (5), 418-430.
- Lüdtke, J., Kaakinen, J. & Jacobs, A. (2021). Contextual Meaning-Making in Reading: The Role of Affect. In D. Kuiken & A. Jacobs (Ed.), *Handbook of Empirical Literary Studies* (pp. 39-62). Berlin, Boston:DeGruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110645958-003>
- Macfie, W. G., Spilka, M. J., Bartolomeo, L. A., Gonzalez, C. M., & Strauss, G. P. (2023). Emotion regulation and social knowledge in youth at clinical high-risk for psychosis and outpatients with chronic schizophrenia: Associations with functional outcome and negative symptoms. *Early Intervention in Psychiatry*, 17(1), 21–28. <https://doi.org/10.1111/eip.13287>

- McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. (2008). Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 67-76. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn001>
- Mintzberg, M. J., & Carter, C. S. (2008). Schizophrenia textbook of psychiatry. *American Psychiatric publishing*, 5, 407-456.
- Moran, E. K., Culbreth, A. J., & Barch, D. M. (2018). Emotion Regulation Predicts Everyday Emotion Experience and Social Function in Schizophrenia. *Clinical Psychological Science : a journal of the Association for Psychological Science*, 6(2), 271–279. <https://doi.org/10.1177/2167702617738827>
- Morrison, J. (2019). Made Easy The Clinician's Guide To Diagnosis DSM-5'i kolaylaştıran "Klinisyenler İçin Tanı Rehberi". Baskı. Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık.
- Moyal, N., Henik, A., & Anholt, G. E. (2014). Cognitive strategies to regulate emotions-current evidence and future directions. *Frontiers in psychology*, 4, 1019. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.01019>
- Muhtar, G., & Tolan, Ö. Ç. 2021. Sosyal anksiyete bozukluğu olan yetişkinlerde bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin etkililiği: sistematik bir gözden geçirme. *Psikoloji Çalışmaları*, 41(2), 427-458.
- Nittel, C. M., Lincoln, T. M., Lamster, F., Leube, D., Rief, W., Kircher, T., & Mehl, S. (2018). Expressive suppression is associated with state paranoia in psychosis: An experience sampling study on the association between adaptive and maladaptive emotion regulation strategies and paranoia. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(3), 291-312. <https://doi.org/10.1111/bjc.12174>
- O'Driscoll, C. W. (2014). *Process Analysis of Trauma Focused CBT for Individuals with Schizophrenia* (Doctoral dissertation, UCL (University College London)).

- Oflaz F., & Anel G. (2020). *Şizofreni ve psikozla giden diğ r bozukluklar*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 450-451.
- Oflaz, F. (2015). Travma yaşıamış  ocuk ve gençlerin ele alınmasında  ocuk-ergen ruh sağığı ve psikiyatri hemşireliğı uygulamaları. *Turkiye Klinikleri Dergisi*, 1(2), 46-51.
- Owens, K. A., Haddock, G., & Berry, K. (2013). The role of the therapeutic alliance in the regulation of emotion in psychosis: an attachment perspective. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(6), 523–530. <https://doi.org/10.1002/cpp.1793>
-  zcan, C. T., &  etinkaya Duman, Z. (2016). Şizofreni ve Diğ r Psikotik Bozukluklar.  zcan, C.T. ve G rhan, N. (editörler). Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara, Türkiye, 335-377.
- Özyeşil, Z., Arslan, C., Kesici, Ş., & Deniz, M. E. (2011). Bilinçli farkındalık  l eğı'ni Türkçeye uyarlama  alışması. *Eğitim ve Bilim*, 36(160).
- Perestelo-Perez, L., Barraca, J., Penate, W., Rivero-Santana, A. & Alvarez-Perez, Y. (2017). Depresif düşüncelerin tedavisinde farkındalık temelli müdahaleler: Sistematik inceleme ve meta-analiz. *Uluslararası Klinik ve Sağık Psikolojisi Dergisi* , 17 (3), 282-295.<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.07.004>
- Perona-Garcel n, S., Rodr guez-Testal, J. F., Sen n-Calder n, C., Ruiz-Veguilla, M., & Hayward, M. (2017). Mindfulness as a mediator between the relational style with voices and negative affect. *Mindfulness*, 8(2), 454-459.<https://doi.org/10.1007/s12671-016-0617-6>
- Qin, K., Yu, Y., Cai, H., Li, J., Zeng, J., & Liang, H. (2024). *Effectiveness of mindfulness-based intervention in schizophrenia: A meta-analysis of randomized controlled trials*. *Psychiatry Research*, 334, 115808. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115808>

