

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

YATARAK TEDAVİ GÖREN PSİKOZ HASTALARINDA
KENDİNE ŞEFKAT MÜDAHALESİNİN
UYGULANABİLİRLİĞİNİN VE ETKİLİLİĞİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Havvanur UYSAL

İstanbul
Ağustos-2023

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

YATARAK TEDAVİ GÖREN PSİKOZ HASTALARINDA
KENDİNE ŞEFKAT MÜDAHALESİNİN
UYGULANABİLİRLİĞİNİN VE ETKİLİLİĞİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Havvanur UYSAL

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Kaasım Fatih YAVUZ

İstanbul
Ağustos-2023

TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Doç. Dr. Kaasım Fatih Yavuz

Üye Doç. Dr. Yusuf Bilge

Üye Doç. Dr. Ahmet Öztürk

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Doç. Dr. Erhan İÇENER
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Yatarak Tedavi Gören Psikoç Hastalarında Kendine Şefkat Müdahalesinin Uygulanabilirliğinin Ve Etkililiğinin Değerlendirilmesi**” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandırıldığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Havvanur UYSAL

ÖN SÖZ

Tez sürecim boyunca ilgi ve alakasını daima sürdüren, sürecimi özenle takip eden, eksik olduğum konularda şefkatli tutumuyla yönlendiren ve yardımcı olan, akademik alanda öğrettiği sınırsız bilginin yanı sıra hayattaki duruşuyla bana daima örnek olan, kendisine ne kadar minnettar olduğumu anlatmak için bu satırların az kaldığı, saygıdeğer hocam Doç. Dr. K.Fatih YAVUZ'a

Eğitim hayatım boyunca tüm katkıları ve emekleri için kıymetli hocalarıma,

Tanıştığımız ilk günden bu yana benden desteğini esirgemeyen, bilgi ve tecrübesiyle beni yönlendiren, çalışma azmine hayranlık duyduğum ve örnek aldığım, tez sürecimin her anında bana sonsuz destek olan, güzel ve zor her anımda tüm şefkatiyle ve ablalığıyla orada olan sevgili Doç. Dr. Sevinç ULUSOY'a,

Tez çalışmamı yürütmem için bana imkân tanıyan BRSHH Klinik Şefi Prof. Dr. Erhan KURT'a, klinik asistanlarına, hemşirelerine ve personeline,

Tez sürecimde dahil olmak üzere her konuda benden yardımlarını esirgemeyen, her zaman destekleriyle yanımda olan, bilgi ve tecrübelerinden çok şey öğrendiğim ve birlikte çalışma şansı yakaladığım ve aynı ekip içerisinde olmaktan gurur duyduğum BAĞDAM Ekibi; Dr. Ahmet NALBANT, Dr. Merve TERZİOĞLU, Dr. Şengül İLKAY, Klinik Psikolog Seher CÖMERTOĞLU'na,

Bu ailenin bir üyesi olmaktan gurur duyduğum, abi ve ablalıklarıyla hayatımı değiştiren, her birinden ayrı ayrı birçok şey öğrendiğim TÜRBAD ailesine,

Hayatımın her alanında olduğu gibi bu sürecimde de beni yalnız bırakmayan, sürecimi kolaylaştırmak için çabalayan, zorlandığım her anda tüm enerjileriyle orada olan ve bana motivasyon veren, tüm zorlukları ve mutluluklarımı beraber yaşadığım çok kıymetli arkadaşlarım sevgili Gülten KAPLAN'a, Elisanur ÇANKAYA'ya, Deniz ÇELİK'e ve meslektaşım Rumeysa YILDIZ'a,

Hayatımdaki yerini bu satırlara sığdırmakta zorlanacağım, desteğini ve ilgisini her zaman hissettiren, bu süreçte yaşadığım tüm zorluklarda benimle birlikte sabırla çabalayan, varlığı için minnet duyduğum Mehmet Ali AKDEMİR'e,

Ve hayatımın her döneminde gelişimim için uğraşan, çabalayan, aldığım tüm kararlarımda yargılamadan yanımda olan, maddi ve manevi tüm ihtiyaçlarımı karşılayan ve desteklerini esirgemeyen sevgili aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Havvanur UYSAL

İstanbul-2023



ÖZET

YATARAK TEDAVİ GÖREN PSİKOZ HASTALARINDA KENDİNE ŞEFKAT MÜDAHALESİNİN UYGULANABİLİRLİĞİNİN VE ETKİLİLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Havvanur UYSAL

Yüksek Lisans, Klinik Psikoloji

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Kaasım Fatih YAVUZ

Ağustos, 2023 - 96 Sayfa

Bu araştırmanın amacı, yatarak tedavi gören psikoz tanısı almış bireylerde tek seanslık kendine şefkat müdahalesinin uygulanabilirliğini test etmek ve bununla beraber kendine şefkat müdahalesinin durumsal kendine şefkat, kendini eleştirme, pozitif ve negatif belirti düzeyleri üzerindeki etkisini incelemektir. Araştırmamızın örneklemini, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (BRSHH) yataklı servisinde Psikotik Bozukluk tanısı ile yatarak tedavi görmekte olan 24 kişiden oluşmaktadır. Verilerin toplanmasında Sosyo-demografik Veri Formu, Kendini Eleştirme/Kendine Saldırma Formları & Kendine Güvence Verme Ölçeği (KEFGÖ), Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Durumsal Kendine Şefkat- Kısa Formu ve Danışan Memnuniyet Ölçeği-8 (DMÖ-8) kullanılmıştır. Araştırmaya dahil olma ölçütlerini karşılayan katılımcılar deney ve kontrol grubuna rastgele atanmışlardır. Müdahale sonrasında deney grubunda kendini eleştirme puanları anlamlı derecede düşerken ($p=0,025$) kontrol grubunda anlamlı bir düşüş olmamıştır ($p>0,999$). Bununla birlikte, gruplar arasında müdahale sonrası kendini eleştirme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p=0,183$). PANNS skorlarının değişimi analiz edildiğinde her iki grupta da tüm skorların bir hafta sonra yapılan ölçümlerde müdahale öncesi ölçümlere göre anlamlı olarak düştüğü görülmüştür. Deney grubunda PANSS toplam puanı müdahale öncesinde 96, müdahaleden bir hafta sonra 56.5 olarak hesaplanmış ($p=0,002$), kontrol grubunda ise birinci ölçümde 99.5 ve ikinci ölçümlerde 63.5 olarak

hesaplanmıştır ($p=0,002$). Bununla birlikte gruplar arasında PANNS puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Durumsal kendine şefkat puanları müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve bir hafta sonra değerlendirilmiştir. Deney grubunda kendine şefkat puanları, müdahale öncesine göre müdahaleden bir hafta sonraki ölçümlerde anlamlı derecede yükselmiştir ($p<0,001$). Kontrol grubunda ise anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p=0,380$). Bununla birlikte her iki grubun müdahale sonrası yapılan ölçümlerinde elde edilen kendine şefkat puanları arasında istatistiki açıdan farklılık saptanmamıştır ($p=0,663$). Müdahaleden bir hafta sonra yapılan ölçümlerde ise, deney grubunun puanları kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,034$). Yapılan analizlere göre, deney grubunda DMÖ toplam puanı ortalama değeri $28\pm 3,19$ olarak hesaplanmıştır. Araştırmadan elde ettiğimiz sonuçlar, yatarak tedavi gören psikoz hastalarında tek seanslık kendine şefkat müdahalesinin katılımcılar tarafından kabul edilebilir ve uygulanabilir olduğunu, kendine şefkat müdahalelerinin kendini eleştirme davranışlarının azaltılmasında etkili olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Psikoz, kendine şefkat, kendini eleştirme, pozitif belirtiler, negatif belirtiler

ABSTRACT

FEASIBILITY AND EFFICACY OF A SELF COMPASSION INTERVENTION IN INPATIENTS WITH PSYCHOSIS

Havvanur UYSAL

Master, Clinical Psychology

Thesis Advisor: Assoc. Prof. Dr. Kaasım Fatih YAVUZ

August, 2023 - 96 Pages

The aim of this study is to test the feasibility of a one-session self-compassion intervention in inpatients diagnosed with psychosis and examine the effect of self-compassion intervention on state self-compassion, self-criticism, and levels of positive and negative symptom. The sample for this study consists of 24 people who are inpatients diagnosed with Psychotic Disorder in the inpatient service of Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Mental Health and Neurological Diseases Training and Research Hospital. Socio-demographic Data Form, Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), The Forms of Self-Criticizing/attacking and Self-reassuring Scale, State Self-Compassion-Short Form, and Client Satisfaction Scale-8 were used to collect data. Participants who met the inclusion criteria were randomly assigned to the experimental and control groups. While self-criticism scores decreased significantly in the experimental group after the intervention ($p=0.025$), there was no significant decrease in the control group ($p>0.999$). However, there was no statistically significant difference between the groups in terms of self-criticism scores after the intervention ($p=0.183$). When the change in PANNS scores was analyzed, it was observed that all scores in both groups decreased significantly compared the pre-intervention measurements with the measurements taken one week after. The PANSS total score in the experimental group was calculated as 96 before the intervention and 56.5 one week after the intervention ($p=0.002$), while in the control group it was calculated as 99.5 in the first measurement and 63.5 in the second measurement ($p=0.002$). However, there was no statistically significant difference between the groups in terms of PANNS scores. State self-compassion scores were assessed before the intervention,

immediately after the intervention, and one week after the intervention. Self-compassion scores in the experimental group were significantly higher in the measurements taken one week after the intervention than before the intervention. ($p < 0.001$). There was no significant difference in the control group ($p = 0.380$). However, there was no statistical difference between the self-compassion scores obtained in the post-intervention measurements of both groups ($p = 0.663$). In the measurements taken one week after the intervention, the scores of the experimental group were found to be significantly higher than the control group ($p = 0.034$). According to the analyzes, the mean value of the DCI total score in the experimental group was calculated as 28 ± 3.19 . The results of the study show that a single-session self-compassion intervention is acceptable and applicable for the participants who are inpatient psychosis patients, and that self-compassion interventions can be effective in reducing self-criticism behaviors.

Keywords: Psychosis, self-compassion, self-criticism, positive symptoms, negative symptoms

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ	ii
ÖN SÖZ.....	iii
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER.....	ix
TABLolar LİSTESİ.....	xii
GRAFİKLER LİSTESİ	xiii
KISALTMALAR	xiv

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ	1
1.1. Problem	2
1.2. Amaç	3
1.3. Araştırmanın Önemi.....	3
1.4. Varsayımlar	4
1.5. Sınırlılıklar	4
1.6. Tanımlar	5

İKİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR TARAMASI	6
2.1. Psikoz	6
2.1.1. Psikoz Kavramı ve Tarihçesi	6
2.1.2. Psikotik Belirtiler	7
2.1.3. Tanı	8
2.1.4. Epidemiyoloji.....	9
2.1.5. Etiyoloji	9
2.1.5.1. Genetik	9
2.1.5.2. Çevresel Etkenler	10
2.1.5.3. Psikososyal Kuramlar	12
2.1.6. Kendini Eleştirme ve Psikoz.....	13

2.2. Kendine Şefkat.....	15
2.2.1. Neff'in Kendine Şefkat Modeli	17
2.2.2. Kendine Yönelik Nezaket.....	17
2.2.3. İnsanlık Müştereği.....	17
2.2.4. Kendindelik.....	18
2.3. Şefkat Odaklı Terapi	18
2.4. Kendi Şefkat ve Psikopatoloji	19

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM.....	22
3.1. Evren ve Örneklem	22
3.2. Veri Toplama Araçları	24
3.2.1. Sosyo-demografik Veri Formu	24
3.2.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS).....	24
3.2.3. Kendini Eleştirme/Kendine Saldırma Formları & Kendine Güvence Verme Ölçeği (KEFGÖ)	24
3.2.4. Durumsal Kendine Şefkat- Kısa Formu	25
3.2.5. Danışan Memnuniyet Ölçeği-8 (DMÖ-8)	25
3.3. İşlem.....	25
3.3.1. Kendine Şefkat Müdahalesi - Deney Grubu.....	26
3.3.2. Eşlik Etme (Befriending) – Kontrol Grubu	26
3.4. Veri Analizi	27

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR	28
-----------------------	-----------

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE SONUÇ.....	41
5.1. Tanımlayıcı Bulguların Değerlendirilmesi.....	41
5.2. Çalışmanın Hipotezlerinin Değerlendirilmesi	43
5.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	49
5.4. Sonuç.....	50

KAYNAKÇA	51
EKLER	70
EK-1: Aydınlatılmış Hasta Onam Formu	70
EK-2: Sosyodemografik Veri Formu.....	71
EK-3: Kendini Eleştirme/Kendine Saldırma Formları & Kendine Güvence Verme Ölçeği (KEFGÖ).....	72
EK-4: Durumsal Kendine Şefkat Ölçeği- Kısa Formu	74
Ek-5: PANSS.....	75
Ek-6: Danışan Memnuniyet Ölçeği	76
EK-7: Karar Tebliği	77
EK-8: Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulu Kararı	79
ÖZGEÇMİŞ	80

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 3.1: Sosyodemografik özellikler	23
Tablo 4.1: Sosyodemografik özellikler	28
Tablo 4.2: Tüm Katılımcılar için Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğine Dair Ölçümler.....	30
Tablo 4.3: Tüm Katılımcılar için Kendini Eleştirme/Kendine Saldırma Formları & Kendine Güvence Verme Ölçeğine Dair Ölçümler	30
Tablo 4.4: Tüm Katılımcılar için Durumsal Kendine Şefkat- Kısa Formu Ölçeğine Dair Ölçümler	31
Tablo 4.5: Danışan Memnuniyet Ölçeği-8'e Dair Ölçümler	31
Tablo 4.6: Çalışma gruplarına göre sosyodemografik özellikler	33
Tablo 4.7: Çalışma gruplarına göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği skorları değişimi.....	34
Tablo 4.8: Çalışma gruplarına Kendini Eleştirme/Kendine Saldırma Formları & Kendine Güvence Verme Ölçeği (KEFGÖ) skorlarının değişimi.....	35
Tablo 4.9: Çalışma gruplarına göre Durumsal Kendine Şefkat- Kısa Formu skorları değişimi.....	35
Tablo 4.10: Çalışma gruplarına göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği.....	39
Tablo 4.11: Çalışma gruplarına göre Kendini Eleştirme/Kendine Saldırma Formları & Kendine Güvence Verme Ölçeği	39
Tablo 4.12: Çalışma gruplarına göre Durumsal Kendine Şefkat- Kısa Formu	40

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 4.1: Ölçek Puanları	32
Grafik 4.2: Deney ve kontrol gruplarında KŞ ve KEFGÖ skorlarının zamanla değişimi	36
Grafik 4.3: Deney grubunda KEFGÖ skorlarının zamanla değişimi	36
Grafik 4.4: Kontrol grubunda KEFGÖ skorlarının zamanla değişimi	37
Grafik 4.5: Deney grubunda KŞ skorlarının zamanla değişimi	37
Grafik 4.6: Kontrol grubunda KŞ skorlarının zamanla değişimi	38



KISALTMALAR

APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BRSHH	: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
DMÖ-8	: Danışan Memnuniyet leği-8
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
KEFG	: Kendini Eleştirme/Kendine Saldırma Formları & Kendine Güvence Verme leği
Kş	: Kendine şefkat
PANSS	: Pozitif ve Negatif Sendrom leği
PANSS GB	: Pozitif ve Negatif Sendrom leği-Genel Psikopatoloji
PANSS NB	: Pozitif ve Negatif Sendrom leği- Negatif Belirtiler
PANSS PB	: Pozitif ve Negatif Sendrom leği- Pozitif Belirtiler
SC	: Self Compassion
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
ZK	: Zihin Kuramı

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Psikoz; kişinin gerçeklik algısında önemli ölçüde bozulmaların, sanrı, varsanı, dezorganize konuşma ya da davranış gibi belirtilerden bir ya da daha fazlasının görüldüğü klinik bir sendromdur. Psikoz kişinin düşünce süreçlerinin, duygusal tepkilerinin, kişiler arası ilişkilerinin de içerisinde olduğu kompleks bir klinik durumdur ve önemli ölçüde yeti yitimine neden olmaktadır (Stahl, 2021). Psikoz; psikiyatrik, nörogelişimsel, nörolojik, psikolojik ve tıbbi durumlarla ilişkili olarak ortaya çıkabilir (Arciniegas, 2015: 715-736).

Psikoz farklı psikiyatrik tanıları da içine alan, heterojen bir klinik tablodur bu sebeple de tek bir nedensel sürecin sonucunda ortaya çıkma olasılığı düşüktür (Beards ve Fisher, 2014: 1541-44). Günümüzde psikoza yönelik biyolojik, emosyonel, sosyal ve psikolojik süreçleri de içeren daha bütüncül bir yaklaşım yaygınlaşmıştır. Bununla ilişkili olarak da çeşitli psikotik durumlar ve bunların ilişkili olduğu düşünülen çeşitli süreçler ele alınarak psikoz için farklı risk ve sürdürüm durumları ileri sürülmüş, psikotik durumların anlaşılması üzerine birçok model ve yaklaşım geliştirilmiştir (Beards ve Fisher, 2014: 1541-44).

Kendini eleştirme ve utanç; işitsel halüsinasyon (Gilbert, vd., 2001: 1117-27), perseküsyon sanrılar (Hutton, vd., 2013: 127-136) gibi durumların da dahil olduğu birçok klinik fenomenle ilişkili olduğu gösterilmiş transdiagnostik süreçlerdir (Gilbert ve Irons, 2005: 263-325). Paranoid inancı yüksek olan kişilerde içsel ve dışsal tehdit algısının yüksek olduğu, bunun da düşük benlik saygısı, depresyon ve kendini eleştirme ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (Mills, vd., 2007: 358-364). Depresyon (Cheung, vd., 2004: 1143-1153), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) (Øktedalen, vd., 2015: 518-532), şizofreni (Gerlinger, vd., 2013: 155-164), paronoid düşünce (Matos, vd., 2013: 334-349) gibi çeşitli psikopatolojik sorunların

gelişmesinde ve süründürülmesinde rol oynayan kendini eleştirmeyi terapi sürecinde ele almak oldukça önemlidir (Gilbert ve Irons, 2005: 263-325).

Literatürde yapılan çalışmalar şefkat odaklı müdahalelerin utanç ve kendini eleştirmeyi azalttığını göstermiştir (Luoma ve Platt, 2015: 97-101). Kendine şefkat müdahalelerinin randomize kontrollü çalışmalarını içeren bir meta-analizde kendine şefkate artış bulunurken, klinik belirtilerin şiddetinde azalma olduğu gözlenmiştir (Ferrari, vd., 2019: 1455-1473). Kendine şefkat ve psikotik bozukların pozitif semptomları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada ise kişilerin kendine şefkat düzeyleri arttıkça psikozun pozitif semptomlarında düşüş olduğu bulunmuştur (Eicher, vd., 2013: 389-393).

1.1. Problem

Psikotik bozuklukların tedavisinde ilk tercih antipsikotik ilaçlardır. Bununla birlikte ilaç tedavisine devam eden hastalarda %50 oranında pozitif ve negatif semptomların devam ettiği görülmektedir (Conley ve Buchanan, 1997: 663-674). Ayrıca antipsikotik ilaçların pozitif semptomlar üzerindeki etkinlikleri iyi bilinmekle birlikte negatif belirtiler üzerindeki etkileri tartışmalıdır (Möller, 2007). Bu nedenle psikotik bozuklukların tedavisinde ilaç tedavisine ek olarak psikososyal tedaviler de önemli bir yer tutmaktadır (Patel, vd., 2014: 638-645).

Yapılan çalışmalar yatan hasta servislerinde uygulanan psikososyal müdahalelerin olumlu sonuçlarını ortaya koymasına ve psikososyal tedavilere erişimin artırılması gerektiği önerilmesine rağmen, bu tedavilere erişimin kısıtlı olduğu bildirilmektedir (Clarke ve Wilson, 2009). Örneğin akut dönem yatan hastalarda Şefkat Odaklı Terapinin fizibilite çalışması yapılmış, müdahalenin uygulanabilir ve yararlı olduğu bulunmuştur (Heriot-Maitland, vd., 2014: 78-94). Bir başka yatan adli psikoz hastalarında uygulanan Şefkat Odaklı Terapi müdahalesinde kişilerin müdahale sonrasında depresyon, utanç, benlik saygısı ve genel psikopatoloji düzeylerinde önemli değişimler olduğu saptanmıştır (Laithwaite, vd., 2009: 511-526).

Literatürde yer alan psikoz ve kendine şefkat çalışmaları incelendiği zaman az sayıda çalışma bulunduğu, çok azında ise bir kontrol grubuyla karşılaştırma yapıldığı görülmektedir. Ayrıca yatarak tedavi gören hastalarda kendine şefkat müdahalesinin uygulanabilirliğini ve etkisini inceleyen çalışma sayısı da sınırlıdır.

1.2. Amaç

Bu araştırmanın amacı, psikoz tanısı almış ve bir klinikte yatarak tedavi gören bireylerde tek seanslık kendine şefkat müdahalesinin uygulanabilirliğini test etmek ve bununla beraber kendine şefkat müdahalesi alan deney grubu ve eşlik etme (Befriending) yapılan kontrol grubu puanlarını karşılaştırarak yapılan kendine şefkat müdahalesinin durumsal kendine şefkat, kendini eleştirme, pozitif ve negatif belirtiler düzeyleri üzerindeki etkisini incelemektir.

Bu bağlamda çalışmamızın hipotezleri şunlardır:

- 1) Tek seanslık kendine şefkat müdahalesi yatarak tedavi gören psikoz hastalarında uygulanabilir.
- 2) Kendine şefkat müdahalesi uygulanan grup ile eşlik etme (befriending) yapılan grubun yapılan müdahaleler sonrasında durumsal kendine şefkat puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır.
- 3) Kendine şefkat müdahalesi yapılan grubun durumsal kendine şefkat ön-test ve son-test puanları açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık vardır.
- 4) Kendine şefkat müdahalesi yapılan grubun kendini eleştirme ön-test ve son-test puanları açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık vardır.
- 5) Kendine şefkat müdahalesi uygulanan grup ile eşlik etme(befriending) yapılan grubun yapılan müdahaleler sonrasında kendini eleştirme puanları arasında anlamlı bir farklılık vardır.
- 6) Kendine şefkat müdahalesi yapılan grubun pozitif ve negatif belirti düzeyleri ön-test ve son-test puanları açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık vardır.
- 7) Kendine şefkat müdahalesi uygulanan grup ile eşlik etme(befriending) yapılan grubun yapılan müdahaleler sonrasında pozitif ve negatif belirti düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

1.3. Araştırmanın Önemi

Literatür incelendiği zaman, psikotik bozukluk tanısı almış bireylerde kendine şefkat müdahalelerinin uygulanabilirliğini ve etkisini değerlendiren sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu alandaki çalışmaların yetersizliği, kendine şefkat müdahalelerinin

psikotik tablolarındaki etkililiğine ve önemine dair bilgi ve anlayışımızı sınırlamaktadır. Yatarak tedavi gören psikoz hastalarında kendine şefkat müdahalesinin kullanılabilirliğine ve etkililiğini değerlendiren bu araştırmanın ilgili literatüre önemli bir katkı sağlayacağı öne sürülebilir. Yine bu çalışmadan elde edilecek veriler ve tecrübeler, psikotik kliniğe sahip hastaların tedavi sürecine daha etkili destek sağlanmasına hizmet edebilir.

1.4. Varsayımlar

Araştırmamızda kullanılan ölçüm araçlarının geçerli olduğu, çalışmanın amacına uygun olarak kullanıldığı ve katılımcıların yanıtlarının güvenilir olduğu varsayılmıştır.

Seçilen örneklem grubunun yatarak tedavi gören erkek psikoz hastaları popülasyonunu temsil edebilecek bir örneklem olduğu varsayılmıştır.

1.5. Sınırlılıklar

Araştırmamıza psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören erkek hastalar dahil edilmiştir. Araştırma örneklemimizin sadece erkek hastalardan oluşması araştırmanın önemli sınırlılığıdır. Uygulanan müdahalenin kadın hastalar üstündeki etkilerini ve cinsiyet farklılıklarının tedavi sonuçları üzerindeki etkisini değerlendirmek mümkün olamayacaktır.

