T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE YATAN HASTALARDA "KUM OYUN ETKİNLİĞİ" NİN KAYGI VE İYİLİK HALİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Sema SOYSAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2021-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE YATAN HASTALARDA "KUM OYUN ETKİNLİĞİ" NİN KAYGI VE İYİLİK HALİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Sema SOYSAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Saliha HALLAÇ

"Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir"

2021-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Programında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 24/06/2021

İmza

Tez Danışmanı	: Dr. Öğr. Üyesi Saliha HALLAÇ Akdeniz Üniversitesi	……..
Üye	: Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU Akdeniz Üniversitesi	……..
Üye	: Doç. Dr. Arzu YÜKSEL Aksaray Üniversitesi	……..

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ……/……./……... tarih ve ……/…….. sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Erol GÜRPINAR

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

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

Öğrenci
Sema SOYSAL

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Saliha HALLAÇ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince hayatımda özel bir yeri olan, içtenliğini hiçbir zaman esirgemeyen, etik değerlere bağlılığını ve hemşirelik felsefesine bakış açısını örnek aldığım, bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren, tez çalışmamın her aşamasında varlığını içtenlikle sunup bana sabır ve hoşgörü ile yaklaşan değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Saliha HALLAÇ'a,

Yüksek lisans eğitim sürecimin her aşamasında desteğini her zaman hissettiğim, beni motive eden değerli hocam Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU'na ve emeği geçen tüm hocalarıma,

Tez uygulamam süresince sunduğu süpervizyon desteği ile bana güç veren değerli eğitmenim Psikolojik Danışman Sezen CAVULDAK'a,

Tez uygulamamı yürütmeme destek olan Psikiyatri Servisi Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Meltem İnci ATAY, sorumlu hemşiresi Gizem Kaya EKİNCİ ve ekibin tüm üyelerine,

Verilerin değerlendirilmesi sürecinde istatistik konusunda yardımlarını esirgemeyen Uzman Ezgi PASİN'e,

Öğrenimim süresince desteklerini esirgemeyen Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına,

Tez çalışmama katılarak psikiyatri hemşireliği alanına ve bu süreçte kişisel ve mesleki olarak çok kıymetli bir yaşantıyı deneyimleme fırsatı vererek sağladıkları katkılar nedeniyle hastalarıma,

Bütün yaşantım boyunca her zaman ve koşulsuz yanımda olan, beni destekleyen, bana olan inançlarını hiçbir zaman kaybetmeyen sevgili babam Adnan Rıza SOYSAL, annem Havva SOYSAL, ablalarım Fatime SOYSAL, Naime OKŞAKSİN, Şerife ÇELİK ve yeğenlerim Ebru, Emre, Esene'ye sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Amaç: Bu araştırma psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda kum oyun etkinliğinin, kaygı ve iyilik haline etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma 2020-2021 yılları arasında öntest, sontest düzeninde tek körlü randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Psikiyatri Kliniği'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırma öncesi klinik araştırmalar etik kurulundan izin ve kurumdan uygulama izni alınmıştır. Araştırmanın evrenini, blok randomizasyon yöntemi ile seçilen 63 hasta (müdahale-32 ve kontrol-31) oluşturmuştur. Kontrol grubuna herhangi bir müdahale yapılmayıp, ilk ve dördüncü gün bir saat arayla öntest sontest uygulanmıştır. Müdahale grubuna iki gün ara ile iki oturum kum oyun etkinliği uygulanmış ve her oturumda öntest sontest yapılmıştır. Veriler "Kişisel Bilgi Formu", "Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri", "İyilik Hali Yıldız Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Veriler normal dağılım göstermiştir. İstatiksel analizinde bağımlı ve bağımsız gruplarda t testi, Ki-kare testi, Pearson korelasyon testi kullanılmıştır.

Bulgular: Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların durumluk kaygı ve iyilik hali puan ortalamalarının gruplararası karşılaştırılmasında, müdahale grubunun kontrol grubuna göre birinci ve ikinci oturum sontest kaygı puan ortalamaları öntest puan ortalamalarından daha düşük ve iyilik hali puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Müdahale ve kontrol grubunun kaygı ve iyilik hali puanları arasında orta düzeyde ve negatif yönde ilişki saptanmıştır.

Sonuç: Uygulanan kum oyun etkinliği, psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda kaygı düzeyini azaltmada ve iyilik halini arttırmada etkilidir. Klinik ortamda kum oyun etkinliğinin kullanılması, farklı oturum sayıları ve farklı psikiyatrik ortamlarda randomize kontrollü çalışmalarla yürütülmesi ve eğitimde konu olarak yer verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler : iyilik hali, kaygı, kum oyunu, psikiyatri hemşireliği.

ABSTRACT

Objective: This research was conducted to examine the effect of sandplay activity on anxiety and well-being in patients in psychiatric clinics.

Method: The research was carried out in Isparta Süleyman Demirel University Psychiatric Clinic as a single-blind randomized controlled experimental study in the pre-test, final-test order between 2020-2021. Ethical permission was obtained from the Clinical Research Ethics Committee and application permission from the institution for pre-research. 63 patients (intervention-32 and control-31) selected by block randomization method formed the universe of the study. No intervention was applied to the control group. A preliminary test and a final test were performed two days apart, one hour apart on the first and fourth days. Two sessions of sandplay activity were applied to the intervention group with a decongest of two days, and each session was pre-tested. The data was collected using "The Personal Information Form", "The Spielberger Status Anxiety" inventory, and "Well-Being Star Scale" and also data showed normal distribution. In statistical analysis, T-Test, Chi-Square Test, Pearson correlation test was used dependent and independent groups.

Results: In the intergroup comparison of the state anxiety and wellbeing mean scores of the patients in the intervention and control groups, the first and second session posttest anxiety mean scores of the intervention group were found to be lower and higher well-being mean scores than the pretest mean scores of the control group ($p<0.05$). A moderate and negative relationship was found between the anxiety and well-being scores of the intervention and control groups.

Conclusion: The sandplay activity applied is effective in reducing the level of anxiety and increasing the well-being of patients hospitalized in the psychiatry clinic. It is recommended the use of sandplay activities in a clinical setting, the conduct randomized controlled trials with different psychiatric environments.

Keywords: anxiety, psychiatric nursing, sandplay, well-being.

İÇİNDEKİLER

ÖZET **i**

ABSTRACT **ii**

İÇİNDEKİLER **iii**

TABLOLAR DİZİNİ **vii**

ŞEKİLLER DİZİNİ **viii**

SİMGELER ve KISALTMALAR **ix**

1. GİRİŞ **1**

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1

2. GENEL BİLGİLER **3**

2.1. Ruhsal Hastalığa Sahip Olma 3

2.2. Ruhsal Hastalık Nedeniyle Hastaneye Yatma 5

2.3. Kaygı (Anksiyete) Kavramı 6

2.3.1 Kaygının kuramsal temelleri 7

2.3.2. Kaygı düzeylerine göre belirtileri 10

2.4. Ruhsal Hastalık, Hastaneye Yatma ve Kaygı 11

2.5. İyilik Hali Kavramı 12

2.5.1 İyilik hali kavramının kuramsal temelleri 13

2.5.2. İyilik hali modelleri 15

2.6. Ruhsal Hastalık, Hastaneye Yatma ve İyilik Hali 19

2.7. Psikiyatrik Bakım Ortamlarında Psikiyatri Hemşireliği ve Önemi 21

2.8. Kum Oyun Etkinliği 27

2.8.1. Kum oyun etkinliğinin gelişimi ve dayandığı kuramsal temeller 29

2.8.2. Jungian kum oyunu 30

2.8.3. Kum oyunu malzemeleri 31

2.8.4. Kum oyunu süreci 33

2.8.5. Kum oyununun terapötik yararları 35

2.8.6. Kum oyunu temaları ve içeriği 36
2.8.7. Kum oyununda kullanılan farklı yaklaşım ve teknikler 37
2.8.8. Kum oyunu ile ilgili yapılmış araştırmalar ve kullanım alanları 39
3. GEREÇ ve YÖNTEM 45
3.1. Araştırmanın Tipi 45
3.2. Araştırmanın Varsayımları 46
3.3. Araştırmanın Hipotezleri 46
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı 46
3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 47
3.5.1. Araştırmaya Alınma Ölçütleri 48
3.5.2. Araştırmadan Dışlama Ölçütleri 48
3.5.3. Araştırmadan Çıkarılma Ölçütleri 48
3.5.4. Güç Analizi ve Etki Büyüklüğü 51
3.5.5. Randomizasyon 52
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri 56
3.6.1. Araştırmanın Sınırlılıkları 56
3.6.2. Araştırmanın Güçlükleri 56
3.6.3. Araştırmanın Güçlü Yönleri 56
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu 57
3.8. Veri Toplama 58
3.8.1. Kişisel Bilgi Formu 58
3.8.2. Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri 58
3.8.3. İyilik Hali Yıldız Ölçeği (İHYÖ) 59
3.9. Araştırmanın Ön Uygulaması 61
3.10. Ön uygulamaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri, iyilik hali yıldız ölçeği ve Spielberger durumluk kaygı envanteri ortalamaları 67
3.11. Araştırmanın Uygulaması 69
3.11.1. Birinci Adım: Ön Hazırlık 69

3.11.2. İkinci Adım: Uygulama 71
3.12. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi 75
4.BULGULAR **77**
4.1. Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Durumluk Kaygı Puanlarının Gruplararası ve Grup İçi Karşılaştırılması 77
4.2. Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların İyilik Hali ve İyilik Hali Alt Boyutları Puanlarının Gruplararası ve Grup İçi Karşılaştırılması 81
4.3. Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Durumluk Kaygı ve İyilik Hali Arasındaki İlişkinin Korelasyonu 95
5. TARTIŞMA **97**
5.1. Kum Oyun Etkinliğinin Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Kaygıları Üzerine Etkisi 98
5.2. Kum Oyun Etkinliğinin Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların İyilik Hali Üzerine Etkisi 102
5.3. Kum Oyun Etkinliği Öncesi ve Sonrası Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Kaygı ile İyilik Hali Arasındaki İlişkisi 116
6. SONUÇ ve ÖNERİLER **119**
6.1. Sonuçlar 119
6.2. Öneriler 120
KAYNAKLAR **122**
EKLER **160**
Ek 1. Etik Kurul Kararı
Ek 2. Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği Yazılı Kurum Izni
Ek 3. Iyilik Hali Yıldız Ölçeği (İHYÖ) Kullanım Izin Yazısı
Ek 4. Aydınlatılmış Onam Formu (Müdahele Grubu)
Ek 5. Aydınlatılmış Onam Formu (Kontrol Grubu)
Ek 6. Kişisel Bilgi Formu

Ek 7. Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri

Ek 8. Iyilik Hali Yıldız Ölçeği

Ek 9. Kum Ve Oyun Terapisi Uygulayıcı Sertifikası

Ek 10. Oyun Terapisi Sertifikası

Ek 11. Kum Oyun Terapisi: Psişeye Yolculuk Katılım Seritikası

Ek 12. Çözüm Odaklı Terapi Uygulayıcı Sertifikası

Ek 13. Motivasyonel Görüşme Tekniği Eğitimi Katılım Belgesi Birinci Aşama

Ek 14. Motivasyonel Görüşme Tekniği Eğitimi Katılım Belgesi İkinci Aşama

ÖZGEÇMİŞ **176**

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 3.1. Araştırma deseni 45
Tablo 3.2. Araştırmaya katılan müdahale ve kontrol grubundaki hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı 49
Tablo 3.3. Araştırmaya katılan müdahale ve kontrol grubundaki hastaların yatış sürelerine göre araştırmaya dahil olma durumlarının dağılımı 51
Tablo 4.1. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların durumluk kaygı puanlarının gruplararası ve grup içi karşılaştırılması 78
Tablo 4.2. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların grup içi durumluk kaygı puan ortalamalarının birinci oturum öntest ve ikinci oturum sontest puan ortalamalarının karşılaştırılması 81
Tablo 4.3. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların iyilik hali puanlarının gruplararası ve grup içi karşılaştırılması 83
Tablo 4.4. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların iyilik hali alt boyutları puanlarının gruplararası ve grup içi karşılaştırılması 89
Tablo 4.4. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların iyilik hali alt boyutları puanlarının gruplararası ve grup içi karşılaştırılması devamı 87
Tablo 4.5. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların grup içi iyilik hali ve alt boyut puan ortalamalarının birinci oturum öntest ve ikinci oturum sontest puan ortalamalarının karşılaştırılması 97
Tablo 4.6. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların birinci oturum öntest, ikinci oturum sontest kaygı ve iyilik hali puanları arasındaki ilişki 99

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. İHYM'nin beş boyutlu yapısı 18
Şekil 2.2: Kum tepsisi örneği 32
Şekil 2.3: Kum oyun etkinliği minyatürleri dolap raf sistemi 33
Şekil 2.4: Kum oyun etkinliği sürecindeki klasik "V şeması 34

Şekil 3.1. CONSORT (2010) Şeması 54
Şekil 3.2. Araştırmanın Akış Şeması 55
Şekil 4.1. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların birinci oturum öncesi ve sonrası ile ikinci oturum öncesi ve sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları farkı 80
Şekil 4.2. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların birinci oturum öncesi ve sonrası ile ikinci oturum öncesi ve sonrası iyilik hali puan ortalamaları farkı 85
Şekil 4.3. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların birinci oturum öncesi ve sonrası ile ikinci oturum öncesi ve sonrası yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı iyilik hali puan ortalamaları farkı 89
Şekil 4.4. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların birinci oturum öncesi ve sonrası ile ikinci oturum öncesi ve sonrası bilişsel iyilik hali puan ortalamaları farkı 90
Şekil 4.5. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların birinci oturum öncesi ve sonrası ile ikinci oturum öncesi ve sonrası duygusal iyilik hali puan ortalamaları farkı 91
Şekil 4.6. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların birinci oturum öncesi ve sonrası ile ikinci oturum öncesi ve sonrası fiziksel iyilik hali puan ortalamaları farkı 92
Şekil 4.7. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların birinci oturum öncesi ve sonrası ile ikinci oturum öncesi ve sonrası sosyal iyilik hali puan ortalamaları farkı 93

SİMGELER ve KISALTMALAR

ANA : Amerikan Hemşireler Birliği

APA : Amerikan Psikiyatri Birliği

DSÖ **:** Dünya Sağlık Örgütü

EKT **:** Elektrokonvülsif Terapi

İHYM : İyilik Hali Yıldız Modeli

İHYÖ **:** İyilik Hali Yıldız Ölçeği

KBF **:** Kişisel Bilgi Formu

KOEUP **:** Kum Oyun Etkinliği Uygulama Protokolü

NANDA **:** Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği

NIC **:** Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması

SDKE **:** Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri

SPSS **:** Statistical Package for Social Sciences

TDK : Türk Dil Kurumu

TTM **:** Transteoritik Model

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Akut veya süreğen herhangi bir hastalığa sahip olmanın, bu nedenle hastanede yatmanın bireylerin var olan ya da olası, basit ya da karmaşık günlük yaşam aktivitelerini, kişilerarası ilişkileri, sosyalleşme /sosyalizasyon süreçlerini, bedenini, benliğini, fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal olarak etkilediği bilinmektedir. Bu anlamda yüksek düzeyde karşılanmamış ihtiyaçlar, yaşam kalitesindeki düşüş ve yönetilemeyen kaygı ruhsal bozukluklar veya hastalıkların zemininde hem bir etkileyici faktör hem de bir sonuç olarak yer almaktadır (Öztürk, 2002; Gleen ve ark., 2008; Engin, 2014; Yılmaz ve Özcan, 2016). Bir yaşam motivasyonu olarak her bireyde varolan temel ve gerekli bir duygu olarak kaygı bireyden bireye farklı algılanabilmektedir. Kaygı itici bir güç olmaktan öte tedirginlik ve tehdit yaratan, bireyin işlevselliğini bozacak şekilde ruhsal sorunlar ve hastalıklar için bir zemin (Canbaz ve ark., 2001; Hallaç, 2017) ve hastalığın şiddeti, sıklığı ve süresi için risk faktörü oluşturabilmektedir (Wigman ve ark., 2012). Bu nedenle dünyada ve ülkemizde ruhsal bozukluk hastalığı olan bireylerin bakım ve tedavisinde psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi hala önemli bir seçenek olarak devam etmektedir (Halter, 2014). Ancak uzun süreli kliniğe yatarak tedavi olma süreci yerine, kısa sürede iyileştirici ve tedavi edici bir yatış sürecini yansıtan hastane toplum temelli bakım modeli anlayışına doğru evrildiği görülmektedir (Kök Eren, 2016; Songur ve ark., 2017; Çiçekoğlu ve Duran, 2018). Bu evrilme nedeniyle günümüzde psikiyatrik bakımda ve yatarak tedavide psikiyatri hemşireliğinin amacı; bireyin hastaneye yatmasına neden olan ruhsal sorunların, faktörlerin bireyde ve yaşamında yarattığı etkileri farkederek, bireyin biyopsikososyal yönden güçlenmiş, kaygılarını yönetebilir bir şekilde kendi ortamına dönmesine olanak sağlayan iyileştirici bir bakım sürecini yönetmektir (Sitvast ve ark., 2011; Bogaert ve ark., 2013).

Psikiyatrik bakım ortamlarında; bireylerin rahatlığını, güvenliğini, günlük yaşam aktivitelerini sürdürebildiği, yaşam kalitesinde problemlere yol açabilecek etkenlerin en aza indirildiği bir ortam olmasının yanı sıra, hastaların etkin iletişim ve başa çıkma becerilerini geliştirebilmesine; yaşamı, tedavisi ve bakımı konusunda bireysel sorumluluk almasına olanak sağlayan bireyi güçlendirici ve iyileştirici bir ortam olması gerekmektedir (Mistral ve ark., 2002; Oflaz, 2006; Sakinofsky, 2014).

Yapılandırılmış bir ortam içerisinde hemşireler tarafından sağlanan uğraşı aktivite gruplarının bulunması, terapötik ortamın önemli unsurlarındadır (Lök ve Buldukoğlu, 2015; Townsend, 2016a; Halter ve Pollard, 2018). Bu amaçla hastaların işlevselliğini ve iyilik halini arttıracak terapötik yaklaşımlara ihtiyaç vardır (Paterson, 2008; Paterson, 2014). Uğraş aktiviteleri, bireyin kendine ve başkalarına karşı güven, başarı, sorumluluk, farkındalık, duygularının oluşması/ kazanılması, kapandığı kendi iç dünyasından çıkıp sosyalleşmesi ve dış dünyaya ve etkileşimlere hazır oluşluğunu sağlamada ve iyileşmede rol oynadığı bilinmektedir (Oflaz, 2006; Kamışlı ve Daştan, 2008; Çam ve ark., 2010; Lök ve Buldukoğlu, 2015; Çakmak ve ark., 2016). Psikiyatrik bakımda kum oyunu, yaratıcı ve eğlenceli bir yaklaşımla, hastalara kişisel yaşam öykülerini ve duygularını bireysel veya grup olarak güvenli bir ortamda sözlü olarak ifade etmeyi kolaylaştırmaktadır (Laura ve ark., 2014). Bu anlamda kum oyunu etkinliği, kaygı, yalnızlık veya kendini ifade etmede zorluk yaşayan hastaların içsel duygu ve düşüncelerini ifade etmek amacıyla, güvenli alanlarda (Grubbs, 1994), kumu, suyu, minyatürleri ve elleri kullanarak (Han ve ark., 2017), sembollerin dili, minyatürlerin seçimi, birleşimi ve tepsiye yerleştirilmesinden yararlandıkları (Ferreira ve ark., 2014), bireylerin iyilik halinin oluşması (Mitchell ve Friedman, 1994) için etkileyici bir terapötik yaklaşımdır.

Sonuç olarak, kum oyun etkinliği uygulama protokolü, donanımı ve yetkinliği açısından yapılandırılmış bir çerçevede psikiyatri hemşireliği uzmanlığının bir konusu ve uğraşı aktiviteleri içinde yer alabilecek iyileştirici bir etkinlik ve bakım protokolü olarak düşünülmektedir. Ülkemizde sadece kum oyun aktivitesinin anlatıldığı bir derlemede örnek durum çalışması verilmiş olup (Delevi ve Bugay, 2011) herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bağlamda araştırmanın amacı, psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda kum oyun etkinliği'nin kaygı ve iyilik haline etkisini incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ruhsal Hastalığa Sahip Olma

Hastalık, yaralanma ve ruhsal bozukluk tarih boyunca insanlığı kaygılandıran konular olmuştur (Valfre, 2013). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (2004)'ne göre ruh sağlığı "Bireyin kendi yeteneklerini gerçekleştirebildiği, verimli ve üretken biçimde çalışabildiği, yaşamın doğal sıkıntılarıyla baş edebildiği ve içinde yaşadığı topluma katkıda bulunabildiği iyilik hali" olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2004). Amerikan Psikiyatri Derneği (APA) ruhsal bozukluğu "bireyin sıkıntı çekmesiyle (acı veren semptom) veya sakatlıkla (bir veya birden fazla bölgenin işlev gösterememesi) veya yüksek ölüm tehlikesi, klinik sakatlık, acı çekme veya irade kaybı gibi belirgin davranışsal veya psikolojik hastalık tablosu oluşturan sendromlar veya örüntüler" olarak tanımlamaktadır (Videbeck, 2006; Kneisl ve Trigoboff, 2009; Halter, 2014). Biyopsikososyal bir varlık olan insanın, yaşamını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi için biyolojik, psikolojik ve sosyal öğelerin birbirleriyle dengeli bir ilişki içinde olması gerekmektedir. Bu bağlamda ruh sağlığı "bireyin kendi kendisiyle, toplumla ve çevresi ile barış içinde olması, sürekli düzen, uyum ve dengeyi sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesi" olarak tanımlanmaktadır (Öztürk, 2004).

Ülkemizde gerçekleştirilmiş çalışmalardan biri olan 'Türkiye Ruh Sağlığı Profili' çalışmasında Türkiye nüfusunun %18'inin yaşam boyu ruhsal bir hastalık geçirdiği ve bu çalışma ile yetişkinlerde ruhsal hastalık bulunma sıklığının %17,2 olduğu bulunmuştur (Keskin ve ark., 2013; Ulutaş ve ark., 2019). Ayrıca dünya çapındaki hastalık yükünün %12'sini ruhsal ve davranışsal bozuklukların oluşturduğu bildirilmektedir (Shaban, 2008). Yapılan araştırmalar ruhsal bozukluk tanısı alan bireylerin günlük işlerini daha çok aksattıklarını, daha fazla bedensel ve sosyal yeti yitimlerinin olduğunu ve daha fazla yatakta zaman geçirdiklerini göstermektedir. Bu nedenle ruhsal hastalıklar konusu ve epidemiyolojisi giderek önem kazanmaktadır (Keskin ve ark., 2013).