- Ruganci, R. N., & Gençöz, T. (2010). Psychometric properties of a Turkish Version of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Clinical Psychology*, 66(4), 442–455. <https://doi.org/10.1002/jclp.20665>
- Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLos Medicine*, 2(5), 141. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020141>
- Schnitker SA. An examination of patience and well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 2012, 7: 263-280.
- Schultz, S. H., North, S. W., & Shields, C. G. (2007). Schizophrenia: a review. *American Family Physician*, 75(12), 1821-1829.
- Shi, B., Yang, Z., Zhu, Y., Jiang, C., Yuan, D., & Zhang, J. (2025). Şizofreni hastalarının tedavisinde blonsesinin etkisinin ve güvenliğinin meta-analizi. *Neuropsychiatry*, 62, 195-204.
- Siegel, R. D., Germer, C. K., & Olendzki, A. (2009). Farkındalık: Nedir? Nereden Geldi? *Klinik Farkındalık El Kitabı'nda* (s. 17-35). New York, NY: Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6_2
- Stellern, J., Xiao, K. B., Grennell, E., Sanches, M., Gowin, J. L., & Sloan, M. E. (2023). Emotion regulation in substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Addiction (Abingdon, England)*, 118(1), 30–47. <https://doi.org/10.1111/add.16001>
- Suermann, H., Brouwers, A., & Snippe, E. (2018). Explaining variations in mindfulness levels in daily life. *Mindfulness*, 9(6), 1895-1906. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0932-1c>
- Summakoğlu, D., & Ertuğrul, B. (2018). Şizofreni ve tedavisi. *Lectio Scientific*, 2(1), 43-61.

- Şahin, F., & Altun, Ö. Ş. 2022. Şizofreni hastalığında mutluluk kavramı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14(3), 291-298.
- Úbeda-Gómez, J., León-Palacios, M. G., Escudero-Pérez, S., Barros-Albarrán, M. D., López-Jiménez, A. M., & Perona-Garcelán, S. (2015). Relationship between self-focused attention, mindfulness and distress in individuals with auditory verbal hallucinations. *Cognitive Neuropsychiatry*, 20(6), 482-488. <https://doi.org/10.1080/13546805.2015.1089225>
- Uyan, T. T., Köroğlu, A., & Hocaoglu, C. Şizofreni: Etiyoloji, tanı ve tedavi yaklaşımlarında güncel durum. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 10(1), 19-35.
- Üstünkaya, M., & Asqarova, S. (2023). Şizofreni hastası bireylerde yaşanan bilişsel gerilemenin giderilmesine ve işlevselliğin artırılmasına ergoterapi perspektifinden bakış. *Artuklu International Journal of Health Sciences*.
- Vassos, E., Pedersen, C. B., Murray, R. M., Collier, D. A., & Lewis, C. M. (2012). Meta-analysis of the association of urbanicity with schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 38(6), 1118-1123. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs096>
- Volavka, J., & Citrome, L. (2011). Pathways to aggression in schizophrenia affect results of treatment. *Schizophrenia bulletin*, 37(5), 921-929. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr041>
- Yorulmaz, A. (2021). *Duygu düzenleme güçlüğü, bilinçli farkındalık ve aleksitiminin somatizasyon belirtilerini yordayıcı etkilerinin incelenmesi*(Tez No.665933)[Yüksek Lisans Tezi,İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi].Ulusal Tez Merkezi