Çalışmamıza, kontrol grubunda 12, müdahalenin uygulandığı deney grubunda 12 olmak üzere toplam 24 hasta araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmadan elde edilen bilgiler 24 katılımcı ile sınırlıdır.

Çalışmamızda verileri toplamak için KEFGÖ, Durumsal Kendine Şefkat-Kısa Formu ve Danışan Memnuniyet Ölçeği-8 (DMÖ-8) kullanılmıştır. Bu değerlendirme araçlarının öz-bildirim ölçeği olması sonuçların güvenilirliğini etkileyebilir.

Araştırmamızda uzun dönemli ölçümler yapılmamıştır. Bu durum uygulanan müdahalenin etkilerini değerlendirmek ve sonuçların sürdürülebilirliğini anlamak açısından önemli bir kısıtlılıktır.

1.6. Tanımlar

Psikotik Bozukluklar: Psikotik bozukluklar; varsanı, hezeyan, dezorganize konuşma, dezorganize veya katatonik davranış ve negatif semptom varlığında tanımlanan klinik tablolarıdır (American Psychiatric Association, 2013)

Kendine Şefkat: Şefkat Odaklı Terapi'nin evrimsel modeline göre ise şefkat, "kendinde ve diğerklerinde var olan acıya yönelik, hassasiyetle onu hafifletme ve önlemeyi içeren özveri" olarak tanımlanır (Gilbert, 2014: 6-41).



İKİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR TARAMASI

2.1. Psikoz

2.1.1. Psikoz Kavramı ve Tarihçesi

Psikoz terimi, Ernst von Feuchtersleben tarafından ilk kez 1845 yılında delilik ve mani yerine kullanılmıştır. Psikoz terimi Yunan kökenli olup “psyche” kelimesi zihin veya ruh “-osis” ise anormal durum veya hastalık anlamına gelir. Psikoz terimi, bu iki kelimenin birleşiminden türetilmiştir (von Feuchtersleben, 1845). Günümüzde ise psikoz kavramı genel bir hastalık durumunu değil klinik bir tabloyu ifade etmek için kullanılmaktadır. Psikoz yaygın olarak şizofreni ve benzeri klinik durumlar ile ilişkilendirilse de psikiyatrik tabloların yanı sıra nörolojik, tıbbi ve nörogelişimsel faktörlerle ilişkili olarak ortaya çıkan durumları da tanımlayan kapsayıcı ve genel bir ifadedir (Arciniegas, 2015: 715-736 ; Chang, vd., 2017: 1280-90; Kessler, vd., 2005: 668-76).

Psikotik bozukluklar; varsanı, hezeyan, dezorganize konuşma, dezorganize veya katatonik davranış ve negatif semptom varlığında tanımlanan klinik tablolar (American Psychiatric Association, 2013). Kişinin gerçeklik algısının ve zihinsel işlevlerinde bozulmayla seyretmektedir (Stahl, 2021). Kişilerin düşünce süreçlerini, duygusal tepkilerini, kişiler arası ilişkilerini etkileyerek önemli ölçüde yeti yitimine neden olmaktadır (Stahl, 2021).

Kraepelin gençlik döneminde başlayıp bilişsel ve davranışsal işlevlerde ciddi bir düşüşle ilişkili olan ve demans başlangıcı olarak görülen klinik belirtileri Dementia praecox (erken bunama) olarak tanımlamıştır (Andreasen, 1997: 105-109). 1911 yılında ise Bleuler hastalığın temel bir işlevi olarak gördüğü psişik işlevlerin bölünmesini ifade etmek için Yunanca “schizen” (ayırma) ve “phren” (zihin, ruh) kelimelerinden türetilen “schizophrenia” kavramını öne sürmüştür (Moskowitz ve

Heim, 2011: 471-79). Kraepelin ve Bleuler klinik gözlem ve raporlarda belirtilen özelliklerin ayrıntılı tanımlamalarına odaklanırken, Schneider bu tanımlamaları geliştirerek şizofrenin seyrini ve özelliklerini daha kapsamlı bir şekilde ele almıştır (Sadock, vd., 2009). Schneider'ın "birinci sıra" olarak tanımladığı belirtiler, şu anda psikozdaki "pozitif" semptomları olarak ele alınan fenomenlerle yakından ilgilidir (Kendler ve Mishara, 2019: 971-990).

2.1.2. Psikotik Belirtiler

Psikotik belirtiler, kişilerin işlevselliklerinde önemli ölçüde bozulmaya neden olan düşünce, davranış, duygulanım ve algı ile ilişkili belirtilerdir (Sadock vd., 2017). Bu belirtiler pozitif belirtiler (sanrı, varsanı) ve negatif belirtiler (künt duygulanım, aloji, avolüsyon, anhedoni vb) olmak üzere ikiye ayrılır (American Psychiatric Association, 1994).

Sanrı, varsanı, düşünce veya davranış bozuklukları olarak karşımıza çıkabilen pozitif belirtiler; negatif belirtilere göre daha çok dikkat çeken ve daha kolay gözlemlenen belirtilerdir. (Sadock ,vd., 2017). Sanrı; kültüre uygun olmayan, dirençli, aksi kanıtlarla değiştirilemeyen, gerçeğe uygun olmayan inanışlar olarak tanımlanır. Varsanı ise dış bir uyarandan olmaksızın beş duyuyla ilişkili olarak ortaya çıkabilen algılamalardır (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Farklı sanrı ve varsanı çeşitleri olmakla birlikte psikotik bozukluklarda en sık görülen sanrı çeşidi, kişinin başkaları tarafından zarar göreceğine dair perseküsyon (kötülük görme) sanrılarıdır (Aliyev ve Baskak, 2017: 1-7). Bunun yanı sıra referans (alınanlık), somatik, erotomanik, büyüklük (grandiyözite), kontrol edilme gibi sanrılar da tanımlanmıştır (Karakuş, vd., 2017: 251). Varsanılar ise işitsel, görsel ve daha nadir olsa da somatik, tat ve koku varsanıları şeklinde karşımıza çıkabilir. En sık görülen varsanı çeşidi olan işitsel varsanılar ise kendi arasında konuşan sesler, yorum yapan sesler veya emir veren sesler vb. şeklinde görülebilir (Sadock, vd., 2017).

Negatif belirtiler; kişilerin olağan işlevselliğinde azalma ve yeti yitimi ile ilişkili belirtiler olarak tanımlanır (American Psychiatric Association, 2013). Künt duygulanım, aloji, aileden veya sosyal çevreden kendini soyutlama, toplumdan geri çekilme, enerji ve istek kaybı, cinsel ilgide azalma şeklinde görülebilen negatif belirtiler; kendi içerisinde birincil ve ikincil belirtiler olarak ayrılır (Carpenter, vd.,

1988: 578-583). Birincil belirtiler şizofreniye bağlı belirtilerken, ikincil belirtiler ilaçların yan etkileri, pozitif belirtiler veya sosyal izolasyon gibi faktörlerle ilişkili olarak ortaya çıkabilmektedir (Carpenter, vd., 1988: 578-583). Negatif belirtiler, depresif ve bilişsel belirtiler arasında benzerlikler bulunmaktadır. Örneğin avolasyon, anhedoni ve psikomotor reterdasyon depresyonla ortak belirtilerken dikkatin ve iletişimin zayıflaması bilişsel bozulmalarla ortaklık göstermektedir (Möller, 2007: 380-386). Negatif semptomların ortaya çıkışı genellikle akut psikotik dönemden önce olmaktadır ve genellikle prodromal dönemden itibaren bulunmaktadır (Lyne, vd., 2018: 561-571).

2.1.3. Tanı

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) hazırladığı Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı beşinci baskısında (DSM-5) psikotik bozukluklar “Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar” başlığı altında yer almaktadır.

Bu başlık altında aşağıdakiler yer almaktadır:

- A. Şizotürü (şizotipal) kişilik bozukluğu
- B. Sanrılı bozukluk
- C. Kısa psikoz bozukluğu
- D. Şizofrenimsi (şizofreniform) bozukluk
- E. Şizofreni
- F. Şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk
- G. Maddenin/ilacın yol açtığı psikoz bozukluğu
- H. Başka bir sağlık durumuna bağlı psikoz bozukluğu
- I. Katatoni
 - İ. Başka bir ruhsal bozukluk eşlik eden katatoni (katatoni belirleyicisi)
 - ii. Başka bir sağlık durumuna bağlı katatoni bozukluğu
 - iii. Belirlenmemiş katatoni
- J. Tanımlanmış diğer bir şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar

K. Tanımlanmamış şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar (American Psychiatric Association, 2013).

2.1.4. Epidemiyoloji

Şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların da dahil edildiği az sayıda çalışma olmakla birlikte, psikotik bozuklukların yaşam boyu yaygınlığı %3.5 olarak gösterilip şizofrenide bu oran %0.87, şizofreniform bozuklukta %0.07, sanrılı bozuklukta %0.18, bipolar I bozuklukta %0.24, şizoaffektif bozuklukta %0.32, psikotik özellikli majör depresif bozukluk için %0.35, maddenin yol açtığı psikotik bozukluklarda %0.42 ve genel bir tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluklarda ise %0.21 olarak bulunmuştur.(Perälä, vd., 2007: 19-28). Türkiye’de yapılmış bir çalışmada psikotik bozuklukların yaşam boyu yaygınlığı %2.5 olarak bulunmuştur (Binbay, vd., 2011:40-52). Ayrı ayrı bakıldığında ise şizofrenide %0.74, şizofreniform bozuklukta %0.05, şizoaffektif bozuklukta %0.20, sanrısız bozuklukta %0.10, şizoaffektif bozuklukta %0.20, psikotik belirtili depresyonda %0.55, kısa psikotik bozuklukta %0.12, madde kullanımına bağlı psikotik bozuklukta %0.20, psikotik belirtili bipolar I bozuklukta %0.37 ve tıbbi duruma bağlı psikotik bozuklukta %0.07 olarak gösterilmiştir (Binbay, vd., 2011: 40-52). Bireylerin %3’ünden fazlası yaşamları boyunca bir noktada psikotik bozukluk geliştirir, ancak %1’den azına şizofreni teşhisi konmaktadır (Perälä, vd., 2007:19-28)

2.1.5. Etiyoloji

Psikotik semptomların ortaya çıkışına ve seyrine ilişkin farklılıklar, psikotik tabloların karmaşık ve çok faktörlü doğası göz önüne alındığında ortak bir psikoz etiyojisinden bahsetmek pek olası değildir. Bu sebeple aşağıda psikoz etiyojisinde yer alan çeşitli faktörler ele alınmıştır.

2.1.5.1. Genetik

Psikoz gelişiminde genetik yatkınlık oldukça önemli bir yer tutmaktadır ve psikozda genetik yatkınlıkla ilgili bilgilerimiz aile, evlat edinme ve ikiz çalışmalarından gelmektedir(McGue ve Gottesman, 1991: 174-181). Çalışmalar psikotik bozukluğu

olan yakın bir biyolojik akrabaya sahip olmanın, kişinin psikoz geliştirme riskini önemli ölçüde artırdığını göstermiştir (Gottesman, vd., 2010: 252-257). Şizofreninin toplumdaki yaygınlığı %1 civarındayken ailesinde şizofreni tanısı almış kişilerde bu risk artmaktadır (McGrath, vd., 2008: 67-76). Evlat edinme ve ikiz çalışmaları da şizofreni oluşumunda genetik yatkınlığı destekler niteliktedir (McGue ve Gottesman, 1991: 174-181). Doğumda evlatlık verilen şizofreni hastalarının biyolojik akrabalarında artan şizofreni oranları bulunurken, evlat edinildikleri ailede böyle bir artış gözlenmemektedir (Kety, vd., 1994: 442-455). Yapılan ikiz çalışmalarında tek yumurta ya da çift yumurta ikizleri hastalık konkordansı açısından kıyaslanmaktadır. Anne ve babasının her ikisi de şizofreni tanısı almış kişilerde şizofreni yaygınlığı %50 iken çift yumurta ikizlerinde %28, tek yumurta ikizlerinde ise %50 üzerindedir. (Marsisin, vd., 2016; Cardno ve Gottesman, 2000: 12-17).

Şizofreni karmaşık ve çok faktörlü bir hastalık olması nedeniyle tek bir gen veya genetik varyant yeterli bir nedensel faktör olarak gösterilmemiştir (Ng, vd., 2009: 774-785). Bununla beraber şizofreni etiolojisinde önemli olabileceği düşünülen bazı aday genler üzerinde çalışmalar yapılmıştır. Bunlar arasında COMT (Egan, vd., 2001: 6917:22), NRG1 (neurogulin 1) (Stefansson, vd., 2002: 877-892) DTNBP1 (dystrobrevin binding protein 1-dysbindin) (Straub, vd., 2002: 542-559), CHRNA7 (Stephens, vd., 2012) gibi birçok gen bulunmaktadır.

2.1.5.2. Çevresel Etkenler

Psikoz etiolojisinde çevresel risk faktörleri de önemli bir yer tutmaktadır. Yapılan çalışmalar genlerin önemli olduğunu ancak yeterli olmadığını göstermiştir. Tek yumurta ikizlerinde yapılan gen çalışmalarında %100 uyum olmaması başka etkenlerin de etkili olabileceğini göstermektedir (Cardno ve Gottesman, 2000: 12-17). Bu yüzden genetik faktörlerin yanında çevresel faktörlerin de önemli yeri vardır. Gebelikten hastalığın başlangıcına kadar birçok çevresel risk faktörü vardır.

Doğumdan hemen önce ya da doğumun hemen ardından etki eden risk faktörlerinin keşfi nörogelişimsel kuramın merkezinde yer almıştır. Sinir sisteminin oluşumundaki kritik evrede çevresel risk faktörlerinin genetik faktörlerle etkileşime girerek kişiyi yaşamın ilerleyen döneminde psikoza açık hale getiren anormalliklere neden olduğu öne sürülmektedir (Murray ve Lewis, 1987: 681-682). Gebelikte veya doğum

sırasında ortaya çıkan bazı durumlar şizofreni gelişimi için bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Gebelikte kanama, annede diyabet olması, düşük doğum ağırlığı, acil sezaryen, fiziksel travmaya maruz kalma bunlardan bazılarıdır (Rosso, vd., 2000: 801-807).

Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda kış aylarında veya ilk baharın başlarında doğanların yılın diğer zamanlarında doğanlara göre ileri yaşlarda şizofreni geliştirme riski daha yüksek olarak bulunmuştur.

Gebelik sırasında ve daha sonra maruz kalınan enfeksiyonların psikoz ile ilişkisini inceleyen çalışmalarda influenza (Shi, vd., 2003: 297-302), kızamıkçık (Brown, vd., 2001: 473-486), Herpes simpleks tip 2 (Buka vd., 2001: 1032-1037), Toxoplasma gondii (Torrey ve Yolken, 2003: 1375-1380) gibi enfeksiyonların ilişkili olduğu düşünülmüştür. Hamilelik sırasında strese maruz kalma (Kinney, vd., 2008: 1519-32), yetersiz beslenme (Susser, vd., 1998: 213-216), sigara içme (Sacker, vd., 1995: 734-741) gibi faktörler de psikozla ilişkili bulunmuştur. Bununla birlikte erken çocukluk döneminde yaşanan ebeveyn kaybı, ihmal veya istismar, aile içinde şiddete tanık olma gibi faktörlerin de önemli bir risk faktörü olduğu bulunmuştur (Read, vd., 2014: 65-79).

Yaşamın erken dönemindeki risk faktörlerinin yanı sıra hayatın ilerleyen dönemlerinde etkili olan çevresel risk faktörleri de vardır. Göç ve şizofreni arasındaki ilişki uzun yıllardır bilinmektedir. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında etnik gruplar arasında değişen bağlamsal faktörlere bağlı olarak, yerli sakinlere kıyasla göçmenler arasında şizofreni riskinin önemli ölçüde arttığı gösterilmiştir (Cantor-Graae ve Selten, 2005: 12-24). Bir diğer risk faktörü ise kişilerin şehirde doğması ya da şehirde yetiştirilmesi olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda şehirde yaşayan kişilerde şizofreni riski kırsalda yaşayanlara göre 2,37 kat daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir (Vassos, vd., 2012: 1118-23). Sosyal izolasyon ve sosyal dezavantajın da psikoz etiyojisi üzerindeki etkisi incelenmiştir. İşsizlik, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir, sağlık hizmetlerine kısıtlı erişim, sosyal desteğin az olması gibi faktörler de psikozla ilişki bulunmuştur (Sharpley, vd., 2001: 60-68; Byrne, vd., 2004: 87-96).

Literatürde psikoaktif madde kullanımının psikozla ilişkisini ortaya koyan birçok çalışma vardır. Örneğin metamfetamin kullanımının psikoz riskini önemli ölçüde artırdığı bulunmuştur (Chen, vd., 2003: 1407-1414). Psikoz riski ile ilişkilendirilen bir

diğer madde ise esrardır. Esrar akut psikotik ataklara neden olabilmekte ve mevcut psikotik durumu kötüleştirebilmektedir (Mathers ve Ghodse, 1992: 648-653; D'Souza, vd., 2009: 413-431).

2.1.5.3. Psikososyal Kuramlar

Psikanalitik kuram; psikotik bozukluklarının nedenlerini ve mekanizmalarını bilinçdışı süreçler ve savunma mekanizmaları çerçevesinde ele almaktadır. Freud psikotik bozuklukları, kişinin zorlandığı acı çektiği durumlardan bir kaçış olarak ele almaktadır (Stahl, 2021). Psikotik bozukluklar psikanalitik kuram çerçevesinde anne-çocuk ilişkisindeki çarpıklıklar, kişilerarası ilişki problemleri, erken dönem nesne ilişkilerindeki çatışmalar gibi farklı teorilerle ele alınmaktadır (Baker ve Baker, 1987: 1-9).

Bilişsel model ise psikotik bozukluklar geliştirmeye yatkın bireylerin dikkat, yargılama ve algılama gibi nörobilişsel kayıplarının kişilerde bilişsel çarpıtmaların gelişiminde rol oynadığını bunun da psikotik bozuklukların etiolojisinde rol oynadığını öne sürmektedir (Grant ve Beck, 2009: 798-806). Bireylerin bilişsel çarpıtmalarıyla ilişkili olarak işlevsel olmayan davranışlar görülebilmektedir. Bireylerde bu durumun tekrarlayan şekilde olması da kişilerin stres düzeyini artırarak nöroendokrin değişiklikler görülmesine neden olduğu ve bu durumun da psikopatoloji gelişmesine katkı sağladığı öne sürülmektedir (Rector ve Beck, 2001: 278-287).

Kişilerin öğrenme sürecindeki problemlerin psikotik bozuklukların gelişiminde rol oynadığını öne süren sosyal öğrenme teorilerine göre küçük yaşlarda yeterli düzeyde sosyal uyaran alınmaması ilerleyen dönemlerde mentalizasyon (zihinselleştirme) becerilerinin kazanılmasını engelleyebilir (van Os, vd., 2010: 203-212). Zihin Kuramı (ZK) ilk kez 1978 yılında Premack ve Woodruff tarafından tanımlanmış olup insanların diğerlerinin zihinsel durumlarını anlayabilme becerisidir. ZK, sosyal etkileşimde önemli rol oynayan sosyal bilişsel yetiler arasındadır (Premack ve Woodruff, 1978: 515-526). Frith zihin kuramının işleyişinde meydana gelen bozulmaların psikotik bozukluklardaki birçok semptomla ilişkili olabileceğini öne sürmüştür. Diğer insanların düşünce ve niyetlerini anlamadaki zorlukların perseküsyon ve referans sanrılarına neden olabileceğini vurgulamıştır (Frith, 1992). Yapılan çalışmalarda perseküsyon hezeyanları olan hastaların kontrol grubuna kıyasla

ZK becerilerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (Frith ve Corcoran, 1996: 521-530; Sprong, vd., 2007: 5-13).

Psikotik bozukluklarda benlik saygısı üzerine yapılan çalışmalarda psikotik bozukluğa sahip bireylerin benlik kavramlarının daha fakir olduğu ve benlik saygısının düşük olduğu bulunmuştur (Trower ve Chadwick, 1995: 263-278). Olumsuz sanrı ve varsanların kişilerin olumsuz benlik etiketleri ve düşük benlik saygısı ile ilişkili olabileceği vurgulanmıştır (Close ve Garety, 1998: 173-188).

2.1.6. Kendini Eleştirme ve Psikoz

Kendini eleştirme; kişinin dış görünüşü, davranışları, düşünceleri, duyguları gibi birçok konuda kendini suçlaması hatta bazen kendinden nefret etmesidir (Gilbert, 2005). Yüksek düzeyde kendini eleştiren kişiler; zayıf, kontrolden çıkmış hatta kötü olarak algılanan bir benliği kontrol altında tutmak için kendilerini eleştirmenin gerekli olduğunu düşünürler (Luoma ve Platt, 2015: 97-101). Kendini eleştiren insanlar, kendileri ile ilgili olarak belli bağlamlarda ortaya çıkan ya da zaman içerisinde bir şekilde sürekli ve tutarlı hale gelmiş olumsuz inançlara sahiptir (Whelton, vd., 2007: 135-148). Kendini eleştirmenin şiddeti, biçimi ve sonuçları her birey için farklılık gösterebilir (Whelton ve Henkelman, 2002: 88-90).

Kendini eleştirme de utanç, kusurlu olma veya başkaları için istenmeme, kişinin kendini kusurlu görmesi gibi durumlarla ilişkili örtük bir davranış olarak da tanımlanabilmektedir (Gilbert ve Irons, 2005: 263-325). Kendini eleştirme; endişe etme ve ruminasyon gibi zihinsel bir davranıştır ve utançla yakından ilişkili olduğu bilinmektedir (Gilbert, 2000: 118-150). Kişi, utanç ve benzeri zorlayıcı duygulardan kaçınmak için bu davranışı sergiler (Luoma ve Platt, 2015: 97-101).

Gilbert kendini eleştirmeyi ikiye ayırmıştır. Bunlardan ilki 'yetersiz benlik' ikincisi ise 'nefret eden benlik' şeklindedir. Nefret eden benlik boyutu bireyin kendinden iğrendiği ve kendisine zarar vermeyi düşündüğü kısımları anlatırken; yetersiz benlik boyutu kişisel yetersizliklerine ve hatalarına odaklandığı kısımları anlatmaktadır. Bunlara ek olarak destekleyen benlik diye bir mekanizma daha olduğunu da belirtmiştir (Gilbert, 2005).

Kişiler için oldukça zorlayıcı bir klinik tablo olan psikoza adaptasyon aşamasında umutsuzluk, çaresizlik, depresyon ve utanç gibi duygusal yaşantılar görülebilmektedir

(Birchwood, vd., 2000: 516-521). Bu süreçte bireyler hem içsel hem de dışsal utanç deneyimleyebilir (Turner vd., 2013: 162-182). Dışsal utanç, kişinin başkaları tarafından olumsuz olarak yargılandığı his olarak tanımlanırken; içsel utanç, kişinin benliğine yönelik olumsuz değerlendirmelerin bir sonucu olarak ortaya çıkar (Gilbert, 2009: 199-208). Psikotik semptomlara sahip olmak kişi için utanç verici olabilir ve bunun yanı sıra sosyal damgalamaya da neden olabilir (Hayward ve Bright, 1997: 345-354). Dolayısıyla bu süreç kendini damgalamayla sonuçlanabilir ve bu da kişilerin yaşam kalitesini, benlik saygısını ciddi düzeyde etkiler (Hasson-Ohayon, vd., 2012: 802-806; Mashiach-Eizenberg vd., 2013: 15-20). Kendini eleştirme ve utanç işitsel varsanılar (Gilbert vd., 2001: 1117-1127), perküsyon sanrıları (Hutton vd., 2013: 127-137) gibi birçok psikolojik zorlukta da ilişkili transdiagnostik süreçler olarak görülmektedir.