Ruhsal hastalık nedeniyle hastaların yaşadığı algısal, bilişsel ve motor alandaki kayıplar sosyal olarak geri çekilmeye yol açmaktadır. Ayrıca hastalığın negatif ve pozitif belirtileri (Bellack ve ark., 2004), hastaların uygunsuz yüz ifadeleri, düşük ses tonu ile konuşma, zayıf göz teması, konuşmalarda yanıtların zamanlama anormalliği

hastaların içe kapanmasına, toplumdan uzaklaşmasına başkalarının duygularını anlama, başkalarına duygularını göstermede ve ifade etmede güçlük yaşamasına neden olmaktadır (Sadock ve Sadock, 2007; Liberman, 2008). Ruhsal bozukluğu olan bireyler algılama, kritik etme, kavrama, sorgulama becerilerinde yaşadıkları güçlükler nedeniyle sorun çözmeye yönelik eylemlerde yetersizlik yaşamakta, sorun alanlarını ve çeşitli alternatiflerini belirlemede güçlük yaşamaktadırlar (Liberman ve ark., 2001). İşe başlama, işi sürdürme ve işin gerekliliklerini yerine getirmekle ilgili sorunlar çalışma yaşamlarını olumsuz etkilemektedir (Wen Waghorn ve ark., 2010). Dolayısıyla ruh sağlığı sorunları, bireyin kendisinden beklenen ev, iş, okul, öz bakımını gerçekleştirme ve toplumsal rollerde giderek kaybedilen üretici niteliğini ve sosyalliğini kaybetmesi, mevcut görevlerini aksatması anlamına gelen yeti yitimine yol açmaktadır (Rosenbaum ve ark., 2014). Uzun süreli ruhsal bozukluğu olan bireyler sıklıkla varoluşsal hayal kırıklığı yaşayabilmekte, yaşamın yaşamaya değer olup olmadığını merak etmekte ve yaşamlarında anlamsızlık ve/veya anlam bulma çabası içinde olabilmektedirler (Qrjasaeter ve ark., 2018). Travelbee hemşireliği "bireyin hastalık ve acı çekmesiyle başa çıkmasına, deneyimlerinde acıların anlam bulmasına yardımcı olmaktır" şeklinde tanımlamıştır. Hastalık acı ve ağrı yaşantılarıyla baş etmektir ve yaşamın belli bir döneminde ortaya çıkan bir yaşam deneyimidir. Bu süreçte ortaya çıkan tepkiler bireysel olduğu kadar genel tepkileri de içermektedir. Bu tepkiler kabul etmeme, kendini ya da başkalarını suçlama, depresyon, bazen tepkisizlik, acı çektiğini kabul etme, suçlama ve öfke şeklinde olabilmektedir (Akt. Hallaç, 2017).

Ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar için damgalama, benlik saygısında azalma, toplumsal ilişkilerinde bozulma, kişilerarası ilişkilerinin zarar görmesi ve arkadaş edinme ve sürdürmede güçlükler, sosyal mesafede artma görülebilmektedir (Sibitz ve ark, 2011). Ayrıca başkalarının kendisini değersiz gördükleri, istenmediğini düşünerek topluma karışmaktan kaçındıkları ve tedavi arayışından da uzaklaştıkları görülmektedir. Tüm bunlar hastaların içinde yaşadığı toplumu belirsizlik zemininde güvensiz bir yer olarak değerlendirdiği ve kendisinin topluma katkısı olmadığı düşüncesini ortaya çıkarmaktadır (Avcil ve ark., 2016). Var olan sağlık sorunlarının yanı sıra tıbbi tedavi ve bakımlarını güçleştiren sosyoekonomik, davranışsal, çevresel ve kültürel zorluklarla da karşı karşıya kalan (Uysal Yalçın ve Bilgin, 2019), sorun çözmede güçlük yaşayan bu hastalar, hastalık belirtileri ile baş etme, ilaç kullanma,

düzenli kontrollere gelme gibi durumlarını göz ardı etmekte, stresli olaylar ile etkili baş edememekte, aile bireyleri ile iş birliği yapamamakta, kaygı ve depresyon yaşamaktadırlar (Yıldız, 2001; Soygür, 2003). Sonuç olarak hastalar hastalıklarını ve içinde bulundukları durumu, değerleri, bilgileri, kişisel deneyimleri, inançları ve gereksinimleri ışığında açıklamaya ve anlamlandırmaya çalışabilirler (Armay ve ark., 2007). Bu açıklama ve anlam ise bireyi belirsizliğe ve kaygıya sürükleyebilmekte, kaygılarını şekillendirebilmekte (Hallaç, 2017) ve bireysel farklılıklar içeren tepkiler göstermesine neden olabilmektedir (Bayraktar, 2011).

2.2. Ruhsal Hastalık Nedeniyle Hastaneye Yatma

Hastane ortamı, bireyler tarafından rahat hareket edilemeyen, gereksinimlerini karşılama konusunda başkalarına bağımlı olunan, aktivite kısıtlamasının olduğu, yakınlarından ayrı kalmaya neden olan, kendilerine pek çok müdahalenin uygulandığı ve kendine özgü kuralları olan bir ortam olarak algılanmaktadır (Öz, 2004). Hastaneye yatan birey yattığı andan başlayarak "hasta rolünü" almaktadır. Hastaneye yattığı zaman evinden, kendisi için birçok uyarandan, günlük yaşantısından uzaklaşan bireyin, acı çeken birçok insanla birlikte olması, pek çok aktivitelerinde sınırlı hareket etmesi ve bağımlı olması, üzerinde bilmediği işlemlerin yapılmasına itirazsız uyum göstermek durumunda olması onu yalnızlığa itmektedir (Alkan ve Sezgin, 1998). Bireyin hastaneye yatması sosyal rol kaybı, yaşam tehditi, ölüm korkusu, ortam değişikliği gibi travmatik streslerle karşılaşmasına neden olmakla birlikte yapılan tedavi ve bakım müdahalelerine bağlı olarak başka sorunları da ortaya çıkarmaktadır (Çınar ve Aslan, 2017). Bunun yanı sıra hastanede yatmanın neden olduğu, yabancı insan ve çevre ile karşılaşma, bilinmeyen işlem ve incelemelere maruz kalma, işlev ve özdenetim kaybı da birtakım emosyonel tepkilere yol açabilmektedir (Oflaz ve Varol, 2010). Yabancı ortamda birey, güvensizlik ve korku duygusunu yaşamakta (Küçük, 2007) dolayısıyla bu durum zamanla bireyde tedaviye uyumda güçlük yaşamasına, hastalık seyrinin değişmesine (Oflaz ve Varol, 2010), kaygı ve huzursuzluğun artmasına, bireyin benlik imajının bozulmasına, yaşam dengesinin değişmesine ve iyileşmesinin engellenmesine neden olmaktadır (Küçük, 2007).

Bireyler yaşadığı çevrede bulunduğu ortamları kendi gereksinimlerine göre uygun bir şekilde seçip, isteklerine göre uygun hale getirirken hastaneye yatma durumlarında bu seçim hakkı bulunmamaktadır. Ayrıca ruhsal bozukluğa sahip bireyler, kilitli

psikiyatri kliniklerine yatırıldığında tedavileri konusunda çeşitli müdahalelere maruz kalmaktadırlar ve olması gerekenden daha çok izolasyona maruz kalarak anlamlı roller gerçekleştirmede (Townley ve ark., 2008; Shaban, 2008) ve seçim yapmada sınırlılık hissedebilmektedirler (Poyraz, 2015). Psikiyatri kliniklerinin genel kliniklerden daha farklı bir fizik ortama ve atmosfere sahip olması, ziyaret kısıtlamaları, yatış sırasında bazı eşyaların kontrol edilmesi, klinik kurallarının olması özellikle kapıların kilitli olması sebebiyle hastaların kendilerini cezaevinde tutuklu gibi hissetmelerine (Sabancıoğulları ve Doğan, 2002) ve özgürlüklerinin kısıtlanmasıyla birlikte damgalanma duygusunun artmasına neden olmaktadır (Hummelvoll ve Severinsson, 2001). Ruhsal hasatalığa sahip olmak gibi psikiyatrik bir sorun nedeniyle başvuru yapma, psikiyatri kliniklerine yatış yapılması ile ilgili olumsuz inanç ve tutumlar, hastaların ve ailelerinin damgalanma algılarını artırmaktadır (Bostancı, 2005). Ayrıca yakınları tarafından "akıl hastası", "deli" gibi ifadelerle (Sabancıoğulları ve Doğan, 2002) etiketleneceğini düşünen hastalarda bu durum kaygılarının artmasına ve kliniğe uyumda güçlük yaşamalarına neden olabilmektedir (Taşkın, 2007). Klinik içerisinde yer alan sınırlamalar ve bunların uygulanış biçimleri hastaların bağımsızlık duygusunu olumsuz etkileyerek kendini ifade edememesine, kararlarını bağımsız bir biçimde verememesine ve duygularını bastırmasına neden olmaktadır (Kamışlı ve ark., 2016) ve benlik saygısında azalma, öfke, çaresizlik duygularının yaşanmasına, ruhsal iyilik halinin etkilenmesine ve yaşam kalitesinin bozulmasına neden olabilmektedir (Demir Gökmen ve ark., 2020).

2.3. Kaygı (Anksiyete) Kavramı

Kaygı kavramı insanlık tarihi boyunca en sık kullanılan kavramlardan biri olup gerek yaşamın temel duygularından biri olması, gerekse ruhsal bozukluklara yol açması açısından önemli bir özellik taşımaktadır (Güleç ve Köroğlu, 1997) Kaygı Türk Dil Kurumu (TDK) (2014) sözlüğünde, tasa, üzüntü, tedirgin edici duygu ve endişe duyulan düşünce ve hemşirelik terimleri sözlüğünde, genellikle nesnesi birey tarafından tanımlanamayan ve kötü bir şey olacakmış düşüncesi ile ortaya çıkan, nedeni açıklanamayan gerginlik duygusu, bunaltı ve anksiyete olarak ifade edilmektedir (https://www.tdk.gov.tr, Erişim tarihi: 05.06.2021). Anksiyete sözcüğü İngilizce'den gelen "anxiety" sözcüğünün karşılığı olarak kullanılmaktadır (https://tureng.com, Erişim tarihi: 05.06.2021). APA' ya göre kaygı; kaynağı tam olarak belli olmayan korku ile birlikte çarpıntı, terleme, bulantı-kusma, göğüste

sıkışma hissi, konsantre olamama, midede boşluk hissi, gaz sancısı, endişe, kendine güvende azalma gibi belirtilerle karakterize tedirginlik halidir (Akt. Öztürk, 2002). Evrensel, hoş olmayan bir gerginlik durumu olan kaygı, dış dünyadan kaynaklanan bir tehlike durumu veya birey tarafından tehlikeli olarak algılanan bir durum karşısında yaşanan bir duygudur (Tambağ ve Kaykunoğlu, 2017).

2.3.1 Kaygının kuramsal temelleri

Psikoanalitik yaklaşım

Freud'un egonun işlevi olarak tanımladığı psikoanalitik kurama göre kaygı, "ya bir saldırı olarak kendini gösteren ya da kalıcı bir durum haline gelen serbest dolaşan korkudur (Freud, 2018). Hastalar neden korktuklarını söyleyemez ve korkuları arasında bağlantı kuramazlar. Dolayısıyla, onun bakış açısına göre kaygı, kişinin hoş olmayan duyguya kimin veya neyin neden olduğunu açıkça tanımlayabildiği sıradan bir korku değildir (Ivancic, 2018). Bu nedenle kişinin hayatını sürdürebilmesi için uyum sağlama özelliğini kullanması gerektiğini ve bu özelliğini kullanamadığı durumlarda yaşantısına ve geleceğine dair kaygılarının oluştuğunu belirtmektedir (Freud, 2018).

Freud'un kaygı hakkındaki görüşleri incelendiğinde, iki farklı teori ortaya çıkmaktadır (Hekimoğlu ve Bilik, 2020). Freud, bastırma ile bütün duygularında kaygıya dönüşebileceğini ilk teorisinde belirtirken (Freud, 2018), kaygının başlangıçta tehlikeli bir duruma verilen bir tepki olduğunu söyleyerek bu gibi durumların tekrarlandığı her noktada kaygının oluşacağını belirtmektedir (Freud, 2019). Freud kaygıyı, gerçeklik kaygısı, nevrotik kaygı ve suçluluk kaygısı olmak üzere üç farklı başlıkta incelemektedir. Kaygı türlerini açıklarken id, ego ve süperego temelinde ele almaktadır. Gerçek kaygı egoyla ilişkili olarak günlük yaşamda herkesin arada bir yaşadığı dış dünyadaki tehlikelere karşı duyulan korku ya da kaygıdır. Çoğu kez kaçma refleksiyle birlikte oluşan bu tepki, korunma iç güdüsünün ve yaşamı sürdürmenin bir belirtisi de sayılmaktadır. Nevrotik kaygı egonun bilinçdışı bölgelerinde oluşan, mantık dışı ve hiçbir nedenle bağlantılı olmayan bir nesneye yönelik tepkidir. Kökenini bebeklik ve çocukluk yıllarının yaşantılarından almaktadır (Geçtan, 1981; Çetinay Aydın, 2017). Benlik savunma mekanizmalarını, kabul edilemeyen arzu ve düşünceleri önlemek amacıyla devreye sokar. Eğer kaygı sinyali benliğinin savunma mekanizmalarını harekete geçiremezse bu durumda yoğun kaygı

ve nevrotik belirtiler oluşur (Çetinay Aydın, 2017). Suçluluk kaygısı ise süperego ile ilişkili olup bireyin kendi vicdanından korkması durumudur (Freud, 2018). Kaygı gelişimsel başlık içinde şu şekilde sıralanabilir:

- **Üstbenlik kaygısı:** Üstbenlikten kaynağını alır ve içsel ahlaki standartlara uygun yaşayamama ya da ulaşamamaya ilişkin suçluluk duyguları ile kendini gösterir.
- **Alt benlik kaygısı:** Alt benlikten gelen dürtülerin kontrol edilemeyeceği ve olduğu gibi ortaya dökületeği duygusu ile ortaya çıkan bir durumdur**.**
- **İğdişlik kaygısı:** Ödipal evrede kaygı, cezalandırıcı bir ebeveyn tarafından genital organların olası zarar görmesi ya da kaybına dayanır. Aynı zamanda metaforik olarak bu korkular başka bir beden bölgesi ya da başka bir bedensel zedelenme olarak kendini göstermektedir.
- **Sevgiyi kaybetme korkusu:** Önemli bir ebeveynin, birinin onayını ve sevgisini kaybetmeye dayalı kaygı şeklinde kendini göstermektedir.
- **Nesneyi kaybetme korkusu (Ayrılık kaygısı):** Gelişimin bir alt basamağındaki kaygının kaynağı nesnenin kendisini kaybetmek olarak ortaya çıkmaktadır. Bu durum bireyin bağımlı ilişki örüntüsüne yatkın olduğunu ve yaşamına yönelik durumlarda bu özelliklerin yaşanacağını haberdar etmektedir (Gökalp, 2006; Çetinay Aydın, 2017).

Bilişsel yaklaşım

Bilişsel kurama göre kaygı, uyarıcının tehlikeli olabileceğine yönelik düşünceler sonucu ortaya çıkmaktadır fakat patolojik boyutta ele alındığında abartılı ya da tehlikeli şekilde işlenmektedir (Beck ve Clark, 1997). Kaygı tepkisinin devam etmesi ortadan kaldırılmamış ya da değiştirilmemiş bilişsel hataların devam etmesi ile ilgilidir (Sungur, 2006). Bireyin sahip olduğu çarpık ve yanlış düşünce kalıpları, hatalı davranışlara neden olmaktadır (Nehir, 2020). Bilişsel hataları değiştirmenin en etkili yolu bireylerin davranışsal değişiklikler oluşturmasıdır (Çetinay Aydın, 2017).

Öğrenme modeli/ davranışçı yaklaşım

İnsanoğlu, toplumsal öğrenme kuramına göre bebeklik çağından itibaren ebeveyni taklit ederek bazı davranış ve tepkileri öğrenerek yaşamının ilerleyen dönemlerinde bu tepkiyi kullanmaktadır. Kaygı tepkisinin de taklit yoluyla ebeveynden öğrenilebileceği düşünülmektedir (Işık, 2006). Birey kaygıyı azaltmayı pozitif bir kuvvetlendiriciye

yaklaşma veya negatif bir uyarıdan kaçınma ile öğrenir (Çetinay Aydın, 2017; Öz, 2014).

Varoluşcu yaklaşım

Varoluşcu yaklaşıma göre kaygı, bireyin kendi varoluş sorumluluğunu üstlenmede karşılaştığı güçlüklerle açıklanmaktadır (Geçtan, 2013). Varoluşsal kaygı bireyin varlığını algılayan tek varlık olarak kendine sorduğu; hayatın anlamı, ölüm ve sonrası, keder sorumluluğunun olup olmadığı, hayatta yalnız olup olmadığı, geleceğin belirsizliği gibi sorular karşısındaki duyduğu kaygılardır (Hallaç ve Öz, 2011; Engin ve ark, 2016). Tillich (2019) varoluşsal kaygı terimini üç ana endişe alanı çerçevesinde tanımlamaktadır. Bu alanlar; bireyin varlığı, ölümü ve kaderine olan tehditlerle ilişkilendirdiği kader ve ölüm, bireyin varoluşuna anlam vermeye değer bir öğe olmamasını içeren anlamsızlık ve boşluk, bireyin ahlaki ve etik değerlerine olan tehditleri temsil eden suçluluk ve mahkumiyet alanlarıdır.

Yalom ve Josselson (2008)'a göre varoluşsal kaygı normal kaygının bir türevi olup, var olmama (yokluk) kaygısıdır. "Hiçlik" kaygıya sebep olabilmektedir (Tillich, 2019). Varoluşsal kaygı ile karşılaşan bireyler ya bu kaygı ile başa çıkmanın yollarını bularak ve bu kaygıya katlanarak "otantik" olma durumuna geçmekte ya da kaygıyı yaşamamak adına kaygıyı bastırma yoluna giderek otantik olmayan var olmama durumunu seçmektedirler. Dolayısıyla bu durum bireylerin kendisine yabancılaşmasına yol açarak nevrotik kişiliğin oluşmasına sebep olmaktadır (Güleç, 1999). Yalom ve Josselson (2008)'a göre bireyler, anlamsızlık, ölüm, özgürlük ve yalıtılmışlık kaygılarını yaşamaktadırlar. Anlamsızlık, bireyin insani ihtiyaçlarının karşısında dünyanın sessiz kalması, çaresizlik içinde yaşamını yeniden anlamlandıracak nedenler oluşturamaması, geleceğe inancını yitirmiş bir şekilde yaşamını monoton devam ettirmesidir (Gündoğan, 1997). Ölüm kaygısı bireyin bu dünyadaki "var oluşlarının son bulacağı" gerçeği karşısındaki hissettikleri korkudur (Cevizci, 1997). Özgürlük korkuya yapışık durumda olmakla birlikte dışsal yapının yokluğunu anlatır (Yalom ve Josselson 2014) ve kendi dünyasından, eylemlerinden, tercihlerinden sorumlu olan birey için bu anlamda ürkütücü olmaktadır (Sharf, 2014). Yalıtılmışlık ölüm ve özgürlükle ilişkili olup, yalıtılmışlık kaygısının temelinde ölüm kaygısı yatmaktadır (Yalom ve Josselson 2008).

Biyolojik kuram

Limbik sistemdeki nörotransmitterler, kaygı, stres ile ilişkili bozukluklardan etkilenmektedir (Nehir, 2020). Kaygının fizyolojik belirtilerinin çoğuna aracılık eden noradrenalinin normal ve patolojik kaygıda iki yönlü rolü bulunmaktadır. Uyaranların sürekli tekrarlanması durumunda noradrenalin üretimi yetersiz kalmaya başlamakta ve organizma kaçma girişimi göstermemektedir. Serotonin artışı ile de kaygı azalmaktadır (Çetinay Aydın, 2017).

2.3.2. Kaygı düzeylerine göre belirtileri

Pek çok açıdan kaygının kişilerarası süreçlerini anlamak, Peplau'unun hemşirelik kuramı için ufuk açıcı olmuş ve uygulamanın merkezinde yer almıştır (D'Antonio ve ark, 2014). Kaygı düzeylerinin özelliklerini bilmek, etkili bakım ve müdahalenin nasıl olacağını belirlemede önemli bir etkendir (Öz, 2014; Tambağ ve Kaykunoğlu, 2017). Kaygı hafif, orta, şiddetli ve panik olmak üzere dört seviyede kategorileştirilmektedir. Kaygı düzeylerine göre bireylerde bilişsel, duygusal, davranışsal ve fizyolojik belirtiler ortaya çıkmaktadır. Bu belirtiler kaygının düzeyine göre şekillenmekte, motivasyon ve harekete geçme etkisi olan hafif düzeydeki kaygıdan, giderek artan bireyin yaşamını ve işlevlerini etkileyen bozukluğa kadar uzanmaktadır. Bilişsel olarak konsantrasyon güçlüğü, dikkat değişikliği, düşüncede duraksamalar, başa çıkamama korkusu, aklını yitirme korkusu, duygusal olarak korku, endişe, çaresizlik, tedirginlik, gerginlik, davranışsal olarak huzursuzluk, kaçma, olduğu yerde hareketsiz kalma, işlevsizlik, konuşma akışında bozulma, koordinasyon bozukluğu, fizyolojik olarak ise kalp-damar, solunum, kas-iskelet, sindirim sistemleri üzerinde belirtiler oluşmaktadır (Kaplan ve Sadock, 2005; Öztürk ve Uluşahin, 2016; Townsend, 2016b; Tambağ ve Kaykunoğlu, 2017; Nehir, 2020; Onan, 2020).

Spielberger, "Durumluluk Kaygı" ve "Sürekli Kaygı" olmak üzere iki çeşit kaygıdan söz etmektedir. Durumluluk kaygı bir olayın tetiklenmesine tepki olarak aralıklı zamanlarda ortaya çıkmakta (Sims, 1995; Öz, 2004) ve bireyin içinde bulunduğu stresli bir durumda hissettiği subjektif kaygı olarak da tanımlanmaktadır (Öner, 1997; Yiğitoğlu, 2009; Yiğit ve ark., 2011) Gerçek bir tehditin bulunduğu çevresel koşullarda oluşan, bireyin karmaşık tepkileriyle karakterize olan durumluluk kaygının yoğunluğu, yaşanan duruma göre değişmekte ve zamanla değişkenlik göstermektedir (Öner ve Le Compte, 1985). Sürekli kaygı ise bireyin uzun süreli belki de yaşam boyu,

yaşamın bütün değişimlerini aşırı bir kaygı ile karşılaması ile karakterize bir durumdur (Sims, 1995; Öz, 2004). Bu kaygıda birey içinde bulunduğu durumu stresli olarak görme eğiliminde olup (Özgül, 2003), bireyler genellikle algılama/dikkat bozukluğu, bireysel ilişkilerden kaçınma, davranışsal sorunlar, içe çekilme gibi durumları yaşamaktadırlar (Cüceloğlu, 2005).