EKLER

Ek-1. Etik Bildirim İntihal Beyan Formu

	SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ Graduate School of Health Sciences	
ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU¹		
Öğrencinin Adı ve Soyadı	Elif CEYLAN	
Öğrencinin Numarası		
Ana Bilim Dalı	Psikiyatri Hemşireliği	
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans	
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	%2	% 15
II. Genel Bilgiler	%27	% 35
III. Materyal ve Metod	%34	% 35
IV. Bulgular	%15	% 15
V. Tartışma	%3	% 20
<i>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.</i>		

Ek-2. Etik Kurul Onay Formu

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 Eda AY
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI	Şizofreni hastalarının bilinçli farkındalık düzeyleri ile duygu düzenleme durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı:2 Karar No:104
	Tarih:29.03.2024
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin Kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi.	
Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof. Dr. Ayşe M.

Ek-3. Kurum İzni



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : E-20369917-100-2400323256
Konu : Bilimsel Araştırma İzinleri / Elif
CEYLAN

02.10.2024

DAĞITIM YERLERİNE

Ana Bilim Dalınız yüksek lisans programı öğrencisi Elif CEYLAN'ın "Şizofreni Hastalarının Bilinçli Farkındalık Düzeyleri İle Duygu Düzenleme Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı çalışması ile ilgili Erzurum Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünden alınan 30.09.2024 tarih ve E-76614443-604.01-255420000 sayılı belge ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.



T.C.
ERZURUM VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-76614443-604.01-255420000
Konu : Bilimsel Araştırma İzinleri / Elif
CEYLAN

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 11.09.2024 tarihli ve E-88179374-100-2400294066 sayılı yazınız.

İlgi'de kayıtlı yazıda Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Elif CEYLAN'ın "*Şizofreni Hastalarının Bilinçli Farkındalık Düzeyleri ile Duygu Düzenleme Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*" başlıklı çalışmasını Erzurum Şehir Hastanesinde yapabilmek için Müdürlüğümüze izin talebiniz iletilmiştir.

Yapılan değerlendirmeler doğrultusunda çalışmanın adı geçen kurumda yapılması Müdürlüğümüzce uygun bulunmuş olup çalışmanız esnasında etik kurallara uymanız, kurum kişi ve mahremiyetine uygun hareket etmeniz önem arz etmektedir. Adı geçen çalışma sonucu hazırlanan araştırma raporundan toplam iki (2) nüsha hazırlanarak Müdürlüğümüze teslim edilmesi ve uyarılara hassasiyet gösterilmesi hususunda;

Bilgilerinizi rica ederim.

Atatürk Üniversitesi

Bilgi için:

Ek-4. Kişisel Bilgi Formu

1-Yaş aralığınız Durum

18-25

26-33

34-41

42 ve üzeri

2-Cinsiyet

Kadın

Erkek

3-Medeni

Evli

Bekar

4-Eğitim Durumunuz Nasıl?

Okur-yazar değil

Okur-yazar

İlkokul mezunu

Ortaöğretim Mezunu

Lise Mezunu

Üniversite mezunu

5-Gelir-Gider Durumuz

İyi

Orta

Kötü

6-Hastalık Süreciniz Ne Kadar?

0-2 yıl

2-4 yıl

4-6 yıl

6 yıl ve üzeri

7-Tedaviye uyumlu musunuz?

Evet

Hayır

8-Alkol veya Sigara Kullanıyor musunuz? 9-Kaç kez hastaneye yattınız?

Evet

Hayır

1-6 kez

7-11 kez

10-Ailenizde Ruhsal Hastalık var mı?

Evet

Hayır

12 ve üstü

Ek-5. Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ)

Açıklama: Aşağıda sizin günlük deneyimlerinize ilgili bir dizi durum verilmiştir. Lütfen her bir maddenin sağında yer alan 1 ile 6 arasındaki ölçeği kullanarak her bir deneyimi ne kadar sık veya nadiren yaşadığınızı belirtiniz. Lütfen deneyimizin **ne olması gerektiğini değil, sizin deneyiminizi gerçekten neyin etkilediğini** göz önünde bulundurarak cevaplayınız. Lütfen her bir maddeyi diğerlerinden ayrı tutunuz.