Psikotik belirtileri geçen birçok kişide yüksek düzeyde kendini eleştirme ve utanç görülmektedir (Gumley, vd., 2010: 186-201) ve kişiler yaşadıkları psikotik deneyim sonrasında psikoz sonrası depresyon (Iqbal vd., 2000: 522-528), psikoz sonrası sosyal kaygı (Birchwood, vd., 2007: 1025-37) tecrübe edebilmektedir. Bu nedenle utanç ve kendini eleştirme, psikoza ikincil zorluklara da katkıda bulunmaktadır. Dolayısıyla, tedavi sonuçlarını iyileştirmek için depresyon (Cheung, vd., 2004: 1143-1153), travma sonrası stres bozukluğu (Øktedalen, vd., 2015: 518-532), borderline kişilik bozukluğu (Gratz, vd., 2010: 275-285), yeme bozuklukları (Kelly, vd., 2014: 54-64), şizofreni (Gerlinger, vd., 2013: 155-64), paronoid düşünce, sosyal kaygı (Matos, vd., 2013: 334-343) gibi psikolojik sorunlarda rol oynadığı gösterilmiş olan kendini eleştirme ve utanç gibi transdiagnostik süreçleri ele almak önemlidir.

Utanç deneyimleyen kişiler daha çok kötü benlik etiketlerine ve benlikle ilişkili düşüncelere odaklanırlar (Tangney, vd., 2007: 345-372). Utancın sosyal olarak uzaklaştırıcı ve zorlayıcı deneyimlerine karşın şefkat daha esnek yanıt verme yollarına ve daha sıcak, içten, yakınlık tutumuyla ilişkilidir. Kendine şefkat, temel olarak kişinin kendisine karşı bir arkadaşına, sevdiği birine gösterdiği davranış, bakım repertuarı ile yanıt verdiği kişinin kendisiyle ilişki biçimini tanımlamaktadır. Kişinin kendine ve başkalarına değer vermesi ve kendiyi başkalarıyla ilişki kurmasıyla ilgili geniş bir davranış repertuarı sunar (Goetz, vd., 2010: 351). Yüksek düzeyde kendini eleştiren kişilerle de çalışmanın temel amacı bu özen gösterme repertuarını kişinin kendisi için harekete geçirmek ve geliştirmektir (Luoma ve Platt, 2015: 97-101). Bu nedenle utanç

ve kendini eleştirmeyi ele alan klinik müdahaleler, kendine şefkat repertuarını geliştirmeye odaklanmaktadır (Shahar, vd., 2015: 346-356).

2.2. Kendine Şefkat

Kendine şefkat kavramına geçmeden önce şefkatin tanımını yapmak önemlidir. Şefkat, başkalarının acısından kaçmadan onu fark etmek ve o acıyla temas etmektir. Bunun sonucunda ortaya başkalarının acısını hafifletme arzusu ortaya çıkar (Wispé, 1991). Başka birinin acısı görüldüğü zaman ortaya çıkan ve ona yardım etme isteği oluşturan duygudur (Goetz, vd., 2010: 351). Şefkat Odaklı Terapi'nin evrimsel modeline göre ise şefkat, "kendinde ve diğerlerinde var olan acıya yönelik, hassasiyetle onu hafifletme ve önlemeyi içeren özveri" olarak tanımlanır (Gilbert, 2014: 6-41).

Kendine şefkat ise kişinin kendi ızdırabına dokunabilmesi ve ona açık olması, ondan kaçmaya ve ayrılmaya çalışmadan kendi ızdırabını hafifletme ve kendini nazik bir şekilde iyileştirme arzusunu içerir. Kendine şefkat ayrıca kişinin kendi başarısızlıklarına, yetersizliklerine ve acısına karşı yargısız bir anlayışla yaklaşması ve bu deneyimi daha geniş insan tecrübesinin ortak bir özelliği olarak görebilmesidir. (Neff, 2003b: 85-101).

Birçok psikolojik teoride kişilerin kendi çıkarlarını ön planda tuttukları, diğerlerinden daha fazla kendileri için endişelendikleri öne sürülürken (Miller, 1999: 1053-1060) kişilerin başkalarına davrandıklarından çok daha sert ve kaba şekilde kendilerine davrandıkları görülmektedir (Neff, 2003b: 85-101). Bu durum bazen kişinin kendini beğenmiş, bencil biri olarak görünmek istememesinden kaynaklanabilmektedir (Rubin ve Peplau, 1975: 65-89). Kendine şefkat göstermenin zayıflık, kendini beğenmişlik, bencillik olarak görüleceğine veya kişinin motivasyonunu azaltacağına dair yaygın endişeler vardır (Robinson, vd., 2016: 505-524). Sanılan aksine kendine şefkat göstermek başkalarına karşı da şefkat ve ilgiyi artırmaktadır çünkü kişiler yaşadıkları acılarının insanlığın ortak bir deneyimi olarak gördükleri zaman kendileri de dahil olmak üzere herkesin bu şefkate layık olduğunu kabul etmektedir (Neff, 2003b: 85-101). Kendine şefkatin yakın kişilerarası ilişkilerde oldukça yararlı olduğu bulunmuştur. Kendine şefkat kişilerarası ilişkilerde güvenli bağlanma, sağlıklı arkadaşlık, romantik ilişki, destekleyici ebeveynlik davranışlarıyla pozitif yönde ilişkilidir.(Lathren, vd., 2021: 1078-1093). Çiftlerle yapılan bir çalışmada kendine

şefkat düzeyi yüksek olan kişilerin eşlerine karşı kontrolcü veya agresif olmaktan ziyade daha kabul edici ve bağlı oldukları bulunmuştur (Neff ve Beretvas, 2013: 78-98). Ayrıca yapılan bir çalışmada kendine şefkat düzeyi yüksek olan kişilerin acil durumlarda karşı taraf hatalı olsa bile yardım etme olasılıklarının oldukça yüksek olduğu bulunmuştur (Welp ve Brown, 2014: 54-65). Ayrıca çalışmalar bakım veren kişilerde de kendine şefkatin önemini vurgulamaktadır. Özel gereksinimli çocukların ebeveynleri, demanslı kişilere bakım verenler, terapistler, sağlık çalışanlarında kendine şefkatin daha az stres, depresyon ve tükenmişlikle ilişkili olduğu bulunmuştur (Neff & Faso, 2015: 938-47; Lloyd, vd., 2019: 47-59; Babenko, vd., 2019: 29; Kotera, vd., 2021: 53). Yine yapılan çalışmalarda aile içi şiddet (Allen, vd., 2021: 1-2), boşanma (Sbarra, vd., 2012: 261-269), cinsel saldırı (Hamrick & Owens, 2019: 766-779), doğal afet (Yuhan, vd., 2021: 119-129), TSSB (Luo, vd., 2021: 2865-2876) gibi birçok zorlayıcı yaşam olayında kendine şefkatin psikolojik dayanıklılıkta önemli bir rol oynadığı bulunmuştur.

Kendine şefkat, kendine acımak anlamına gelmemektedir (Goldstein, 2015). Kişiler başkalarına acıdıkları zaman kendilerini diğerlerinden ayrı tutup onlardan daha kopuk hissederken; şefkat söz konusu olduğunda diğer insanlara bağlı hissedip acı çekmenin tüm insanlığın ortak bir deneyimi olduğunun farkında olur. Yine buna benzer şekilde kendilerine acıdıkları zaman da yaşadıkları zorlu deneyimlerin içine dalarlar ve başkalarının benzer deneyimler yaşadıklarını fark edemeyebilirler. Kendilerine şefkat gösterdiklerinde ise böyle bir ayrım olmadan hem kendilerinin hem de diğerlerinin deneyimlerini fark edebilirler.

Kişiler kendine şefkatin kendilerini geliştirme motivasyonlarına engel olacağını da düşünebilmektedir. Ancak kendine şefkat; sert eleştiriler yerine sıcaklık ve yapıcı geribildirimle kişilerin hedeflerine yönelik adım atmalarını sağlayan bir motivasyon kaynağıdır (Dundas, vd., 2017: 443-50). Kendine şefkatin başarısızlıkla ilgili inançlarla ilişkisi incelendiğinde, başarısızlık kaçınılması gereken bir durumdan ziyade bir öğrenme fırsatı ve hayatın bir parçası olduğu inancıyla ilişkili bulunmuştur (Miyagawa, vd., 2020: 2051-2068). Bununla birlikte kendine şefkat düzeyi yüksek kişilerin başarısız olduklarında yeniden deneme olasılıklarının daha yüksek olduğu da görülmüştür (Neely, vd., 2009: 88-97).

2.2.1. Neff'in Kendine Şefkat Modeli

Kristin Neff, kendine-şefkat kavramını kendine yönelik nezaket (self-kindness), insanlık müşterereği (common humanity) ve kendinelik (mindfulness) olmak üzere üç başlık altında tanımlamıştır.

2.2.2. Kendine Yönelik Nezaket

Başarısız olduğumuz zaman ya da bir hata yaptığımızda kendimize karşı bir yakınlığımıza hatta bir yabancıya karşı olmadığımız kadar sert ve eleştirel olabiliyoruz (K. D. Neff & Dahm, 2015). Hatta insanlara doğrudan sorulduğu zaman bile başkalarına, kendilerinden çok daha nazik davrandıklarını da belirtmektedir (K. Neff, 2003a). Kendine şefkat ile kendimizi suçlamak yerine daha destekleyici ve şefkatli davranırız (Neff ve Dahm, 2015: 121-137). Zorlu deneyimler yaşadığımızda duygusal olarak hazır olmayı sağlar. Bu zorlu süreçte kendimize nasıl davranmak istediğimizle ilgilidir. Kendimize karşı ilgili ve sıcak davrandığımızda başka birinin bize şefkatle yaklaştığında hissettiğimize benzer şekilde desteklenmiş, onaylanmış ve cesaretlendirilmiş hissederiz (Neff, 2023: 193-218).

2.2.3. İnsanlık Müştereği

İnsanlık müşterereği, başkalarından ayrı ve izole olmaktan ziyade onlara bağlı olduğumuza vurgu yapar. Günlük hayatta bir hata yaptığımızda, başarısız olduğumuz da ya da zorlandığımız durumları, hatalarımızı düşünürken bu durumu yalnızca kendimizin yaşadığını düşünüp yalnız ve izole hissedebiliriz. Bu durum da yaşadığımız acıyı zorlaştırabilir. Hayatımızla ya da kendimizle ilgili durumlar her zaman istediğimiz gibi olmayabilir ve bu durum bizi hayal kırıklığına uğratabilir (Neff, 2023: 193-218; Neff ve Dahm, 2015: 121-137). Acı çekmenin ve kişisel yetersizliklerin insan deneyiminin bir parçası olduğunu ve acı çekmelerinde ve kendi kendini yargılamalarında yalnız olmadıklarını fark eder.

Kendine şefkat ile yaşadığımız tüm bu zorlukların insan olmanın bir parçası olduğunu ve tüm insanlar tarafından deneyimlenen ortak bir süreç olduğunu fark edebiliriz. Bu durum tüm insanlar tarafından deneyimlenen ve insan olmanın getirdiği bir durumdur. Olaylar, durumlar, koşullar farklı olsa da yaşadıklarımızın ortak olduğunu bilmek

kendimizi daha az izole ve yalnız hissetmemize yardımcı olur (Neff, 2023:193-218). Ayrıca kendine şefkat ile yaşadığımız zorlu deneyimlere karşı şefkatli bir bakış açısı ile yaklaşp daha geniş bir açıdan bakabilir ve yaşanan zorlu deneyimlerin insanlığın ortak bir paylaşımı olduğunu hatırlarız. (Neff ve Dahm, 2015: 121-137)

2.2.4. Kendinelik

Kendimize şefkat gösterebilmemiz için öncelikle acımıza yönelmeye ve onu kabul etmeye gönüllü olmamız gerekmektedir. Burada bahsedilen kendinelik (mindfulness) kavramı genel kullanımdan farklı olarak yaşanan zorluğu ne engelleyen ne de arttıran dengeli bir hali anlatmak için kullanılır (Shapiro, vd., 2006: 373-386).

Eğer bu süreçte yaşadığımız acı ile bir savaş içerisinde olursak kendimize farklı bir perspektiften bakamayız. Olumsuz duygu ve düşüncelerimiz ile birleşip odağımız daralır. Örneğin bir hata yaptığımızda ben bir hata yaptım yerine ben kusurluyum şeklinde birleşiriz. (Neff, 2023: 193-218). Kendinlikle birlikte olumsuz duygu ve düşüncelerimize yer açıp yargılamadan, kaçmadan veya bastırmadan içinde bulunduğumuz anın içinde olabiliriz (Bishop, vd., 2004: 230)

2.3. Şefkat Odaklı Terapi

Kendine Şefkati merkeze alan ve bunun için özel olarak geliştirilmiş terapötik yaklaşımlardan biri de Şefkat Odaklı Terapidir. Paul Gilbert tarafından geliştirilen Şefkat Odaklı Terapi sosyal, evrimsel, gelişimsel psikolojiden, Budist psikolojisinden ve nörobilimden yararlanarak geliştirilmiştir. Şefkat Odaklı Terapi kabul, kendinelik, duygular, değerlere vurgu yapan ‘üçüncü dalga terapiler’ arasında yer alan bir terapi ekolüdür (Carvalho, vd., 2017: 773-774). Yüksek düzeyde kendini eleştirme ve utanç yaşayan klinik popülasyondaki kişilere odaklanmaktadır. (Gilbert, 2009: 199-208). Şefkat odaklı terapinin temel amacı kişilerin kendilerine daha sıcak, anlayışlı, ihtiyaçlarına duyarlı olarak davranmaları ve kendini eleştirmeyi azaltıp şefkati artırmaktır. Bireysel ve grup terapisi şeklinde uygulanabilmektedir (Gilbert, 2010a). Şefkatli imgeleme, şefkatli mektup yazma, şefkatli düşünme gibi egzersizlerle şefkatli bir zihin oluşturmayı amaçlamaktadır (Gilbert, 2010b).

2.4. Kendi Şefkat ve Psikopatoloji

Literatür incelendiği zaman kendine şefkatin azalmış psikopatoloji ile ilişkili olduğu görülmektedir. Yetişkin ve ergen popülasyonlarında yürütülen çalışmaların meta-analiz çalışmalarında kendine şefkat ve depresyon, kaygı, stres ve intihar düşüncesi arasında negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur (Ferrari, vd., 2019: 1455-1473; Hughes, vd., 2021: 1597-1610; Suh ve Jeong, 2021; MacBeth ve Gumley, 2012: 545-552; Marsh, vd., 2018: 1011-1027). Yapılan boylamsal bir araştırmada başlangıçtaki daha yüksek kendine şefkat düzeylerinin 6 ay sonraki ölçümlerde daha düşük depresyon, kaygı ve olumsuz duygulanımı yordadığı bulunmuştur (Hufnagle, vd., 2018: 609-626). Bir başka boylamsal çalışmada kendine şefkat düzeyindeki artışlar 5 yıllık bir zamanda psikopatoloji ve yalnızlıktaki azalmalarla ve genç yetişkinlerde artmış fiziksel sağlıkla ilişkili bulunmuştur (Lee, vd., 2021: 397). Bununla birlikte bipolar bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, perküsyon sanrıları veya şizofreni tanısı almış klinik örneklemden bireylerle klinik olmayan örneklemden bireyler karşılaştırıldığında klinik örneklemden bireylerin kendine şefkat düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (Athanasakou, vd., 2020: 217). Kendine Şefkat odaklı müdahalelerin TSSB üzerindeki etkisini inceleyen bir meta-analiz çalışmasında müdahalelerin travma sonrası stres belirtilerini azalttığı bulunmuştur (Luo, vd., 2021: 2865-2876). Yapılan başka bir meta-analiz çalışmasında yüksek kendine şefkat düzeylerinin daha düşük yeme patolojisi ve beden imajı kaygılarıyla ilişkili olduğunu göstermiştir. Yapılan kendine şefkat müdahalelerinin yeme bozukluklarında etkili olduğu görülmüştür (Turk ve Waller, 2020). Bir başka meta-analiz çalışması yüksek kendine şefkatin daha düşük kendine zarar verme ve intihar düşüncesi ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Cleare, vd., 2019: 511-530). Yine kendine şefkatin olumsuz duygulardan kaçınmayı azaltıp psikolojik esnekliği artırarak (Yela, vd., 2022: 402-422), ruminasyonu azaltarak (Miyagawa, vd., 2020: 2051-2068) ve gelişmiş duygu düzenleme becerileriyle (Inwood ve Ferrari, 2018: 215-235) psikopatoloji şiddetini azalttığı bulunmuştur. Bununla birlikte şefkat odaklı müdahalelerin utanç, damgalama ve kendini eleştirmeyi azalttığı gösterilmiştir (Luoma ve Platt, 2015: 97-101).

Kendine şefkat sabit bir kişilik özelliğinden ziyade hem klinik hem klinik olmayan popülasyonda öğrenebilen ve uygulanabilen bir beceridir (Neff, 2023: 193-218). Kendine şefkat müdahalelerinin randomize kontrollü çalışmalarını içeren meta-analiz çalışmalarına baktığımızda kendine şefkate artış bulunurken, psikopatoloji şiddetinde

azalma saptanmıştır (Ferrari, vd., 2019: 1455-1473). Bir başka meta-analiz çalışmasında da yaşam doyumu, kendinelikte artışların yanında depresyon, kaygı ve psikolojik sıkıntı şiddetinde düşüşler bulunmuştur (Kirby, vd., 2017: 778-792).

Kendine şefkat ve psikotik bozukların pozitif semptomları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada kişilerin kendine şefkat düzeyleri artıkça psikozun pozitif semptomlarında düşüş olduğu bulunmuştur (Eicher, vd., 2013a). Bir başka çalışmada ise perseküsyon hezeyanları olan kişilerde kendine şefkat düzeyinin daha düşük olduğu da gösterilmiştir (Collett, vd., 2016). Şizofreni spektrum bozukluğu tanısı almış klinik örnekleme yapılan bir çalışmada kendine şefkat düzeyi ne kadar yüksekse kişilerin semptomlarından duydukları rahatsızlık düzeyinin de o kadar az olduğu bulunmuştur (Eicher, vd., 2013: 389-393). Paronoid düşüncelerin kendini eleştirme ve kendine şefkat ile ilişkisinin incelendiği bir çalışmada kişinin kendini eleştirme düzeyi artıkça paronoid düşüncelerin de arttığı; kendine şefkat düzeyleri artıkça ise paronoid düşüncelerin azaldığı bulunmuştur (Mills, vd., 2007: 358-364). Düşük benlik saygısı ve olumsuz duygulanımı hedef olan kısa süreli Şefkat Odaklı Terapi müdahalenin paronoid düşünceler üzerindeki etkisine bakan bir çalışmada müdahale alan gruptaki katılımcıların kontrol koşuluna kıyasla önemli ölçüde daha düşük olumsuz duygulanım, daha yüksek benlik saygısı ve paronoid düşüncede anlamlı düşüş olduğunu bulgulamıştır (Lincoln, vd., 2013: 390-402).

Psikotik bozuklukların tedavisinde ilk tercih antipsikotik ilaç tedavisi olmakla birlikte antipsikotik ilaç kullanan hastalardan yalnızca %30'u aldıkları tedaviden memnun olduklarını bildirmekte, diğer hastalar ya ilaç tedavilerini bırakmakta ya da başka bir tedaviyle değiştirmektedirler (Lieberman, vd., 2005: 1209-1223). Bununla birlikte ilaç tedavisine devam eden hastalarda %50 oranında pozitif ve negatif semptomların devam ettiği görülmektedir (Conley ve Buchanan, 1997: 663-674). Ayrıca antipsikotik ilaçlar pozitif semptomlar üzerinde etkinlikleri iyi bilinmekle birlikte negatif belirtiler üzerindeki etkileri tartışmalıdır (Möller, 2007: 380-386). Bu nedenle psikotik bozuklukların tedavisinde ilaç tedavisine ek olarak psikoterapötik tedavilerde önemli bir yer tutmaktadır (Patel, vd., 2014: 638-645).

Psikolojik tedavilere erişimin yatan hasta servislerinde artırılması gerektiğinin önerilmesine rağmen bu hasta grubunun psikolojik tedavilere erişimleri kısıtlıdır (Clarke ve Wilson, 2009). Yapılan çalışmalar ise yatan hasta servislerinde yapılan müdahalelerin olumlu sonuçlarını ortaya koymuştur. Örneğin akut yatan hastalarda

Şefkat Odaklı Terapinin fizibilite çalışması yapıp müdahalenin uygulanabilir ve yararlı olduğu bulunmuştur (Heriot-Maitland vd., 2014: 78-94). Bir başka yatan adli psikoz hastalarında uygulanan Şefkat Odaklı Terapi müdahalesinde kişilerin müdahale sonrasında depresyon, utanç, benlik saygısı ve genel psikopatoloji düzeylerinde önemli değişimler olduğu bulgulanmıştır (Laithwaite, vd., 2009: 511-526).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Evren ve Örneklem

Çalışmamızın örneklemini BRSHH 5. Psikiyatri Ünitesinde yatarak tedavi alan hastalardan oluşmaktadır. Aşağıda belirtilen kriterlere uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan kişiler çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırmaya Alınma Kriterleri:

- 18 ile 65 yaş aralığında olmak
- Okuma yazma bilmek
- DSM-5’te yer alan tanı ölçütlerine göre, “Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar” başlığı altında yer alan tanılardan en az birisi ile takip ediliyor olmak.
- Psikotik Bozukluk tedavisi ile yatarak tedavi görüyor olmak.

Araştırmadan Dışlama Kriterleri:

- Zekâ geriliği, demans ve diğer organik mental bozukluklar gibi çalışmada yer alan ölçeklerin doldurulmasını engelleyebilecek bir hastalığa sahip olmak
- Araştırmayı yapmayı güçleştirecek seviyede ekzitasyon riskine, hostile tutuma ya da agresyona sahip olmak

Kriterleri sağlayan 28 hasta ile görüşme yapılmış hastalardan biri çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Gerekli bilgilendirme yapıldıktan sonra araştırmaya katılmaya gönüllü olan 27 hastadan 3’ü taburcu olma nedeniyle çalışma dışı kalmıştır. Çalışmanın örneklemini 12 kişi kontrol grubunda 12 kişi deney grubunda olmak üzere toplam 24 kişiden oluşmuştur. Çalışmaya dahil edilen toplam 24 katılımcının yaş ortalamaları $34,42 \pm 11,47$ yıl, ortanca yaşları 32(25,5-40,5) yıl olarak hesaplanmıştır. En küçük yaş 18, en büyük yaş 60’tır. Katılımcıların %91,7’si bekar, %8,3’ü evlidir. Eğitim durumlarına göre yapılan analizde katılımcıların %12,5’inin ilkokul,

%25,0'nın ortaokul, %41,7'sinin lise ve %20,8'inin üniversite ve üzeri eğitim seviyesinde olduğu görülmektedir. Katılımcıların çoğu (%66,7) ebeveynleri ile birlikte yaşamakta iken, 4 katılımcı yalnız, 3 katılımcı eş ve çocukları ile ve 1 katılımcı ise yakınları ile birlikte yaşadığını belirtmiştir. Çalışanların oranı %29,2'dir. 7 (%29,2) kişinin ailesinde hastalık öyküsü, 2 (%8,3) kişinin ise tıbbi rahatsızlık öyküsü bulunmaktadır. Sigara kullanma oranı %91,7, alkol kullanma oranı %33,3, madde kullanma oranı %12,5 olarak saptanmıştır (Tablo 3.1).

Tablo 3.1: Sosyodemografik özellikler

Değişkenler (n=24)	Ort±SS	Med(IQR)	Min-Max
Yaş (yıl)	34.42±11.47	32(25.5-40.5)	18-60
	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Medeni durum			
Bekar	22	91.7	
Evli	2	8.3	
Eğitim			
İlkokul	3	12.5	
Ortaokul	6	25.0	
Lise	10	41.7	
Üniversite ve üzeri	5	20.8	
Kimlerle yaşıyor			
Ebeveyn	16	66.7	
Yakınları	1	4.2	
Eş ve çocukları	3	12.5	
Yalnız	4	16.7	
Çalışma durumu			
Çalışıyor	7	29.2	
Çalışmıyor	17	70.8	
Aile hastalık öyküsü			
Yok	17	70.8	
Var	7	29.2	
Tıbbi rahatsızlık			
Yok	22	91.7	
Var	2	8.3	
Sigara			
Yok	2	8.3	
Var	22	91.7	
Alkol			
Yok	16	66.7	
Var	8	33.3	
Madde			
Yok	21	87.5	
Var	3	12.5	

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Sosyo-demografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından katılımcıların sosyodemografik özelliklerini saptamak amacıyla hazırlanmıştır. Katılımcıların yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durumu, hastalık öyküsü ve özgeçmişlerine gibi özelliklerini değerlendirmeye yönelik sorular vardır.