2.4. Ruhsal Hastalık, Hastaneye Yatma ve Kaygı

Bireylerin yaşamlarını verimli ve mutlu olarak sürdürebilmeleri için sağlıklı olma durumu son derece önemlidir. Bireyin yaşamını olumsuz etkileyen hastalık ve hastanede yatma durumu, hastanın kaygısını arttırarak yaşam dengesini dolayısıyla üretkenliğini bozan bir deneyimdir (Küçük, 2007). DSÖ'ne göre 2015 yılı itibari ile kaygı bozukluğunun küresel nüfusa oranı %3,6 olarak tahmin edilmekte olup kadınlarda erkeklere kıyasla daha yaygın görülmektedir (Çetintulum Huyut, 2019). DSÖ (2017) tarafından dünyada kaygı bozukluğu yaşayan toplam tahmini kişi sayısı 264 milyon olarak belirlenmiştir (WHO, 2017). Ruhsal hastalıklar nedeniyle bireyler hayatlarında birçok zorluk yaşamaktadırlar. Ailesine karşı sorumluluklarını yerine getirememe ve yük olduğunu düşünerek değersizlik, kaygı duygularını yaşaması, iş ve sosyal ortamlara katılma konusunda güçlük yaşama ve buna bağlı olarak kendini toplumdan soyutlama, toplumdan dışlanma, tedavi masraflarının getireceği ekonomik problemlerden dolayı endişe duyma, hastalığa karşı gelişen duygusal reaksiyonlar nedeniyle aile ve sosyal düzenin bozulması gibi durumlar ruhsal bozukluğu olan hastalarda kaygıya da sebep olabilmektedir (Kelleci ve ark., 2003).

Ayrıca tedavi edici klinik ortamının psikiyatri kliniklerinde fiziksel çevre, kurallar, normlar ve sınırlar açısından farklı olduğu görülmektedir (Oflaz, 2006; Uygun, 2019). Psikiyatri kliniklerinin kapılarının diğer kliniklerden farklı olarak kilitli olması, birçok özel eşyanın bulundurulmasının yasaklanmasına yönelik birtakım kuralların olması gibi durumlar bireylerin yatış sırasında kaygısını arttırmaktadır (Sabancıoğulları ve Doğan, 2002; Oflaz, 2006). Yanı sıra kliniklerde güvenli bir klinik ortamı oluşturmak amacıyla yürütülen prosedürler tedavi gören bireylerin güvenlik algılarını olumsuz etkileyerek kaygıya sebep olabilmektedir (Sabancıoğulları ve Doğan, 2002). Psikiyatri kliniklerinde uygulanan elektrokonvülsif tedavi (EKT) güvenli ve etkili bir yöntem olmasına rağmen hastaların korku ve kaygılarının artması nedeniyle uygulamayı kabul etmelerinde en büyük engeli oluşturmaktadır (Dönmez ve Yılmaz, 2011). Bunun yanı

sıra hastalardaki emosyonel değişiklikler tedaviye uyum sürecini zorlaştırmakta, psikiyatrik belirtilerin artmasına ve hastalık seyrinin etkilenmesine sebep olmaktadır (Kocaman, 2008). Hemşireler, hastane ortamını bir stres kaynağı olarak gören, ilişki kurmada, kendini korumada ve güven duymada yetersizlikleri olan hastaların yaşadıkları korku ve kaygıyı gidermede anahtar kişilerdir. Bu bağlamda hemşirelerin hastaların yaşadıkları duyguların farkına varmaları ve hastalarla yeterli düzeyde terapötik iletişime geçmeleri önemlidir (Dönmez ve Yılmaz, 2011). Yatarak tedavi gören bireylerde psikiyatri kliniklerinin amacı, hastalara bütüncül bakım sağlayarak hastalık, tedavi ve zorlu yaşam deneyimlerinin yarattığı etkilerin farkına varmasını sağlayan ve toplumsal, aile ve bireysel değerleri, sosyal destek kaynakları, güçlü yönleri ile hastanın benliğini en verimli şekilde kullanmasına imkan tanıyan bir ortam oluşturmaktır (Oflaz, 2006).

2.5. İyilik Hali Kavramı

Tanımlanması oldukça karmaşık ve güç olan sağlığın, sadece fiziksel rahatsızlığın olmaması durumundan öte sosyal ve ruhsal açıdan çeşitli bileşenlerinin olduğu kabul edildikten sonra, çeşitli tanımlamaları ortaya çıkmıştır (Greenberg ve ark., 2004). Ruh ve beden bütünlüğünün vurgulanmış olmasına rağmen Antik çağlardan beri sağlık alanında uzun yıllar medikal modellerin hakim olduğu ve fiziksel unsurların dışında sağlığı etkileyen sosyal ve ruhsal unsurların dikkate alınmasının engellendiği görülmektedir (Doğan, 2004). DSÖ 1964'de sağlığı 'sadece hastalık ve sakatlığın olmaması durumu değil, ruhsal, bedensel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali' olarak tanımlamıştır (Greenspoon ve Saklofske, 2001; Myers ve Sweeny, 2008; Oliver ve ark., 2017; Ascenso ve ark., 2018). Bu tanımda sağlığın kapsamının sosyal ve ruhsal kavramları içerecek şekilde genişletilmesi ve sağlığın iyilik hali kavramı ile açıklanması dikkat çekmektedir (Doğan, 2008). İyilik hali pozitif psikolojinin temel kavramlarından biri olarak benzerlik gösteren ya da farklılık gösteren yönleri ile başka kavramlarla da birlikte kullanılmaktadır (Seligman ve Csikszentmihalyi, 2000).

İyileşme: Bireylerin sağlık ve iyilik hallerini geliştirmek, kendi kendilerine yetebilecekleri bir hayat yaşamak ve tam potansiyellerine ulaşmak için çaba gösterdikleri değişim sürecidir (Çam ve Yalçıner, 2018; Şenocak ve ark, 2019). Bu değişim süreci, hastalığın sebep olduğu sınırlamalara rağmen umutlu yaşama yolu,

hedef belirleme ve yeni anlamlar yükleme olarak tanımlanmaktadır (Moller ve Mclouhlin, 2013).

İyi oluş: Çoğunlukla "yaşam kalitesi", "mutluluk" ve "yaşam doyumu" ile ilişkilendirilmektedir. İyi oluş "öznel iyi oluş" ve "psikolojik iyi oluş" olarak iki başlık altında incelenmektedir (Kaba, 2020). İki araştırma akımına ayrılan öznel iyi oluşta ilk yaklaşım iyi oluş halini "iyi hissetmek" ile eş tutmuş, diğer yaklaşım ise "yaşamda iyi işlev göstermeyi" iyi oluş olarak kabul etmiştir. Burada olumlu duyguları savunan hedonik gelenek ve birey için erdem ve "iyi" bir vatandaş olmayı vurgulayan eudaimonik bakış açısı oluşmaktadır (Kuzugüdenlioğlu Ulusoy, 2018). Psikolojik iyi oluş, bireyin gelişimini esas aldığı (Kaba, 2020) ve yaşamda karşı karşıya kalınan kişisel gelişim, anlamlı amaçları sürdürme ve diğerleriyle nitelikli ilişkiler kurma gibi varoluşsal meydan okumalarını yönetme olarak tanımlanmaktadır (Telef, 2013).

İyilik hali: İngilizce literatürde 'well-being' olarak kullanılan iyilik hali kavramın Türkçe karşılığı fiziksel uygunluk hali, zinde olmak, iyi oluş ya da esenlik durumudur (Myers, Sweeny ve Witmer, 2000; Kasapoğlu, 2014). İlk olarak 1961'de Halbert Dunn tarafından, 'bireylerin içinde bulundukları çevre içerisinde, gerçekleştirme yeteneğine sahip oldukları potansiyellerini en üst düzeyde kullanarak işlevsel ve bir bütün olma yöntemi' olarak açıklanmıştır. Bu tanımda dikkat çeken nokta, insanın potansiyelini gerçekleştirecek yeteneğe sahip olması ve iyilik halinin bütünsel bir yöntem oluşudur. Bütünsellik, beden ve zihnin bütüncül olarak değerlendirilmesini (Dunn, 1959; Brown ve Applegate, 2012; Blount ve Mullen, 2015; Fullen ve Granello, 2018), bireyin kendi potansiyelini gerçekleştirebilecek yeteneğe sahip olması ise Maslow'un kendini gerçekleştirme modelinde olduğu gibi bireyin kendi davranışlarını dolayısıyla yaşamını da yönlendirmedeki gücünü kapsamaktadır (Maslow, 1943). Dunn, iyilik hali düzeyi yüksek olan bireyleri; (1)Daha yüksek bir potansiyele ulaşmak için sürekli işleyen, (2) Yarına meydan okuyacak daha yüksek bir potansiyeli yaşayan, (3) Zihin, beden ve ruh bakımından tamamen bütünleşen bireyler olarak ifade etmiştir (Dunn, 1959).

2.5.1 İyilik hali kavramının kuramsal temelleri

Zihin ve beden bütünlüğüne dayalı sağlık kavramının kökenleri eski Yunan, Ortadoğu dinleri ve uzak doğu filozoflarına kadar dayanmaktadır. Bu felsefi görüşlere göre zihin ve beden birbirinden ayrı değildir ve birbirleri ile bağlantılı olarak görülür. Bu görüş

her ne kadar binlerce yıl önce ortaya konulmuş olsa da sağlığa bütüncül bir bakış açısı kazandıran iyilik hali kavramının gelişimi 1960-1970' li yıllardan sonrasına dayanmaktadır. Alfread Adler ve Abraham Maslow, sağlığa ilişkin bütüncül bakış açısı gelişmesi konusunda en büyük katkıları olan kuramcılardır. Bu bağlamda Adleryen Kuram ve Maslow'un Kendini Gerçekleştirme Kuramı çerçevesinde iyilik halinin kuramsal temelleri bu başlık altında açıklanmıştır (Kayiş, 2017).

Adleryan kuram

Adler, bütüncül (holistik) görüş ile zihin ve bedeni bütüncül bir bakış açısı ile ele almıştır (Dreikurs,1951). Hem bedeni hem ruhu hayatın dışına yansıyan biçimleri olarak değerlendiren Adler'a göre, beden ve ruh yaşam bütününü tamamlayan unsurlardır. Birey kendini oluşturan psikolojik ve fiziksel öğelerin toplamından daha fazlasıdır ve bu sebeple parçalara ayrılarak incelenemez (Bitter ve Griffith, 2019). Bu öğeler ise bireyin davranışları, duyguları ve organları olarak örneklendirilir (Dreikurs, 1951). Temel olarak Adler, bireyin duygu, düşünce ve davranışlarının bir bütün olarak değerlendirilebileceğine ve bunların birbirinden bağımsız olamadığına vurgu yapmaktadır. Bu noktada dikkati çeken şey, bireyin yaşadığı çevreden de bağımsız olmadığıdır. Adler'in bireyin içinde bulunduğu toplumunda önemli olduğunu vurgulaması, geliştirilen iyilik hali modellerinde dikkate alınmıştır (Adler, 1982).

Yaşam görevleri, Adler'in iyilik hali konusunda önemli katkılarından biri olmuştur ve beş yaşam görevinden bahsetmektedir (Sweeney, 2009). Bu yaşam görevleri arkadaşlık, çalışma, sevgi, maneviyat ve benlik'tir (Mosak ve Maniacci, 2012). Arkadaşlık yaşam görevi diğer bireylerle işbirliği yapmayı, diğer bireylerden bir şeyler almayı, diğer bireylere kendinden bir şeyler vermeyi ve onlara saygı duymayı içermektedir. Çalışma yaşam görevi yetişkin bir bireyin çeşitli yaşam durumları ile baş edebilecek düzeyde sorumlu ve işbirlikçi olması olarak ifade edilmektedir. Bir yetişkin çocukluktan yetişkinliğe doğru olan gelişim süreci içerisinde bu tür özellikleri kazanabilmektedir (Sweeney, 2009). Sevgi yaşam görevi bir eş ile uzun süreli, yakın ve duygusal ilişki yaşamayı ifade etmektedir (Oberst ve Stewart, 2003; Sweeney, 2009). Bireyin kendisi ile iyi geçinmesini, benlik hissinin gelişmesini ya da kendisi ile başarılı bir şekilde başa çıkmasını kapsayan benlik yaşam görevi, bireyin kendisini olduğu gibi kabul etme düzeyine işaret etmektedir (Oberst ve Stewart, 2003). Varoluşsal bir çaba olarak açıklanan maneviyat yaşam görevi ise yaşam amaçları ve

yaşamı anlamlandırma ile ilgilidir. (Sweeney, 2009). Adleryan psikolojide yer alan beş yaşam görevi iyilik hali tanımlarında kendini gösterdiği gibi (Myers ve Sweeney, 2005) iyilik hali modellerinde özellikle iyilik hali boyutlarının belirlenmesinde etkili olmuştur. Adler'in iyilik haline ilişkin bir diğer katkısı ise yaşam tarzı hakkında yapmış olduğu açıklamalardır. Bireyin yaşam tarzları, yaşam görevlerini yapmak ya da yapmamak yönünde olabilmektedir. Dolayısıyla bir birey yaşam tarzını ne kadar yaşam görevlerini başaracak şekilde düzenlerse o kadar kendini iyi hissedecektir. Bu anlayış iyilik halinin bir süreç olduğunu ve bu süreci devam ettirebilmek için bireylerin yaşam tarzlarını düzenlemesi gerektiğini vurgulamaktadır (Sweeney, 2009).

Maslow'un kendini gerçekleştirme kuramı

İnsan doğasının olumlu yönlerine dikkat çeken ve insan doğasının bu yönlerini araştıran Abraham Maslow, sağlıklı insanın temel güdüsünü 'kendini gerçekleştirme' olarak öne çıkartmakta ve sahip olduğu potansiyelin tamamını ortaya koyabilen insanları kendini gerçekleştiren bireyler olarak tanımlamaktadır (Henwood ve ark., 2015). Kendini gerçekleştiren bireyler kendisini, başkasını, doğayı olduğu gibi kabul etme, gerçekçi inançlara sahip olma, problem odaklı olma, iyi bir mizah duygusuna sahip olma, yaratıcı olma, davranış ve düşüncelerinde kendiliğindenlik, toplumsal baskılara karşı dirençli olma, doyurucu kişilerarası ilişkilere sahip olma, insanlığın iyiliği için çalışma gibi özelliklere sahiptir. Bu durum iyilik hali düzeyi yüksek olan bireylerin özelliklerine ışık tutmaktadır (Myers ve ark., 2000; Henwood ve ark., 2015).

Maslow'un 1943'teki 'İnsan Motivasyon Teorisi' adlı seminal çalışmasına göre birey bir bütündür. Bu bütüncül bakış açısı iyilik halinin çok boyutlu ve bu boyutların bütün olarak değerlendirilmesi gerektiği görüşünü ortaya koymaktadır. Birey yaşadığı çevreden bağımsız olarak düşünülemez ve bireyin yaşamış olduğu çevre onun duygu, düşünce ve davranışlarını etkilemektedir (Maslow, 1943; Hale ve ark., 2019). İyilik halinde de bireylerin sosyal bir yanının olduğu ve iyilik halinin toplum, aile, eğitim ve medya gibi çevresel faktörlerden etkilendiği belirtilmektedir. Bu nedenle iyilik halinin gelişmesi ve sürdürülebilmesi yaşanılan çevreden bağımsız olarak düşünülemez (Myers ve ark., 2000).

2.5.2. İyilik hali modelleri

Kavramsal olarak iyilik halinin incelendiği çalışmalar, çok boyutlu bir yapının vurgulandığı iyilik hali modellerini ortaya koymuştur. Literatürde bilinen birçok iyilik

hali modeli vardır. Bu modellerin çoğunda iyilik hali bilişsel, fiziksel, duyuşsal, ruhsal ve sosyal olmak üzere çeşitli boyutlardan oluşan, çok boyutlu bir yapı halinde karşımıza çıkmaktadır. Bu çok boyutluluk içerisinde iyilik hali modelleri, insanın bir bütün olarak işlevsellik gösterdiğini ve bu boyutlardan birinin işlevselliğinde ortaya çıkacak bir değişimin diğerlerini de etkileyeceğini ifade etmektedir (Doğan, 2008).

İyilik hali yıldızı modeli

Türk kültürüne uygun olarak Korkut-Owen ve Owen (2012), literatürde yer alan iyilik hali modellerinin altı çizilen faktörlerinden yararlanarak İyilik Hali Yıldız Modeli (İHYM) adlı yıldız metaforunu kullanarak beş faktörlü (Korkut Owen ve ark., 2017) çok boyutlu ve bütüncül bir iyilik hali modeli geliştirmişlerdir (Korkut-Owen ve Owen, 2012). Model üzerinde yapılan çalışmalar sonucu modelin alt boyutlarına ilişkin birtakım değişiklikler yapılmıştır (Korkut-Owen ve ark., 2016). Birbirlerini etkilediği ve birbirleri ile ilişki halinde olduğu düşünülen bu boyutlar revize edilmiş hali ile duygusal, bilişsel, yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma, fiziksel ve sosyal boyutlar olarak adlandırılmıştır (Korkut Owen ve ark., 2017).

Duygusal iyilik hali: Bireyin kendi duygularını gerçekleştirmesi, duygularını kontrol edebilmesi, duygularının farkında olabilmesi, kendine ve yaşam durumlarına olumlu olarak bakabilmesi (Myers ve ark., 2000; Korkut-Owen ve Owen, 2012), yakın arkadaşlıkları koruyabilmesi, stresle etkili baş edebilmesi gibi özellikleri kapsar (Zorba, 2015). Dolayısıyla sağlıklı olmanın içsel süreçleri ile olan boyutudur (Korkut-Owen ve Owen, 2012) ve kendi içinde farkında olma, kabullenme ve yönetme olarak üç farklı alanı içermektedir (Strout ve Howard, 2015; Zorba, 2015). Bunun yanısıra bu boyut ruhsal hastalıklardan arınık olmak değil daha çok bireylerin duygularıyla olumlu ve yapıcı başa çıkabilmesi anlamında kullanılmaktadır (Roscoe, 2009; Korkut-Owen ve Owen, 2012).

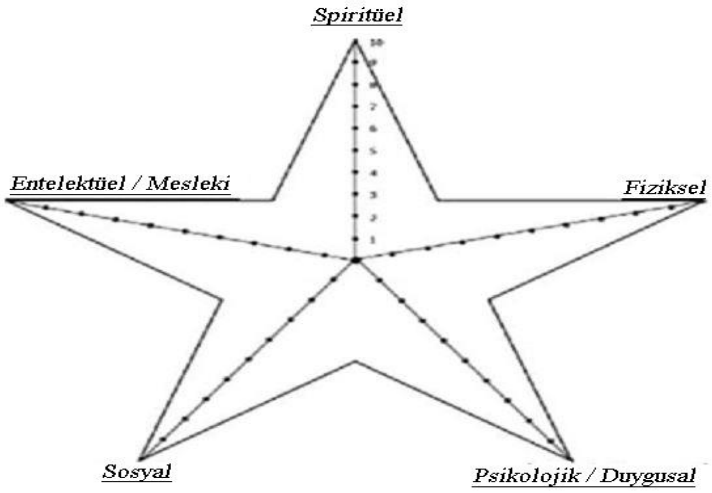
Bilişsel iyilik hali: Zevk gibi özellikleri içerir (Myers ve ark., 2000). Öğrenmeye açık, istekli ve meraklı olmayı, entelektüel olarak aktif olmayı, stratejiler geliştirmeyi, problem çözmeyi (Korkut-Owen ve ark., 2016), bireylerin bilgilerini kendisi ve toplum içinde kullanmasını, kendisini zihinsel olarak zorlayacak etkinliklerde bulunmasını, gönüllü ya da paralı olarak kişisel doyurucu etkinliklerde yer almasını, becerilerini topluma katkı olarak kullanmasını gerektirir (Miller ve Foster, 2010). Bunun yanı sıra bu boyutta iyi olan bireyler kendisi için zihinsel uyarıcı arayan,

öğrenmeye açık (Horton ve Snyder, 2009), iş/mesleğinden memnun, iş/okul yaşamında arkadaşları ile iyi ilişkiler kuran kişilerdir (Scheer ve Lockee, 2003; Korkut-Owen ve Owen, 2012).

Yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma: Kelime anlamıyla yabancı kökenli olsa da iyilik halinin spiritüel ya da Türkçe karşılığında ruhsal olarak bilinen boyutudur. Bireylerin yaşamı anlamlandırması, yaşam amacını araştırması, bir amaç bir hedef belirlemesi ve bunun için de çaba göstermesi gibi özellikleri içerir. Bireyler yaşamı anlamlandırmada dini inançlardan yararlanabileceği gibi sanat, müzik, sosyal ilişkiler, doğa gibi birçok bileşeni spiritüel iyilik hali içerisinde değerlendirebilmektedirler (Myers ve ark., 2000; Korkut-Owen ve Owen, 2012; Strout ve Howard, 2015). Bireyler ruhsal iyilik halleri iyi olduğunda kendilerini yaşamdan doyum alan biri olarak hissetmektedirler (Korkut-Owen ve Owen, 2012).

Fiziksel iyilik hali: Sağlıklı bir yaşam tarzı ile ilgili unsurları içerir (Myers ve ark., 2000). Vücudun fonksiyonel işlevleri ile ilgili olup (Zorba, 2015), dengeli beslenme, düzenli uyuma, fiziksel olarak aktif olma (Myers ve Sweeney, 2005; Korkut Owen ve Owen, 2012), düzenli testler, medikal bakım, öz bakım, ilaç yönetimi, sağlık sisteminin doğru şekilde kullanılması gibi öğeleri içermektedir (Zorba, 2015). Ayrıca korunmasız cinsel yaşam içinde olmak, uyuşturucu madde kullanımı ve aşırı hızlı araba kullanmak gibi riskli davranışlar bu boyutla alakalıdır (Myers ve Sweeney, 2005).

Sosyal iyilik hali: Genel olarak kişilerarası ilişkiler ile ilgilidir (Korkut-Owen ve Owen, 2012). Bireylerin çevre, doğa, diğer bireyler ve toplumla olan etkileşiminin niteliğini göstermektedir (Korkut- Owen ve ark., 2017). Ayrıca bu boyut bireyin aile, arkadaş ve hayatındaki diğer önemli kişilerden aldığı sosyal desteği, hem cins ve karşı cinsle olan sağlıklı ilişkilerini de içermektedir (Corbin ve ark., 2006). Bireylerin yaratılışı gereği diğer insanlarla konuşmak, paylaşmak zorunluluğu, iyi geçinebilme yeteneği ve diğer insanların özelliklerini kabul ederek bundan keyif alma yeteneği olarak özetlenebilir (Corbin ve ark., 2006; Horton ve Snyder, 2009). Sosyal olarak iyi olan birey, iletişim halinde etkileşim içinde olduğu her bireyden destek almaya ve destek vermeye hazırdır (Horton ve Snyder, 2009; Korkut- Owen ve Owen, 2012).