1	2	3	4	5	6
Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Oldukça Seyrek	Hemen hemen hiçbir zaman
1. Belli bir süre farkında olmadan bazı duyguları yaşayabilirim.					1 2 3 4 5 6
2. Eşyaları özensizlik, dikkat etmeme veya başka bir şeyleri düşündüğüm için kırarım veya dökerim.					1 2 3 4 5 6
3. Şu anda olana odaklanmakta zorlanırım.					1 2 3 4 5 6
4. Gideceğim yere, yolda olup bitenlere dikkat etmeksizin hızlıca yürüyerek gitmeyi tercih ederim.					1 2 3 4 5 6
5. Fiziksel gerginlik ya da rahatsızlık içeren duyguları, gerçekten dikkatimi çekene kadar fark etmeme eğilimim vardır.					1 2 3 4 5 6
6. Bir kişinin ismini, bana söylendikten hemen sonra unuturum.					1 2 3 4 5 6
7. Yaptığım şeyin farkında olmaksızın otomatik bağlanmış gibi yapıyorum.					1 2 3 4 5 6
8. Aktiviteleri gerçekte ne olduklarına dikkat etmeden acele ile yerine getiririm.					1 2 3 4 5 6
9. Başarmak istediğim hedeflere öyle çok odaklanırım ki o hedeflere ulaşmak için şuan ne yapıyor olduğumun farkında olmam.					1 2 3 4 5 6
10. İşleri veya görevleri ne yaptığımın farkında olmaksızın otomatik olarak yaparım.					1 2 3 4 5 6
11. Kendimi bir kulağımla birini dinlerken; aynı zamanda başka bir şeyi de yaparken bulurum.					1 2 3 4 5 6
12. Gideceğim yerlere farkında olmadan gidiyor, sonra da oraya neden gittiğime şaşırıyorum.					1 2 3 4 5 6

13. Kendimi gelecek veya geçmişle meşgul bulurum. 1 2 3 4 5 6

14. Kendimi yaptığım işlere dikkatimi vermemiş bulurum. 1 2 3 4 5 6

15. Ne yediğimin farkında olmaksızın atıştırıyorum.



Ek-6. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği(DDGÖ)

Aşağıda insanların duygularını kontrol etmekte kullandıkları bazı yöntemler verilmiştir. Lütfen her durumu dikkatlice okuyunuz ve her birinin sizin için ne kadar doğru olduğunu içtenlikle değerlendiriniz.

1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse Her zaman

2. Ne hissettiğimi dikkate alırım.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse Her zaman

3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse Her zaman

4. Ne hissettiğim konusunda net bir fikrim vardır.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse Her zaman

5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse Her zaman

6. Ne hissettiğime dikkat ederim.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse Her zaman

7. Ne hissettiğimi tam olarak bilirim

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse Her zaman

8. Ne hissettiğimi önemserim.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse Her zaman

9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse Her zaman

10. Kendimi kötü hissettiğimde, bu duygularımı kabul ederim.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse Her zaman

11. Kendimi kötü hissettiğimde, böyle hissettiğim için kendime kızarım.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐
Neredeyse Her zaman

12. Kendimi kötü hissettiğimde, böyle hissettiğim için utanırım.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐
Neredeyse Her zaman

13. Kendimi kötü hissettiğimde, işlerimi yapmakta zorlanırım.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐
Neredeyse Her zaman

14. Kendimi kötü hissettiğimde, kontrolümü kaybederim.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐
Neredeyse Her zaman

15. Kendimi kötü hissettiğimde, uzun süre böyle kalacağıma inanırım.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐
Neredeyse Her zaman

16. Kendimi kötü hissettiğimde, sonuç olarak yoğun depresif duygular içinde olacağıma inanırım.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐
Neredeyse Her zaman