3.2.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

(Kay, Fiszbein, ve Opler 1987: 261-76) tarafından 1987 yılında geliştirilip 1999 yılında (Kostakoglu, vd. 1999: 23-34) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılan ölçek şizofreni hastalık şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek şizofreni hastalarının son bir hafta içindeki bulgularının şiddetini ve işlevselliğini değerlendirmektedir. Negatif belirtiler (yedi soru), pozitif belirtiler (yedi soru) ve genel psikopatoloji (on altı soru) olmak üzere üç alt ölçekten oluşana otuz maddelik bir ölçektir. Her madde için görüşmeci 1-7 arasında bir puan belirler. Yapılan Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında bu üç alt ölçeye ait Cronbach α değerleri sırasıyla 0,75; 0,77 ve 0,71 şeklinde bulunmuştur.

3.2.3. Kendini Eleştirme/Kendine Saldırma Formları & Kendine Güvence Verme Ölçeği (KEFGÖ)

Kişilerin kendini eleştirme ve kendini destekleyebilme becerilerini değerlendirmek amacıyla (Gilbert, vd. 2004: 31-50) tarafından geliştirilen ölçeğin üç alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçeğin 'kendini yetersiz gören benlik' alt ölçeği kişisel yetersizliğe odaklanmayı, 'kendinden nefret eden benlik' kendini incitme ya da zulmetme arzusunu ve 'kendini destekleyen benlik' ise kendini destekleyebilme becerisini ölçmektedir. Ölçeğin orijinalinde toplam puan bulunmamaktadır. Daha önce yapılmış çalışmalarda kendini destekleyen benlik alt ölçeği puanları ters çevrilerek toplam puan hesaplanmıştır (Fritzsche, 2016). Çalışmamızda bu şekilde toplam puan hesaplanacaktır. Ölçek beşli likert tipinde 22 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte 0= bana

hiç benzemiyor 4=bana çok benziyor anlamına gelmektedir. Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0.90, 0.86 ve 0.86 şeklinde bulunmuştur.

3.2.4. Durumsal Kendine Şefkat- Kısa Formu

Durumsal kendine şefkat ölçeği kısa formu altı maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Kişinin şu andaki kendine şefkat düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek beşli likert tipinde olup altı maddeden oluşmaktadır. Yüksek puanlar daha fazla kendine şefkati gösterir. Ölçeğin 2, 4 ve 6. maddeleri ters maddedir. (Neff, vd. 2021: 121-40) geliştirilen ölçeğin cronbach alfa değeri 0.86 şeklinde bulunmuştur. Bizim çalışmamızda müdahale öncesi, müdahale sonrası ve bir hafta sonraki ölçümler Cronbach alfa değeri sırasıyla 0.52, 0.53, 0.69 olarak bulunmuştur.

3.2.5. Danışan Memnuniyet Ölçeği-8 (DMÖ-8)

Danışanların verilen hizmetten ne kadar memnun oldukları değerlendirmek amacıyla 1979 yılında geliştirilen ölçek dördümlük likert tipinde olup sekiz maddeden oluşmaktadır (Larsen, vd. 1979: 197-207). Ölçekte 1 puan kişinin en düşük memnuniyet düzeyini ifade ederken 4 puan en yüksek memnuniyet düzeyini ifade etmektedir. Ölçeğin toplam puanları 8- 32 arasında değişmektedir ve daha yüksek puanlar daha yüksek memnuniyeti göstermektedir. Mevcut örnekleme Cronbach alfa değeri 0.82 olarak bulunmuştur

3.3. İşlem

Psikoz tanısı almış, yatarak tedavi gören ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan adaylarla görüşülmüştür. Çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılar randomize olarak deney (Kendine Şefkat Müdahalesi) veya kontrol (eşlik etme-befriending) gruplarına atanmıştır. Çalışma öncesinde her katılımcıdan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Bir gruba bireysel tek seanslık kendine şefkat müdahalesi uygulanırken diğer grup ile yine bireysel tek seanslık eşlik etme (befriending) gerçekleştirilmiştir. Daha sonra kendine şefkat müdahalesi alan gruba uygulanan şefkat müdahalesinin ses kaydı verilmiş ve beş günlük süreç içerisinde her gün bir kez dinlemeleri istenmiştir. Kontrol grubunu oluşturan bireylere ise

kendinelik (mindfulness) egzersizi ses kaydı verilmiş ve benzer şekilde beş günlük süreç içerisinde her gün bir kez dinlemeleri istenmiştir.

3.3.1. Kendine Şefkat Müdahalesi- Deney Grubu

Deney grubunda yer alan katılımcılar bilgilendirilmiş onam formunu doldurduktan sonra sosyodemografik veri formu, Durumsal Kendine Şefkat-Kısa Formu, KEFGÖ ölçeklerini doldurmuştur. Aynı zamanda klinisyen tarafından PANNS müdahale öncesinde doldurulmuştur. Daha sonra bireysel olarak 30-40 dakikalık tek seanslık Kendine Şefkat müdahalesi gerçekleştirilmiştir. Seansta sırasıyla aşağıdaki adımlar uygulanmıştır;

Kendini eleştirmenin tanımlanması

Danışanın kendini eleştirme davranışının tespit edilmesi

Normalize edilmesi

Davranış analizi yapılması (Kendini eleştirme davranışının öncül ve sonuçlarının bulunması)

Kendini eleştirme davranışının uzun ve kısa vadeli sonuçlarının gösterilmesi

Kendine Şefkat egzersizinin uygulanması (İçindeki Çocuk imgelemesi-İnner Child) (Russ, 2019: 487-503)

Uygulanan egzersizin ses kaydının danışana 5 gün boyunca dinletilmesi

Seans sonrasında katılımcılar Durumsal Kendine Şefkat-Kısa Formu'nu tekrar doldurmuşlardır. Katılımcılara seanstan sonraki beş günlük süre içerisinde her gün bir kere seans esnasında yapılan Kendine Şefkat Müdahalesinin ses kaydı dinletilmiştir. Daha sonra katılımcılar tekrar Durumsal Kendine Şefkat-Kısa Formu, KEFGÖ ve ek olarak Danışan Memnuniyeti Ölçeğini doldurmuştur. Klinisyen tarafından PANNS ölçeği de tekrar doldurulmuştur.

3.3.2. Eşlik Etme (Befriending) – Kontrol Grubu

Kontrol grubunda yer alan katılımcılar bilgilendirilmiş onam formunu doldurduktan sonra sosyodemografik veri formu, Durumsal Kendine Şefkat-Kısa Formu, KEFGÖ ölçeklerini doldurmuştur. Klinisyen tarafından PANNS müdahale

öncesinde doldurulmuştur. Deney grubuyla benzer şekilde kontrol grubunda yer alan katılımcılarla da 30-40 dakikalık bireysel, tek seanslık eşlik etme (befriending) gerçekleştirilmiştir. Eşlik etme (befriending) daha önce psikoza yönelik psikolojik müdahalelerde kontrol koşulu olarak kullanılan bir protokoldür (Bendall, vd., 2003:1-27; Shawyer, vd., 2012: 110-121; Jackson, vd., 2008: 725-735) Belirtilerin ve sorunların açık bir şekilde konuşmaktan kaçınarak günlük konular (spor, ev işleri, iş hayatı, arabalar, müzik) hakkında sohbet etmeyi içerir (Bendall, vd., 2003:1-27) Katılımcılarla gerçekleştirilen eşlik etme (befriending) sonrasında kendinelik (mindfulness) (Russ, 2019: 181-195) egzersizi uygulanmıştır. Seansın hemen ardından kontrol grubunda yer alan katılımcılar da Durumsal Kendine Şefkat-Kısa Formunu doldurmuştur. Daha sonra egzersizin ses kaydı kaydı katılımcılara beş gün boyunca dinletilmiştir. Ses kayıtlarının tamamlanmasının ardından kontrol grubunda yer alan katılımcılar da deney grubuyla aynı olarak Durumsal Kendine Şefkat-Kısa Formu, KEFGÖ'ni doldurmuşlardır. Klinisyen tarafından PANNS ölçeği de tekrar doldurulmuştur.

3.4. Veri Analizi

Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 18 © Copyright SPSS Inc. 1989, 2010 kullanılmıştır. Kolmogorov Smirnov testi ile sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadığı incelenmiştir. Araştırmamızdaki kategorik değişkenler yüzde (%) ve frekans (n) ile gösterilirken parametrik test için gerekli varsayımları karşılayan sürekli değişkenler ortalama±standart sapma (SD), karşılamayanlar ise medyan (IQR: 25. ve 75. persentil) değerleriyle gösterilmiştir. Kategorik değişkenlere dair analizde Fisher Exact testi, Fisher-Freeman-Halton Exact Test ve Pearson Ki-kare testleri kullanılmış sonrasında ise Yates ve post hoc Bonferroni düzeltmeleri yapılmıştır. Parametrik test varsayımları sağlanmadığı için bağımsız iki grup ortalama karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi, bağımlı iki grup ortalama karşılaştırmalarında ise Wilcoxon Signed ranks testi yapılmıştır. Bağımlı gruplarda ikiden fazla yapılan ölçümlerin analizinde ise yine non parameterik test olan Freidman testi ve post hoc Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Araştırmada, istatistiksel anlamlı kabul edilecek düzey 0.05 olarak ele alınmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Araştırmaya yer alan toplam 24 katılımcının yaş ortalamaları $34,42 \pm 11,47$ yıl, ortalama yaşları 32(25,5-40,5) yıl olarak hesaplanmıştır. En küçük yaş 18, en büyük yaş 60'tır. Katılımcıların %91,7'si bekar, %8,3'ü evlidir. Eğitim durumlarına göre yapılan analizde katılımcıların %12,5'inin ilkokul, %25,0'ının ortaokul, %41,7'sinin lise ve %20,8'inin üniversite ve üzeri eğitim seviyesinde olduğu görülmektedir. Katılımcıların çoğu (%66,7) ebeveynleri ile birlikte yaşamakta iken, 4 katılımcı yalnız, 3 katılımcı eş ve çocukları ile ve 1 katılımcı ise yakınları ile birlikte yaşadığını belirtmiştir. Çalışanların oranı %29,2'dir. 7 (%29,2) kişinin ailesinde hastalık öyküsü, 2 (%8,3) kişinin ise tıbbi rahatsızlık öyküsü bulunmaktadır. Sigara kullanma oranı %91,7, alkol kullanma oranı %33,3, madde kullanma oranı %12,5 olarak saptanmıştır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Sosyodemografik özellikler

Değişkenler (n=24)	Ort±SS	Med(IQR)	Min-Max
Yaş (yıl)	34.42±11.47	32(25.5-40.5)	18-60
	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Medeni durum			
Bekar	22	91.7	
Evli	2	8.3	
Eğitim			
İlkokul	3	12.5	
Ortaokul	6	25.0	
Lise	10	41.7	
Üniversite ve üzeri	5	20.8	

Tablo 4.1'in devamı...

Değişkenler (n=24)	Ort±SS	Med(IQR)	Min-Max
Yaş (yıl)	34,42±11,47	32(25,5-40,5)	18-60
	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Kimlerle yaşıyor			
Ebeveyn	16	66.7	
Yakınları	1	4.2	
Eş ve çocukları	3	12.5	
Yalnız	4	16.7	
Çalışma durumu			
Çalışıyor	7	29.2	
Çalışmıyor	17	70.8	
Aile hastalık öyküsü			
Yok	17	70.8	
Var	7	29.2	
Tıbbi rahatsızlık			
Yok	22	91.7	
Var	2	8.3	
Sigara			
Yok	2	8.3	
Var	22	9.7	
Alkol			
Yok	16	66.7	
Var	8	33.3	
Madde			
Yok	21	87.5	
Var	3	12.5	

Tablo 4.2'de katılımcıların Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinden müdahale öncesi ve bir hafta sonrası aldıkları puanların ortalama, ortanca, minimum ve maksimum değerleri sunulmuştur.

Yapılan analizlere göre müdahale öncesi ortalama PANSS PB puanı 25,42±7,34, ortalama PANSS NB puanı 23,29±7,22, ortalama PANSS GP puanı 50,29±9,5, ortalama PANSS TOPLAM puanı 97,75±14,45 olarak hesaplanmıştır.

Bir hafta sonrası ortalama PANSS PB puanı 12,5±2,98, ortalama PANSS NB puanı 15,75±4,82, ortalama PANSS GP puanı 31±6,57, ortalama PANSS TOPLAM puanı 58,75±12,49 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.2: Tüm Katılımcılar için Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğine Dair Ölçümler

Değişkenler (n=24)	Ort±SS	Med(IQR)	Min-Max
Müdahale öncesi ölçüm			
PANSS PB	25.42±7.34	25,5(20,5-31,5)	10-39
PANSS NB	23.29±7.22	22(20,5-28)	7-41
PANSS GP	50.29±9.5	48(44-56)	32-78
PANSS TOPLAM	97.75±14.45	97.5(90,5-104)	67-122
Bir hafta sonrası ölçüm			
PANSS PB	12.5±2.98	12(11-14)	8-19
PANSS NB	15.75±4.82	16(12-18.5)	7-26
PANSS GP	31±6.57	32.5(26.5-35.5)	18-43
PANSS TOPLAM	58.75±12.49	61.5(52.5-66)	34-83

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği; PB: Pozitif Belirtiler; NB: Negatif Belirtiler; GP: Genel Psikopatoloji

Tablo 4.3'te katılımcıların KEFGÖ müdahale öncesi ve bir hafta sonrası aldıkları puanların ortalama, ortanca, minimum ve maksimum değerleri sunulmuştur.

Yapılan analizlere göre müdahale öncesi ortalama KEFGÖ toplam puanı 35,83±11,81 iken bir hafta sonrası ortalama KEFGÖ toplam puanı 29,83±10,03 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.3: Tüm Katılımcılar için Kendini Eleştirme/Kendine Saldırma Formları & Kendine Güvence Verme Ölçeğine Dair Ölçümler

Değişkenler (n=24)	Ort±SS	Med(IQR)	Min-Max
Müdahale öncesi ölçüm			
KEFGÖ TOPLAM	35.83±11.81	37(28.5-44)	4-61
Bir hafta sonrası ölçüm			
KEFGÖ TOPLAM	29.83±10.03	31(21.5-37.5)	10-48

KEFGÖ; Kendini Eleştirme/ Kendine Saldırma Formları & Kendine Güvence Verme Ölçeği

Tablo 4.4'te katılımcıların Durumsal Kendine Şefkat- Kısa Formundan müdahale öncesi ve bir hafta sonrası aldıkları puanların ortalama, ortanca, minimum ve maksimum değerleri sunulmuştur.

Yapılan analizlere göre müdahale öncesi ortalama KŞ toplam puanı $15,88\pm 4,58$ (*Cronbach* $\alpha=0,52$), müdahale sonrası ortalama KŞ toplam puanı $18\pm 4,23$ (*Cronbach* $\alpha=0,53$), bir hafta sonrası KŞ toplam puanı $19,58\pm 5,53$ (*Cronbach* $\alpha=0,69$) olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.4: Tüm Katılımcılar için Durumsal Kendine Şefkat- Kısa Formu Ölçeğine Dair Ölçümler

Değişkenler (n=24)	Ort±SS	Med(IQR)	Min-Max
Müdahale öncesi ölçüm			
KŞ TOPLAM	15.88±4.58	16(12-18.5)	8-25
<i>Cronbach</i> α	0,52		
Müdahale sonrası ölçüm			
KŞ TOPLAM	18±4.23	17(14.5-21)	11-26
<i>Cronbach</i> α	0.53		
Bir hafta sonrası ölçüm			
KŞ TOPLAM	19.58±5.53	21(15.5-24)	10-28
<i>Cronbach</i> α	0.69		

KŞ; Kendine Şefkat

Tablo 4.5'te katılımcıların Danışan Memnuniyet Ölçeği-8'den aldıkları puanların ortalama, ortanca, minimum ve maksimum değerleri sunulmuştur.

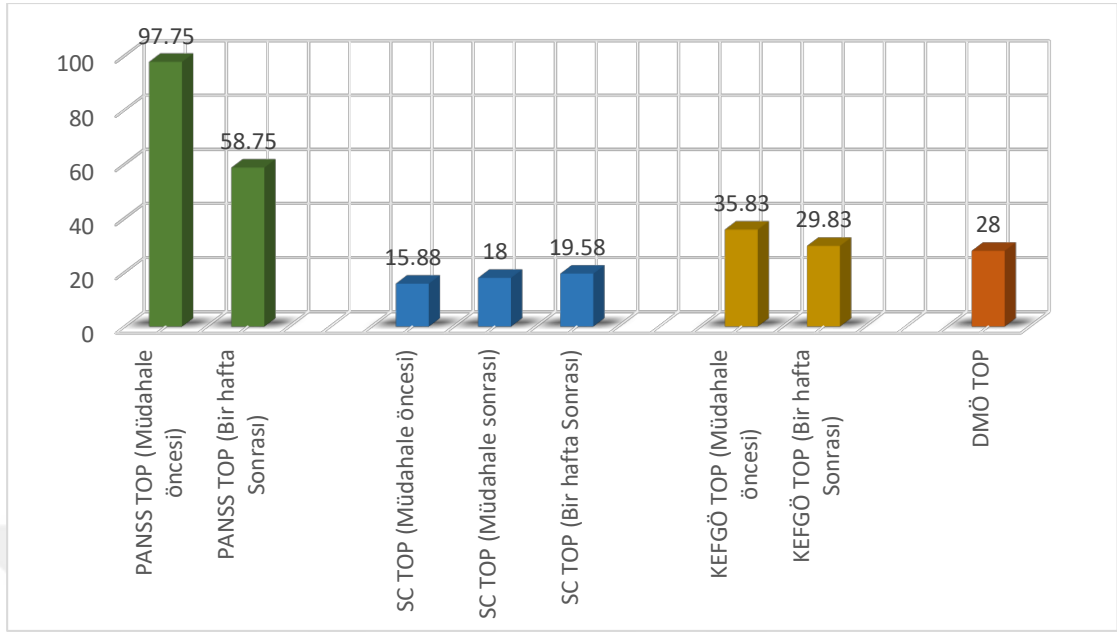
Yapılan analizlere göre DMÖ toplam puanı ortalama değeri $28\pm 3,19$ olarak hesaplanmıştır. Bu ölçekten alınan en küçük puan 21, en büyük puan 31'dir (*Cronbach* $\alpha=0,82$).

Tablo 4.5: Danışan Memnuniyet Ölçeği-8'e Dair Ölçümler

Değişkenler (n=12)	Ort±SS	Med(IQR)	Min-Max
DMÖ TOPLAM	28±3.19	29(26.5-30)	21-31
<i>Cronbach</i> α	0.82		

DMÖ; Danışan Memnuniyeti Ölçeği

Tüm ölçeklerden alınan skorlar Grafik 4.1 ile gösterilmiştir.



Grafik 4.1: Ölçek Puanları

Deney ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikleri karşılaştırılmış ve analiz sonuçları tablo 4.6 ile sunulmuştur.

Yaş ortalaması deney grubunda 28(23-34) yıl, kontrol grubunda 34,5(29-44,5) yıl olarak hesaplanmıştır ($p=0,083$). Her iki grupta da katılımcıların %66,7'si ebeveynleri ile, %16,7'si yalnız yaşamaktadırlar ($p=0,999$). Çalışma oranı deney grubunda %33,3, kontrol grubunda %25'tir ($p=0,999$). Ailede hastalık öyküsü bulunması oranı deney grubunda %41,7, kontrol grubunda %16,7'dir ($p=0,371$). Deney grubunda tıbbi hastalık öyküsü olan katılımcı bulunmaz iken, kontrol grubunda bu oran %16,7'dir ($n=2$) ($p=0,478$). Deney grubundakilerin %83,3'ü kontrol grubundakilerin tamamı sigara kullanmaktadırlar ($p=0,478$). Deney grubundakilerin %16,7'si kontrol grubundakilerin %50'si alkol kullanmaktadırlar ($p=0,193$). Deney grubunda madde kullanan kimse yok iken kontrol grubundaki 3 kişinin (%25) madde kullandığı görülmektedir ($p=0,217$). Tüm bu değişkenlerde deney ve kontrol grubunda istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Eğitim durumu ise gruplar arasında istatistiksel açıdan farklı bulunmuştur ($p=0,019$). Deney grubundakilerin %25'i ortaokul, %66,7'si lise, %8,3'ü üniversite ve üzeri eğitim seviyesinde iken; kontrol grubundakilerin %25'i ilköğretim, %25'i ortaokul,

%16,7'si lise, %33,3'ü üniversite ve üzeri eğitim seviyesindedir. Yapılan ileri analizlerde farkı yaratan değişkenin “lise” olduğu görülmüştür. Lise eğitim seviyesinde olma oranı deney grubundaki katılımcılarda daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.6: Çalışma gruplarına göre sosyodemografik özellikler

Değişkenler	Çalışma Grupları		p
	Deney grubu (n=12)	Kontrol grubu (n=12)	
Yaş (yıl)	28(23-34)	34.5(29-44.5)	0.083 ^u
Medeni durum			0.999*
Bekar	11(91,7)	11(91.7)	
Evli	1(8.3)	1(8.3)	
Eğitim			0.019*
İlkokul	0(0) ^a	3(25) ^a	
Ortaokul	3(25) ^a	3(25) ^a	
Lise	8(66.7) ^a	2(16.7) ^b	
Üniversite ve üzeri	1(8.3) ^a	4(33.3) ^a	
Kimlerle yaşıyor			0.999*
Ebeveyn	8(66.7)	8(66.7)	
Yakınları	0(0)	1(8.3)	
Eş ve çocukları	2(16.7)	1(8.3)	
Yalnız	2(16.7)	2(16.7)	
Çalışma durumu			0.999*
Çalışıyor	4(33,3)	3(25)	
Çalışmıyor	8(66.7)	9(75)	
Aile hastalık öyküsü			0.371*
Yok	7(58.3)	10(83.3)	
Var	5(41.7)	2(16.7)	
Tıbbi rahatsızlık			0.478*
Yok	12(100)	10(83,3)	
Var	0(0)	2(16.7)	
Sigara			0.478*
Yok	2(16.7)	0(0)	
Var	10(83.3)	12(100)	
Alkol			0.193*
Yok	10(83.3)	6(50)	
Var	2(16,7)	6(50)	
Madde			0.217*
Yok	12(100)	9(75)	
Var	0(0)	3(25)	

^uMann Whitney U test, *Med(IQR)*

*Pearson ki kare test, Fisher exact test, Fisher Freeman Halton exact test, Yates düzeltmesi, *n(%)*

Kontrol ve deney gruplarında ayrı ayrı Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği skorlarının değişimi analiz edildiğinde hem deney grubunda hem de kontrol grubunda tüm skorların bir hafta sonra yapılan ölçümlerde müdahale öncesi ölçümlere göre anlamlı olarak düştüğü görülmüştür.

Yapılan analizlere göre deney grubunda PANSS PB skoru müdahale öncesi 23(18-30,5), bir hafta sonra 12(10,5-14) ($p=0,002$); PANSS NB skoru müdahale öncesi 21,5(20-26,5), bir hafta sonra 16(11-20) ($p=0,003$); PANSS GP skoru müdahale öncesi 49,5(41,5-58,5), bir hafta sonra 28,5(25,5-35,5) ($p=0,002$); PANSS toplam skoru müdahale öncesi 96(82-107,5), bir hafta sonra 56,5(47,5-66) ($p=0,002$) olarak hesaplanmıştır.

Kontrol grubunda PANSS PB skoru müdahale öncesi 27,5(23,5-31,5), bir hafta sonra 11,5(11-16) ($p=0,002$); PANSS NB skoru müdahale öncesi 22(21-28), bir hafta sonra 16(12-18,5) ($p=0,006$); PANSS GP skoru müdahale öncesi 48(45-54,5), bir hafta sonra 34(27-36) ($p=0,002$); PANSS toplam skoru müdahale öncesi 99,5(92-104), bir hafta sonra 63,5(54,5-66,5) ($p=0,002$) olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.7).