Şekil 2.1. İHYM'nin beş boyutlu yapısı

Kaynak: Korkut-Owen, F. ve Owen. DW. İyilik Hali Yıldızı Modeli, uygulanması ve değerlendirilmesi. Uluslararası Avrasya Sosyal Bilimler Dergisi. 2012; 3(9): 24-33.

Modelin uygulanmasında ve açıklanmasında modele adını veren yıldız metaforu kullanılmış ve İHYM'nin beş boyutlu yapısı köşeli bir yıldız olarak görselleştirilmiştir. Şekil 2.1'de görüldüğü gibi bu model ile beş boyutla ilgili sorular bir yıldız üzerinde 1 ile 10 arasında derecelendirilmektedir. Böylelikle bireyin iyilik halinin ne derecede bir yıldıza benzediği görülmekte ve yıldızın kısa kolları üzerinde birey ile konuşma fırsatı bulunmaktadır (Korkut Owen ve Demirbaş Çelik, 2018). Modelde 1'e yaklaşan puanlar düşük iyilik halini, 10'a yaklaşan puanlar ise yüksek iyilik halini göstermektedir. Her bir boyutun birey tarafından belli ölçüde doyurucu olması durumunda, bireyin yaşamında her şeyin yolunda gittiği duygusunu yaşaması mümkün hale gelmektedir. Bireyin bu durumu yıldız gibi parladığı metaforu ile açıklanmaktadır. Herhangi bir ya da birden fazla boyutu doyurucu nitelikte olmayan bir birey, yaşamında bazı şeylerin yolunda gitmediği duygusunu yaşayabilmektedir. Bu durumda metafor olarak yıldızın sönük olması kullanılmaktadır. İyilik hali bireye özgü olması sebebiyle bireyin iyilik haline ilişkin algıları zamana ve olaylara göre farklılık göstermektedir (Korkut- Owen ve Owen, 2012). Deniz yıldızından esinlendiği için bireyin yaşamına bütüncül bakan İHYM, tıpkı deniz yıldızının kopan parçasının yenilenmesi gibi bireyin daha az puan aldığı boyutlarda kendini geliştirmek için yapabileceklerine odaklanmaktadır (Korkut Owen ve Demirbaş Çelik, 2018). Yanı sıra medikal alanda geliştirilen iyilik hali modelleri arasında Hettler (Reese ve ark., 2014),

orijinal iyilik hali modeli (Ardel, 2011), iyilik hali enerji sistemi modeli (Travis ve Ryan, 1988) ve ruh sağlığı alanında geliştirilen iyilik hali tekerleği modeli, bölünmez ben:kanıta dayalı iyilik hali modeli de mevcuttur (Myers ve ark., 2000; Doğan, 2008).

2.6. Ruhsal Hastalık, Hastaneye Yatma ve İyilik Hali

Sağlık tanımının yalnızca hastalığın yokluğu değil, bundan daha öte iyilik halini de içeren olumlu bir durum olduğu kavranmış olunmasına rağmen; son dönemlere kadar ruhsal sağlık, ruhsal hastalığın yokluğu olarak görülmeye devam etmiştir (Keyes ve Simoes, 2012; Kuzugüdenlioğlu Ulusoy, 2018). İyilik hali ve ruhsal sağlık yaşam kalitesi için önemli olmakla birlikte bireylerin etkin ve yaratıcı bireyler olarak yaşamasını ve yaşamı anlamlı bulmasını mümkün kılmaktadır. Ruhsal sağlık, yaşanılan ortam içinde üretkenlik, sosyal bağlılık, barış ve istikrar için gerekli bir bileşen olup, toplumun ekonomik gelişimine ve sosyal sermayesine katkıda bulunmaktadır (WHO, 2005). Sağlık davranışlarıyla ruhsal sağlık arasındaki ilişki, ruhsal sağlık ve fiziksel sağlık arasındaki karmaşık ilişkiye ve etkin ruh sağlığı geliştirme programlarıyla elde edilecek olan daha kapsamlı sağlık ve sosyal kazanımlarına işaret etmektedir (Kuzugüdenlioğlu Ulusoy, 2018). Sağlıklı tutumlar içeren bir yaşam tarzının birçok sağlık problemini önlediğini gösteren araştırmalar buna karşın sağlıksız yaşam tarzını kalp, kanser hastalıkları, benlik saygısının azalması, depresyon ve kaygının artması gibi çok sayıda ruhsal ve fiziksel hastalık ile ilişkilendirmişlerdir (Doğan, 2008).

İyilik hali sağlığın korunması ile ilişkilidir ve sağlıklı yaşam boyutunda incelenmektedir (Strout ve Howard, 2015). Sağlıklı yaşam tarzı, yeterli uyku ve dinlenme, üretkenlik, egzersiz, anlamlı aktiviteye katılım, beslenme, sosyal temas ve destekleyici ilişkiler gibi sağlık alışkanlıklarının dengesini içermektedir (Swarbrick, 2006). Ruhsal bozukluğu olan hastaların, kötü beslenme, sigara içme, fiziksel hareketsizlik, madde bağımlılığı ve kötüye kullanımı ve sosyal yaşam tarzı seçimleri nedeniyle obezite ve diğer fiziksel komorbiditelerin gelişimi için yüksek riskli bir grup olduğu belgelenmiştir. Ayrıca antipsikotik ilaçların hastaları obeziteye yatkın hale getirdiği, diyabet ve kalp hastalığı için bir risk faktörü oluşturduğu saptanmıştır (Wynaden ve ark., 2012). Bu sebeplerden yola çıkarak, ruh sağlığı uygulamaları için sağlıklı yaşam tarzının hastaların iyilik halini yükseltmede etkili olduğu ifade edilmektedir (Swarbrick, 2006).

Ruhsal hastalıklarda belirtilerin hafifletilmesinde ilacın rolünü desteklemek için yeterli kanıtlar olsa da, literatürün gözden geçirilmesi tedaviye çok farklı bir yaklaşımı destekleyen önemli kanıtlar bulmuştur. Tutarlı bir temelde, hastalar farmakolojik tedavinin yanısıra farmakolojik olmayan müdahalelerle daha yüksek derecede belirti rahatlaması ve yaşam kalitesinde artış bildirmişlerdir (Rolin ve ark., 2020). Örneğin Hallgren ve arkadaşlarının (2015) antidepresan alan depresyonlu hastalar üzerinde yapmış oldukları randomize kontrollü bir çalışmada müdahale grubuna bir egzersiz programı ve internet tabanlı bilişsel davranışçı terapi uygulamasının müdahale grubundaki hastalarda depresyon düzeyini azalttığı saptanmıştır. Rolin ve arkadaşları (2020), psikiyatrik bozukluğu olan hastalar üzerinde yaptıkları egzersiz, sağlıklı beslenme, sosyal bağlılık ve uykuyu içeren sağlıklı yaşam programının hastaların uyku kalitesini arttırdığını ve kaygı belirtilerini azaltmada etkili olduğunu görmüşlerdir. Hastaların kaygı belirtilerinin iyileşmesinde etkili olduğu saptanan egzersizin yanı sıra uyku hijyeni, sağlıklı beslenme uygulamaları ve sosyal bağlantıların ruhsal belirtiler üzerinde olumlu etkiye sahip olduğunu destekleyen güçlü veriler bulunmaktadır (Herring ve ark., 2015; Cassilhas ve ark., 2015; Anastopoulou ve ark., 2017; Qui ve ark., 2017).

Ruhsal bozukluğu olan hastalarda hastalığın yıkıcı etkileri devam ederken bireyin mutlu ve umutlu bir yaşam sürebilmesi, yaşama yeniden anlam katması oldukça önemlidir (Onken ve ark., 2007). Ayrıca iyilik halinin sürdürülmesi ve arttırılmasında hastaların düşünce ve deneyimlerinin önemsendiği saygı çerçevesinde oluşan ilişkiler, kendi güçlü ve zayıf yönlerini tanıması, başa çıkma becerilerini geliştirmesi, sosyalleşmesi, hastalığına ilişkin bilgi sahibi olması (Slade ve ark., 2011), hastalığı kabul etme, tedaviye inanma, umut etme, anlamlı bir yaşam sürdürme ve toplum tarafından kabul görme önemli rol oynamaktadır (Çam ve Yalçıner, 2018). Semptomların şiddetini azaltmak ruhsal bozuklukların tedavisinde önemli bir amaç olmasa da, sadece semptomları azaltmanın bu popülasyonda ruh sağlığı ve iyilik halini göstermediği ileri sürülmektedir. Ruhsal hastalıkların, psikolojik ve duygusal iyilik halinin yanısıra, fiziksel ve sosyal iyilik hali üzerinde önemli bir olumsuz etkiye sahip olduğu bilinmektedir (Vaingankar ve ark., 2017). Bu hasta grubu için yüksek sağlık risk faktörleri göz önüne alındığında, etkili tıbbi ve sağlığı geliştirme önlemleri çok önemlidir. Dolayısıyla hastaları sağlıklı yaşam tarzı programlarına katılmaya teşvik etmek ve akut bakım ortamlarında bir tedavi seçeneği olarak bu programların

kullanılması hastaların iyilik haline katkı sağlayacaktır (Wynaden ve ark., 2012). İyilik halinin bilinçli bir seçim olduğu, süreç içerisinde geliştiği, bireyin kendi iyilik halini belirlemede aktif rol oynadığı, çok boyutlu bir yapıya sahip olmakla birlikte aynı zamanda bütüncül bir yapısının olduğu vurgulanmaktadır (Miller ve Foster, 2010; Oliver ve ark., 2017). Sonuç olarak iyilik hali yıldızı bütüncül bir bakış açısı ile bakım vermede önemli bir araç olarak düşünülebilir.

Tüm bunların ışığında, kendini duygusal ve düşünsel alanda gösteren kaygı hastaların davranışlarını olumsuz etkileyerek yaşamsal işlevselliği bozan ve iyilik hali düzeylerini olumsuz etkileyen bir durumdur (Cook ve ark., 2012). Zaman içerisinde birey kaygı karşısında iyilik hali ve koruma sağlamaya yönelik rahatlama davranışlarının karekteristik örüntülerini geliştirmektedir (Öz, 2014). Dolayısıyla birey, düzenli spor yapma, beslenme, gerçekçi düşünceler ve etkili baş etme stratejileri geliştirme gibi iyilik halinin geliştirilmesine katkı sağlayan yollar ile kaygı düzeyinin düşürülmesini mümkün kılabilmektedir (Cook ve ark., 2012). Bu anlamda kaygı, iyilik hali, bu iki değişken arasındaki ilişki ve bu ilişkinin yönü bakım sonucu olarak veri toplama, amaç belirleme ve değerlendirmede dikkate alınması önemli ve anlamlı olabilecektir.

2.7. Psikiyatrik Bakım Ortamlarında Psikiyatri Hemşireliği ve Önemi

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşiresi, Amerikan Hemşireler Birliği (ANA)'nın 2014 yılında yaptığı tanımlamaya göre, sanat olarak kendiliğin amaçlı kullanımı, bilim olarak ise nörobiyolojik ve sosyal kuramların, araştırma bulgularının ve hemşireliğin çeşitli rollerinin kullanımı ile hizmet veren ruh sağlığı mesleğidir (Pollard, 2018). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği uygulamaları; bireylerin gerçek veya potansiyel ruh sağlığı sorunlarını, ruhsal bozukluklar ve diğer sorunlardaki yetersizlik durumlarını yönetmeyi, baş etme ve yaşam becerilerini tekrar kazandırmayı, bireysel güç alanlarını değerlendirmeyi, güçlü yönlerin desteklenerek işlevsellik durumlarını önlemeyi ve kendi kişisel hedeflerine ulaşmalarına yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Bu bağlamda psikiyatri hemşiresinin ekip içindeki rolü, hasta bireye doğrudan ve kesintisiz hizmet vermesi, bakım müdahalelerini gerçekleştirmesi, empati becerilerini kullanarak hastayı aktif olarak dinlemesi, gözlem yapması ve terapötik iletişim kurarak bireyin bakıma katılmasını sağlaması açısından önemlidir (Öz, 2020).

Psikiyatrik bakımının yönü son yıllarda bireylerin eksikliklerinden çok güçlü yönlerine odaklanmaya, ruhsal sağlığın iyileştirilmesi ve güçlendirilmesine doğru bir değişim göstermeye başlamıştır. Ruh sağlığının güçlendirilmesinde sağlıklı olma temel olmakla birlikte, sağlığın önemsenmesi, iyileştirilmesi ve geliştirilmesine vurgu yapılmaktadır. Pozitif özelliklere vurgu yapan bu yaklaşımda, ruhsal bozukluğu olan bireylerin iyilik halini ve dayanıklılığını arttırmak, becerilerini geliştirmek, tedavi edici bir ortam oluşmasına katkı sağlamak amaçlanmaktadır (Zargham-Boroujeni ve ark., 2015; Sabancıoğulları, 2018). Bütüncül bir bakış açısı ile insana yaklaşan hemşirelik kuramları ve modelleri, hemşirelik bakımının odağına yerleşmiştir. Hemşireliğin "çevreyi yapılandırmak" yolu ile, iyileşmeye katkı veren bir bakım sanatı olduğunu gösteren Florence Nightingale (Bhowmik, 2011; Smith ve ark., 2013; Buldukoğlu, 2015), hemşirelerin iyileşme ortamlarını hem kendileri hem de bakım sonuçları üzerinde olumlu yönde katkı sağlayacak şekilde düzenlenmelerini istemiştir (Sungur-Ergeneoğlu ve Aytuğ, 2007; Bhowmik, 2011; Velioğlu, 2012). Boz' un aktarımına göre (2017) Watson, iyileştirici bakım çevresini duygusal, fiziksel ve manevi anlamda güzel, huzurlu, konforlu, rahatlatıcı bir ortam olarak tanımlamaktadır. Bu kurama göre hemşire iyileştirici bakım çevresinin bir enstrümanıdır. Varoluşcu fenomenolojik felsefeden etkilenerek "hümanistik hemşirelik teorisini" geliştiren Paterson ve Zderad bakımın amacını "iyi olmak ve iyilik halini yükseltmeye odaklanmak" olarak tanımlamışlardır (Smith ve ark., 2013; Buldukoğlu, 2015). Arslan-Özkan ve Bilgin'in aktarımına göre (2016) Wiedenbach' e göre hemşirelik sanatı, "hastaların gereksinimlerini ve kaygılarını anlamak, değişik sağlık bakım uygulamaları ile hastaları iyileştirmek ve hastaların yeterliliklerini arttıran yöntemleri geliştirmektir".

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresinin rolleri tarihsel süreç içerisinde klinik deneyimlerle değişim ve gelişim göstermiş olup, biyomedikal ve kişilerarası olmak üzere birçok rolleri tanımlanmıştır. Bu roller konsültan, yönetici, klinik uygulayıcı, araştırıcı, hizmet içi eğitim, program değerlendirici, birincil bakım sağlayıcı, hasta ve acil sağlık bakım sisteminin diğer üyeleri arasında liyezon rolleri'dir (Buzlu ve Özbaş, 2011; Çam, 2014; Yılmaz ve Özcan, 2016). Alanda çalışan hemşirelerin belirlenen bu rol ve sorumlulukları çalışma ortamında ne tür müdahalelerde kullandıklarını, bu müdahaleleri ile hangi rol ve sorumluluklarını gerçekleştirdiklerini bilmeleri, farkında olmaları ve değerlendirmeleri önemlidir (Öz, 2020).

Hemşirelik bakımının özü bireyin var olan gücünü, motivasyonunu ve potansiyelini değerlendirerek kendi bakımında söz sahibi olması ve kararlara katılarak iyilik halini sürdürmeye, iyileşmeye odaklı olmasıdır. Dolayısıyla bu bağlamda psikiyatri hemşirelerinin iyilik hali ile ilgili tanıları kullanması oldukça önemlidir. 2018 yılında revize edilmiş NANDA (Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği) taksonomisi içinde kabul edilmiş 26 tane sağlığı geliştirme iyilik hali tanısı bulunmaktadır. Sağlığı Geliştirme /İyilik hali hemşirelik tanılarının hepsi bir araya getirilerek, bu tanılar "Sağlığı Geliştirme Davranışları" tanısı altında düzenlenmiştir. "Aile Başetmesinde Güçlenmeye Hazır Oluş", "Aile İçi Süreçlerde Güçlenmeye Hazır Oluş", "Başetmede Güçlenmeye Hazır Oluş", "Benlik Kavramında Güçlenmeye Hazır Oluş", "İletişimde Güçlenmeye Hazır Oluş", "İlişkilerde Güçlenmeye Hazır Oluş", "Karar Vermede Güçlenmeye Hazır Oluş", "Sağlığını Yönetmede Güçlenmeye Hazır Oluş", "Spiritüel İyilik Halinde Güçlenmeye Hazır Oluş", "Toplumsal Başetmede Güçlenmeye Hazır Oluş", "Ümidi Güçlendirmeye Hazır Oluş" sağlığı geliştirme (iyilik hali) tanıları, sıklıkla ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerde kullanılmaktadır (Carpenito, 2021). Bu bağlamda hemşirenin veri toplarken bireyin güçlü olduğu yönlerini, kaynaklarını belirlemesi gerekmektedir. Sağlığı geliştirme iyilik hali tanısı, bireyin motivasyonlarını ve motivasyon kaynaklarını göz önünde bulundurarak baş etme becerilerinin ve yaşam kalitesinin arttırılması, benlik kavramının güçlendirilmesi ve çevreye uyumu arttırılarak bireyin iyileştirilmesine ve iyi oluşuna katkı sağlamaktadır. Bu yönüyle bozuklukları, hastalıkları önleyici, bireyin kendi bakımına ve kararlara dahil olmasını sağlayan bir fonksiyonda üstlenmektedir diyebiliriz.

Psikiyatri hemşiresi gerek uygulama standartları (https://www.nursingworld.org, Erişim tarihi: 09.06.2021) gerek hemşirelik yönetmeliğinin klinik psikiyatri hemşiresi görev, yetki ve sorumlulukları (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011) çerçevesinde, hastayla biyopsikososyal bir bütünlük içerisinde, terapötik iletişim tekniklerini ve kanıta dayalı değerlendirme araçlarını kullanarak sürekli ve sistematik biçimde veri toplamaktadır. Peplau, hemşirelerin bireylerin kaygılarını azaltmaya yardımcı olmada önemli bir rollerinin olduğuna, kişi ve hemşire arasındaki ilişkinin bakım sonuçlarını önemli ölçüde etkilediğine inanmaktadır (Penckofer ve ark., 2011). Peplau'ya göre kaygı; eğer kavram anlaşılmazsa profesyonel uygulamanın tehlikeli olduğunu düşünen bir anahtar kavramdır. Eğer kaygı fark edilmezse, şiddetlenmeye ve paniğe doğru devam

etmektedir. Kaygının, herbiri gözlemlenebilir davranışsal işaretleri olan çeşitli seviyeleri içerir ve Peplau bu işaretlerin sıklıkla "rahatlama davranışları" olduğunu iddia etmektedir. Ayrıca kaygı karşılanmayan bir öz-sistem güvenlik ihtiyacından dolayı tetiklenebilmektedir (Austin and Boyd, 2010). Kaygı tanısı konan hastaların hemşirelik bakımında amaç; kaygısını yönetebilmesi ve kaygı düzeyinin azalmasıdır. Kaygının yönetimi bireyin kaygılı olduğunu farketmesi, kaygıya neden olan kaynakların belirlenmesi, kaygıyı anlamasının sağlanması, sözsüz iletişim davranışlarının belirlenmesi, kaygıyı azaltmak için kullandığı yöntemleri tespit edip etkin baş etme yollarının hastaya öğretilmesi, bireyin beklentilerinin farkına varması, oluşabilecek farklılıkları değerlendirmesi ile kaygı düzeyinin objektif fiziksel ve sayısal göstergelerle değerlendirilmesi şeklinde özetlenebilir (Kocaman Yıldırım, 2010; Sampaio ve ark., 2018). NANDA (Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği) taksonomisi içinde psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda sıklıkla kaygı ile ilgili "Anksiyete (Kaygı)", "Etkisiz başetme", "Benlik saygısında azalma", "Aile süreçlerinde bozulma" hemşirelik tanıları görülmektedir (Carpenıto, 2021). Bu hemşirelik tanılarına yönelik Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması' nın (NIC) yönlendirdiği bazı girişimler, anksiyetenin azaltılması, başetmeyi güçlendirme, benlik saygısını güçlendirme, özfarkındalığı güçlendirme, terapötik oyun ve ortam terapisi şeklindedir (Bulechec ve ark., 2017).

Psikiyatri hemşiresi hastaların en az kısıtlayıcı olan ortamda güvenli tedavi ve hizmet almalarına yardımcı olmaktadır. Hastaların ruhsal ve fiziksel sağlığının değerlendirildiği, planlanan hemşirelik uygulamaları doğrultusunda hasta sorunlarının ele alındığı planlı ve düzenli görüşmeler yapmaktadır (https://saglik.gov.tr, Erişim tarihi: 15.01.2019). Bu görevlerini yerine getirirken psikiyatri hemşiresinin terapötik iletişim kurabilmesi gerekmektedir. Hastalarla en çok vakit geçiren bir meslek grubu üyesi olan hemşireler, kliniklerde ortamı yöneten, ortamın yürütücüsü ve aynı zamanda kullanıcısı olan kişilerdir (Graham ve ark., 2002). Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) (2014) yılında ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinden hasta bakımında beklenen mesleki uygulama standartlarını tanımlamış olup, bakım standartlarından uygulama standardı içerisinde yer alan, bakımın koordinasyonu, ortam tedavisi, danışmanlık, sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesi gibi hemşirelik uygulamalarını vurgulamıştır (https://www.nursingworld.org, Erişim tarihi:15.01.2019). ANA'nın psikiyatri hemşireliği uygulama standartlarında yer alan "tedavi edici ortamı oluşturma

ve sürdürme" klinik ortamda hemşirelik uygulamalarını sürdürebilmek için temel oluşturan becerilerden biridir (Öz, 2020). Bakım süreci içerisinde hastalara tedavi edici ortamı oluşturmak hemşirelerin temel görevleri arasında yer almaktadır (Boz, 2018). Ruhsal bozuklukların tedavisinde büyük öneme sahip olan psikiyatri kliniklerinde, sağaltım yaklaşımı olarak çeşitli psikoterapötik müdahaleler ve ilaç tedavileri kullanılmaktadır. Ayrıca tedavide ortamın 'tedavi edici' nitelikte olması grup terapileri, psikososyal etkinlikler, etkileşim grupları, hasta ve aile ile yapılan görüşmeler açısından oldukça önemlidir (Kamışlı ve Daştan, 2008). Bu bağlamda tedavi edici ortam; psikiyatri kliniğinde yatan hastalar için en önemli unsurlardan biridir (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Tedavi edici ortam; hastayı iyileştirmeyi, sağlığını yükseltmeyi, sosyal yaşama yeniden dönmesini, benlik ve özsaygısını desteklemeyi amaçlayan dinamik, ideal bir ortamdır (Videbeck, 2001). Bu ortamın hastaların problemli duygu, davranışlarını kontrol edebileceği, iyileştirebileceği şekilde düzenlenmesi ve hastanın kendisiyle, diğerleriyle ve çevresel stres etkenleriyle başedebilmek için problem çözme yeteneğini kullanabileceği nitelikte olması gerekmektedir (Schultz and Videbeck, 2009). Ayrıca bu ortamın hastanın ihtiyaçlarını ve haklarını ihlal etmeksizin, hasta bireyin ihtiyaçlarına uygun hale getirilmiş olması da oldukça önemlidir (Basavanthappa, 2007). Terapötik ortamı oluşturan temel unsurlar güvenlik/emniyet, yapılandırılmış ortam, normlar, sınırlar, denge ve esnekliktir. Yapılandırılmış ortam fiziksel çevreyi, birimle ilgili düzenlemeleri, aktivite, sosyal beceri, fiziksel egzersiz, psikoeğitim, mesleki rehabilitasyon, kişilerarası becerileri geliştirme (örn: kararlılık eğitimi, dinleme ve konuşma becerileri eğitimi) ve iş-uğraş aktiviteleri gruplarını içermelidir (Oflaz, 2006; Keltner ve ark., 2007; Basavanthappa, 2007; Keltner ve Stelee, 2014).