17. Kendimi kötü hissettiğimde, duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐
Neredeyse Her zaman

18. Kendimi kötü hissettiğimde, başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐
Neredeyse Her zaman

19. Kendimi kötü hissettiğimde, kendimi kontrolden çıkmış hissederim.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐
Neredeyse Her zaman

20. Kendimi kötü hissettiğimde, halen işlerimi sürdürebilirim.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐
Neredeyse Her zaman

21. Kendimi kötü hissettiğimde, bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐
Neredeyse Her zaman

22. Kendimi kötü hissettiğimde, eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse Her zaman

23. Kendimi kötü hissettiğimde, zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse Her zaman

24. Kendimi kötü hissettiğimde, davranışlarımı kontrol altında tutabileceğimi hissederim.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse Her zaman

25. Kendimi kötü hissettiğimde, böyle hissettiğim için suçluluk duyarım.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse Her zaman

26. Kendimi kötü hissettiğimde, konsantre olmakta zorlanırım.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse Her zaman

27. Kendimi kötü hissettiğimde, davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse Her zaman

28. Kendimi kötü hissettiğimde, daha iyi hissetmem için yapacağım hiç bir şey olmadığına inanırım.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse Her zaman

29. Kendimi kötü hissettiğimde, böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse Her zaman

30. Kendimi kötü hissettiğimde, kendim için çok fazla endişelenmeye başlarım.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse Her zaman

31. Kendimi kötü hissettiğimde, kendimi bu duyguya bırakmaktan başka yapabileceğim birşey olmadığına inanırım.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse Her zaman

32. Kendimi kötü hissettiğimde, davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐
Neredeyse Her zaman

33. Kendimi kötü hissettiğimde, başka bir şey düşünmekte zorlanırım.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐
Neredeyse Her zaman

34. Kendimi kötü hissettiğimde, duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐
Neredeyse Her zaman

35. Kendimi kötü hissettiğimde, kendimi daha iyi hissetmem uzun zaman alır.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐
Neredeyse Her zaman

36. Kendimi kötü hissettiğimde, duygularım dayanılmaz olur.

☐ Neredeyse Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Yaklaşık Yarı yarıya ☐ Çoğu zaman ☐
Neredeyse Her zaman

Ek-7. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (Ddgö) Kullanım İzni

**Neslihan Rugancı**

Kime: Elif ve 2 kişi daha... >

25.02.2024

Ynt: Duygu düzenleme güçlüğü

Merhabalar,
gerekli dökümanlar ektedir. 10. maddeyi analize almıyoruz. Faktör tablosundan ters puanlanan maddeleri tespit edebilirsiniz. Kolaylıklar dilerim.

Elif Ceylan <

23 Şub

2024 Cum, 09:01 tarihinde şunu yazdı:

Hocam merhaba ben Elif Ceylan Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği ABD yüksek lisans yapmaktayım. Danışman hocamla birlikte şizofreni hastalarında tezim için duygu düzenleme güçlüğü ölçeğini kullanabilir miyiz?Teşekkür ederim.

--

Neslihan Rugancı, PhD.

**Factor Structure of the DERS.doc**

93 KB

Ek-8. Bilinçli Farkındalık Ölçeği Kullanım İzni



COŞKUN ARSLAN

Kime: Elif Ceylan >

27.02.2024



Ynt: Bilinçli farkındalık ölçeği hakkında

Ölçeği ekte gönderiyorum. çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Prof. Dr.Coşkun Arslan

----- Orijinal Mesaj -----

Kimden: "Elif Ceylan" <

Kime:

Gönderilenler: 23 Şubat Cuma 2024 19:35:30

Konu: Bilinçli farkındalık ölçeği hakkında

Hocam merhabalar ben Elif Ceylan Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği ABD yüksek lisans yapmaktayım. Tezim için sizin geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığınız bilinçli farkındalık ölçeğini kullanabilir miyim ? Teşekkür ederim



BİLİNÇLİ FARKINDALIK
ÖLÇEĞİ.docx
16 KB