Tablo 4.7: Çalışma gruplarına göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği skorları değişimi

Değişkenler	Deney Grubu (N=12)		P ^w	Kontrol Grubu (N=12)		P ^w
	Müdahale öncesi ölçüm	Bir hafta sonrası ölçüm		Müdahale öncesi ölçüm	Bir hafta sonrası ölçüm	
PANSS PB	23(18-30.5)	12(10.5-14)	0.002	27.5(23.5-31.5)	11.5(11-16)	0.002
PANSS NB	21.5(20-26.5)	16(11-20)	0.003	22(21-28)	16(12-18.5)	0.006
PANSS GP	4.5(41.5-58.5)	28.5(25.5-35.5)	0.002	48(45-54.5)	34(27-36)	0.002
PANSS TOP.	96(82-107.5)	56.5(47.5-66)	0.002	99.5(92-104)	63.5(54.5-66.5)	0.002

^wWilcoxon Signed Ranks Test, *Med(IQR)*

Kontrol ve deney gruplarında ayrı ayrı KEFGÖ skorlarının değişimi analiz edildiğinde deney grubunda müdahale öncesi KEFGÖ toplam skoru 39,5(28,5-45,5) iken bir hafta sonra ölçülen KEFGÖ toplam skoru 27(21-35) olarak saptanmıştır ve bu fark istatistiki açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0,025$) Kontrol grubunda ise müdahale öncesi KEFGÖ toplam skoru 35(28-43) iken bir hafta sonra ölçülen KEFGÖ toplam skoru 34,5(22-40) olarak saptanmıştır ve bu fark istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,999$) (Tablo 4.8, Grafik 4.2,4.3,4.4).

Kontrol ve deney gruplarında ayrı ayrı Durumsal Kendine Şefkat- Kısa Formu skorlarının değişimi analiz edildiğinde deney grubunda müdahale öncesi KŞ toplam skoru 13,5(11,5-16), müdahale sonrası 16(14,5-21,5), bir hafta sonra 23(19-24,5) olarak hesaplanmıştır ve aradaki fark istatistiki açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Farkın hangi değişkenlerden kaynaklandığını tespit edebilmek için yapılan ileri analizlerde müdahale öncesi ölçümün müdahale sonrası ($p = 0,043$) ve bir hafta sonrası ($p < 0,001$) ölçümlerden anlamlı olarak daha düşük olduğu; müdahale sonrası ölçüm ile bir hafta sonrası ölçümdeki farkın ise istatistiki olarak anlamlı olmadığı ($p = 0,096$) anlaşılmıştır.

Durumsal Kendine Şefkat- Kısa Formu skorlarının kontrol grubundaki değişimi analiz edildiğinde ise müdahale öncesi KŞ toplam skoru 18,5(15,5-21), müdahale sonrası 18(15,5-21), bir hafta sonra 16(11,5-21,5) olarak hesaplanmıştır ve aradaki fark istatistiki açıdan anlamlı saptanmamıştır ($p = 0,380$) (Tablo 4.9, Grafik 4.2,4.5,4.6).

Tablo 4.8: Çalışma gruplarına Kendini Eleştirme/Kendine Saldırma Formları & Kendine Güvence Verme Ölçeği (KEFGÖ) skorlarının değişimi

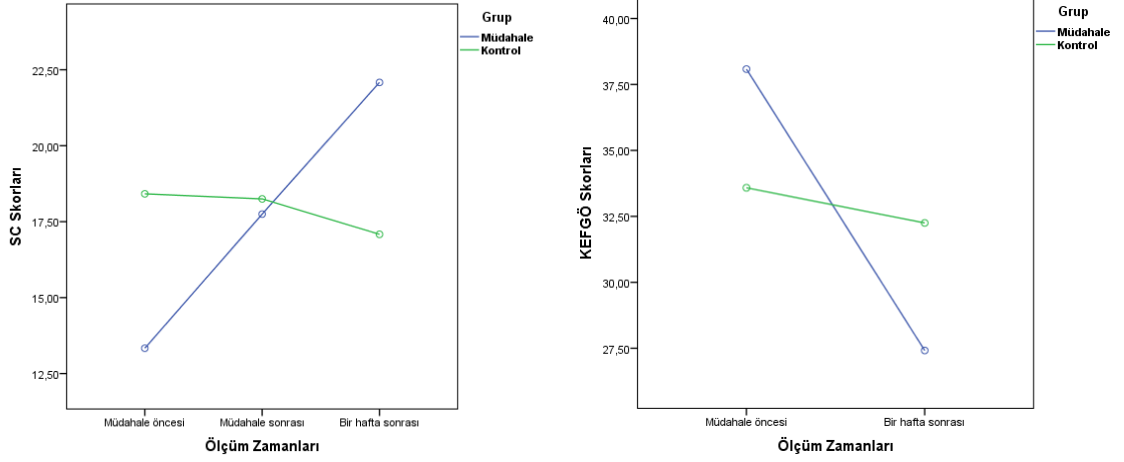
Değişkenler	Deney Grubu		p^w	Kontrol Grubu		p^w
	Müdahale öncesi ölçüm	Bir hafta sonrası ölçüm		Müdahale öncesi ölçüm	Bir hafta sonrası ölçüm	
KEFGÖ TOP.	39.5(28.5-45.5)	27(21-35)	0.025	35(28-43)	34.5(22-40)	>0.999

^wWilcoxon Signed Ranks Test, *Med(IQR)*

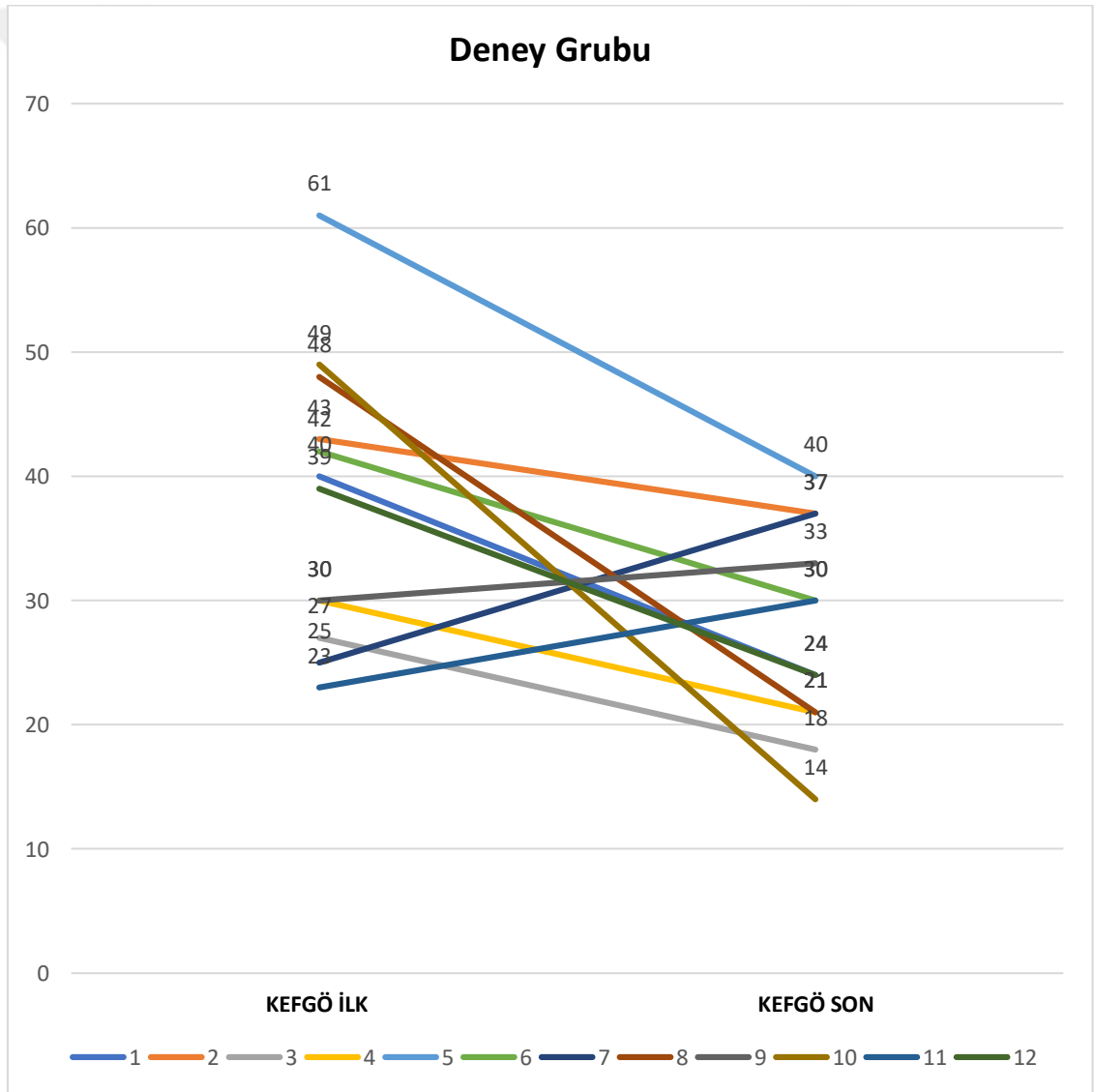
Tablo 4.9: Çalışma gruplarına göre Durumsal Kendine Şefkat- Kısa Formu skorları değişimi

Değişkenler	Deney Grubu			p^F	Kontrol Grubu			p^F
	Müdahale öncesi ölçüm	Müdahale sonrası ölçüm	Bir hafta sonrası ölçüm		Müdahale öncesi ölçüm	Müdahale sonrası ölçüm	Bir hafta sonrası ölçüm	
KŞ TOP.	13.5(11.5-16)	16(14.5-21.5)	23(19-24.5)	<0.001	18.5(15.5-21)	18(15.5-21)	16(11.5-21.5)	0.380

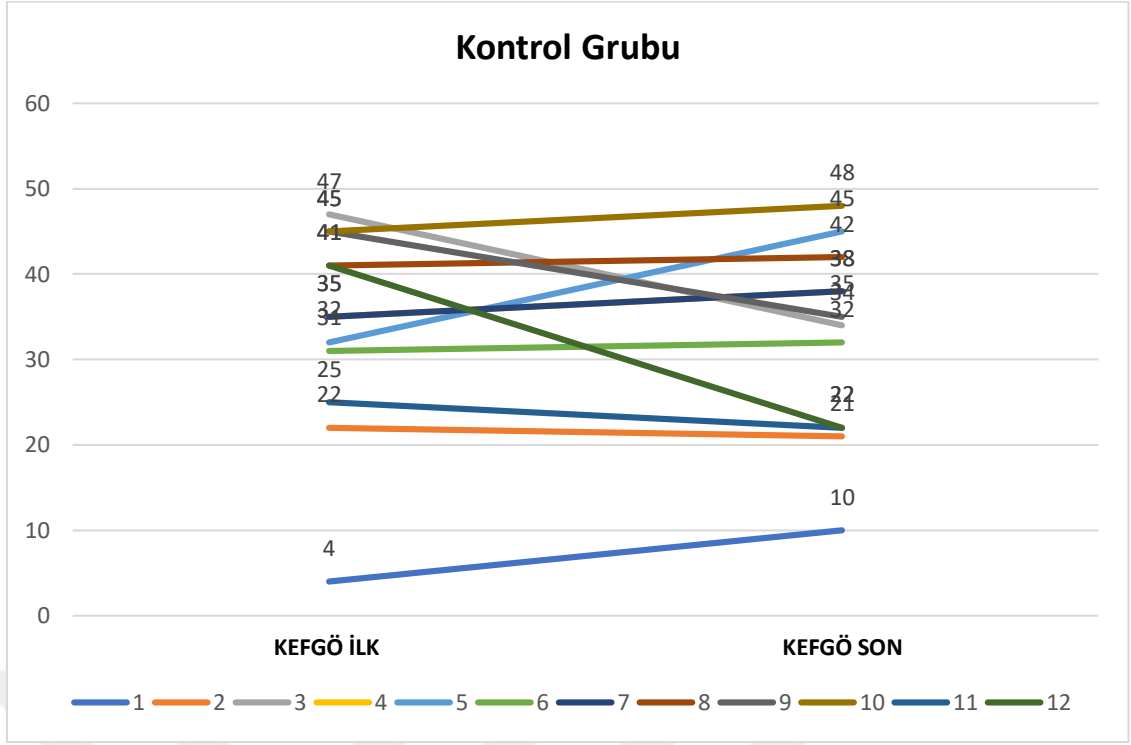
^FFriedman Test, post hoc Bonferroni düzeltmesi, *Med(IQR)*



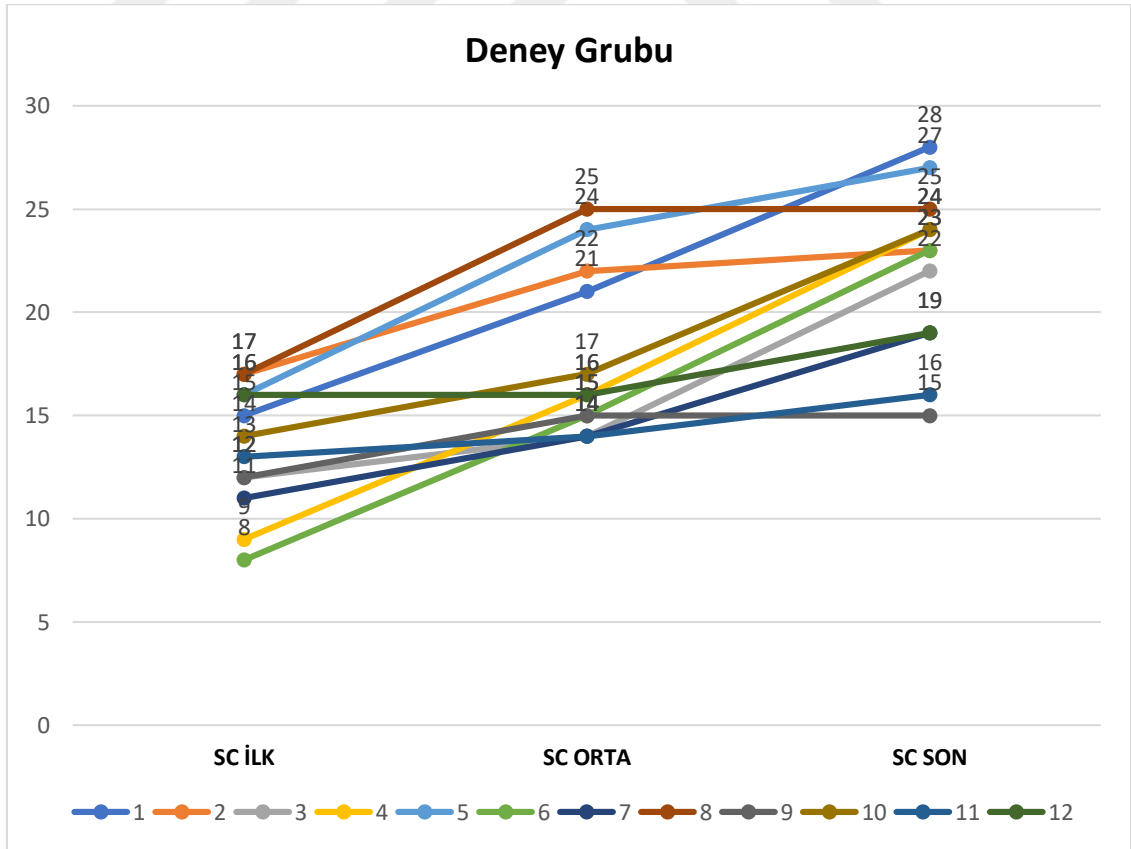
Grafik 4.2: Deney ve kontrol gruplarında KŞ ve KEFGÖ skorlarının zamanla değişimi



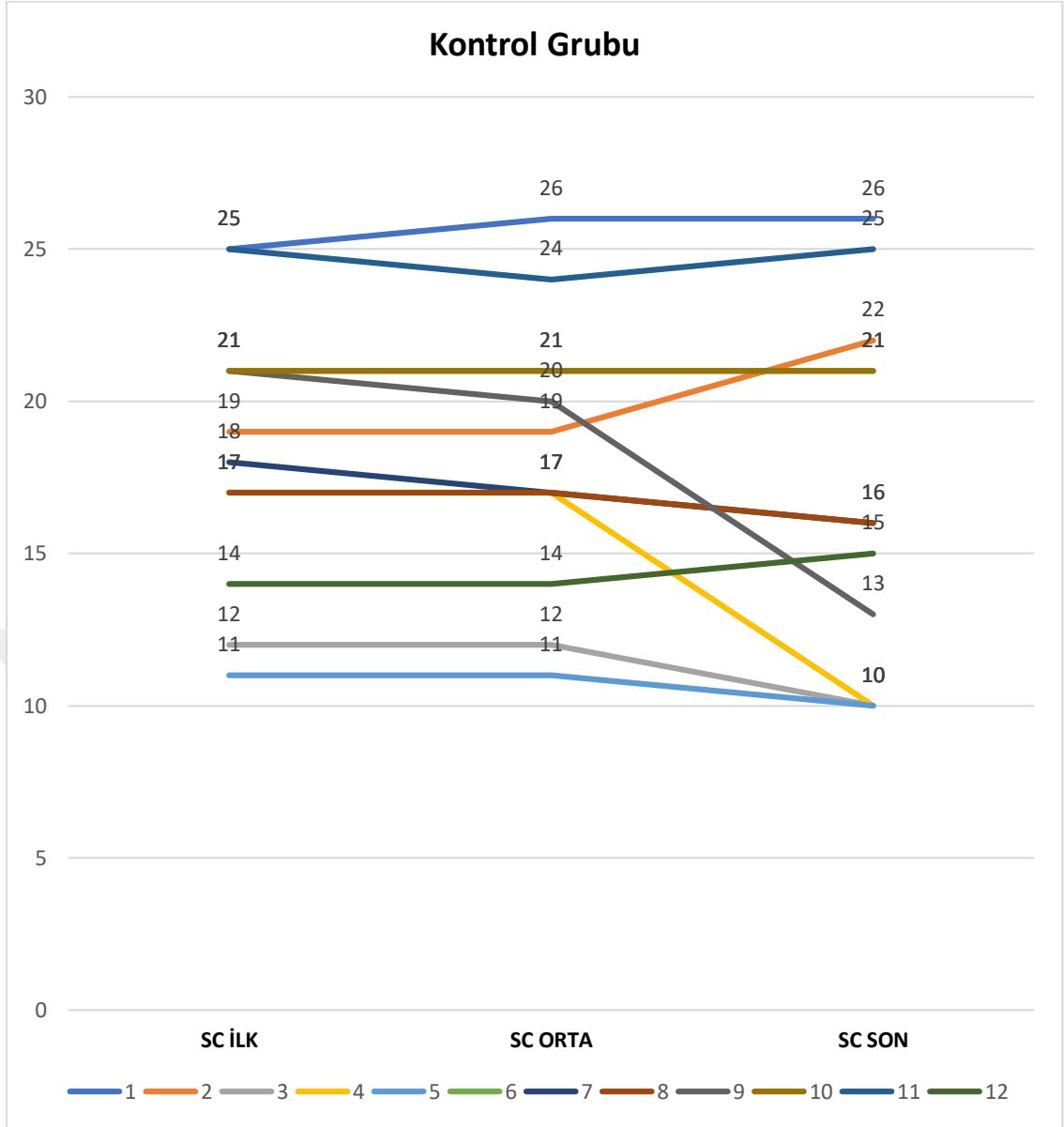
Grafik 4.3: Deney grubunda KEFGÖ skorlarının zamanla değişimi



Grafik 4.4: Kontrol grubunda KEFGÖ skorlarının zamanla değişimi



Grafik 4.5: Deney grubunda KŞ skorlarının zamanla değişimi



Grafik 4.6: Kontrol grubunda KŞ skorlarının zamanla değişimi

Tablo 4.10'da deney ve kontrol gruplarında bulunan katılımcıların PANSS çerçevesinde müdahale öncesinde ve müdahaleden bir hafta sonrasında yapılan ölçümlerine ilişkin farklılık gösterip göstermedikleri hakkında yapılan analiz sonuçları yer almaktadır. Buna göre, bu iki grubun ilgili ölçeğin tüm boyutlarında her iki ölçüm zamanında da benzerlik sergilediği anlaşılmıştır ($p>0,05$). Örneğin, müdahale öncesi yapılan ölçümde PANNS Toplam skoru deney grubunda [96(82-107,5)], kontrol grubunda ise [99,5(92-104)] değerlerini almıştır. Bu iki değer istatistiki açıdan bir farklılık göstermemektedir ($p=0,487$). Bu değişkende olduğu gibi, diğer tüm değişkenlere ilişkin ölçümlerde de durum benzerdir.

Tablo 4.10: Çalışma gruplarına göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

Değişkenler	Çalışma Grupları		p ^u
	Deney grubu (n=12)	Kontrol grubu (n=12)	
Müdahale öncesi ölçüm			
PANSS PB	23(18-30.5)	27.5(23.5-31.5)	0.182
PANSS NB	21.5(20-26.5)	22(21-28)	0.622
PANSS GP	49.5(41.5-58.5)	48(45-54.5)	0.954
PANSS TOPLAM	96(82-107.5)	99.5(92-104)	0.487
Bir hafta sonrası ölçüm			
PANSS PB	12(10.5-14)	11.5(11-16)	0.726
PANSS NB	16(11-20)	16(12-18.5)	0.977
PANSS GP	28.5(25.5-35.5)	34(27-36)	0.486
PANSS TOPLAM	56.5(47.5-66)	63.5(54.5-66.5)	0.434

^uMann Whitney U test, *Med(IQR)*

KEFGÖ'ne ilişkin müdahale öncesinde ve müdahaleden bir hafta sonrasında yapılan ölçümlerin çalışma gruplarına göre farklılık gösterip göstermediği analiz edilmiş ve sonuçlar Tablo 4.11'de gösterilmiştir. Müdahale öncesinde KEFGÖ toplam skoru [39,5(28,5-45,5)] olarak ölçülmüştür. Kontrol grubunda ise bu değişkenin aldığı değer [35(28-43)]'tür. Bu iki değer istatistiki açıdan benzer bulunmuştur (p=0,583). Aynı şekilde, bu iki değer müdahaleden bir hafta sonrasında ölçülen değerleri de istatistiki açıdan farklılık göstermemektedir (p=0,183).

Tablo 4.11: Çalışma gruplarına göre Kendini Eleştirme/Kendine Saldırma Formları & Kendine Güvence Verme Ölçeği

Değişkenler	Çalışma Grupları		p ^u
	Deney grubu (n=12)	Kontrol grubu (n=12)	
Müdahale öncesi ölçüm			
KEFGÖ TOPLAM	39.5(28.5-45.5)	35(28-43)	0.583
Bir hafta sonrası ölçüm			
KEFGÖ TOPLAM	27(21-35)	34.5(22-40)	0.183

^uMann Whitney U test, *Med(IQR)*

Durumsal Kendine Şefkat (KŞ) kavramına ilişkin ölçümler üç farklı zamanda yapılmıştır. Müdahale öncesinde yapılan ölçüm sonuçlarına göre, kontrol grubundaki katılımcıların KŞ Toplam skorları [18,5(15,5-21)], deney grubundaki katılımcıların skorlarına [13,5(11,5-16)] göre anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır (p=0,006). Her iki grubun müdahale sonrası yapılan ölçümlerinde elde edilen skorlar ise istatistiki açıdan benzerdir (p=0,663). Müdahaleden bir hafta sonra yapılan ölçümlerde ise, bu kez deney grubunun elde ettiği skor [23(19-24,5)], kontrol grubunun elde ettiği skora [16(11,5-21,5)] yüksek çıkmış ve istatistiki olarak anlamlı saptanmamıştır (p=0,034).