Uğraş aktiviteleri, hastaların bireysel destek ve toplumsal kaynaklarını tanımlamasını, mevcut stres, kaygı belirtilerini fark ederek bu durumların fiziksel ve duygusal iyilik halini nasıl etkilediğini anlamasını, kaygı, stresini yönetmesi için olumlu alternatifleri tanımlamasını (Cain, 2014), aile, arkadaş ve toplum içerisinde başarılı iletişim geliştirmesini (Roley ve ark., 2008), hastanın kendisini yararlı hissetmesi ve başarma duygusu kazanmasını sağlar (Büyükbayram Arslan, 2020). Ruh sağlığı alanında çalışan hemşirelerin hastaya uyguladığı bakımın kalitesi; problem çözebilme, tarapötik iletişim becerisini kullanma, alternatif çözüm önerisi geliştirme ve terapötik ortamda

etkin olma gibi birçok becerilerle yakından ilişkilidir (Çam ve ark., 2014; Halter ve Pollard, 2018). Ortam tedavisi içerisinde yer alan uğraşı aktiviteleri dünyada ve ülkemizde psikiyatri kliniklerinde hemşireler tarafından yürütülen mesleki, yasal, bilimsel ve kuramsal dayanağı olan terapötik amaçlı pek çok görsel, işitsel, duyuşsal ve dokunsal etkinliklerdir (Kamışlı ve Daştan, 2008; https://www.saglik.gov.tr, Erişim tarihi: 15.01.2019; Çakmak ve ark., 2016; Atalay ve ark., 2018).

Uğraş aktivitesi, hastanın görev performansının, bilişsel işlevlerin, psikososyal gelişimin, güçlü ve zayıf yanların tanınması ve değişime uyumun değerlendirilmesine odaklanmaktadır. Hemşirenin uğraş aktivitesindeki rolü, öngörülen görevlerin teşvik edilmesi, desteklenmesi, rol modellemesi, öğretilmesi, tartışılması ve gerçeklik testinin sağlanması için hastalarla günlük teması içermektedir. Hemşirenin genel hasta işlevini değerlendirmesi, uğraş aktiviteleri için değerli bilgiler sağlamaktadır (Fortinash ve Holoday Worret, 2014). Ayrıca hemşirenin, hastanın zamanı doğru ve verimli bir şekilde kullanmalarını sağlamak, kendine güveni düşük olan bir hastayı kendi değerini farketme konusunda cesaretlendirmek, gerileme yaşayan hastaya yardım etmek gibi görevleri bulunmaktadır (Basavanthappa, 2007). Uğraş aktiviteleri içinde hemşirenin rolü önemlidir. Çünkü; (1) Hemşirelerin aktivitelere katılımı hasta aktiviteleri için daha fazla hazıroluşluk sağlamaktadır. (2) Hemşire, hastanın kaygısını ve engellenmişliklerini azaltan güvenlik ve konforu temsil eden eğitimli profesyonel bir gözlemcidir. (3) Hemşire, terapist ve doktorun işbirliği, çok sayıda disiplinin hasta sorunlarını farklı perspektiflerden görmesine izin verir, bu da daha etkili sonuçlar için fırsatı arttırmaktadır (Fortinash ve Holoday Worret, 2014).

Ruhsal hastalığı olan hastalara yapılacak müdahalelerin kapsamlı, çok yönlü ve holistik bir bakış açısıyla ele alınması gerekmektedir. Ruhsal hastalık nedeniyle psikiyatrik bir ortamda yatmakta olan hastalarda sıklıkla görülen, hiçbir şey yapmak istememesi, özbakım ihtiyaçlarını yerine getirememesi, tedaviye uyumda güçlük yaşaması, hareket azlığı, gününü planlama ve organize etme becerisinde yetersizlik, sedanter yaşam tarzı (sürekli yatma isteği), yalnızlık, kaygı ve başa çıkmada zorlanma gibi semptomların yönetilmesinde ve hastaların iyilik halinin yükseltilmesinde yapılandırılmış uğraş aktivitelerinin ve bakım modellerinin uygulamada kullanılması önemli bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir (Shorten ve Crouch, 2014).

2.8. Kum Oyun Etkinliği

İç ve dış dünya arasında kurulan bağların karmaşık hallerine tanık olan ruh sağlığı alanı pek çok bileşeni içermektedir. Sosyal bağlamda kendine yer açmada engeller yaşayan, sosyal yaşama uyumu zorlaştıran hastalık tablolarında hastanın zihninde ne olup bittiğini anlamak oldukça güçtür. Hastanın kurallı sözlü dil ile anlatmakta güçlük çektiği ve iç dünyasında var olan malzemeyi söz öncesi simgesel bir dil ile dışa vurmasını sağlayan (Eracar ve Sarandöl, 2019) kum oyunu, yaratıcı ve eğlenceli bir yaklaşımla, hastalara duygularını ifade etme ve kişisel yaşam öykülerini, bireysel veya grup olarak korunan ortamda sözlü ifadesini kolaylaştırma imkanı sunmaktadır (Laura ve ark., 2014).

İngilizce de 'Sandplay' olarak geçen kum oyunu Dora Kalff tarafından tasarlanan ve Carl Gusto Jung'un analitik psikolojisinden esinlenen, uzak doğu felsefesine dayanan bir tekniktir (Grubbs, 1994; Carol-Albert, 2015; Swank ve Jahn 2018; Pearson ve Wilson, 2019). Kum oyunu, psikodinamik oyun terapisi teorilerinde ve özellikle Carl Gusto Jung'un analitik psikolojisinde teorik bir geçmişe sahip, çocuklar, ergenler ve yetişkinlerle yapılan çalışmalarda uygulanan psikoterapötik yöntemdir (Roesler, 2013; Roesler, 2019). Kum hikayelerinin inşası ve yansıması sürecinde, hasta genellikle erken çocukluk deneyimlerini, erken travma ve diğer psikopatolojilerden veya kişisel çatışmalardan kurtulmaya yardımcı olabilecek önemli yaşam olaylarını yansıtabilmektedir (Dale ve Lyddon, 2000). Dışavurumcu bir sanat etkinliği olan kum oyununda hasta şimdi ve burada olana odaklanmakta, an'da kalmakta ve an'da varlığını sürdürerek kişisel kaynaklarını keşfetmeye çalışmaktadır (Roesler, 2013; Roesler, 2019).

Kum oyunu, özgür ve korumalı bir alanda (Ferreira ve ark., 2014), bir bireyin aktarım veya yorumlama yoluyla bir yetişkinin gerekli müdahalesi olmadan kendi fiziksel ve zihinsel durumunu gösterebileceği fırsat sunmaktadır (Booth ve O'Brien, 2008). Burada özgür ve korunan alan hem tepsinin kendisi hem de terapötik ilişkiye işaret etmektedir (Turner 2017; Pearson ve Wilson, 2019). Kumda dünya yaratarak bireyin içinde ne olduğunu ifade etme süreci, iç sorunu görünür kılmakta ve terapötik hareket ve büyümeye izin vermektedir. Bireyin sorunları bilinçsiz bir sembolik seviyede çözülmektedir (Booth ve O'Brien, 2008). Kum tepsisinde herhangi bir sembolün pozitif veya negatif anlam kutuplarına sahip olduğunun farkında olunmalıdır. Örneğin

objektif düzlemde örümcek figürü tepside göründüğünde korku nesnesini, gerçek örümceği temsil ediyor olabilmekte subjektif düzlemde de negatif anne kompleksine işaret ediyor olabilmektedir. Bu nedenle kum oyunundaki sembollerin tepsinin yapımcısı için ne anlama geldiğini bulmak önemli bir yere sahiptir (Booth ve O'Brien, 2008; Turner, 2017; Pearson ve Wilson, 2019).

Kum oyununu iyileştirici ve dönüştürücü bir araç olarak kabul eden Weinrib, kum oyununu bireyin yaşamının erken dönemlerini şekillendiren anne-çocuk yarasını onarmak için bir annelik alanının reaksiyonu olarak görmektedir. Kum oyunundaki amaç, normal anne-çocuk ilişkisi için duygusal bir metafor olan anne alanı veya psikolojik rahim sağlamaktır. Bu güvenli alanda içteki çocuk tüm yaratıcılık ve yenilenme potansiyeli ile tamamlanmış olarak psikolojik yaralarının iyileşmesini gerçekleştirebilmektedir (Weinrib, 2004). Weinrib (1983)'e göre kum oyununda iki süreç işlemektedir, bunlardan birisi "iyileşme", diğeri ise "bilincin genişlemesi" ya da "farkındalığın artması" dır. İyileşme; ailenin yaşantısındaki erken dönem ihmal, terk edilme, taciz, doğum öncesi ve sonrası travmaların yeniden ele alınarak işlenmesidir. Farkındalığın artması ise bireyin ne hissettiğinin, ne yaptığının, ne düşündüğünün farkında olması ve eylemlerinde tercih yapabilme yetisidir (Akt. Kalff, 1993).

Birey için kuma dokunmanın dokunsal doğası terapötik bir deneyimdir. Kuma dokunmak bireyin kaygısını azaltmakta ve duygularını düzenlemesine yardımcı olmaktadır (Homeyer ve Morrison, 2008). Badenoch, kum oyununu kullanmanın sağ beyindeki limbik süreçleri uyandırdığını ve limbik süreçleri düzenleyerek sağ beyinde dikey entegrasyonu desteklediğini belirtmektedir. Böylelikle yeni nöral yol 'şablonları' gelişerek bireyin işlev göstermesini engelleyen acı hatıraları etkili bir şekilde yeniden düzenlenmektedir (Badenoch, 2008). Kumda bir dünya oluşturulduğunda içeriğin tartışılması sol beyin ile sağ beyin arasındaki entegrasyonu sağlamaktadır. Bireyin kumdaki hikayesi içerisine kelimeleri ekleme süreci sol beyinde; diğer taraftan hikayeye görüntüleri, hayalleri ve hisleri eklemek sağ beyin ile ilişkilidir. Bu durum korpus kallosumu geliştirerek kum oyunu deneyiminin duygusal içeriğinin daha fazla düzenlenmesini sağlamaktadır. Kum oyunu korteks ve limbik sistem aracılığıyla durumu açığa çıkarmakta ve sembolik şeyler sözcüklere dönüştükçe her iki yarımküreye de yayılmaktadır (Homeyer ve Morrison, 2008; Homeyer ve Sweeney, 2020).

2.8.1. Kum oyun etkinliğinin gelişimi ve dayandığı kuramsal temeller

Kum oyunu uygulayıcılarının en eski öncülerinin, dünyada ilk kez koruyucu sihirli daireler çizen en eski kabileler olduğu söylenmektedir. Kum oyunu terimi ilk olarak 1962 yılında Dora Kalff tarafından bir konferansta kullanılmıştır. Ancak, tedavi ve / veya teşhis çalışması için kum tepsileri ve minyatürlerin kullanılması süreci çok eskiden beri devam etmektedir (Steinhardt, 1997; Goss ve Campbell, 2004; Turner, 2017). Tarihsel olarak iyileşme sürecinde kullanılan kum ve toprak ortamı, birçok kültür tarafından büyülü ve koruyucu özelliklere sahip olarak görülmüştür. Örneğin geleneksel Navajo halkı tarafından şifa törenlerinde ve şeytan çıkarma amaçlı ayrıntılı kum resimleri kullanılmış (Boik ve Groodwin, 2000; Weinrib, 2004), Carl Jung, kendisinin yaşadığı rahatsızlığın üstesinden gelmek için kumdan kaleler ve başka yapılar inşa etmesinin kendisi için terapötik olduğunu bulmuştur (Tennessen ve Strand, 1998).

İngiliz bir çocuk psikoloğu olan Margaret Lowenfeld (Grubbs, 1994; Steınhardt, 1997), Birinci Dünya Savaşı'ndan sonra, travma ve çocukların yaşadığı acılardan çok etkilenerek (Isom ve ark., 2015; Turner, 2017), 1929 yılında Londra kliniğinde, herhangi bir kuramdan bağımsız bir teknik deneme adına, çalıştığı çocuklarla minyatür figürler kullanmaya başlamış ve bu tekniğin çocuklar üzerindeki olumlu etkilerini görmesi sonucu, bu tekniği "Dünya Tekniği" olarak adlandırarak terapötik oyun eylemini başlatmıştır (Grubbs, 1994; Steınhardt, 1997; Goss ve Campbell, 2004; Spooner ve Lyddon, 2007; Mayes ve ark., 2007; Monakes ve ark., 2011; Swank ve Jahn, 2018). Erik Erikson ve Melanie Klein' da bu oluşumdan bağımsız olarak, aynı yıllarda bireyde çağrışımlar uyandırmak için kumsuz bir masa ve küçük nesneler kullanmışlardır (Delevi ve Bugay, 2011). Erik Erikson ayrıca Lowenfeld' in yöntemlerini denemiş ve "dramatik prodüksiyon testi" olarak adlandırdığı bir değerlendirmeyi gösteren iki araştırma çalışmasında sözel olmayan anıların ve deneyimlerin ortaya çıkışını anlatmıştır (Dale ve Lyddon, 2000; Ramsey, 2014).

Carl Jung' un öğrencilerinden Dora Kalff, 1956 yılında Zürih'teki uluslararası bir konferansta Lowenfeld ve "Dünya Tekniği" hakkında bilgi almış ve Lowenfeld ile çalışmak için Londra'ya gitmiştir (Boik ve Goodwin, 2000; Suri, 2012). Daha sonra Zürih' den dönen Kalff, Carl Jung ile analitik eğitimini tamamlayıp, Neumann'ın erken çocukluk döneminde ego gelişiminin sahne teorisini ve Jung'ın bireyleşme

teorisini bir araya getirerek kum oyununu geliştirmiş (Dale ve Lyddon, 2000) ve ilk kez bu terim Kalff tarafından kullanılmaya başlanmıştır (Boik ve Goodwin, 2000; Mayes ve ark., 2007). Kum oyununun hızlı gelişmesiyle beş ayrı ülkede Jung terapistleri ve Kalff'ın eşliğinde 1985 yılında Uluslararası Kum Oyunu Terapisi Derneği (Delevi ve Bugay, 2011), ardından 1988 yılında Amerikan Kum Terapistleri Derneği kurulmuştur. 1991 yılında ilk Kum Oyunu Terapisi Dergisi yayınlanmış, Do Domenico öncülüğünde 1995 yılında, Sandtray Ağı kurularak, bu alanda çalışan terapistler kum oyunu ile ilgili deneyimlerini paylaşmışlardır (De Domenico, 1993).

2.8.2. Jungian kum oyunu

İmajinasyonu terapötik diyalogda bir köşe taşı olarak gören ve yaratıcılığı bilinçdışı süreçlere bağlı olarak ele alan Jung, bu süreçlerin belirtilerini resimlerdeki düzende, koyu ve açık kontrasında, sağ ve solun zıtlığında, resimlerdeki kaotik çok yönlülükte izlemektedir. Ruh ve imge arasında ki bağlantının önemli olduğunu düşünen Jung, görsel sanatın içerdiği evrensellik ve arketipleri araştırarak betimlemedeki sembollerin önemli olduğunu vurgulamaktadır. Ayrıca hayal gücünün semboller yaratarak ruhu geliştirdiğini belirten Jung, travmaya maruz kalmış bireylerin bu yolla kendini iyileştirdiğini ifade etmektedir (Jung, 2007; Capacchiona, 2012). Jung (2015)' e göre; bireyin kişiliğinin çoğunu oluşturan hem kişisel hem de kolektif bir bilinçdışı vardır. Bu bilinçdışı seviyelerinde hayaller, motivasyonlar, davranışlar ve evrensel arketipler yatmaktadır. Sembollerin ve arketiplerin bilinçdışını iletmek için bir dil olarak işlev gördükleri ileri sürülmektedir (Kalff, 2003; Jung, 2005; Turner, 2005; Mayes ve ark., 2007). Jung, bir sembolü, açık ve ani bir anlamdan daha fazlasını temsil eden bir şey olarak tanımlar. Sembollerin din, maneviyat, kültür, 'Benlik' gibi tam olarak anlaşılmayan kavramları tanımlamaya yardımcı olduğunu belirtir. Jung 'a göre; bireyin çözülmemiş veya bilinmeyen psişik durumu temsil etmek için sembollere ihtiyacı vardır (Jung, 2015). Semboller Erikson'un yaşam evrelerine benzer kimlik, yakınlık, üretkenlik gibi farklı temaları, ayrıca 'Benlik', "animus" (kadın içindeki erkek), "anima" (erkek içindeki kadın) ve iç çocuğun bilinçsiz temalarını temsil etmektedir. Bu tür bilinçdışında tutulan arketipler, kum tepsisi ve minyatürlerin sembolik arenasında ifade bulmaktadırlar (Bradway, 2002). Jung'un kum oyununun altında yatan inançlardan biri, her bireyin kendi içinde iyileştirme ve büyüme yeteneği ve gücüne sahip olduğu ve sembolik/ metaforik / hayali yolun bireyi bu şifa kaynağına bağladığıdır (Hankes, 2015).

Kum oyununun yaratıcısı Dora Kalff (2003), bilinçsiz süreçlerin üç boyutlu görselleştirilmesine, özgür, yaratıcı oyun deneyiminin iyileşmeyi aktivite ettiğine ve bireyin özünün olumlu gelişimine katkıda bulunduğuna inanmaktadır. Ayrıca, kumda oluşan hikayelerin bireyin iç-psişik dünyasını temsil ettiğini ve Jung tarafından teorik olarak önerilen bireyleşme sürecine benzediğini düşünmektedir (Mitchell ve Friedman, 2003; Doyle ve Magor Blatch, 2017). Kum oyununda amaç bireyleşme sürecini harekete geçirmektir. Bireyleşme süreci ise gölge ile yüzleşme, zıt kutupları birleştirme, kişiliğin bütünleşmesi için yaşanan deneyimleri ve özümsemeyi kapsamaktadır (Turner 2017; Pearson ve Wilson, 2019).

2.8.3. Kum oyunu malzemeleri

Kum, minyatür figürler ve kum tepsisi, kum oyunu etkinliğinin temelini oluşturan basit öğelerdir (Kevin ve ark., 2015). Kum oyununda 57x72x7 cm (Delevi ve Bugay, 2011) ya da 30x20x3 cm (Dale ve Lyddon, 2000) ölçütlerinde ıslak ve kuru olmak üzere (Delevi ve Bugay, 2011), gökyüzünü ve suyu sembolize etmek için (James ve Martin, 2002; Spooner ve Lyddon, 2007) mavi boyalı, dikdörtgen, saç metal veya sert plastik ile kaplanmış (Weinrib, 2004) iki kum tepsisi (Monakes ve ark., 2011) ve birçok minyatür kullanılmaktadır (Hong, 2010; Delevi ve Bugay, 2011; Allen, 2018). Şekil 2.2'de kum tepsisi örneği görülmektedir (Carol-Albert, 2015). Kumun olduğu kadar suyun da derinden dokunan eşsiz bir kinestetik ve duygusal özelliği bulunmaktadır. Kum tepsisinde suyun kullanılması boğulma/ölümü temsil edebileceği gibi yeniden doğma ve temizlenmeyi de sembolize edebilmektedir (Homeyer ve Sweeney, 2007). Tepsinin boyutu, hastanın ve uygulayan kişinin gözlerini ve başını hareket ettirmeden tüm tepsiyi bir bakışta görmesi açısından önemlidir (Dale ve Lyddon, 2000). Hasta tepsi içinde dağ, nehir gibi coğrafyalar oluşturabilmekte ya da derinlikler kazıyabilmektedir (Dale ve Lyddon, 2000; Delevi ve Bugay, 2011). Tepside ortaya çıkan dünyalar, hem sembolik hem de topraklamanın gerçekleşmesi için bir fırsat sağlamakta ve hastanın bilinçsiz çatışmalarını göstermektedir (Green ve Connoly, 2009).



Şekil 2.2: Kum tepsisi örneği

Kaynak: Carol-Albert S. Sandplay therapy with couples within the framework of analytical psychology, *J Anal Psychol*, 2015; 60, pages 32– 53, doi: 10.1111/1468-5922.12128.

Bir hikayeyi veya deneyimi sembolik olarak anlatan metafor olarak kullanılan minyatürler, nevroz, çarpıtma, manevi ve tabu temsil eden semboller içermektedir (Monakes ve ark., 2011). Semboller hastanın dünyasına özgü arketipleri yansıtmaktadırlar (Boik ve Goodwin, 2000). Başlangıçta 300 adet figür yeterli olmakla birlikte (Homeyer, 2015), standart bir minyatür koleksiyonu yoktur (Dale ve Lyddon, 2000; Delevi ve Bugay, 2011). Kum oyunu figür koleksiyonu, her yaştan, meslekten ve etnik gruptan insanlar, hayvanlar, binalar, ulaşım, bitki örtüsü, çitler/kapılar, işaretler, doğal öğeler, hayali figürler, manevi /mistik figürler, manzara /doğa figürleri, ev eşyaları gibi nesneleri içermektedir (Dale ve Lyddon, 2000; Sangganjanavanich ve Magnuson, 2011; Homeyer, 2015).

Minyatür figürlerin açık raflı bir dolaba gelişimsel sürece ve kategorilere göre düzenlenmesi, bireylerin figürlerin yerini bulmada kolaylık sağlamakla birlikte tutarlılığı sağlayarak güvenliği desteklemektedir. Kategorilere göre düzenlemede en alt raftan başlamak üzere sırasıyla binalar, manzaralar, doğal öğeler, hayvanlar, ev eşyaları, insanlar ve en üstte manevi/mistik figürler yer almakta olup Şekil 2.3'de gösterilmiştir (Boik ve Goodwin, 2000; Lagutina ve ark., 2013). Bireyler istediği kadar figür seçmekte serbesttirler (Mayes ve ark., 2007). Birey tarafından seçilen her bir minyatür figür, bireyin hayatındaki birşeyin simgesi olabilmektedir. Örneğin, bir aslan figürü (Gallerani ve Dybicz, 2011) ya da güneş figürü babayı, inek figürü anneyi, telefon figürü kontrolü, içi boş olan herşey rahmi, kadını, cadı figürü öfkeyi, köprü bilinçli olan tarafla bilinçaltından getirilenleri bağlamayı, hastane malzemeleri iyileştirici birşeyler olduğunu, kertenkele yenilikleri, bitkiler çoğu insan için bir yaşam döngüsünü, taşıma araçları değişim ve hareketi, hayvanlar sezgisel ve içgüdüsel

yönleri, insanlar kişiliğin farklı örneklerini (Boik ve Goodwin, 2000), nöropsikolojik düzeyde ise insan figürleri ya da ileri teknoloji figürleri neokorteksi, at köpek gibi figürler limbik sistemi, sürüngenler ya da dinazorlar, beynin daha primitif düzeylerini (örn. Beyin sapı) temsil edebilmektedir (Turner, 2017; Pearson ve Wilson, 2019). Bu araştırmada terapötik ortamda tutarlılık ilkesi göz önünde bulundurularak minyatür figürlerin raflı dolaba kategorilere göre konulmasına dikkat edilmiştir.



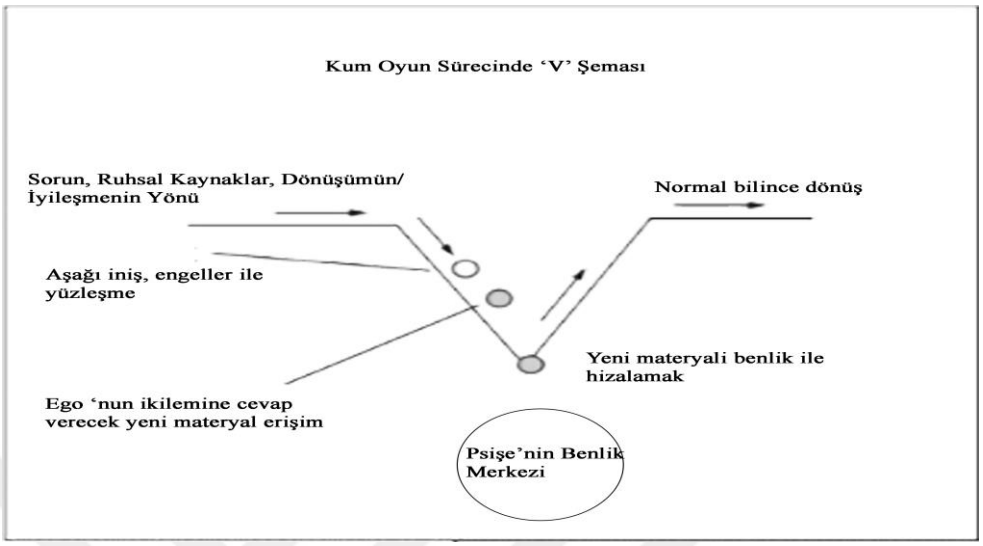
Şekil 2.3: Kum oyun etkinliği minyatürleri dolap raf sistemi

Kaynak: Lagutina L, Sperlinger D. and Esterhuyzen A. Addressing psychological aspects of physical problems through sandplay: A grounded theory study of therapists' views. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2013; 86: 105-124.

2.8.4. Kum oyunu süreci

Kum oyunu sürecinin doğasında, tepsinin fiziksel sınırları içinde odaklanma hissi bulunmaktadır (Booth ve O'Brien, 2008). Bir tepsi ne kadar koyu görünürse, birey o kadar derinden çalışıyor demektir. Daha derin çalışmanın bir başka unsuru da odadaki duygudur. Birey ne kadar derin çalışırsa endişe duygusu ve ağırlık hissi o kadar artmaktadır. Kum oyunu sürecindeki önemli bir görev, bireyi sürekli iyileştirme ve gelişiminin önünde duran psişik engellerle yüzleştirmektir. Sürecin bu yönü birçok farklı şekilde ortaya çıkabilmekte ancak genellikle tepsideki figürler arasında bir yüzleşme olarak görülmektedir. Engellerle karşılaştıktan sonra, benlik bireyin bir sonraki aşamasına devam etmesine izin vererek yeni psişik nitelikler üretir. Bilince entegre edilen ruh, benliğin arketipinde merkezlenmekte ve eski çatışmalara çözüm sağlamaktadır. Kum oyun sürecindeki son aşama ise, yeni psişik niteliklerin, daha sonra bireyin kişiliğine entegre edebilecekleri bilinç düzeyine geri dönmesini içermektedir. Kum oyun süreci yüzeyde başlayıp aşağı doğru hareket ettiği, ortalandığı

ve sonra yüzeye döndüğü için bazen klasik "V" olarak anılmaktadır (Turner, 2017). Kum oyun sürecindeki klasik "V Şeması", Şekil 2.4' de verilmiştir.



Şekil 2.4: Kum oyun etkinliği sürecindeki klasik "V şeması

Kaynak: Turner BA. The Routledge International Handbook of Sandplay Therapy. 1st Edition ISBN 9781138101692 Published January 16, 2017

Kum oyununun en önemli noktası, uygulayan kişinin kum oyunu sürecine saygılı bir şekilde tanıklık etmesi, ruhsallığı onurlandırması ve sembollerdeki derinlik ve anlama ve hastanın onlarla olan ilişkisine odaklanmasıdır (Green ve Connoly, 2009). Uygulayan kişiler, bireyleşme sürecini kolaylaştırmak için gerekli olan alanı yaratma, bireyleşme aşamalarını ve yönlerini, kişiliğin gelişimini tanımak için kum tepsisi görüntülerini analiz etmek için eğitilmektedirler (Kalff, 1993; Bradway, 2002). Yaratıcılık, oyun ve sözsüz iletişim için rahat, stressiz terapötik ortam yaratmak kum oyununda, uygulayıcının önemli rolü arasında yer almaktadır (Delevi ve Bugay, 2011). Uygulayan kişinin, hastanın tepsiye girdiği psişik çalışmanın derinliğini tutabilmesi ya da tolere edebilmesi ve aynı zamanda sık sık ortaya çıkan etki ve güçlü duygusal içeriği sakin bir şekilde yönetebilmesi gerekmektedir (Turner, 2017). Terapötik bir bakış açısıyla, bireyler koşulsuz kabul edilmeli, onların kumtaşı kreasyonları, oturum sırasında uygulayan kişinin herhangi bir analizine, yargısına veya yorumuna tabi olmaması gerekmektedir. Kum oyununda, doğru ya da yanlış görüntüler, estetik gereklilikler ya da uygulayan kişinin herhangi bir beklentisi yoktur. Kum tepsisinde bir resim veya sahne oluşturulduktan sonra, hasta bunun hakkında konuşmayı seçebilmektedir (Suri, 2012). Kum oyunu süreci tamamlandıktan sonra, hasta

oluşturulan senaryolardan söz etmekte ve uygulayan kişi soru sorabilmektedir. 'Konsantre sessizlik' atmosferini sürdürmek önemlidir ve bu gözlem zamanında uygulayıcının, hastanın kullandığı ve kullanmadığı şeyleri dikkatle değerlendirmesi, yerleştirme, gruplandırmalar da dahil olmak üzere, bu nesneleri nasıl kullandığını dikkatle yorumlaması gerekmektedir (Dale ve Lyddon, 2000).

Kum oyunu programının genel çerçevesi Gisela De Dominico'nun tedavi aşamalarına dayanmaktadır. Bu bağlamda kum oyunu altı aşamalı bir süreç olarak ele alınmaktadır. Bunlar 1) Dünyayı yaratma 2) Deneyimleme ve yeniden düzenleme 3) Kum tepsisi hikayesini ve anlamını çözme 4) Belgeleme 5) Bağlantı aşaması 6) Dünyayı sökme / boşaltma aşaması (Wen ve ark., 2011**;** Delevi ve Bugay, 2011; Homeyer, 2015; Lee ve Kowen, 2016; Han ve ark., 2017; Rogers ve ark., 2020) şeklindedir. Homeyer ve Sweeney (2020)'da bu aşamalara ek olarak "Oda Hazırlığı" bulunmaktadır. Bu araştırmada, araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak oluşturulan protokolde gözlem alanları belirlenmiş olup, yedi aşamalı uygulama protokolü kullanılmıştır. Kum oyunu etkinliğinde kum tepsisi fotoğraflarında semboller, görüntüler ve yapıları sistematik olarak yorumlamak için standart bir yöntem geliştirilmiştir. Bununla ilgili en iyi bilinen sistem Grubbs tarafından geliştirilen "Kum Oyunu Kategori Kontrolü" listesidir. Bu liste kum oyununun üç temel yönünü kapsar: Bunlar (1) sahnenin tematik içeriği ve onu yaratmada yer alan süreç, (2) yaratıcının kişisel hikayesi ve açıklayıcı kelimeler ve (3) kum tepsilerinde meydana gelen aşamalı veya gerileyen değişiklikleri (örneğin, parçalar ve bütün arasındaki uyum ve birlik) şeklindedir (Roesler, 2019).

2.8.5. Kum oyununun terapötik yararları

Kum oyunu bireylerin deneyimlerini sembolik biçimde ifade etmelerinin yanı sıra kişisel anlamlarını iletebilmeleri için basit ve doğrudan bir yol olup, duygusal deneyimleri tartışmakta zorluk çeken kişilerde yararlı olmaktadır (Dale ve Lyddon, 2000). Ayrıca kum oyun malzemelerinin tanıdık olması, kural ve beklentilerin olmayışı nedeniyle göreceli olarak zararsız olması, duyguların ve içsel deneyimlerin ifadesi için ortam sağlaması (Grubbs, 1994), açısından ruhsal bozukluğu olan bireyler için de kullanılabilir bir tekniktir (Mitchell ve Friedman, 1994). Kum oyununun terapötik yararları:

- Bireyleşme sürecini kolaylaştırır.

- Yaratıcılığı, samimi hisleri, inançları ve hatıraları açığa çıkarır ve onları tartışmasız bir şekilde dış gerçekliğe taşır.
- Kum tepsisi, kendiliğinden bir yaratıcı sürece öncülük eder.
- Çoğu duyudan yararlanır ve çeşitli deneyimler sağlar.
- Bireyin önceki (istenmeyen) geçmiş deneyimine dönmesine yardımcı olur, iyileşme ve birleşmeyi mümkün kılar.
- Bilinçdışı ve bilinçli, içsel ve dışsal dünyaları yani benliğin gizli yönlerini açığa çıkarır.
- Bireyler için doğal ve ortak bir dil olarak hareket eder.
- Kum oyunu esnasında yaşanabilecek direnci en aza indirir.
- Tamamlayıcı bir müdahale olarak sunulmaktadır.
- Bireyleri güçlendirir, mağdur durumdan yaratıcılığa geçişlerine ve kendi terapötik yolculuklarını seçmelerine yardımcı olur.
- Uygulayan kişinin karşı aktarım konularına odaklanarak kendi kişisel sorunları ile çalışmasına izin verir (Sıampanı, 2013).
- Kum ve su ruh, zihin, beden ve fiziksel formu birleştirir, ruh ve bedenin birbirlerini bilinçli ve bilinçsiz olarak etkilemelerini sağlar (Boik ve Goodwin, 2000).

2.8.6. Kum oyunu temaları ve içeriği

Kum oyununda "gerçekçi ya da temsili", "tam ya da eksik" (Lowenfwld, 1979), "cinsel", "sosyal çekilme", "bakım ihtiyacı", "depresyon ve kayıp", "korunma ihtiyacı", "kaos", "fantezi hayali yerine getirme /gerçekçi iç temalar" (Dobretsova ve PintoWiese, 2019), "kaotik", gelişigüzel, parçalanmış veya bilinçsiz düzenleme, "boş/bölünmüş", figürleri veya grupları izole eden, yakalayan veya kafesleyen barikatlar kullanma, "tehdit altında yaralanmış/gizli", gizlenmiş veya gömülmüş figürler, "eğilimli", normalde dik olan ama kasıtlı olarak yatırılan, düşmüş şekilde yerleştirilen figürler, "bunalmış" (Mitchell ve Friedman, 2003) gibi temalar, kum dünyalarının kategorileri ve kum tepsisi hikayeleri, bireyin bilinçsiz süreçlerini, çatışmalarını, ruhsal bozukluk ve travmanın olası varlığını tanımlamak için kullanılmaktadır (Dobretsova ve PintoWiese, 2019). Ayrıca kum oyununda hastanın ürettiği dünyalarda meydana gelebilecek altı klinik öneme sahip işaretler bulunmaktadır. Bunlar:1) İnsan figürü olmayan dünyalar 2) Boş dünyalar 3) Düzensiz dünyalar 4) Sert /sıralı dünyalar 5) Çitlerle çevrili/kapalı dünyalar 6) Agresif dünyalar.

İnsan figürü olmayan dünyalar toplumsal rahatsızlıkları, sert/çitlerle çevrilmiş kapalı dünyalar dış kontrol ya da dış tehlikelerden uzaklaşmak için takıntılı ihtiyaçların bir yansımasını, agresif dünyalar, kumdaki düşmanca sahnelerin kullanımıyla öfke veya yoğun travma duygularını tanımlamaktadır (Homeyer ve Sweeney, 2007; Isom ve ark., 2015).

2.8.7. Kum oyununda kullanılan farklı yaklaşım ve teknikler

Kum oyununun asıl faydasının, yansıtıcı ve dışavurumcu doğası sayesinde yarattığı kişilerarası ve intrapsişik güvenlik olmasına rağmen, hem yeni hem de köklü teknikleri kum oyunu sürecine adapte etme potansiyeli oldukça yüksektir. Görselleştirme, imgeleme, psikodrama, beden ve hareket çalışması (Ferreira ve ark., 2014), bilişsel yeniden yapılandırma (Garret, 2013; Rogers ve ark., 2020), çözüm odaklı yaklaşım (Taylor 2009), motivasyonel görüşme (Miler ve Rollnick, 2003), gestalt tekniği (Eberts ve Homeyer, 2015; Rogers ve ark., 2020), derecelendirme tekniği, bilinçli farkındalık, rol oyunu (Homeyer ve Sweeney, 2007), mandala tekniği (Green, 2016) kum oyununu güçlendiren bazı terapötik stratejilerdir (Ferreira ve ark., 2014). Bu araştırmada çözüm odaklı yaklaşım, motivasyonel görüşme, bilinçli farkındalık, rol oyunu ve mandala teknikleri kullanıldığı için bu başlıklar incelenecektir.

Çözüm odaklı yaklaşım

Çözüm odaklı tekniklerin kum oyunu sürecinde kullanım için uygulanabilir olduğu düşünülmektedir (Taylor, 2009). Çözüm odaklı yaklaşımda kullanılan "mucize soru" tekniğinin, kum tepsisinde bireylerin seçenekleri ve çektikleri acının ötesindeki dünyayı kavramsallaştırmasını kolaylaştıran yönlendirmeli bir tekniğe benzediği ifade edilmektedir (Isom ve ark., 2015; Rogers ve ark., 2020). Burada dikkat edilmesi gereken nokta, bireyin mucize soru için iyi ölçüde soyut düşünme becerisine sahip olması gerekliliğidir (Homeyer ve Sweeney, 2017). Bu araştırmada "Yarın uyandığınızda gece bir mucize olmuş ve bugün buraya getirdiğiniz problem çözülmüş olsa, bunun nasıl görüneceğini merak ediyorum. Bunun bir kum tepsisini yapabilir misiniz?" şeklinde hastaya soru yönlendirilerek yeni bir tepsi yapması istenmiştir.

Motivasyonel görüşme

Motivasyonel görüşme, bireylerin ambivalansı keşfedip çözümlemelerine yardımcı olarak davranış değişikliği meydana getirmek amacıyla kullanılan direktif ve merkezinde bireyin olduğu bir yaklaşımdır (Britt ve ark., 2004; Öğel, 2009). İlk olarak

William Miller tarafından ifade edilmiş olan motivasyonel görüşme tekniğinin kum oyununda kullanımı, dört genel ilkesi olan 1) empati göstermek 2) çelişkileri ortaya çıkarmak 3) direnci çözmek 4) özyeterliliği desteklemek (Miller ve Rollnick, 2003; Aviram ve Alice Westra, 2011) ilkelerinin de göz önünde bulundurularak, kum tepsisinde bireyi ve bireyin kendisini ve hikayesini temsil eden minyatür figürleri seçtiklerinde, figür üzerinden bireye çeşitli sorular yönlendirilerek gerçekleştirilmektedir. Bu sorular "Bu figür neden bu değişikliği yapmak istiyor?", "Bu figür başarılı olmak için nasıl başlayabilir?", "Bu figürün bunu yapması için en iyi üç sebep nedir?", "Bu figür için bu değişikliği yapmak ne kadar ve neden önemli?", "Bu figür ne yapmayı düşünüyor?" şeklindedir (Homeyer ve Sweeney, 2017). Bu araştırmada bu sorulara yer verilerek terapötik tekniğin kullanımı gerçekleştirilmiştir.

Bilinçli farkındalık

Çok eski bir Budist uygulaması olan bilinçli farkındalık, dikkatin yargısız ve kabullenici bir tutum ile anlık yaşantılara odaklanmasını ve içsel deneyimlerin gözlemlenmesini içeren bir beden ve zihin pratiğidir (Kabat-Zinn, 2005). Mindfulness'in bireylerin koşulları kabul etmesine, gerçeği kabullenmesine, kendisi ve diğerleri ile ilgili sağlıklı iletişim geliştirmesine yardımcı olduğu görülmektedir. Çok fazla mindfulness egzersizi kum oyununa uyarlanabilir olmakla birlikte en çok kullanılan teknik STOP egzersizleridir. Kum oyununda bu egzersiz iki şekilde kullanılabilmektedir. Birinci kullanım şekli bireylerin kendilerini temsil eden minyatür figürü tutarken bu egzersizin gerçekleştirilmesi şeklinde olup, ikinci kullanım şekli bireyin var olan bir zorluğu STOP yöntemini kullanarak nasıl ele alabileceğini görmek açısından bir kum tepsisi oluşturmasının istenmesi ile gerçekleştirilmektedir (Homeyer ve Sweeney, 2017; Homeyer ve Sweeney, 2020). Bu araştırmada bu teknik bireylerin kendilerini temsil eden minyatür figürü tutarken uygulanmıştır.

Rol oyunu

Rol oyunu, bireylerin role girme becerilerini geliştirme, farklı rolleri deneyimlemelerini sağlama ve kendilerini açabilecekleri bir ortam geliştirmeyi amaçlayan bir tekniktir (Altınay, 2019). Rol oyunu drama tekniklerinin kullanılması kum oyununun doğasına uymaktadır. Kum oyununda Gestalt boş sandalye tekniğinin kullanılması rol oyununun bir örneği olabileceği gibi aynı zamanda minyatür figürlerin çeşitli rollerini üstlendiği aktif bir kum tepsisinde, figürleri konuşturarak ta rol oyunu

tekniğini kullanabilmektedir (Homeyer ve Sweeney, 2017; Homeyer ve Sweeney, 2020) Örneğin; bu araştırmada hastanın annesine olan öfkesinin dışavurumu için rol oyunu boş sandalye tekniği kullanılmıştır. Ayrıca bazı hastalar için minyatür figürler aracılığıyla terapötik tekniğin kullanımı gerçekleştirilmiştir.

Kum oyununda mandala tekniğinin kullanılması

Bu teknikte kum tepsisinin içine el ile büyük daire çizilerek, hastaya bir dünya yaratması yönünde talimat verilmekte ve çizimin bitiminin ardından hasta ile imgeler üzerinde konuşulmaktadır (Green, 2016). Bu araştırmada bir hastanın kum tepsisinde mandala yapmak istemesi sebebiyle bu teknik kullanılmıştır.

2.8.8. Kum oyunu ile ilgili yapılmış araştırmalar ve kullanım alanları

Kullanım kitlesi alanları oldukça geniş olan kum oyunu, hem tedavi amaçlı hem de tanı amaçlı olarak kullanılmaktadır. Tedavi edici olarak kullanımında hastanın problemlerini çözmesine yardımcı bir araç olarak, tanı amaçlı kullanımında ise, uygulayan kişiye hastanın problemleriyle ilgili bilgi alması ve tedavi sürecini şekillendirmesi amacıyla kullanılmaktadır (Delevi ve Bugay, 2011). Ayrıca bireysel anlamda karşılaşılan birçok konuda da kullanımı söz konusudur. Bu konular içinde, beceri kazandırma, zıt düşünceleri uzlaştırma, ego güçlendirme, stresli olayları yeniden yapılandırma yer almaktadır (Boik ve Goodwin, 2000).

Kum oyunu çocukluk, ergenlik ve aile ile ilgili olan kullanım alanları: Literatürde kum oyun etkinliğinin çocuk /ergen ruh sağlığı ve ebeveyn sorunlarını tedavi etmek amacıyla kullanıldığı görülmektedir. Yaygın olarak kullanılan sorunlar; agresif ve dışsallaştırma problemleri (Han ve ark., 2017), travmatizasyon (Rouseau ve ark., 2009; Ramos ve da Matta, 2018), ayrılık anksiyetesi (Nasap ve Alipour, 2015), sınav kaygısı (Chen ve ark., 2006), alkolizm, ebeveynlerden ayrılma veya ebeveyn boşanması gibi aile sorunları ile ilgili bağlılık ve duygusal sorunlar (Yang, 2014; Yoo, 2016), düşük benlik saygısı ve ergenlik çağındaki çocuk suçluluğu (Dale ve Wagner, 2003; Pei Shen ve Armstrong, 2008; Young Sim ve Jang, 2013; Young Maeng ve Jang, 2014), kariyer planlama (Sangganjanavanich ve Magnuson, 2011; Swank ve Jahn, 2018), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (Wang ve ark., 2010; Kahrizi ve ark., 2014), bağımlılık yapan davranışlar (Rim Kim ve Yu Jin 2015), travmatik beyin hasarı (Freedle, 2007), duygusal ve davranışsal semptom gösteren çocuklar (Yeh ve ark, 2015; Kang, 2017; Yaghoobian ve Emadian, 2019; Ahn ve ark., 2020; Rozına, 2020),

savunmasız çocuklar (Ferreira ve ark., 2014), cinsel istismara uğrayan çocuk (Tornero ve Capella, 2017), göz altına alınan göçmen çocuklar (Kronick ve ark., 2018), sığınmacı ergenler (Dobretsova ve Pinto Wiese, 2019), akıllı telefon bağımlılığı (Shin ve Jang, 2016), duygusal zorluk yaşayan çocuk (Sim, 2020), kaygı (Bartosh ve Bartosh, 2020), okul öncesi çocuklar (Yuniati, 2018), kayıp ve yas süreci (Robson, 2008), bilişsel yetenek (Russo ve ark., 2006), öğrenme güçlüğü (Unnsteinsdottir, 2012), tsunami kurbanları (Lacroix ve ark., 2007), adölesan çocuğa sahip anneler (Kim, 2014) olarak sıralanmaktadır.