Tablo 4.12: Çalışma gruplarına göre Durumsal Kendine Şefkat- Kısa Formu

Değişkenler	Çalışma Grupları		p ^u
	Deney grubu (n=12)	Kontrol grubu (n=12)	
Müdahale öncesi ölçüm			
KŞ TOPLAM	13.5(11.5-16)	18.5(15.5-21)	0.006
Müdahale sonrası ölçüm			
KŞ TOPLAM	16(14.5-21.5)	18(15.5-21)	0.663
Bir hafta sonrası ölçüm			
KŞ TOPLAM	23(19-24.5)	16(11.5-21.5)	0.034

^uMann Whitney U test, *Med(IQR)*

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE SONUÇ

5.1. Tanımlayıcı Bulguların Değerlendirilmesi

Yatarak tedavi gören ve psikotik bozukluk tanısı almış 24 kişinin dahil edildiği çalışmamızda katılımcının %91,7'si bekar, %8,3'ü evlidir. Katılımcıların çoğunluğu (%66,7) ebeveynleri ile birlikte yaşamakta iken, 4 katılımcı yalnız, 3 katılımcı eş ve çocukları ile ve 1 katılımcı ise yakınları ile birlikte yaşadığını belirtmiştir. Çalışanların oranı ise %29,2'dir. Psikotik bozukluk tanısı almış kişilerin evlilik oranlarının düşük olduğu ve küçük bir kısmının düzenli bir çalışma hayatı olduğu bilinmektedir (Agerbo vd., 2004: 28-33). Kişilerin mesleki işlevselliklerindeki düşüşler ve evlilik oranları hastalığın erken yaşlarda başlaması, hastalık sürecinde eşlik eden negatif belirtiler ve bilişsel yıkımla da ilişkili olabilmektedir (Sadock, vd., 2017: 261-269). Bizim çalışmamızdaki bulgularda hem Türkiye'de hem de çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarla uyumlu olarak katılımcıların büyük bir çoğunluğu bekar ve çalışma oranları oldukça düşüktür (Binbay, vd., 2011: 40-52).

Psikotik bozukluğa sahip kişilerin alkol, madde ve sigara kullanımlarının sağlıklı örneklerle karşılaştırıldığında daha yüksek olduğu bununla birlikte alkol ve madde kullanım bozukluğunun da yüksek oranlarda görüldüğü literatürde bilinmektedir.(Buckley, 2006: 5-9; de Leon & Diaz, 2005: 135-157; Uzun, vd., 2003: 187-192). Ülkemizde yapılmış olan çalışmalarda şizofreni tanısı almış hastaların %50'sinin sigara kullandığı gösterilmiş (Uzun, vd., 2003: 187-192), psikotik bozukluğu olan yatan erkek hastalarda yapılmış bir çalışmada ise bu oranın %80 ve üzerine çıktığı bildirilmiştir (Karaytuğ, vd., 2020: 1783-1791). Bizim çalışmamızda da sigara kullanımı %91,7 gibi yüksek bir oranda bulunmuştur. Yine şizofreni hastalarıyla yapılmış çalışmalarda alkol kullanımı %20-60 arasında olduğu bulunmuştur (Chambers, vd., 2001: 71-83). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak alkol kullanma oranı %33,3 bulunmuştur. Madde kullanımı ile ilgili yapılan

çalışmalarda kullanılan maddeye göre oranlar değişmekle birlikte %10-50 arasında değişim göstermektedir (Chambers, vd., 2001: 71-83). Bizim çalışmamızdaki oranlar da literatürle uyumlu olarak %12,5 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızın rneklemine tamamı erkek hastalardan oluşmaktadır ve bu çalışmanın önemli bir kısıtlılığıdır. Literatür incelendiği zaman hastalığın başlangıcı ve seyri, tedavi yanıtı, prevalans gibi çeşitli konularda cinsiyete göre farklılıklar olduğu görülmektedir (Castle, vd., 1995: 773-774). Örneğin şizofreni riskinin kadınlara oranla erkeklerde 1.4 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (McGrath, vd., 2008: 67-76). Bununla birlikte kadın hastalarda madde kullanımının daha düşük olduğu ve tedaviye daha iyi yanıt verdiklerine dair veriler de mevcuttur (Abel, vd., 2010: 417-428; Ochoa, vd., 2012). Hastane yatışlarına dair veriler incelendiğinde ise farklı veriler bulunmakla birlikte kadınlara hastaneye yatış oranlarının daha düşük ve hastanede kaldıkları sreninde daha kısa olduğu görülmektedir (Usall, vd., 2003: 282-284).

Eğitim durumlarına göre yapılan analizde katılımcıların %12,5'inin ilkokul, %25,0'nın ortaokul, %41,7'sinin lise ve %20,8'inin niversite ve üzeri eğitim seviyesinde olduğu görülmektedir. Literatüre baktığımızda şizofreni hastalarının eğitim düzeyinin düşük olduğu birçok çalışmada görülmektedir. Bu durum kişilerin sosyo-demografik özelliklerinden, hastalığın okul çağında başlamasıyla ve hastalık başlangıcından önce görülebilen nörogelişimsel eksiklikler ile ilişkilendirilmektedir (Swanson, vd., 1998: 739-747; Gara, vd., 2012: 593-600). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak katılımcıların yalnızca %20,8'i niversite üzeri eğitim seviyesindedir.

Deney ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında eğitim durumu haricinde istatistiksel açıdan fark bulunmamıştır. Grupların büyük oranda benzer olması çalışmada randomizasyonun başarılı bir Şekilde sağlandığını göstermektedir. Ancak eğitim durumunda gruplar arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır (p=0,019). Deney grubundakilerin %25'i ortaokul, %66,7'si lise, %8,3' niversite ve üzeri eğitim seviyesinde iken; kontrol grubundakilerin %25'i ilkokul, %25'i ortaokul, %16,7'si lise, %33,3' niversite ve üzeri eğitim seviyesindedir. Yapılan ileri analizlerde farkı yaratan değişkenin "lise" olduğu görülmüştür. Lise eğitim seviyesinde olma oranı deney grubunda bulunan katılımcılarda daha yüksektir ve araştırmanın sınırlılıklarından biri olarak belirtilmelidir.

5.2. Çalışmanın Hipotezlerinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızın ana hipotezi olan tek seanslık kendine şefkat müdahalesinin psikoz hastalarında uygulanabilir olduğu hipotezi çalışma verileri göz önünde bulundurulduğunda desteklenmiştir. Deney grubuna uygulanan “Aldığımız hizmeti nasıl değerlendirirsiniz, bu program ihtiyaçlarımızın ne kadar karşıladı, bir arkadaşımızın benzer bir yardıma ihtiyacı olsa, ona bu programı önerir misin?” vb. soruları içeren en yüksek 32 puan alınan Danışan Memnuniyeti Ölçeği (DMÖ) toplam puan ortalama değeri $28 \pm 3,19$ olarak hesaplanmıştır. Bu ölçekten alınan en küçük puan 21, en büyük puan 31’dir. Bununla birlikte araştırmaya dahil edilen katılımcılardan yalnızca bir tanesi araştırmaya devam etmemek istememiş 3 tanesi ise taburcu olmaları nedeniyle araştırmaya devam edememiştir. Katılımcılarla gerçekleştirilen seanslarda katılımcıların müdahale içerisinde verilen yönergeleri anlamakta ve uygulamakta zorluk yaşamadıkları gözlemlenmiştir.

Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde yapılan fizibilite çalışmaları da bizim çalışmamızla uyumludur. Örneğin literatürde yer alan psikotik bozukluk tanısı almış bireylerde şefkat odaklı müdahalelerinin kabul edilebilirliğini ve uygulanabilirliğini inceleyen çalışmalar da bizim çalışmamızla benzer bulgular ortaya koymuştur (Braehler, Gumley, vd., 2013: 199-214; Braehler, Harper, vd., 2013: 236-266; Johnson, vd., 2009: 137-140; Khoury, vd., 2015: 76-83). Çalışmalar incelendiği zaman katılımcıların uygulama sürecindeki devam oranlarının genellikle yüksek olduğu görülmektedir. (Braehler, Gumley, vd., 2013: 199-214) tarafından yapılan çalışmada 22 katılımcıdan 4’ü çalışmaya devam etmezken (Johnson, vd., 2011: 136-140) çalışmaların 18 katılımcıdan 2’si çalışmaya devam etmemiştir. (Khoury, vd., 2015: 76-83) yaptığı çalışmada ise 17 katılımcıdan 12’si çalışmayı tamamlamıştır. (Laithwaite, vd., 2009: 511-526) tarafından yatarak tedavi gören psikotik bozukluk tanısı almış katılımcılarla yapılan çalışmada 19 katılımcıdan 18 katılımcı programı tamamlamıştır. Tedaviyi tamamlama oranları %75 ile %91 arasında değişiklik göstermiştir. Yukarıda bahsedilen çalışmalarda katılımcılar algılanan faydadan ve müdahalelerin kolaylığını vurgulamışlardır. Bizim çalışmamız da dahil literatürde yer alan çalışmalarda katılımcıların araştırmaya katılım oranlarının, memnuniyet düzeylerinin yüksek olması, yapılan müdahaleleri anlamakta ve uygulamakta zorluk yaşamamaları, yatan hastalar da dahil olmak üzere şefkat odaklı müdahalelerinin psikotik bozukluk tanısı almış bireylerde uygulanabilir olduğunu göstermektedir.

Araştırmamızın bir diğer sonucu da kendini eleştirme puanları ile ilişkilidir. Terapi sonuçlarını iyileştirmek için depresyon (Cheung, vd., 2004: 1143-1153), travma sonrası stres bozukluğu (Øktedalen, vd., 2015: 518-532), şizofreni (Gerlinger vd., 2013: 155-164) ve paronoid düşünce (Matos, vd., 2013: 334-349) gibi bir çok klinik tabloda rol oynadığı gösterilmiş kendini eleştirmeyi ele almak oldukça önemlidir. Bununla birlikte kendini eleştirme çeşitli psikopatolojik sorunların gelişmesinde ve sürdürülmesinde rol oynayan transdiagnostik bir olgudur (Gilbert ve Irons, 2005: 263). Gilbert (2009: 199-208), teorisine göre kendini eleştirme düzeyleri yüksek olan kişiler, contentment(memnuniyet) sistemini hipoaktif ederken tehdit ve koruma sistemini sürekli olarak aktive ederler. Başarısızlık, hayal kırıklığı deneyimlediklerinde veya hata yaptıklarında kendilerini sert ve aşağılayıcı şekilde eleştirirler ve kendilerini yatıştırılmazlar. Kişiler zorlayıcı deneyimler yaşadıklarında kendini yatıştırma ve şefkat becerilerinde düşüş görülürken tehdit duyarlılıklarında ise artış olmaktadır (Gilbert, 2004: 99-142). Psikoz da kişiler için oldukça zorlayıcı klinik bir tablodur. Kişiler özellikle psikoza adaptasyon aşamasında umutsuzluk, çaresizlik, depresyon ve utanç yaşayabilmektedir (Birchwood, vd., 2000: 516-521). Kendini eleştirme de utanç, kusurlu olma veya başkaları için istenmeme, kişinin kendini kusurlu görmesi gibi durumlarla ilişkili örtük bir davranış olarak tanımlanabilmektedir (Gilbert ve Irons, 2005: 263-325). Kendini eleştirme ve utanç; işitsel halüsinasyonlar (Gilbert vd., 2001), perseküsyon sanrıları da (Hutton, vd., 2013: 127-136) dahil olmak üzere birçok psikolojik zorlukta rol oynayan transdiagnostik süreçlerdir. Hem psikoz sürecinde hem de psikotik belirtileri iyileşen birçok kişide yüksek düzeyde kendini eleştirme ve utanç görülmektedir (Gumley, vd., 2010: 186-201).

14 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analiz çalışmasında şefkat odaklı müdahalelerin kendini eleştirme düzeyinde azalmaya ve kendini yatıştırma becerilerinde de artışa neden olduğu bulunmuştur (Vidal ve Soldevilla, 2022: 70-81). Bununla birlikte yapılan şefkat odaklı müdahalelerin hem klinik hem de klinik olmayan popülasyonlarda kendini eleştirme düzeylerini azalttığı gösterilmiştir (Gilbert ve Irons, 2005: 263-325; Werner, vd., 2019: 530-547). Paronoid düşüncelerin kendini eleştirme ve kendine şefkat ile ilişkisinin incelendiği bir çalışmada kişinin kendini eleştirme düzeyi arttıkça paronoid düşüncelerin de arttığı; kendine şefkat düzeyleri arttıkça ise paronoid düşüncelerin azaldığı bulunmuştur (Mills, vd., 2007: 358-364).

Bizim çalışmamızın bulgularında da kontrol ve deney gruplarında ayrı ayrı kendini eleştirme düzeyleri incelendiğinde deney grubunda müdahale öncesi KEFGÖ toplam skoru 39,5(28,5-45,5) iken bir hafta sonra ölçülen KEFGÖ toplam skoru 27(21-35) saptanmış ve oluşan fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,025$). Kontrol grubunda ise müdahale öncesi KEFGÖ toplam skoru 35 (28-43) iken bir hafta sonra ölçülen KEFGÖ toplam skoru 34,5(22-40) olarak saptanmıştır ve oluşan fark istatistiki açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,999$). Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak uygulanan kendine şefkat müdahalesi sonrasında kendini eleştirme düzeylerinde anlamlı bir düşüş bulunmuştur. Deney grubunda kendini eleştirme puanları kendine şefkat müdahalesi sonrasında anlamlı olarak azalırken kontrol grubunda müdahale öncesi ve müdahale sonrası puanlar arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Bununla birlikte deney ve kontrol grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. İki grup arasındaki kendini eleştirme puanlarında ise bir farklılık bulunmuş ancak bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür. Bu durumun araştırmanın örneklem sayısı, deney ve kontrol grubundaki katılımcıların müdahale öncesi kendini eleştirme puanlarındaki farklılıkla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Hickey vd. (2020: 1326-34) psikotik bir epizot yaşayan ya da yakın zamanda şizofreni tanısı almış 18 katılımcı ile 8 haftalık kendinelik ve şefkat programının fizibilite ve potansiyel klinik faydasını araştıran bir çalışma yürütmüşler ve müdahale sonrasında katılımcıların kendini eleştirme düzeylerinde önemli azalmalar bulgulamışlardır. Müdahale öncesi, sonrası ve altı hafta sonra kendini eleştirme düzeylerini ölçtüklerinde kendini eleştirme düzeyinde anlamlı düşüşler saptamışlardır (Hickey, vd., 2020: 1326-1334).Bizim çalışmamızın tek seanslık bir yapıda olması kontrol ve deney grubu arasındaki farklılığı gözlemlemek için yetersiz kalmış olabilir. Bununla birlikte uzun dönemli ölçümlerin yapılmaması olası olumlu etkilerinin değerlendirilmesine imkân vermemiştir. İleride yapılacak olan çalışmalarda uzun dönemli ölçümler yapıp bu etki incelenebilir.

Çalışmamızda uygulanan kendine şefkat müdahalesinin ardından incelediğimiz diğer değişkenler pozitif semptomlar, negatif semptomlar ve genel psikopatoloji puanlarıydı. Literatürü incelediğimizde yapılan çalışmalarda pozitif, negatif semptomlar ve kendine şefkat ile ilişkili değişken sonuçlar gözlenmektedir. Şizofreni ve şizoafektif bozukluk tanısı konmuş 88 yetişkinin dahil edildiği bir çalışmada kişilerin kendine şefkat düzeyleri arttıkça pozitif belirtilerin düştüğü bulunmuştur.

Bununla beraber negatif semptomlar ve kendine şefkat arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Eicher, vd., 2013: 389-393). Psikotik bozukluk tanısı almış 29 yetişkinin dahil edildiği bir başka çalışmada ise daha yüksek kendine şefkat düzeyleri PANSS negatif belirtiler ve pozitif belirtiler alt ölçeklerindeki daha düşük puanlarla ilişkiliydi (Gumley ve Macbeth, 2014: 794-811). Yatarak tedavi gören psikoz hastalarında uygulanan 10 haftalık (20 seans) Şefkat Odaklı Terapi müdahalesinin etkisini değerlendiren bir başka çalışmada ise müdahale sonrasında kişilerin genel psikopatoloji düzeylerinde anlamlı düşüşler görülürken pozitif ve negatif alt ölçeklerinde anlamlı bir değişiklik meydana gelmediği belirtilmiştir (Laithwaite, vd., 2009: 511-526). Kısa süreli Şefkat Odaklı Terapi müdahalesinin paranoid düşünceler üzerindeki etkisini inceleyen çalışmada müdahale alan gruptaki katılımcılar kontrol grubuna kıyasla paranoid düşüncede anlamlı bir düşüş göstermiştir (Lincoln, vd., 2013: 390-402). Psikoz hastalarında 8 seanslık şefkat, kabul ve kendinelik müdahalesinin uygulanabilirliğini ve potansiyel klinik faydasını inceleyen bir çalışmada da yapılan müdahale sonrasında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte ($p = 0,11$) pozitif belirtilerde ($d = 0.36$) ve negatif belirtilerde ($d = 0.40$) bir etki bulunmuştur (Khoury, vd., 2015: 76-83).

Bizim çalışmamızda ise kontrol ve deney gruplarının pozitif belirtileri, negatif belirtileri ve genel psikopatoloji puanlarındaki değişim incelendiği zaman hem müdahale hem de kontrol gruplarında her bir alt ölçekteki puanlar önce ve sonra ölçümlerinde anlamlı olarak düşmüştür. Müdahale uygulanan grupta pozitif belirtiler müdahale öncesi 23(18-30,5), müdahale sonrasında 12(10,5-14) ($p=0,002$); negatif belirtiler müdahale öncesi 21,5(20-26,5), müdahale sonrasında 16(11-20) ($p=0,003$); genel psikopatoloji müdahale öncesi 49,5(41,5-58,5), müdahale sonrasında 28,5(25,5-35,5) ($p=0,002$) olarak bulunmuştur. Benzer şekilde kontrol grubunda da pozitif belirtiler müdahale öncesi 27,5(23,5-31,5), müdahale sonrası 11,5(11-16) ($p=0,002$); negatif semptomlar müdahale öncesi 22(21-28), müdahale sonrası 16(12- 18,5) ($p=0,006$); genel psikopatoloji müdahale öncesi 48(45-54,5), müdahale sonrası 34(27-36) ($p=0,002$) olarak bulunmuştur. Deney ve kontrol gruplarında bulunan katılımcıların PANSS çerçevesinde müdahale öncesinde ve müdahale sonrasında yapılan ölçümlerine ilişkin farklılık gösterip göstermedikleri hakkında yapılan analizlerde ise bir farklılık bulunmamıştır. Çalışmamızda yer alan katılımcılar psikotik bozukluk tanısı ile yatarak tedavi görmekte ve ilaç tedavisi almaktadırlar. Alınan ilaç

tedavisi, pozitif ve negatif semptomların şiddetinde bir düşüşe neden olabilir ve müdahalenin etkisini maskeleyebilir. İkinci olarak, müdahalenin etkisi zaman içinde değişilebilir ve daha uzun bir süreçte belirgin hale gelerek gruplar arasında bir farklılık oluşabilir. Örneğin şizofreni spektrum bozukluğu tanısı almış ve negatif semptomları bulunan hastalarda 6 seanslık şefkat odaklı müdahalelerin uygulanabilirliğini ve etkililiğini inceleyen bir çalışmada yapılan müdahale sonrasında ve üç aylık takipte negatif belirtilerde anlamlı bir düşüş bulunmuştur (Johnson, vd., 2011: 137-140).

İleride yapılacak olan çalışmalarda daha uzun süreli takip ölçümleri eklenip müdahalenin etkisi uzun dönemde değerlendirilebilir. Bununla birlikte çalışmamızın tek seanslık bir yapıda olması yetersiz kalmış olabilir. İleride yapılacak çalışmalarda bu durumda göz önünde bulundurularak değerlendirilebilir.

Çalışmamız da değerlendirilen bir diğer değişken ise durumsal kendine şefkat puanlarıydı. Kontrol ve deney gruplarında ayrı ayrı durumsal kendine şefkat puanlarının değişimi incelendiğinde kendine şefkat müdahalesi yapılan grupta müdahale öncesinde durumsal kendine şefkat puanı 13,5(11,5- 16), müdahale sonrası 16(14,5-21,5), bir hafta sonra 23(19-24,5) olarak saptanmıştır ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Farkın hangi değişkenlerden kaynaklandığını tespit edebilmek için yapılan ileri analizlerde müdahale öncesi ölçümün müdahale sonrası ($p=0,043$) ve bir hafta sonrası ($p<0,001$) ölçümlerden anlamlı olarak daha düşük olduğu; müdahale sonrası ölçüm ile bir hafta sonrası ölçüm arasındaki farkın ise istatistiki olarak anlamlı olmadığı ($p=0,096$) anlaşılmıştır. Kontrol grubunda ise müdahale öncesi durumsal kendine şefkat toplam skoru 18,5(15,5-21), müdahale sonrası 18(15,5- 21), bir hafta sonra 16(11,5-21,5) olarak hesaplanmıştır ve aradaki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,380$). Kontrol ve müdahale grubu üç farklı zamanda yapılmış ölçümleri arasındaki farklar incelendiğinde ise müdahale öncesinde yapılan ölçüm sonuçlarına göre, kontrol grubundaki katılımcıların durumsal kendine şefkat puanları [18,5(15,5-21)], deney grubundaki katılımcıların puanlarına [13,5(11,5-16)] göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,006$). Her iki grubun müdahale sonrası yapılan ölçümlerinde elde edilen skorlar ise istatistiki açıdan benzerdir ($p=0,663$). Müdahaleden bir hafta sonra yapılan ölçümlerde ise, bu kez deney grubunun elde ettiği skor [23(19-24,5)], kontrol grubunun elde ettiği skora göre [16(11,5-21,5)] yüksek çıkmış ve bu durum istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,034$). Tüm bu sonuçlar incelendiği zaman psikoz

hastalarına uygulanan kendine şefkat müdahalesinin kendine şefkat düzeyini artırmakta etkili olduğunu söylenebilir.

Yapılan çalışmalarda bipolar bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, perseküsyon sanrıları veya şizofreni tanısı almış klinik örnekleme-deki bireylerle klinik olmayan örnekleme-deki bireyler karşılaştırıldığında klinik örnekleme-deki bireylerin kendine şefkat düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (Athanasakou, vd., 2020: 217). Kendine şefkat olumsuz duygulardan kaçınmayı azaltıp psikolojik esnekliği artırarak (Yela, vd., 2022: 402-422), ruminasyonu azaltarak (Miyagawa, vd., 2020: 2051-2068) ve gelişmiş duygu düzenleme becerileriyle (Inwood ve Ferrari, 2018: 215-235) psikopatolojiyi azalttığı gösterilmiştir. Bu yüzden klinik örnekleme-de kendine şefkat becerilerinin geliştirilmesi önemli bir yer tutmaktadır. Kendine şefkat müdahalelerinin randomize kontrollü çalışmalarını içeren meta-analiz çalışmalarına baktığımızda kendine şefkate artış bulunurken, psikopatoloji şiddetinde azalmalar bulunmuştur (Ferrari, vd., 2019: 1455-1473). Psikoz özelinde ise şefkat odaklı terapinin kabul edilebilirliği ve potansiyel faydalarını inceleyen 40 yetişkin psikoz hastası ile yapılmış randomize kontrollü bir çalışmada şefkat odaklı terapi ve olağan tedavi alan grupla yalnızca olağan tedavi alan grup karşılaştırılmıştır. Bu çalışmaya göre olağan tedavi alan gruba kıyasla şefkat odaklı terapi alan grupta kendine şefkate önemli artışlar bulgulanmıştır (Braehler, Gumley, vd., 2013: 199-214). Ancak literatürde bunun tersi sonuçlar da bulunmuştur. Örneğin yatarak tedavi gören psikoz hastalarında uygulanan Şefkat Odaklı Terapi protokolünün etkisini değerlendiren bir başka çalışmada kendine şefkat ölçeği puanlarında anlamlı bir değişiklik bulunmamıştır (Laithwaite, vd., 2009: 511-526). Bizim çalışmamızda kendine şefkat müdahalesi sonrasında kendine şefkat puanlarında anlamlı artışlar bulsak da literatürde psikoz hastalarında kendine şefkat müdahalesinin etkililiğini değerlendiren az sayıda çalışma bulunmaktadır ve yapılan çalışmalarda yukarıda belirtildiği gibi farklı sonuçlar görülebilmektedir. Bu durum, daha fazla araştırmanın yapılması gerektiğini göstermektedir.

Bu bulgular ışığında çalışmamız yatarak tedavi gören psikoz hastalarında tek seanslık kendine şefkat müdahalesinin uygulanabilir olduğunu gösteren bulgular ortaya koymaktadır. Bununla beraber uygulanan şefkat odaklı müdahalenin kişilerin kendini eleştirme düzeylerinde düşüşle ve kendine şefkat becerilerinde ise artışla ilişkili olduğu görülmüştür. Hastaların pozitif, negatif semptomlarında ve genel psikopatoloji

düzeylerinde ise her iki grupta da anlamlı düşüşler görülmüştür ve tek seanslık kendine şefkat müdahalesinin anlamlı bir etki ortaya çıkarmadığı saptanmıştır.