Kum oyununun yetişkinlikte kullanımı: Yetişkinlerde kum oyun etkinliğinin kullanıldığı çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Yetişkinlerde yapılan çalışmaların çiftler üzerinde (Carol-Albert, 2015), uzun süren ruhsal belirtiler gösteren bireylerle (Bingley ve Milligan, 2007), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan bireylerle (Hun-No ve Kyeong Kim, 2013), görme engelli bireylerle (Park ve Lee, 2013; Young ve ark., 2014), göçmen kadınlarla (Jang ve Kim, 2012), lisans ve yüksek lisans öğrencileri ile (Markos ve ark., 2008; Wen ve ark., 2011; Lee ve Yoon, 2012; Wang ve ark., 2017; Vitalia, 2018), stres yaşayan öğretmenlerle (Sun ve ark., 2018), çok kültürlü danışmanlık alan bireylerle (Paone ve ark., 2015) yapıldığı görülmektedir.

Kum oyununun özel gereksinimi olan bireylerde kullanımı: Kum oyun etkinliği üzerine yapılan araştırmalarda, belirli psikolojik sendromlar ve bozukluklarla bağlantılı olarak kum oyunu resimlerindeki sembollerin ve kalıpların özellikleri yoğun bir çalışma alanı haline gelmiştir (Roesler, 2019). Dolayısıyla kum oyun etkinliğinin eğitilebilir zihinsel engelli çocuklarda (Malekpour ve Moghadom, 2014), asperger sendromunda (Cao ve ark., 2013), otizm spektrum bozukluklarında (Lucy Lu ve ark., 2010; Yan-xia ve ark., 2019) kullanıldığı görülmektedir.

Kum oyununun ruhsal bozukluklarda kullanımı: Ruhsal bozukluk tanısı alan bireylerde kum oyun etkinliğinin olumlu etkisinin olduğunu destekleyen çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmaların kullanıldığı ruhsal bozukluklar içerisinde demans (Suri, 2012; Peters, 2018), depresyon (Osumi ve ark., 2010; Punnet ve ark., 2020), anoreksiya nevroza tanılı bireyler (Plotts ve ark., 2008), travma sonrası semptomları olan Nepaldeki depremzedeler (Hwang, 2017), uyku bozukluğu (Yan ve ark., 2017), göçmen ve mülteci gruplarda göçün yol açtığı travmatizasyonun (Jang ve Kim, 2012), yaygın anksiyete bozukluğu (Foo ve ark., 2017; Foo ve ark., 2020), travma sonrası

stres bozukluğu (Chenghou ve Heyong, 2010; Doyle ve Magor-Blath, 2017), obsesif kompulsif bozukluk (Zhang ve ark., 2013; Ramos ve daMatta, 2018), travma ve madde kullanım bozukluğu (Freedle ve ark., 2015) şeklinde sıralanabilir.

Literatürde psikiyatrik hastalıklarla ilgili bir tane evlerinde ya da bir kurumda ikamet eden psikiyatrik tanı alan hasta gruplarında (Komerek, 2020), bir tane de yataklı bir merkezde (McCormick, 2019) gerçekleştirilen tez çalışması bulunmaktadır. Komarek (2020)'de yaşları 21-32 olan tanı almış (Bipolar Bozukluk, Kronik Şizofreni, Şiddetli Anksiyete Bozukluğu, Duygudurum Bozukluğu, Takıntılı Düşünce Bozukluğu-Kleptomani-Trikotollamani) evlerinde ya da bakım merkezlerinde yaşayan beş katılımcı üzerinde öntest-sontest olarak yaptığı kum oyunu çalışmasında, hastalarda kaygının ve semptomların azaldığı, iyilik halinin ise arttığı saptanmıştır. Madde kullanım bozukluklarının tedavi edildiği yatıklı bir merkezde 169 katılımcının yarısına Bilişsel Davranış Tedavi ve Motivasyonel Görüşme diğer yarısına ise kum oyunu uygulanmıştır. Her iki gruba öncesi ve sonrası grup iklim anketi (angojman, çatışma ve kaçınma), terapötik faktörler envanteri (umut aşılama, güvenli duygusal ifade, kişilerarası etki farkındalığı-içgörü, sosyal öğrenme) doldurtulmuştur. Kum oyunu uygulanan grupta ölçeklerden alınan puan ortalamasının bilişsel davranışçı terapi ve motivasyonel görüşme uygulanan gruptan fazla olduğu saptanmış ve çalışma sonunda madde kullanım bozukluğu olan bireylerde kum oyun etkinliğinin kullanılabileceği ifade edilmiştir (McCormick, 2019).

Kum oyununun fiziksel hastalıklarda kullanımı: Sparling (2003), kum oyununun kanserli hastalarda farkındalığı ve doğal iyileşme yanıtlarını arttırmalarına yardımcı olduğuna, Lagutina ve arkadaşlarının (2011) aktarıma göre Lusebrink (1999), kum oyununun kanser hastalarının fiziksel ve duygusal deneyimlerini temsil etmelerini sağladığını gözlemleyerek hastaların ruh halindeki gelişmelere, hastalığın kabulünün artmasına ve tedavideki yan etkilerin azalmasına dikkat çekmiştir. Lagutina ve arkadaşlarının (2013) fiziksel sorunu tıbbi olarak açıklanamayan somatizayon bozukluğu olan ve terminal dönemdeki hastalarda uyguladıkları kum oyununda, ölüme hazırlık için kum tepsisi yapan hastaların, yaklaşan sonu hissetme ve bırakma, hayatı gözden geçirme, diğer tarafa geçme ve manevi iyileşme konularını sembolik olarak araştırabildiklerini, somatizasyon bozukluğu olan hastalarda ise simgeleme

kapasiteleri ve bu sayede 'psikosomatik semptomlarda bulunan sessiz ve gizemli mesajları sözlü iletişime' dönüştürebildiklerini saptamışlardır.

Kum oyununun nörobiyolojik alanda kullanımı: Literatürde kum oyun etkinliğinin korteks ve limbik sistem üzerine etki ettiği ifade edilmektedir (Badenoch, 2008). Literatürde nörobiyoloji alanında da kum oyun etkinliği ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır. Mi-Kim ve arkadaşları (2012) çocuk danışma programlarına giren 13 ebeveyn üzerinde kum oyunu çalışmasının ebeveyn stresi ve tükürük kortizol düzeyleri üzerindeki etkilerini araştırmak için yaptıkları çalışmada, ebeveynlik stresi ve tükürük kortizol düzeylerinin pozitif bir ilişkiye sahip olduğu ve kum oyununun etkilerinin ebeveynlik stresi ve tükürük kortizol düzeylerindeki azalma ile anlamlı olduğu saptanmıştır. Foo ve arkadaşları (2020) yaygın anksiyete bozukluğu olan 23 yaşındaki bir kadınla yapmış oldukları vaka çalışmasında kum oyununun kaygıyı azalttığını ayrıca, klinik iyileşme ile talamustaki metabolik değişiklikleri arasında bir ilişki olduğunu saptamışlardır.

Kum oyununun hemşirelik alanında kullanımı: Literatürde hemşirelik alanında, By Valerie J.Burke'nin 1996 yılında yapmış olduğu "Sandtray Characteristics Of School Chıldren By Gender, Ages Seven Through Eleven" adlı tez çalışması bulunmaktadır. Bu çalışmada istismara uğramış 7-11 yaş grubu 30 çocuğun yapmış olduğu kum tepsileri figür sayısı, kullanılan bitki örtüsü sayısı, saldırganlık temaları, evlilik, ikili etkileşimler/aile ilişkileri açısından değerlendirilmiş ve cinsiyet farklılığı gösterip göstermediği incelenmiştir. Çalışma sonucunda erkeklerde daha çok saldırganlık, kızlarda ise evlilik, ikili etkileşimler/aile ilişkileri temalarının yaygın olduğu görülmüştür. Sonuç olarak kum tepsilerini yorumlarken yaş ve cinsiyet faktörlerine dikkat edilmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır (Burke, 1996). Antares (2020) obez 34 kadın üzerinde yapmış olduğu grup kum oyununda, katılımcıların stres seviyesinde belirgin bir düşüş, öz etkinlikte belirgin bir artış ve kumda grup oyununun kullanılmasından kaynaklanan vücut imajının algılanmasında önemli değişiklikler saptamıştır. Bir diğer hemşirelik alanında çalışma ise; Yuniati (2018)' nin okul öncesi çocuklarda yapmış olduğu "Sandplay Mempengaruhi Perkembangan Motorik Halus Anak Usia Prasekola" adlı çalışmasıdır. Bu çalışmada kum oyunu eğitiminin çocukların ince motor gelişimini olumlu yönde etkilediği saptanmıştır.

Sonuç olarak, hemşirelik varoluşundan bu yana bakımı ve sorumluluğu altındaki bireylerin varoluşsal- hümanistik anlayışın temelinde bütüncül bakış açısıyla iyileşme ve iyileştirmeyi temel hedef edinmiştir. Çevre etkileşim kuramının ve modern hemşireliğin kurucu kabul edilen Florence Nightingale' den bu yana, hastanın içinde bulunduğu ortam ve ortamın tedavi edici olacak şekilde yönetimi hemşirelerin rolleri ve sorumlulukları arasında önemli yer tutmuştur (Velioğlu 2012; Townsend, 2016a; Hallaç, 2017). Bu anlamda, iyileştirici/terapötik bir çevrenin oluşturulması psikiyatri hemşireliği etkinliklerinin ve bakımın temel parçalarından biridir (Oflaz, 2006; Lök ve Buldukoğlu, 2015; Hallaç, 2017). Hastaların bulunduğu ortamın özelliğinin ve öneminin anlaşılması, hemşirenin iletişim tekniklerini iyi kullanması, görüşme becerileri (Oflaz, 2006), hastaların bakımında en yaygın müdahalelerden biri olan gözlem yapması (Sabancıoğulları ve ark., 2014) hemşirelerin lisans eğitiminde öğrendiği temel iletişim becerileri arasında yer almaktadır (Oflaz, 2006; https://www.phdernegi.org, Erişim tarihi: 15.01.2019). Kum oyununda hemşire, müdahalenin değerlendirilmesinden elde edilen sonuçların yanı sıra gözlem, görüşme, alan notları ve kum tepsisi fotoğraflarıyla verilerin tematik analizini gerçekleştirmektedir (Ferreira ve ark., 2014). Ayrıca varoluşçu-hümanistik bakış açısının zemininde olan Parse'ın insan olma kuramı ve Patterson& Zyderad'ın hümanistik hemşirelik kuramında vurgulanan hastanın deneyimlerine eşlik etme, tanıklık etme ve doğasını anlamada önemli olan "onunla yapma", "onunla olma" ve "orada olma-an'da olma" varlık biçimlerinin kum oyun etkinliği protokolünün yapısı ve doğası içinde de yer aldığını söylemek mümkün görülmektedir. Kum oyun etkinliğinde hemşirenin hasta ile birlikte olması, hastanın kum tepsisine tanıklık etmesi, orada onunla olması, bireysel hikayesini anlamaya, kabul etmeye çalışması, hastanın anı yaşamasına ve geleceğe bakmasına yardım etmesi, hemşire ve hastanın karşılıklı olarak birbirlerinin varlığını farketmesi, hastanın da "kendi içinde olma" yı gerçekleştirerek böylece dünyada var olduğunu farketmesi sağlanmaktadır (Hallaç, 2017). Travelbee hemşireliği, "bireyin hastalık ve acı çekmeyle başa çıkmasına; gerekirse acılarında, deneyimlerinde anlam bulmasına yardımcı olmaktır" şeklinde tanımlamaktadır (Jones, 2012; Hallaç, 2017). Dolayısıyla hemşire, kum oyun etkinliğinde hastanın kum tepsisindeki deneyimlerinden anlam bulmasına, kendi sürecini anlamlandırmasına, yaşantılarına anlam katmasına, kendisini keşfetmesine ve otantik varoluş sergilemesine yardımcı olarak rehberlik etmektedir. Varoluşsal bakış açısından her bireyin yaşantıları, acıları ve yaşam deneyimleri bireyseldir, özneldir.

Bireylerin hastalık algısı yaşama atfettikleri anlama yansır, etkiler ve etkilenir. Bu nedenle bu durum ile karşı karşıya kaldıklarında seçim yapma sınırlılığının getirdiği kaygı ve hiçlik yüzleşmesi bireylerin anlam bulma ve anlam arama çabasını ortaya çıkaracaktır (Hallaç, 2017). Kum oyun etkinliğiyle hemşirenin hastalara partner olması (onunla olma, onunla yapma, orada olma-an'da olma), yaşantılarında anlam bulma ve amaç oluşturmasına, kendi iç kaynakları kullanmasına, gerektiğinde toplumsal destek kaynaklarını ortaya çıkarmasına yardım etmesi kilit nokta olarak değerlendirilebilir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, ön test- son test düzeninde randomize kontrollü tek kör bir çalışmadır. (Erdoğan, Nahcivan ve Esin, 2014). Araştırma deseni Tablo 3.1'de verilmiştir.

Tablo 3.1. Araştırma deseni

Gruplar	**Öntest I. ölçüm**	**Müdahale**	**Sontest II.ölçüm**	**Öntest III.ölçüm**	**Müdahale**	**Sontest IV.ölçüm**
Müdahale Grubu	Kişisel Bilgi Formu Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri İyilik Hali Yıldız Ölçeği (İHYÖ)	Kum Oyun Etkinliği Protokolü (I.oturum)	Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri İyilik Hali Yıldız Ölçeği (İHYÖ)	Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri İyilik Hali Yıldız Ölçeği (İHYÖ)	Kum Oyun Etkinliği Protokolü (II.oturum)	Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri İyilik Hali Yıldız Ölçeği (İHYÖ)
Kontrol Grubu	Kişisel Bilgi Formu Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri İyilik Hali Yıldız Ölçeği (İHYÖ)	…….. Herhangi bir müdahale yapılmamıştır.	Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri İyilik Hali Yıldız Ölçeği (İHYÖ)	Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri İyilik Hali Yıldız Ölçeği (İHYÖ)	…….. Herhangi bir müdahale yapılmamıştır.	Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri İyilik Hali Yıldız Ölçeği (İHYÖ)

3.2. Araştırmanın Varsayımları

Varsayım 1: Ruhsal hastalığa sahip bireyler kaygılıdır.

Varsayım 2: Kaygı bireyin iyilik halini etkiler.

Varsayım.3:.Kum oyun etkinliği psikiyatri kliniğinde yatan hastaların kaygısını azaltma ve iyilik halini artırmada etkilidir.

Varsayım 4: Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların kaygı düzeyi ile iyilik hali düzeyi arasında negatif yönlü ilişki vardır.

3.3. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın amacı doğrultusunda, araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibidir:

1. Hipotez (H1): Kum oyun etkinliği uygulanan hastaların (psikiyatri kliniğinde yatan) müdahale sonrası kaygı düzeyleri kontrol grubuna göre daha düşüktür.

2. Hipotez (H1): Kum oyun etkinliği uygulanan hastaların (psikiyatri kliniğinde yatan) müdahale sonrası iyilik hali düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksektir.

3. Hipotez (H1): Kum oyun etkinliği uygulanan ve uygulanmayan psikiyatri kliniğinde yatan hastaların kaygı düzeyi ile iyilik hali düzeyi arasında negatif yönlü ilişki vardır.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırmanın uygulaması, Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde, Ocak 2020- Nisan 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Ancak tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19 pandemi süreci kapsamında 23 Mart 2020- 1 Haziran 2020 tarihleri arasında klinik kapatılmıştır. Araştırmacı kliniğin kapatılmasından önceki süreçte kontrol grubundan bir hasta, müdahale grubundan iki hasta ile uygulamayı yürütmüştür. Araştırmanın uygulamasına 1 Haziran 2020'de kliniğin açılması ile kaldığı yerden devam edilmiştir.

Psikiyatri Kliniği, üniversite yerleşkesi içinde, hastanenin dördüncü katında bulunmaktadır. Klinikte, bir servis sorumlu hemşiresi, dört klinik hemşiresi, 12 asistan doktor ve beş öğretim üyesi doktor çalışmaktadır. Klinik içerisinde psikolog, sosyal hizmet uzmanı bulunmamaktadır. Genel hastane içerisinde bir sosyal hizmet uzmanı bir psikolog mevcuttur. Psikiyatri kliniğinde hemşireler 08-16 ve 16-08 olmak üzere

vardiya halinde çalışmaktadırlar. Gündüz şiftinde biri klinik sorumlu hemşiresi olmak üzere iki hemşire, gece şiftinde bir hemşire çalışmaktadır. Klinikte 12 hasta odası mevcuttur. Ayrıca hemşire odası, doktor odası, bir görüşme odası vardır. Hemşire, doktor ve görüşme odalarında bir giriş bir çıkış kapısı olmak üzere iki kapı mevcuttur. Hemşire odasının içerisinde tedavi odası olarak kullanılan başka bir oda bulunmakta olup, hastaların ilaçları bu odada çift kilit sistemi ile dolapta saklanmaktadır. Ayrıca hasta yakınlarının yanlarındaki ilaç ve zarar verici materyaller de bu alanda muhafaza edilmektedir. Klinikte, hastaların uğraş aktivitelerinin yapıldığı yer meşguliyet odasıdır. Burada uğraşı aktiviteleri için (mandala, ebru, resim) malzemelerin bulunduğu dolap, dikdörtgen biçiminde büyük bir masa, üç kanepe, kitaplık, hastaların çay içebilmeleri için büyük semaver mevcuttur. Uğraşı etkinlikleri eğitim-öğretim takvimine uygun olarak Halk Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı açılan kurslar kapsamında dışardan görevlendirme yoluyla gelen genellikle Güzel Sanatlar Fakültesi'nden mezun bireyler tarafından haftanın beş günü yaklaşık üç saat boyunca yürütülmektedir. Klinikte hemşireler tarafından ya da diğer ekip üyeleri tarafından yürütülen aktivite programı yoktur. Klinikte genel vizitler meşguliyet odasında yapılmaktadır. Tüm pencerelerde kilit sistemi vardır. Kliniğin giriş kapısında bir güvenlik görevlisi beklemektedir.

Covid 19 Pandemi sürecinde ülkemizdeki ulusal düzeyde alınan kararlar doğrultusunda vaka artışları nedeniyle 23 Mart-1 Haziran 2020 tarihleri arasında kliniğe hasta yatırılmamış poliklinik hizmeti şeklinde yürütülmüştür. Hemşireler covid servislerine yönlendirilmiştir. 1 Haziran 2020 tarihi itibariyle yatak kapasitesi 12'den 10'a düşürülerek tekrar kliniğe hasta yatışları başlamış olup klinik hizmetler şeklinde sınırlandırılmış aktivitelerle devam etmektedir. Hastaların toplu halde bir arada olmamaları amacıyla meşguliyet odasında bulunmalarına sınır konulmuş ve dışarıdan görevlendirmeler sonlandırıldığı için uğraşı aktiviteleri yapılmamaktadır.

3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde yatan hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın evreni bilinmediğinden hesaplama yapılırken Korkut-Owen, Çelik ve Doğan (2017)' nın "Üniversite Öğrencilerinde İyilik Halinin Yordayıcısı Olarak Psikolojik Sağlamlık" çalışma verileri (X= 89,07, SS= 9,40) dikkate alınmıştır. Power and Sample Size Calculations,

Version 3.0 kullanılmıştır. H0 hipotezinin bu testiyle ilişkili Tip I hata olasılığı .05 ve güç .95'tir. Araştırmada veri kaybı olasılığı (drop out) düşünülerek randomizasyondan %10 luk bir kayıptan fazlası eksik sonuçlara yol açabileceğinden (Moher ve ark., 2012), 30 müdahale 30 kontrol olmak üzere toplam 60 hastanın araştırmanın örneklemini oluşturması planlanmıştır. Ancak araştırmanın örneklemini belirlerken, araştırmada dörtlü blok randomizasyon kullanıldığı için son blok bütünüyle tamamlanana kadar bireylerin araştırmaya dahil edilmesine devam edilmiştir. Sonuç olarak araştırmanın örneklemini, randomizasyon, araştırmaya alınma, dışlama ve çıkarılma kriterleri doğrultusunda 32 müdahale ve 31 kontrol grubu olmak üzere toplam 63 hasta oluşturmuştur.

3.5.1. Araştırmaya Alınma Ölçütleri

- 18 yaş üstü olma,
- Katılmaya gönüllü olma,
- Gerçeği değerlendirme ve muhakeme yetisinde bozukluk olmama,
- İşitme, anlama ve konuşma problemi olmama,
- Fiziksel olarak etkinliği yapmaya engel bir durumu olmama

3.5.2. Araştırmadan Dışlama Ölçütleri

- Deneysel benzer bir konuda başka bir çalışmaya dahil olma
- Yatışının ilk gününde ve taburculuk gününde olma

3.5.3. Araştırmadan Çıkarılma Ölçütleri

- Kendi isteği ile araştırmadan ayrılma isteğini belirtme
- Uygulama devam ederken başka bir yere sevk edilme ve/veya planlanmamış erken taburculuk

Araştırmaya dahil edilme, dışlama ve çıkarılma kriterlerine uygun olan hastaların sosyodemografik özellikleri Ki-Kare analiziyle değerlendirilmiş olup grupların homojenlik durumları Tablo 3.2'de yer almaktadır.