5.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmamızın bazı sınırlılıkları vardır.

Çalışmamızın ana hipotezi psikoz hastalarında kendine şefkat müdahalesinin uygulanabilirliğini incelemek olmasıyla da ilişkili olarak çalışmamızın örneklem sayısı oldukça düşüktür. Bu da kendini eleştirme, kendine şefkat ve pozitif, negatif semptomlar ve genel psikopatoloji ile ilgili sonuçların genellenmesi ve yorumlanmasında kısıtlılığa neden olabilmektedir.

Çalışmamızdaki bir diğer kısıtlılık da uzun dönemli ölçümleri içermiyor olmasıdır. Uzun dönemli ölçümlerin yapılması uygulanan müdahalenin etkisini anlamak için oldukça önemlidir. Deney ve kontrol grubundaki değişimleri ve uygulanan müdahalenin uzun dönemli etkilerini görmek uygulanan müdahalenin etkililiği ile ilişkili daha güvenilir sonuçlar verebilir.

Araştırmamız psikiyatri kliniğinin yatarak tedavi gören erkek servisinde yapılmıştır. Bu nedenle araştırmaya dahil edilen katılımcıların tamamı erkek hastalardan oluşmaktadır bu da çalışmamızın önemli bir kısıtlılığıdır. İleride yapılacak olan çalışmalar kadın psikoz hastalarının da dahil edildiği daha büyük bir örneklem grubuyla yapılabilir. Bunun yanı sıra uzun dönemli takip ölçümlerinin olması müdahalenin etkililiği ile ilgili bize daha fazla bilgi verebilir. Ayrıca literatürde yer alan çalışmalarda pozitif ve negatif afekt, depresyon, kaygı gibi parametrelerde yapılan müdahale sonrasında değerlendirilmiştir (Braehler, Gumley, vd., 2013; Johnson vd., 2011; Khoury vd., 2015). İleride yapılacak çalışmalarda da araştırmaya bu parametreler dahil edilip kendine şefkat müdahalesi sonrasında değerlendirilebilir.

Çalışmamız yatarak tedavi gören psikoz hastalarında tek seanslık kendine şefkat müdahalesinin uygulanabilirliğini değerlendiren Türkiye’de ilk, literatürde ise sınırlı sayıda çalışmadan biri olması itibariyle önemlidir. Psikoz hastalarında kendine şefkat müdahalesinin etkililiğini değerlendiren az sayıda randomize kontrollü çalışma vardır. Kendine şefkatin klinik popülasyondaki önemli etkileri göz önünde bulundurulduğunda bu alanda daha fazla çalışma yapılması önemlidir.

5.4. Sonuç

Çalışmamızda yatarak tedavi gören psikoz hastalarında tek seanslık kendine şefkat müdahalesinin uygulanabilirliği ve etkililiği incelenmiştir.

Araştırmamızda elde ettiğimiz sonuçlara göre, katılımcıların araştırmaya katılım oranlarının, memnuniyet düzeylerinin yüksek olması, yapılan müdahaleleri anlamakta ve uygulamakta zorluk yaşamamaları, danışan memnuniyeti ölçeğinden alınan yüksek puanlar ($28\pm 3,19$) yatarak tedavi gören psikoz hastalarında tek seanslık kendine şefkat müdahalesinin uygulanabilir olduğunu göstermektedir.

Bununla birlikte kontrol ve deney gruplarında ayrı ayrı kendini eleştirme düzeyleri incelendiğinde deney grubunda müdahale öncesi ve sonrası ölçümlerde anlamlı bir düşüş görülürken kontrol grubunda müdahale öncesinde ve müdahale sonrasında yapılan ölçümlerde anlamlı bir fark yoktur. İki grup arasındaki farklılık incelendiğinde ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çalışmamızda uygulanan kendine şefkat müdahalesinin ardından incelediğimiz diğer değişkenler pozitif semptomlar, negatif semptomlar ve genel psikopatoloji puanlarıydı. Kontrol ve deney gruplarının pozitif belirtileri, negatif belirtileri ve genel psikopatoloji puanlarındaki değişim incelendiği zaman hem deney hem de kontrol gruplarında her bir alt ölçekteki puanlar önce ve sonra ölçümlerinde anlamlı olarak düşmüştür. İki grup arasındaki farklılık incelendiğinde ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çalışmamız da değerlendirilen bir diğer faktör de durumsal kendine şefkat puanlarıydı. Durumsal kendine şefkat puanları müdahale öncesi, müdahaleden hemen sonra ve bir hafta sonra değerlendirilmiştir. Deney grubunda kendine şefkat puanları müdahale öncesi ve müdahaleden bir hafta sonraki ölçümlerde anlamlı derecede yükselmiştir. Kontrol grubunda ise anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Deney ve kontrol grubundaki katılımcılar karşılaştırıldığında müdahale öncesinde yapılan ölçümlerde kontrol grubunun kendine şefkat puanları anlamlı derecede yüksek bulunurken müdahaleden bir hafta sonraki ölçümler de deney grubundaki katılımcıların kendine şefkat puanları yükselerek kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

KAYNAKÇA

- Abel, K. M., Drake, R., ve Goldstein, J. M. (2010). Sex differences in schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 22(5): 417-428.
- Agerbo, E., vd. (2004). Marital and labor market status in the long run in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 61(1): 28-33.
- Aliyev, V., & Baskak, B. (2017). Perseküsyon sanrılarını açıklamaya yönelik bilişsel modeller. *Kriz Dergisi*, 25(1): 1-7.
- Allen, A. B., Robertson, E., ve Patin, G. A. (2021). Improving Emotional and Cognitive Outcomes for Domestic Violence Survivors: The Impact of Shelter Stay and Self-Compassion Support Groups. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(1-2): 598-624.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Andreasen, N. C. (1997). The evolving concept of schizophrenia: From Kraepelin to the present and future. *Schizophrenia Research*, 28(2-3): 105-109.
- Arciniegas, D. B. (2015). Psychosis. *Behavioral Neurology and Neuropsychiatry*, 21(3): 715-736.
- Athanasakou, D., vd. (2020). Self-Compassion in Clinical Samples: A Systematic Literature Review. *Psychology*, 11(2): 217.

- Babenco, O., vd. (2019). Association of Physicians' Self-Compassion with Work Engagement, Exhaustion, and Professional Life Satisfaction. *Medical Sciences*, 7(2): 29.
- Baker, H. S., ve Baker, M. N. (1987). Heinz Kohut's self psychology: An overview. *The American Journal of Psychiatry*, 144(1): 1-9.
- Beards, S., ve Fisher, H. L. (2014). The journey to psychosis: An exploration of specific psychological pathways. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(10): 1541-1544.
- Bendall, S., vd. (2003). Befriending manual. *Melbourne: ORYGEN Research Centre, University of Melbourne*, 1-27.
- Binbay, T., vd. (2011). Türkiye'de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. [The psychosis epidemiology in Turkey: A systematic review on prevalence estimates and admission rates.]. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22: 40-52.
- Birchwood, M., vd. (2000). Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. *The British Journal of Psychiatry* 177(6): 516-521.
- Birchwood, M., vd. (2007). Social anxiety and the shame of psychosis: A study in first episode psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 45(5): 1025-1037.
- Bishop, S. R., vd. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 230.
- Braehler, C., vd. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2): 199-214. <https://doi.org/10.1111/bjc.12009>
- Braehler, C., Harper, J., ve Gilbert, P. (2013). Compassion-Focused Group Therapy for Recovery after Psychosis. *CBT for schizophrenia: Evidence-based interventions and future directions*: 235-266.

- Brown, A. S., vd. (2001). A.E. Bennett Research Award. Prenatal rubella, premorbid abnormalities, and adult schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 49(6), 473-486. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(01\)01068-x](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(01)01068-x)
- Buckley, P. F. (2006). Prevalence and consequences of the dual diagnosis of substance abuse and severe mental illness. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(7): 5-9.
- Buka, S. L., vd. (2001). Maternal infections and subsequent psychosis among offspring. *Archives of General Psychiatry*, 58(11): 1032-1037.
- Byrne, M., vd. (2004). Parental socio-economic status and risk of first admission with schizophrenia- a Danish national register based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(2): 87-96. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0715-y>
- Cantor-Graae, E., ve Selten, J.-P. (2005). Schizophrenia and migration: A meta-analysis and review. *The American Journal of Psychiatry*, 162(1): 12-24. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.1.12>
- Cardno, A. G., ve Gottesman, I. I. (2000). Twin studies of schizophrenia: From bow-and-arrow concordances to star wars Mx and functional genomics. *American Journal of Medical Genetics*, 97(1): 12-17.
- Carpenter, W. T., Heinrichs, D. W., ve Wagman, A. M. (1988). Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: *The concept*. *The American Journal of Psychiatry*, 145(5), 578-583. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.5.578>
- Carvalho, S., vd. (2017). The Evolution of Cognitive Behavioural Therapy- The Third Generation and Its Effectiveness. *European Psychiatry*, 41(1): 773-774.
- Castle, D. J., vd. (1995). Gender differences in schizophrenia: Hormonal effect or subtypes? *Schizophrenia Bulletin*, 21(1): 1-12.

- Chambers, R. A., Krystal, J. H., ve Self, D. W. (2001). A Neurobiological Basis for Substance Abuse Comorbidity in Schizophrenia. *Biological psychiatry*, 50(2): 71-83.
- Chang, W.C., (2017). “Lifetime Prevalence and Correlates of Schizophrenia-Spectrum, Affective, and Other Non-Affective Psychotic Disorders in the Chinese Adult Population”. *Schizophrenia Bulletin* 43(6):1280-90. doi: 10.1093/schbul/sbx056.
- Chen, C. K., (2003). Pre-morbid characteristic and co-morbidity of methamphetamine users with and without psychosis. *Psychological Medicine*, 33(8): 1407-1414.
- Cheung, M. S., P., Gilbert, P., ve Irons, C. (2004). An exploration of shame, social rank and rumination in relation to depression. *Personality and Individual Differences*, 36: 1143-1153. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00206-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00206-X)
- Clarke, I., ve Wilson, H. (2009). *Cognitive behaviour therapy for acute inpatient mental health units: Working with clients, staff and the milieu*. (1st ed.). Taylor & Francis.
- Cleare, S., Gumley, A., ve O’Connor, R. C. (2019). Self-compassion, self-forgiveness, suicidal ideation, and self-harm: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(5): 511-530. <https://doi.org/10.1002/cpp.2372>
- Close, H., ve Garety, P. (1998). Cognitive assessment of voices: Further developments in understanding the emotional impact of voices. *The British Journal of Clinical Psychology*, 37(2): 173-188.
- Collett, N., vd. (2016). Negative Cognitions about the Self in Patients with Persecutory Delusions: An empirical study of self-compassion, self-stigma, schematic beliefs, self-esteem, fear of madness, and suicidal ideation. *Psychiatry Research*, 239: 79-84 <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.043>
- Conley, R. R., ve Buchanan, R. W. (1997). Evaluation of treatment-resistant schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 23(4): 663-674.

- D'Souza, D. C., Sewell, R. A., ve Ranganathan, M. (2009). Cannabis and psychosis/schizophrenia: Human studies. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 259(7): 413-431. <https://doi.org/10.1007/s00406-009-0024-2>
- de Leon, J., ve Diaz, F. J. (2005). A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophrenia Research*, 76(2-3): 135-157.
- Dundas, I., vd. (2017). Does a short self-compassion intervention for students increase healthy self-regulation? A randomized control trial. *Scandinavian Journal of Psychology*, 58 (5): 443-450. <https://doi.org/10.1111/sjop.12385>
- Egan, M. F., vd. (2001). Effect of COMT Val108/158 Met genotype on frontal lobe function and risk for schizophrenia. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 98(12): 6917-6922.
- Eicher, A. C., Davis, L. W., & Lysaker, P. H. (2013). Self-compassion: A novel link with symptoms in schizophrenia? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(5): 389-393. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31828e10fa>
- Ferrari, M., vd. (2019). Self-compassion interventions and psychosocial outcomes: A meta-analysis of RCTs. *Mindfulness*, 10(8): 1455-1473.
- Frith, C. D. (1992). *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*, (1st ed.). London: Psychology Press
- Frith, C. D., ve Corcoran, R. (1996). Exploring “theory of mind” in people with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 26(3): 521-530.
- Fritzsche, M. F. (2016). The validity of the Forms of Self-Criticizing/Attacking & Self-reassuring Scale in comparison to the Self-compassion Scale.(Unpublished master's Thesis). University of Twente, Netherlands.

- Gara, M., vd. (2012). Influence of Patient Race and Ethnicity on Clinical Assessment in Patients With Affective Disorders. *Archives of general psychiatry*, 69: 593-600. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.2040>
- Gerlinger, G., vd. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: A systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 12(2): 155-164. <https://doi.org/10.1002/wps.20040>
- Gilbert, P. ve Bailey K.G. (2000). Social mentalities: Internal "social" conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. P. Gilbert (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy*, Brunner-Routledge, 118-150.
- Gilbert, P. (2004). Depression: A Biopsychosocial, Integrative, and Evolutionary Approach. In M. Power (Eds.), *Mood disorders: A handbook of science & practice*, Chichester, UK: Wiley, 99-142.
- (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3): 199-208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- (2010a). *Compassion focused therapy: Distinctive features*.(1st ed.). London: Routledge.
- (2010b). *The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges*. (1st ed.). London: New Harbinger Publications.
- (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1): 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- (2005). *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*.(1st ed.) London: Routledge.
- Gilbert, P., vd. (2001). An exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behaviour in relation to auditory hallucinations in schizophrenia

and critical thoughts in depression. *Psychological Medicine*, 31(6): 1117-1127.
<https://doi.org/10.1017/s0033291701004093>

Gilbert, P., vd. (2004). Criticizing and Reassuring Oneself: An Exploration of Forms, Styles and Reasons in Female Students. *The British Journal of Clinical Psychology* 43(1): 31-50. doi: 10.1348/014466504772812959.

Gilbert, P., ve Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.) *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*, UK:Routledge, 263-325.

Goetz, J. L., Keltner, D., ve Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An Evolutionary Analysis and Empirical Review. *Psychological Bulletin*, 136(3): 351.

Goldstein, E. (2015). *Uncovering happiness: Overcoming depression with mindfulness and self-compassion*, (1st ed.) UK: Simon and Schuster.

Gottesman II, Laursen, T. M., Bertelsen, A., ve Mortensen, P. B. (2010). Severe mental disorders in offspring with 2 psychiatrically ill parents. *Archives of general psychiatry*, 67(3): 252-257.

Grant, P. M., ve Beck, A. T. (2009). Defeatist beliefs as a mediator of cognitive impairment, negative symptoms, and functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(4): 798-806. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn008>

Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W., ve Gunderson, J. G. (2010). An experimental investigation of emotional reactivity and delayed emotional recovery in borderline personality disorder: The role of shame. *Comprehensive Psychiatry*, 51(3): 275-285. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.08.005>

Gumley, A., vd. (2010). A Compassion Focused Model of Recovery after Psychosis. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(1): 186-201.

- Gumley, A., ve Macbeth, A. (2014). A pilot study exploring compassion in narratives of individuals with psychosis: Implications for an attachment-based understanding of recovery. *Mental Health, Religion & Culture*, 17(8): 794-811.
- Hamrick, L. A., ve Owens, G. P. (2019). Exploring the mediating role of self-blame and coping in the relationships between self-compassion and distress in females following the sexual assault. *Journal of Clinical Psychology*, 75(4): 766-779. <https://doi.org/10.1002/jclp.22730>
- Harris, R. (2019) “Shame, Anger, and Other “Problem” Emotions” In Harris R. (Eds) *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*, California: New Harbinger Publications, 487-503.
- Harris, R. (2019) *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. (2nd ed.). California: New Harbinger Publications, 181-195
- Hasson-Ohayon, I., vd. (2012). Insight into mental illness and self-stigma: The mediating role of shame proneness. *Psychiatry Research*, 200(2-3): 802-806. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.07.038>
- Hayward, P., ve Bright, J. A. (1997). Stigma and mental illness: A review and critique. *Journal of Mental Health*, 6(4): 345-354.
- Heriot-Maitland, C., vd. (2014). A compassionate-focused therapy group approach for acute inpatients: Feasibility, initial pilot outcome data, and recommendations. *The British Journal of Clinical Psychology*, 53(1): 78-94.
- Hickey, T., vd. (2020). The MAC-P program: A pilot study of a mindfulness and compassion program for youth with psychotic experiences. *Early Intervention in Psychiatry*, 15(5): 1326-1334.
- Hufnagle, A., Leary, M., Zeveney, A., ve Stutts, L. (2018). A Longitudinal Analysis of the Relationship between Self-Compassion and the Psychological Effects of Perceived Stress. *Self and Identity*, 17(6): 609-626.

- Hughes, M., vd. (2021). Self-Compassion and Anxiety and Depression in Chronic Physical Illness Populations: A Systematic Review. *Mindfulness*, 12: 1597-1610
- Hutton, P., vd. (2013). Self-attacking and self-reassurance in persecutory delusions: A comparison of healthy, depressed and paranoid individuals. *Psychiatry Research*, 205(1-2): 127-136.
- Inwood, E., ve Ferrari, M. (2018). Mechanisms of Change in the Relationship between Self-Compassion, Emotion Regulation, and Mental Health: A Systematic Review. *Applied Psychology. Health and Well-Being*, 10(2): 215-235.
- Iqbal, Z., vd. (2000). Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. 2. Testing the validity of a social ranking model. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6): 522-528. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.6.522>
- Jackson, H. J., vd. (2008). Acute-phase and 1-year follow-up results of a randomized controlled trial of CBT versus Befriending for first-episode psychosis: : the ACE project. *Psychological medicine*, 38 (5): 725-735.
- Johnson, D. P., vd. (2011). A pilot study of loving-kindness meditation for the negative symptoms of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 129(2): 137-140. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.02.015>
- Johnson, D. P., vd. (2009). Loving-kindness meditation to enhance recovery from negative symptoms of schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5): 499-509. <https://doi.org/10.1002/jclp.20591>
- Karakuş, G., Kocal, Y., ve Sert, D. (2017). Şizofreni: Etyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(2): 251-251.
- Karaytuğ, M., vd. (2020). Psikotik bozukluğu olan yatan erkek hastalarda psikoaktif madde kullanımının klinik değişkenler ile ilişkisi. *Cukurova Medical Journal*, 45(4), :1783-1791. <https://doi.org/10.17826/cumj.843138>

- Kay, Stanley R., Abraham Fiszbein, ve Lewis A. Opler. (1987). "The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia". *Schizophrenia Bulletin* 13(2): 261-76. doi: 10.1093/schbul/13.2.261.
- Kelly, A. C., Carter, J. C., ve Borairi, S. (2014). Are improvements in shame and self-compassion early in eating disorders treatment associated with better patient outcomes? *The International Journal of Eating Disorders*, 47(1): 54-64. <https://doi.org/10.1002/eat.22196>
- Kendler, K. S., ve Mishara, A. (2019). The Prehistory of Schneider's First-Rank Symptoms: Texts From 1810 to 1932. *Schizophrenia Bulletin*, 45(5): 971-990. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbz047>
- Kessler, Ronald C., vd. (2005). "The Prevalence and Correlates of Nonaffective Psychosis in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)". *Biological Psychiatry* 58(8): 668-76. doi: 10.1016/j.biopsych.2005.04.034.
- Kety, S. S., vd. (1994). Mental illness in the biological and adoptive relatives of schizophrenic adoptees. Replication of the Copenhagen Study in the rest of Denmark. *Archives of General Psychiatry*, 51(6): 442-455.
- Khoury, B., vd. (2015). Third-wave strategies for emotion regulation in early psychosis: A pilot study. *Early intervention in psychiatry*, 9(1): 76-83. <https://doi.org/10.1111/eip.12095>
- Khoury, B., vd. (2013). Mindfulness interventions for psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 150(1): 176-184.
- Kinney, D. K., vd. (2008). Prenatal stress and risk for autism. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32(8): 1519-1532.
- Kirby, J. N., Tellegen, C. L., ve Steindl, S. R. (2017). A Meta-Analysis of Compassion-Based Interventions: Current State of Knowledge and Future Directions. *Behavior Therapy*, 48(6): 778-792. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003>

- Kostakoglu, A., (1999). Reliability and validity of the Turkish version of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). *Turk Psikoloji Dergisi* 14(44): 23-34.
- Kotera, Y., Maxwell-Jones, R., Edwards, A.-M., ve Knutton, N. (2021). Burnout in Professional Psychotherapists: Relationships with Self-Compassion, Work–Life Balance, and Telepressure. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10): 5308. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105308>
- Laithwaite, H., vd. (2009). Recovery After Psychosis (RAP): A compassion focused programme for individuals residing in high security settings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(5), 511-526.
- Larsen, D.L., vd. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and program planning* 2(3): 197-207.
- Lathren, C. R., vd. (2021). Self-Compassion and Current Close Interpersonal Relationships: A Scoping Literature Review. *Mindfulness*, 12(5): 1078-1093. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01566-5>
- Lee, E. E., vd. (2021). Compassion toward others and self-compassion predict mental and physical well-being: a 5-year longitudinal study of 1090 community-dwelling adults across the lifespan. *Translational psychiatry*, 11(1): 397.
- Lieberman, J. A., vd. (2005) Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, 353(12): 1209-1223. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa051688>
- Lincoln, T. M., Hohenhaus, F., ve Hartmann, M. (2013). Can Paranoid Thoughts be Reduced by Targeting Negative Emotions and Self-Esteem? An Experimental Investigation of a Brief Compassion-Focused Intervention. *Cognitive Therapy and Research*, 37(2): 390-402. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9470-7>
- Lloyd, J., vd. (2019). Self-Compassion, Coping Strategies, and Caregiver Burden in Caregivers of People with Dementia. *Clinical Gerontologist*, 42(1): 47-59.

- Luo, X., vd. (2021). Investigating the Influence of Self-Compassion-Focused Interventions on Posttraumatic Stress: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Mindfulness*, 12(12): 2865-2876.
- Luoma, J., ve Platt, M. (2015). Shame, self-criticism, self-stigma, and compassion in Acceptance and Commitment Therapy. *Current Opinion in Psychology*, 2: 97-101. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.016>
- Lyne, J., O'Donoghue, B., Roche, E., Renwick, L., Cannon, M., ve Clarke, M. (2018). Negative symptoms of psychosis: A life course approach and implications for prevention and treatment. *Early Intervention in Psychiatry*, 12(4): 561-571. <https://doi.org/10.1111/eip.12501>
- MacBeth, A., ve Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6): 545-552. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>
- Marcisin, M. J., Rosenstock, J. B., & Gannon, J. M. (2016). *Schizophrenia and Related Disorders*, (1st ed.). New York: Oxford University Press.
- Marsh, I. C., Chan, S. W. Y., ve MacBeth, A. (2018). Self-compassion and Psychological Distress in Adolescents-a Meta-analysis. *Mindfulness*, 9(4): 1011-1027. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0850-7>
- Mashiach-Eizenberg, M., vd. (2013). Internalized stigma and quality of life among persons with severe mental illness: The mediating roles of self-esteem and hope. *Psychiatry research*, 208(1): 15-20.
- Mathers, D. C., ve Ghodse, A. H. (1992). Cannabis and psychotic illness. *The British Journal of Psychiatry*, 161(5): 648-653.
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Gilbert, P. (2013). The effect of shame and shame memories on paranoid ideation and social anxiety. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(4): 334-349. <https://doi.org/10.1002/cpp.1766>

- McGrath, J., vd. (2008). Schizophrenia: A concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews*, 30(1): 67-76.
- McGue, M., ve Gottesman, I. I. (1991). The genetic epidemiology of schizophrenia and the design of linkage studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 240(3): 174-181. <https://doi.org/10.1007/BF02190760>
- Miller, D. T. (1999). The norm of self-interest. *American Psychologist*, 54(12): 1053-1060. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.12.1053>
- Mills, A., vd. (2007). Paranoid beliefs and self-criticism in students. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(5): 358-364. <https://doi.org/10.1002/cpp.537>
- Miyagawa, Y., Niiya, Y., ve Taniguchi, J. (2020). When Life Gives You Lemons, Make Lemonade: Self-Compassion Increases Adaptive Beliefs About Failure. *Journal of Happiness Studies*, 21(6): 2051-2068.
- Moskowitz, A., ve Heim, G. (2011). Eugen Bleuler's Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias (1911): A Centenary Appreciation and Reconsideration. *Schizophrenia Bulletin*, 37(3): 471-479. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr016>
- Möller, H.-J. (2007). Clinical evaluation of negative symptoms in schizophrenia. *European Psychiatry*, 22(6): 380-386.
- Murray, R. M., ve Lewis, S. W. (1987). Is schizophrenia a neurodevelopmental disorder?. *British Medical Journal (Clinical research ed.)*, 295(6600): 681-682.
- Neely, M. E., vd. (2009). Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and Emotion*, 33(1): 88-97.
- Neff, K. (2003a). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2(3): 223-250.

- (2003b). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2(2): 85-101.
- (2023). Self-Compassion: Theory, Method, Research, and Intervention. *Annual Review of Psychology*, 74(1): 193-218.
- Neff, K. D., & Dahm, K. A. (2015). Self-Compassion: What It Is, What It Does, and How It Relates to Mindfulness. In B. D. Ostafin, M. D. Robinson, & B. P. Meier (Eds.), *Handbook of Mindfulness and Self-Regulation*, New York: Springer, 121-137.
- Neff, K. D., ve Beretvas, S. N. (2013). The role of self-compassion in romantic relationships. *Self and Identity*, 12(1): 78-98.
- Neff, K. D., ve Faso, D. J. (2015). Self-compassion and well-being in parents of children with Autism. *Mindfulness*, 6(4): 938-947.
- Neff, Kristin D., vd. (2021). The Development and Validation of the State Self-Compassion Scale (Long- and Short Form). *Mindfulness* 12(1):121-40. doi: 10.1007/s12671-020-01505-4.
- Ng, M. Y. M., vd. (2009). Meta-analysis of 32 genome-wide linkage studies of schizophrenia. *Molecular Psychiatry*, 14(8), 774-785.
- Ochoa, S., vd. (2012). Gender differences in schizophrenia and first-episode psychosis: A comprehensive literature review. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2012: 916198.
- Øktedalen, T., Hoffart, A., ve Langkaas, T. F. (2015). Trauma-related shame and guilt as time-varying predictors of posttraumatic stress disorder symptoms during imagery exposure and imagery rescripting-A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 25(5): 518-532.
- Öztürk, M. O., ve Uluşahin, A. (2011). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. (17th ed.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

- Patel, K. R., vd. (2014). Schizophrenia: Overview and Treatment Options. *Pharmacy and Therapeutics*, 39(9): 638-645.
- Perälä, J., vd. (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of General Psychiatry*, 64(1): 19-28.
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1(4): 515-526.
- Read, J., vd. (2014). The traumagenic neurodevelopmental model of psychosis revisited. *Neuropsychiatry*, 4(1): 65-79. <https://doi.org/10.2217/npv.13.89>
- Rector, N. A., ve Beck, A. T. (2001). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: An empirical review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(5): 278-287. <https://doi.org/10.1097/00005053-200105000-00002>
- Robinson, K. J., vd. (2016). Resisting self-compassion: Why are some people opposed to being kind to themselves? *Self and Identity*, 15(5): 505-524.
- Rosso, I. M., vd. (2000). Obstetric risk factors for early-onset schizophrenia in a Finnish birth cohort. *The American Journal of Psychiatry*, 157(5): 801-807. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.5.801>
- Rubin, Z., & Peplau, L. A. (1975). Who believes in a just world?. *Journal of social issues*, 31(3): 65-89.
- Sacker, A., vd. (1995). Antecedents of schizophrenia and affective illness. Obstetric complications. *The British Journal of Psychiatry*, 166(6): 734-741.
- Sadock, B. J., Ruiz, P., ve Sadock, V. A. (2017). *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatr*, (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Sbarra, D. A., Smith, H. L., ve Mehl, M. R. (2012). When Leaving Your Ex, Love Yourself: Observational Ratings of Self-Compassion Predict the Course of

Emotional Recovery Following Marital Separation. *Psychological Science*, 23(3): 261-269. <https://doi.org/10.1177/0956797611429466>

Shahar, B., vd. (2015). A wait-list randomized controlled trial of loving-kindness meditation programme for self-criticism. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(4): 346-356. <https://doi.org/10.1002/cpp.1893>

Shapiro, S. L., vd. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3): 373-386.

Sharpley, M., vd. (2001). Understanding the excess of psychosis among the African-Caribbean population in England. Review of current hypotheses. *The British Journal of Psychiatry*, 178(40): 60-68.

Shawyer, F., vd. (2012). A randomised controlled trial of acceptance-based cognitive behavioural therapy for command hallucinations in psychotic disorders. *Behaviour research and therapy*, 50 (2): 110-121.

Shi, L., vd. (2003). Maternal influenza infection causes marked behavioral and pharmacological changes in the offspring. *The Journal of Neuroscience*, 23(1): 297-302. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.23-01-00297.2003>

Sprong, M., vd. (2007). Theory of mind in schizophrenia: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 191(1): 5-13.

Stahl, S. M. (2021). *Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications*, (5th ed.). California: Cambridge university press.

Stefansson, H., vd. (2002). Neuregulin 1 and susceptibility to schizophrenia. *American Journal of Human Genetics*, 71(4): 877-892. <https://doi.org/10.1086/342734>

Stephens, S. H., vd. (2012). Multiple genes in the 15q13-q14 chromosomal region are associated with schizophrenia. *Psychiatric genetics*, 22(1).

- Straub, R. E., vd. (2002). Genome-wide scans of three independent sets of 90 Irish multiplex schizophrenia families and follow-up of selected regions in all families provides evidence for multiple susceptibility genes. *Molecular Psychiatry*, 7(6): 542-559. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001051>
- Suh, H., ve Jeong, J. (2021). Association of Self-Compassion With Suicidal Thoughts and Behaviors and Non-suicidal Self Injury: A Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 12: 633482. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.633482>
- Susser, E., Hoek, H. W., ve Brown, A. (1998). Neurodevelopmental disorders after prenatal famine: The story of the Dutch Famine Study. *American Journal of Epidemiology*, 147(3): 213-216.
- Swanson, C. L., vd. (1998). Premorbid educational attainment in schizophrenia: Association with symptoms, functioning, and neurobehavioral measures. *Biological Psychiatry*, 44(8): 739-747.
- Tangney, J. P., Stuewig, J., ve Mashek, D. J. (2007). Moral Emotions and Moral Behavior. *Annual review of psychology*, 58: 345-372.
- Torrey, E. F., & Yolken, R. H. (2003). Toxoplasma gondii and schizophrenia. *Emerging Infectious Diseases*, 9(11): 1375-1380.
- Trower, P., ve Chadwick, P. (1995). Pathways to defense of the self: A theory of two types of paranoia. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(3): 263-278. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00044.x>
- Turk, F., ve Waller, G. (2020). Is self-compassion relevant to the pathology and treatment of eating and body image concerns? A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 79: 101856.
- Turner, M. H., vd. (2013). The contribution of shame to post-psychotic trauma. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2): 162-182.

- Usall, J., vd. (2003). Gender differences and outcome in schizophrenia: A 2-year follow-up study in a large community sample. *European Psychiatry, 18*(6): 282-284. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2003.06.001>
- Uzun, O., vd. (2003). Smoking and substance abuse in outpatients with schizophrenia: A 2-year follow-up study in Turkey. *Drug and Alcohol Dependence, 70*(2): 187-192. [https://doi.org/10.1016/s0376-8716\(02\)00362-9](https://doi.org/10.1016/s0376-8716(02)00362-9)
- van Os, J., Kenis, G., ve Rutten, B. P. F. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature, 468*(7321): 203-212. <https://doi.org/10.1038/nature09563>
- Vassos, E., vd. (2012). Meta-Analysis of the Association of Urbanicity With Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 38*(6): 1118-1123.
- Vidal, J., ve Soldevilla, J. M. (2022). Effect of compassion-focused therapy on self-criticism and self-soothing: A meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology, 62*(1): 70-81. <https://doi.org/10.1111/bjc.12394>
- von Feuchtersleben, Ernst. 1845. Lehrbuch der ärztlichen Seelenkunde: als Skizze zu Vorträgen. Gerold.
- Welp, L. R., ve Brown, C. M. (2014). Self-compassion, empathy, and helping intentions. *The Journal of Positive Psychology, 9*(1): 54-65.
- Werner, A. M., vd. (2019). The clinical trait self-criticism and its relation to psychopathology: A systematic review - Update. *Journal of Affective Disorders, 246*: 530-547.
- Whelton, W. J., Paulson, B., ve Marusiak, C. W. (2007). Self-criticism and the therapeutic relationship. *Counselling Psychology Quarterly, 20*(2): 135-148.
- Whelton, W. J., ve Henkelman, J. J. (2002). A verbal analysis of forms of self-criticism. *Alberta Journal of Educational Research, 48*(1): 88-90.
- Wispé, L. (1991). *The Psychology of Sympathy*. (1st ed.). New York: Springer.

Yela, J. R., vd. (2022). Reductions in experiential avoidance explain changes in anxiety, depression and well-being after a mindfulness and self-compassion (MSC) training. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 95(2): 402-422.

Yuhan, J., Wang, D. C., Canada, A., & Schwartz, J. (2021). Growth after Trauma: The Role of Self-Compassion following Hurricane Harvey. *Trauma Care*, 1(2): 119-129. <https://doi.org/10.3390/traumacare1020011>



EKLER

EK-1: Aydınlatılmış Hasta Onam Formu

Sayın Katılımcı,

- 1) “Yatarak Tedavi Gören Psikoz Hastalarında Kendine Şefkat Müdahalesinin Uygulanabilirliğinin ve Etkililiğinin Değerlendirilmesi” başlıklı bir bilimsel araştırma planlamış bulunmaktayız.
- 2) Toplum içerisinde yapılan tüm bilimsel araştırmalarda gerekli, bazı kimlik ve sosyoekonomik durumla ilgili bilgiler, ayrı bir soru formunda sorulacaktır. Kişisel ve tıbbi kayıtlarla ilgili gereken mahremiyete özen gösterilecek ve ilgili kayıtlar kişisel mahremiyet haklarınıza zarar vermemek koşuluyla bilimsel çalışmalarda kullanılabilir.
- 3) Çalışmamız sırasında anket ve testlerin yanı sıra bulunduğunuz gruba göre bireysel tek seanslık Kendine Şefkat müdahalesi veya eşlik etme(befriending) gerçekleştirilecektir. Bu çalışma bedensel ya da ruhsal sağlığa zarar verebilecek herhangi bir öge içermemektedir.
- 4) Araştırma için sizden herhangi bir maddi talepte bulunulmadığı gibi sağlık güvencenize de hiçbir maddi külfet yüklememektedir.

Görüşerim ile ilgili bilgilerin katılımcı ismi açıklamaksızın sadece bilimsel araştırma amacıyla kullanılacağı tarafıma açıklanmış bulunmaktadır. Testlerin içeriği, sözel olarak tarafıma anlatıldı. Bu çalışmaya gönüllü olarak katıldığımı imza ile onaylamam gerektiği söylendi.

“Yatarak Tedavi Gören Psikoz Hastalarında Kendine Şefkat Müdahalesinin Uygulanabilirliğinin ve Etkililiğinin Değerlendirilmesi” isimli araştırma hakkında bilgilendirilmiş olup, bu çalışmanın sonuçlarının hali hazırdaki sorun alanlarına katkısının olmayabileceğini anlamış ve kabul etmiş durumdayım. Yazılı onay vermiş olmama rağmen herhangi bir dönemde araştırmadan vazgeçme özgürlüğüne sahip olduğumu biliyorum. Üstte detayları anlatılan çalışmaya gönüllü olarak katılıyorum.

Tarih:

Açıklama Yapanın adı/imzası

Adı Soyadı/ İmza:

EK-2: Sosyodemografik Veri Formu

Tarih/...../.....
Adı Soyadı	
Yaş	
Cinsiyet	1. Kadın ()
	2. Erkek ()
1.Medeni durum	1.Bekar()
	2.Evli()
	3.Boşanmış/Dul()
2.Eğitim Durumu	1. İlkokul mezunu()
	2.Ortaokul mezunu()
	3.Lise mezunu()
	4.Üniversite ve üzeri()
3.Kimlerle yaşadığı	1.Ebeveynleri ile()
	2.Yakınları ile()
	3.Eş ve çocukları ile ()
	4.Yalnız()
	5.Sosyal kurum()
	6.Evsiz()
4.Çalışma durumu	1.Çalışıyor()
	2.Çalışmıyor()
5. Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü	1.Yok 2. Var (Varsa belirtiniz.....)
6. Tıbbi Rahatsızlık	1.Yok 2. Var
7. Sigara Kullanımı	1.Yok 2. Var
8.Alkol Kullanımı	1.Yok 2. Var
9. Madde Kullanımı(son 6 ayda)	1.Yok 2. Var

EK-3: Kendini Eleştirme/Kendine Saldırma Formları & Kendine Güvence Verme Ölçeği (KEFGÖ)

Hayatımızda işler yolunda gitmediğinde, umduğumuz gibi olmadıklarında ve ya daha iyisini yapabiliriz diye hissettiğimiz zamanlarda, bazen kendi kendimizi eleştiren olumsuz düşünce ve hislerimiz olur. Bu durum; değersiz, işe yaramaz ve aşağılık hissetme biçimini alabilir. Bununla beraber, insanlar aynı zamanda kendilerine destek olmak için de gayret edebilirler. Aşağıda insanların bazen sahip olduğu bir dizi düşünce ve duygu yer almaktadır. Her maddeyi dikkatlice okuyun ve sizi en iyi açıklayan numarayı daire içine alın.

	Benim için bir şeyler yolunda gitmediğinde;	Bana hiç benzemiyor	Çok az bana benziyor	Bana biraz benziyor	Bana oldukça benziyor	Bana çok benziyor
1	Kendimle ilgili kolaylıkla hayal kırıklığına uğrarım.	0	1	2	3	4
2	Kendimi eleştiren bir yanımdır.	0	1	2	3	4
3	Kendimle ilgili olumlu şeyleri kendime hatırlatabilirim.	0	1	2	3	4
4	Kendime karşı hissettiğim öfke ve hayal kırıklığı kontrol etmekte zorlanırım.	0	1	2	3	4
5	Kendimi bağışlamayı kolay buluyorum.	0	1	2	3	4
6	Yeterince iyi olmadığımı hisseden bir yanımdır.	0	1	2	3	4
7	Kendi kendimi eleştiren düşüncelerim tarafından yenildiğimi hissediyorum.	0	1	2	3	4
8	Hala kendim olmayı seviyorum.	0	1	2	3	4
9	Kendime o kadar çok kızdım ki, kendi canımı yakmak veya yaralamak istiyorum.	0	1	2	3	4
10	Kendimden iğrenme hissim var.	0	1	2	3	4
11	Hala kendimi sevebilir ve kabul edilebilir hissedebiliyorum.	0	1	2	3	4
12	Kendimi önemsemeyi bıraktım.	0	1	2	3	4
13	Kendimi sevmeyi kolay buluyorum.	0	1	2	3	4

14	Başarısızlıklarımı hatırlar ve uzun uzun düşünürüm.	0	1	2	3	4
15	Kendime isimler takarım.	0	1	2	3	4
16	Kendime karşı nazik ve destekleyiciyimdir.	0	1	2	3	4
17	Başarısızlıkları ve aksilikleri yetersizlik hissetmeden kabullenemem.	0	1	2	3	4
18	Kendi kendimi eleştirmemi hakettiğimi düşünürüm.	0	1	2	3	4
19	Kendime bakabilir ve kendimi önemseyebilirim.	0	1	2	3	4
20	Hoşlanmadığım yanlarımdan kurtulmak isteyen bir yanım vardır.	0	1	2	3	4
21	Gelecek için kendimi cesaretlendiririm.	0	1	2	3	4
22	Kendim olmayı sevmem.	0	1	2	3	4

EK-4: Durumsal Kendine Şefkat Ölçeği- Kısa Formu

ŞU AN KENDİME KARŞI NASIL HİSSEDİYORUM?

Şu sıralar yaşadığınız acı verici veya zorlu bir durumu düşünün. Hayatınızdaki bir zorluk olabilir ya da kendinizi bir şekilde yetersiz hissettiğiniz bir durum olabilir. Bu durumu düşündüğünüzde, aşağıdaki her bir ifadenin, kendinize karşı nasıl hissettiğinize ne oranda uyduğunu ölçeği kullanarak belirtiniz.

Benim için hiç doğru değil	1	2	3	4	5	Benim için çok doğru
-------------------------------	---	---	---	---	---	-------------------------

1. Kendime ihtiyacım olan ilgi ve şefkati veriyorum.
2. Yanlış olan her şeyi kafaya takıyor ve zihnimde onunla uğraşıp duruyorum.
3. Dünyada benim gibi hisseden birçok insan olduğunu fark ediyorum.
4. Kendime karşı tahammülsüz ve sabırsız hissediyorum.
5. Olup biteni daha geniş bir pencereden bütünüyle gözlemliyorum.
6. Şu anda başkalarına göre daha fazla mücadele ettiğimi hissediyorum.

Ek-5: PANSS

Ad, Soyad:

Tarih:

Uygulayan doktor:

PANSS

Pozitif Belirtiler	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
P1 Sanrılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P2 Düşünce dağınıklığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P3 Varsanılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P4 Taşkınlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P5 Büyüklük duyguları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P6 Şüphelilik kötülük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P7 Düşmanca tutum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skor:

Negatif Belirtiler	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
N1 Duygulanımda küntleşme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N2 Duygusal iççekilme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N3 İlişki kurmada güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N4 Pasif biçimde kendini toplumdan çekme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N5 Soyut düşünme güçlüğü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N6 Konuşmanın kendiliğinden ve akıcılığının kaybı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N7 Steriotipik düşünme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skor:

Genel Psikopatoloji	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
G1 Bedensel kaygı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G2 Anksiyete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G3 Suçluluk duyguları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G4 Gerginlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G5 Manyerizm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G6 Depresyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G7 Motor yavaşlama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G8 İşbirliği kuramama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G9 Olağandışı düşünce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G10 Yönetim bozukluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G11 Dikkat azalması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G12 Yargılama ve içgörü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G13 İrade bozukluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G14 Dürtü kontrolsüzlüğü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G15 Zihinsel aşırı uğraş	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G16 Aktif biçimde sosyal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Toplam skor:

Skor:

Ek-6: Danışan Memnuniyet Ölçeği

DANIŞAN MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ – 8

Lütfen aşağıdaki soruları aldığınız hizmetten memnuniyet durumunuza göre doldurunuz.

- | | |
|------------------|----------------------|
| 1. Memnun etmedi | 2. Biraz memnun etti |
| 3. Memnun etti | 4. Çok memnun etti |

1. Yapılan görüşmenin kalitesini nasıl değerlendirirsiniz?
1 2 3 4
2. İsteddiğiniz gibi bir hizmet aldınız mı?
1 2 3 4
3. Yapılan görüşme ihtiyaçlarınızın ne kadarını karşıladı?
1 2 3 4
4. Bir arkadaşınızın benzer bir yardıma ihtiyacı olsa, ona bu görüşmeyi önerir miydiniz?
1 2 3 4
5. Aldığınız yardımın miktarından ne kadar memnunsunuz?
1 2 3 4
6. Yapılan görüşme, sorunlarınızla daha etkili bir şekilde baş edebilmenize yardımcı oldu mu?
1 2 3 4
7. Genel olarak değerlendirdiğinizde yapılan görüşme sizi ne kadar memnun etti?
1 2 3 4
8. Tekrar yardıma ihtiyacınız olsa, bu görüşmeyi tekrar yapmayı düşünür müydünüz?
1 2 3 4

EK-7: Karar Tebliği



T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ETİK KURULU BAŐKANLIđI

Sayı :E-20292139-050.01.04-27265
Konu :Etik Kurul Kararları

Sayın Havvanur UYSAL
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji Tezli Yüksek lisans Öğrencisi

"Yatarak Tedavi Gören Psikoz Hastalarında Kendine Şefkat Müdahalesinin Uygulanabilirliğinin ve Etkililiğinin Değerlendirilmesi" başlıklı araştırmanız kurulumuzun 29.04.2022 tarihli ve 2022/04 sayılı toplantısında değerlendirilerek etik açıdan uygun bulunduğuna katılanların oy birliği ile karar verilmiŐtir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Nasuh USLU
Kurul Başkanı

Ek:48-Havvanur UYSAL Etik Onay Belgesi (1 sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıŐtır.

Belge Doğrulama Kodu :*BSFS5B60F* Pin Kodu :77781

Belge Takip Adresi : <https://ebys.izu.edu.tr/enVision/Dogrula/0N3>

Adres:Halkalı Caddesi No: 281 Küçükçekmece/İstanbul
Telefon:444 97 98 Faks:+90 (212) 693 82 29
e-Posta: bilgi@izu.edu.tr Web:www.izu.edu.tr
Kep Adresi:izu@hs01.kep.tr

Bilgi için: Zeyneb Funda TEZ
Unvanı: Yeminli Katip
Tel No: +902126929606





T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ETİK KURULU

ETİK ONAY BELGESİ

Tarih	29.04.2022
Sayı	2022/04
Araştırmanın Niteliği	Yüksek Lisans Tezi
Araştırmanın Adı	<i>Yatarak Tedavi Gören Psikoz Hastalarında Kendine Şefkat Müdahalesinin Uygulanabilirliğinin ve Etkililiğinin Değerlendirilmesi</i>
Sorumlu Araştırmacının Adı Soyadı	Havvanur UYSAL
Danışman Adı Soyadı	Doç. Dr. Kaasım Fatih YAVUZ
Karar	UYGUNDUR

(İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu'nun kararı tavsiye niteliğinde olup, Üniversitemizle ilgili etik ilkelerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi amacını taşımaktadır.)

(Katıldı)

Prof. Dr. Nasuh USLU
Başkan

(Katıldı)

Prof. Dr. Metin TOPRAK
Üye

(Katıldı)

Prof. Dr. Mustafa ATEŞ
Üye

(Katıldı)

Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ
Üye

(Katıldı)

Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK
Üye

(Katıldı)

Prof. Dr. Yahya Kemal YOĞURTCU
Üye

(Katıldı)

Av. Bilal ŞAMAT
Üye

Kurul Yeminli Kâtibi

Zeyneb Funda TEZ

EK-8: Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulu Kararı



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
S.B.Ü. BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN
RUH SAĞLIĞI VE SINIR HASTALIKLARI
SUAM



28.06.2022/634

TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU KARARI

İlgi : 25.05.2022 tarih ve 14897 sayılı dilekçe.

Hastanemizin Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu Başkanı Başhekim Prof. Dr. Murat ERKIRAN, Hastane Eğitim Koordinatörü Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU, Prof. Dr. H. Dilek ATAKLI, Prof. Dr. Gül KARAÇETİN ve Prof. Dr. Erhan EMEL'in dosya üzerinden yaptıkları değerlendirmeleri neticesinde;

Medipol üniversitesi Psikoloji Bölümü Doç. Dr. Kaasım Fatih YAVUZ, Sabahattin Zaim Üniversitesi yüksek lisans öğrencisi Psk. Havvanur UYSAL ve hastanemizde görevli Uz. Dr. Sevinç ULUSOY tarafından yürütülmesi planlanan "Yatarak Tedavi Gören Psikoz Hastalarında Kendine Şefkat Müdahalesinin Uygulanabilirliğinin ve Etkililiğinin Değerlendirilmesi" başlıklı araştırmayı hastanemizde uygulama talepleri oy birliği ile uygun görülmüştür.

ÖZGEÇMİŞ

Havvanur UYSAL

A. EĞİTİM

Yüksek Lisans: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Klinik Psikoloji, Devam Ediyor, İstanbul.

Lisans: Medipol Üniversitesi, Psikoloji, 2020, İstanbul.

B. STAJ DENEYİMİ

2020- Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

2022- Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

C. MESLEKİ DENEYİM

Haziran 2022 - Devam Ediyor, Cans Sağlığı Vakfı-Bağlamsal Davranış Bilimleri Merkezi Araştırma Asistanı

D. KATILDIĞI EĞİTİMLER

1- Kabul ve Kararlılık Terapisi Temel Eğitimi

2- Kabul ve Kararlılık Terapisi Süpervizyon Eğitimi