Tablo 3.2. Araştırmaya katılan müdahale ve kontrol grubundaki hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Sosyodemografik özellikler		Müdahale		Kontrol		Ki Kare Test Değeri	p
		n (n=32)	%	n (n=31)	%		
Tanı	Depresif Bozukluk	13	40.6	13	41.9	5.471	0.858*
	Bipolar Bozukluk	3	9.5	2	6.4		
	Anksiyete Bozukluğu	8	25.0	6	19.4		
	Panik Bozukluk	1	3.1	1	3.2		
	Psikotik Özellikli Depresyon Bozukluğu	0	0.0	2	6.5		
	Alkol Kullanım Bozukluğu	1	3.1	3	9.7		
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	1	3.1	1	3.2		
	Yeme Bozukluğu	1	3.1	0	0.0		
	Sınır Kişilik (Borderline) Bozukluğu	1	3.1	0	0.0		
	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	2	6.3	2	6.5		
	Sınır Kişilik Bozukluğu + Madde Bağımlılığı	1	3.1	1	3.2		
Cinsiyet	Kadın	23	71.9	20	64.5	0.394	0.530*
	Erkek	9	28.1	11	35.5		
Yaş	18-29	9	28.1	8	25.8	0.245	0.993*
	30-39	8	25.0	8	25.8		
	40-49	9	28.1	8	25.8		
	50-59	3	9.4	3	9.7		
	60 ve üstü	3	9.4	4	12.9		
Eğitim	Okuryazar	0	0.0	1	3.2	2.745	0.601*
	İlkokul	7	21.9	8	25.8		
	Ortaokul	3	9.3	1	3.2		
	Lise	18	56.3	19	61.3		
	Üniversite ve üstü	4	12.5	2	6.5		
Medeni Durum	Evli	16	50.0	20	64.5	1.372	0.504*
	Bekar	12	37.5	8	25.8		
	Ayrılmış	4	12.5	3	9.7		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	15	46.9	14	45.2	0.019	0.891*
	Çalışmıyor	17	53.1	17	54.8		
Yaşadığı Yer	Şehir	23	71.9	23	74.2	0.061	0.970*
	İlçe	7	21.9	6	19.4		
	Köy	2	6.2	2	6.4		
Sosyal Güvence	Var	31	96.9	31	100.0	0.984	0.508*
	Yok	1	3.1	0	0.0		

*p>0.05

Tablo 3.2. Devam Araştırmaya katılan müdahale ve kontrol grubundaki hastaların sosyo demografik özelliklerine göre dağılımı

Sosyodemografik özellikler		Müdahale		Kontrol		Ki Kare Test Değeri	P
		n (n=32)	%	n (n=31)	%		
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Tek başına	6	18.8	4	12.9	4,005	0.857*
	Eşimle	5	15.5	9	29.0		
	Çocuklarımla	2	6.3	2	6.5		
	Anne ve babamla	6	18.8	7	22.6		
	Eşim ve çocuklarımla	8	25.0	7	22.6		
	Eşim, çocuğum ve diğer bir yakınımla	1	3.1	1	3.2		
	Anne ve anneanne	2	6.3	1	3.2		
	Annem ve çocuğum	1	3.1	0	0.0		
	Kardeş	1	3.1	0	0.0		
Boş Zaman Değerlendirme**	Hiçbir şey yapmadan oturarak	8	25.0	8	25.8	0.005	0.941*
	Uyuyarak	11	34.4	9	29.0	0.207	0.649*
	Yürüyüş yaparak	11	34.4	6	19.4	1.803	0.179*
	Müzik dinleyerek	9	28.1	6	19.4	0.668	0.414*
	Spor yaparak	3	9.4	2	6.5	0.184	0.668*
	Kitap okuyarak	2	6.3	5	16.1	1,556	0.212*
	Diğer Bahçe/tarla işi (1 müdahale, 3kontrol). Şiir ve hikaye yazma (1 müdahale) Alkol kullanımı (1 müdahale, 2 kontrol)	3	9.4	5	16.1	0.648	0.421*
Tanı Alma Süresi	0-12 ay	4	12.5	5	16.1	8.442	0.77*
	13-36 ay	11	34.4	13	41.9		
	37-60 ay	8	25.0	7	22.6		
	61-120 ay	1	3.1	5	16.2		
	121 ay ve üstü	8	25.0	1	3.2		
Hastanede Yatma Süresi	1-10 gün	15	46.9	16	51.6	2.257	0.521*
	10-20 gün	12	37.5	13	41.9		
	20-30 gün	3	9.3	2	6.5		
	30-40 gün	2	6.3	0	0.0		
Hastaneye Yatma Sıklığı	İlk kez	9	28.1	9	29.0	2.194	0.334*
	2-4 kez	23	71.9	20	64.5		
	5 ve daha fazlası	0	0.0	2	6.5		
Bakımı Üstlenen Kişi	Anne	10	31.3	9	27.5	9,967	0.126*
	Baba	5	15.6	0	0.0		
	Kardeş	3	9.4	2	6.8		
	Eş	9	28.1	13	42.7		
	Çocuklar	3	9.4	6	19.8		
	Eş ve çocuklar	2	6.2	0	0.0		
	Diğer (Hiçkimse)	0	0.0	1	3.2		
Toplam		**32**	**100.0**	**31**	**100.0**		

*p>0.05 **Yanıtlar birden fazladır.

Tablo 3.2'de araştırmaya katılan bireylerin demografik özellikleri yer almaktadır. Müdahale ve kontrol gruplarının demografik özellikleri arasındaki ilişkiyi test etmek için ki kare analizi uygulanmıştır. Ki kare analizi sonucunda, müdahale ve kontrol grubundaki katılımcıların tüm sosyo demografik özellikleri açısından istatiksel olarak fark saptanmamış olup, iki grup arasında homojenlik olduğu görülmüştür ($p > 0.05$).

Tablo 3.3. Araştırmaya katılan müdahale ve kontrol grubundaki hastaların yatış sürelerine göre araştırmaya dahil olma durumlarının dağılımı

Yatış süresi / **n: 32 müdahale n: 31 kontrol**	**Müdahale Grubu**		**Kontrol Grubu**	
	Sayı (n)	**Yüzde (%)**	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Yatışının ilk haftası				
2.gün	7		3	
3. gün	7		8	
4. gün	1		3	
5. gün	1		2	
Toplam	16	50	16	50
Yatışının ikinci haftası				
11. gün	2		3	
12. gün	9		5	
14. gün	1		3	
15. gün	-		2	
Toplam	12	37.5	13	40.6
Yatışının üçüncü haftası				
21. gün	3		1	
26. gün	-		1	
32. gün	1		-	
Toplam	4	12.5	2	6.25

Tablo 3.3' de araştırmaya katılan hastaların yatış günleri yer almaktadır. Tablo incelendiğinde müdahale ve kontrol grubundaki hastaların % 50'sinin yatışının ilk haftasında araştırmaya alındığı görülmektedir. Hastaların yatışının ikinci haftasında müdahale grubunun % 37.5'i, kontrol grubunun % 40.6'sı, yatışın üçüncü haftasında ise müdahale grubunun % 12.5'i, kontrol grubunun % 6.25'i araştırmaya dahil olmuşlardır.

3.5.4. Güç Analizi ve Etki Büyüklüğü

Güç analizi (power analysis), geçerliliği, güvenirliği, yüksek bir araştırma planlamayı ve araştırma sonucunda alınacak kararların duyarlığını, geçerliliğini ve güvenirliğini garanti altına almayı sağlayan bir yöntemdir. Güç analizi araştırmalarda iki temel işlevi yerine getirmektedir. İlk olarak araştırmanın planlama aşamasında tahmini parametrelere dayalı olarak örnek hacmin ve alınacak kararların beklenen gücünün hesaplanmasıdır. İkinci olarak araştırma planına göre sonuçlandırılan bir çalışmada

ulaşılan kararların gerçekleşen gücünü hesaplamaktır (Özdamar, 2003). Bu araştırmanın gücü "G. Power-3.1.9.2" programı kullanılarak hesaplanmıştır. Ayrıca bu araştırmada kullanılan her bir ölçek için ayrı ayrı etki büyüklüğü hesaplanmıştır (Tablo 3.4)

Tablo 3.4. Müdahale ve kontrol gruplarının iyilik hali yıldız ölçeği ve spielberger durumluk kaygı envanteri puan ortalamaları temel alınarak hesaplanan güç analizi ve etki büyüklüğü sonuçları

Ölçekler	Güç Analiz Sonuçları*	Etki Büyüklüğü**
İHYÖ	1.00	5.36
SDKE	1.00	11.33

*G-Power-3.1.9.2 ile analiz edilmiştir.
**Etki büyüklüğü, Calculator for Student t-Test ile değerlendirilmiştir.

Araştırmada kullanılan spielberger durumluk kaygı envanteri (SDKE) için, analiz sonucunda α= 0.05 düzeyinde, yapılan çalışma sonrasında etki büyüklüğü 11.33 olarak bulunmuş ve yapılan post-hoc olarak hesaplanan çalışmanın gücü 1.00 olarak hesaplanmıştır. İyilik hali yıldız ölçeği (İHYÖ) için, analiz sonucunda α= 0.05 düzeyinde, yapılan çalışma sonrasında etki büyüklüğü 5.36 olarak bulunmuş ve yapılan post-hoc olarak hesaplanan çalışmanın gücü 1.00 olarak hesaplanmıştır. Post hoc analizi için minimum elde edilmesi gereken power değeri 0.67'dir (White ve ark., 2009). Bu durumda her iki ölçek için yapılan power kabul edilebilir düzeydedir.

3.5.5. Randomizasyon

Randomizasyonda dahil edilme, dışlama ve çıkarılma kriterlerine göre belirlenen bireylerin müdahale ya da kontrol gruplarına atanması için blok randomizasyon yöntemi kullanılmıştır. Blok randomizasyonda tüm katılımcıların sayısı bloklara bölünmüş ve her blok içerisindeki hastalar müdahale ve kontrol gruplarına eşit olarak dağıtılmıştır. Böylelikle çalışma tamamlandığında her iki gruptaki hasta sayısının yaklaşık olarak aynı olması sağlanmıştır (Ata ve Urman, 2008). Araştırmacı, randomizasyonda hastaların müdahale ve kontrol grubuna eşit olarak dağıtılmasını sağlamak için dörtlü gruplar halinde bloklama yapmıştır. Sekiz adet zarfın dört tanesine müdahale grubu, diğer dört tanesine de kontrol grubu yazısını yazarak birinci blok sistemini oluşturmuştur. Zarflar bir sepete konulmuştur. Hastalar sepete konulan zarflardan seçtiği zarfa göre, müdahale ya da kontrol grubuna atanmıştır. Birinci blok sisteminde yer alan zarflar bittiğinde yine aynı yöntemle ikinci blok sistemi oluşturulmuş ve randomizasyona sekizinci blok sistemi tamamlanana kadar devam edilmiştir. Kliniğe yeni yatan hastalar araştırmaya katılım uygunluğu açısından değerlendirildikten sonra en son kalınan blok sistemine dahil olmuşlardır. Ayrıca

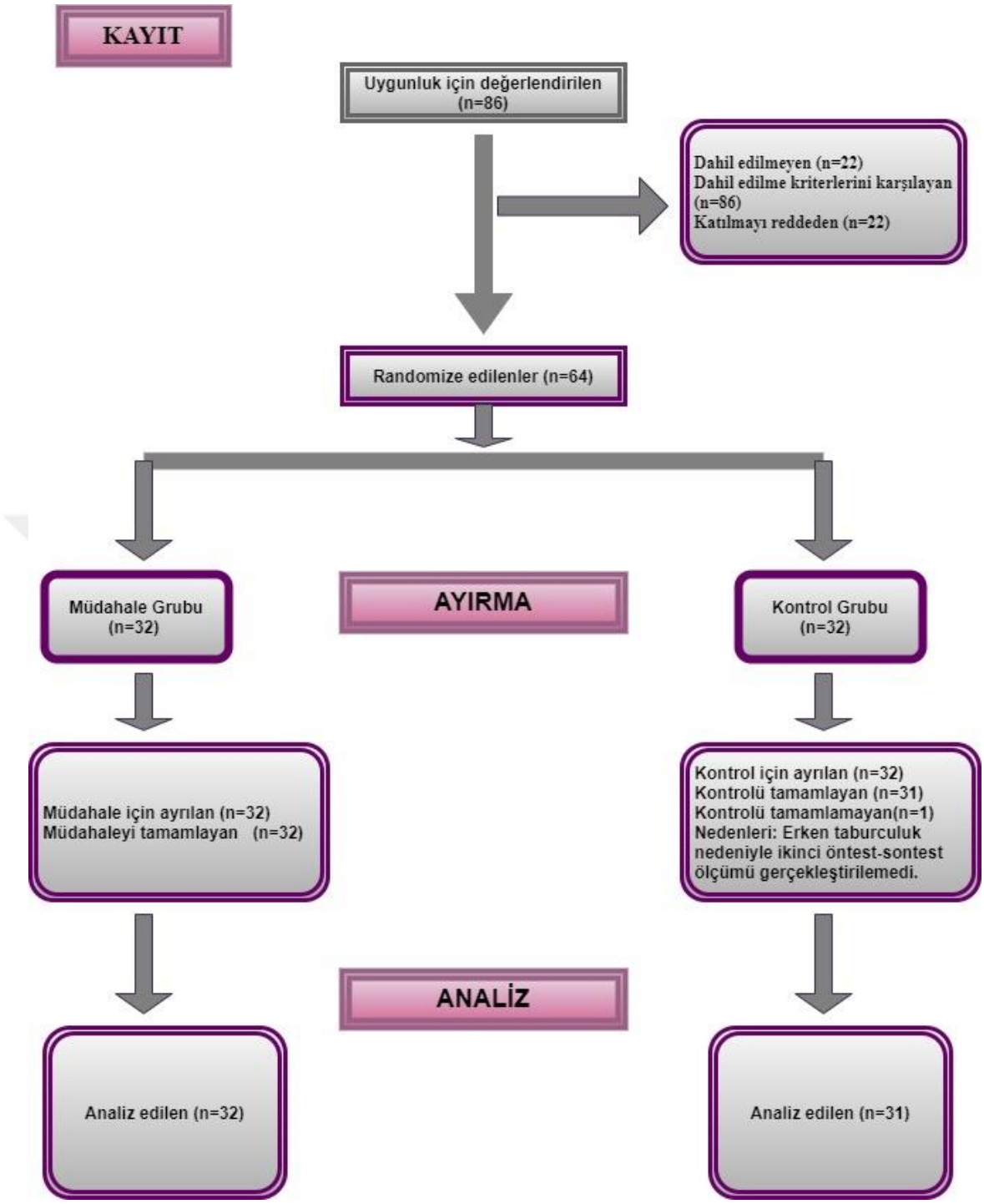
kliniğe yeni yatan hastalar başlangıçta araştırmaya katılım koşullarını karşılamadığında, belirtilerin yatışması beklenerek onayı olan hastalar da araştırmaya dahil edilmiştir. Randomizasyon tablosu Tablo 3.5'de yer almaktadır.

Tablo 3.5. Blok randomizasyon tablosu

Bloklar	Kişi No	Grup	Bloklar	Kişi No	Grup
1.Blok	1	Kontrol grubu	**5.Blok**	33	Kontrol grubu
	2	Deney grubu		34	Kontrol grubu
	3	Deney grubu		35	Deney grubu
	4	Kontrol grubu		36	Deney grubu
	5	Kontrol grubu		37	Deney grubu
	6	Deney grubu		38	Kontrol grubu
	7	Deney grubu		39	Kontrol grubu
	8	Kontrol grubu		40	Deney grubu
2.Blok	9	Kontrol grubu	**6.Blok**	41	Deney grubu
	10	Kontrol grubu		42	Kontrol grubu
	11	Deney grubu		43	Kontrol grubu
	12	Kontrol grubu		44	Deney grubu
	13	Deney grubu		45	Kontrol grubu
	14	Deney grubu		46	Deney grubu
	15	Kontrol grubu		47	Deney grubu
	16	Deney grubu		48	Kontrol grubu
3.Blok	17	Deney grubu	**7.Blok**	49	Deney grubu
	18	Deney grubu		50	Deney grubu
	19	Kontrol grubu		51	Kontrol grubu
	20	Kontrol grubu		52	Kontrol grubu
	21	Kontrol grubu		53	Kontrol grubu
	22	Deney grubu		54	Deney grubu
	23	Deney grubu		55	Kontrol grubu
	24	Kontrol grubu		56	Deney grubu
4.Blok	25	Kontrol grubu	**8.Blok**	57	Kontrol grubu
	26	Deney grubu		58	Kontrol grubu
	27	Kontrol grubu		59	Deney grubu
	28	Kontrol grubu		60	Kontrol grubu
	29	Deney grubu		61	Kontrol grubu
	30	Deney grubu		62	Deney grubu
	31	Kontrol grubu (İkinci ölçüm yapılamadı).		63	Deney grubu
	32	Deney grubu		64	Deney grubu

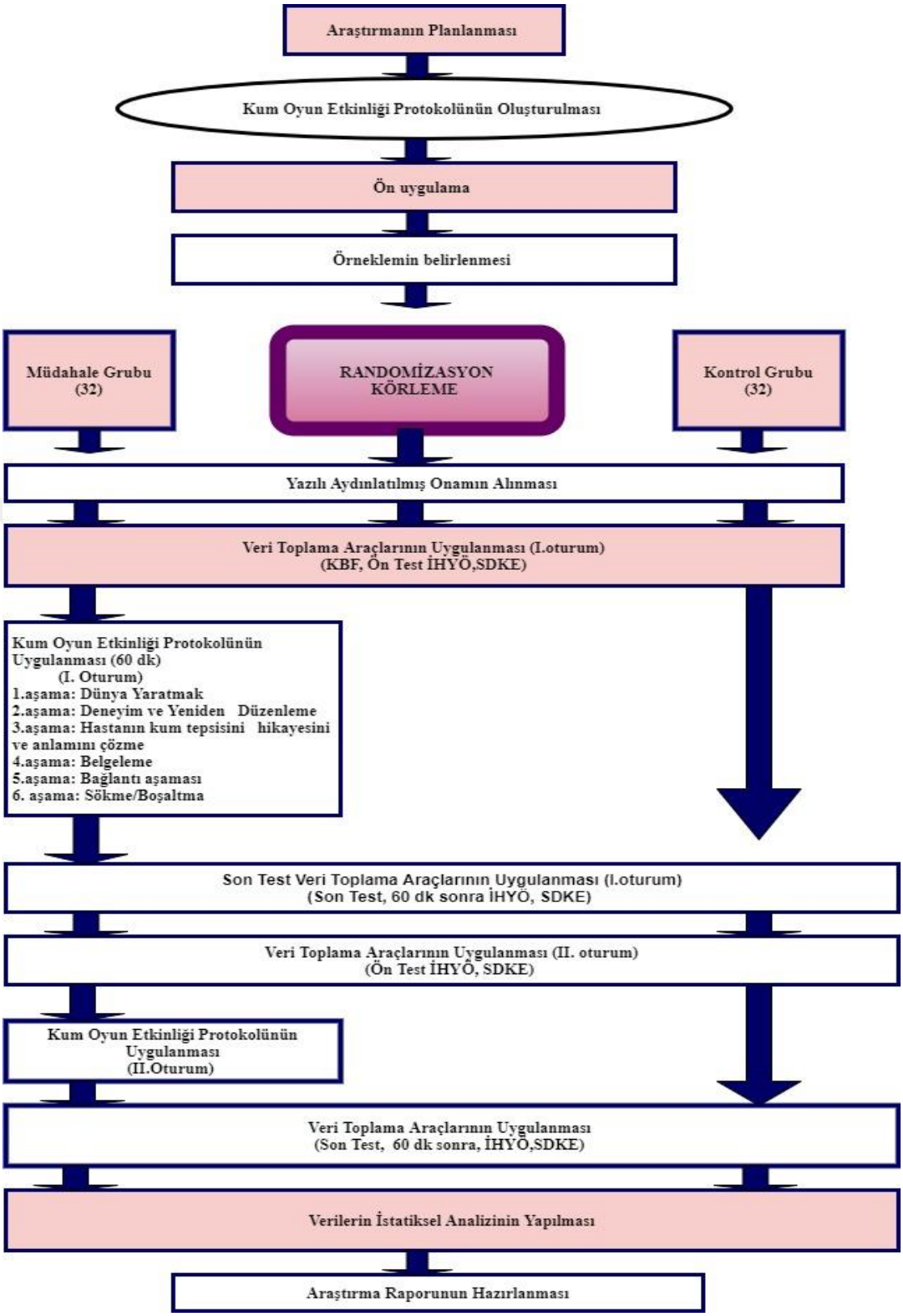
Körleme

Bu çalışmada müdahaleyi uygulayan ve verileri değerlendiren araştırmacı aynı kişidir. Bu nedenle sadece araştırmaya dahil olan bireylerin bulundukları grubu öğrenmemeleri sağlanmış ve tek yönlü körleme yapılmıştır. Araştırmanın CONSORT şeması Şekil 3.1' de ve Araştırmanın Akış Şeması Şekil 3.2'de yer almaktadır.



Şekil 3.1. CONSORT (2010) Şeması

Kaynak: http:// www.consort-statement.org/consort-2010, Erişim tarihi: 29.01.2021



Şekil 3.2. Araştırmanın Akış Şeması

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri

3.6.1. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi psikiyatri kliniğinde yatan ve araştırmaya katılan müdahale ve kontrol grubundaki 63 hasta ile sınırlıdır. Bu araştırmada SDKE VE İHYÖ veri toplama araçları hastaların öz bildirimine dayalı olarak toplanmıştır.

3.6.2. Araştırmanın Güçlükleri

Psikiyatri kliniğinde tek görüşme odası bulunmasından dolayı araştırmacı her uygulama öncesi kum tepsisi ve 300 adet minyatür figürü görüşme odasında düzenlemek ve uygulama sonrası da tüm malzemeleri toplamak zorunda kalmıştır. Klinik içerisinde kum oyun etkinliği oturumları için ayrı bir oda olmadığından, hastalarla oturumların başlatılması için, görüşme odasının en uygun olduğu saatlerde odanın araştırma malzemeleri ve ortamın düzenlenmesi sağlanmış olup, arkasından ilgili oturum gerçekleştirilmiştir.

Pandemi sürecinde kliniğin 23 Mart 2020 – 1 Haziran 2020 tarihleri arasında kapatılması nedeniyle araştırmaya ara verilmek durumunda kalınmıştır. Pandemi sürecinden sonra klinik içerisinde bazı değişiklikler yapılarak hasta kabulüne başlanmıştır. Klinik içerisindeki yatak sayısı 12 den 10’ a düşürülmüş, hasta ve yakınlarının maske kullanımı zorunlu hale getirtilmiştir. Araştırmacı uygulama aşamasında görüşme odasını her hasta girişi ve çıkışında dezenfekte ettirip odanın havalandırılmasını sağlamıştır. Ayrıca kum oyunu figürleri, tepsisi ve kumun dezenfektan yoluyla her uygulama öncesi ve sonrasında temizliği sağlanmıştır. Bu durum araştırmacı açısından zorlayıcı olmuştur. Hasta ve araştırmacı uygulama esnasında maske ve eldiven kullanmış, sosyal mesafeye dikkat etmişlerdir. Serviste maske kullanmak istemeyen iki hasta için daha ayrıntılı bir açıklama yapılmasına gereksinim duyulmuştur. Açıklama ile birlikte hastalar oturumlara katılmayı kabul etmiştir.

3.6.3. Araştırmanın Güçlü Yönleri

Yapılan literatür taramasında ülkemizde sadece kum oyun etkinliğinin anlatıldığı bir derlemede örnek durum çalışması verilmiş olup herhangi bir çalışmaya rastlanamamıştır. Bu bağlamda araştırma sonuçlarının literatüre katkı sağlayacağı

dolayısıyla ilk defa psikiyatrik bakım ortamlarında hemşireler tarafından yürütülen uğraşı aktivitelerinin içerik açısından zenginleşmesine, kum oyun etkinliğinin yapılandırılmış bir etkinlik olarak yürütülmesine ve sonuçlarının hasta bakım sonuçlarına olumlu yönde yansımasına olanak sağlayacağı öngörülmektedir. Bu bağlamda gerek psikiyatri hemşireliği uzmanlık alanı, gerek psikiyatri klinik hemşireliği eğitimi, uygulamaları ve araştırmalarına doğrudan ya da dolaylı olarak katma değer sağlaması beklenmektedir. Ayrıca bu çalışmada kullanılan veri toplama araçları geçerlik ve güvenilirlikleri yapılmış ölçeklerden oluşmaktadır. Müdahale grubuna yapılan kum oyun etkinliği için uzman görüşü alınması ve süpervizyon desteği alınarak yürütülmesi araştırmanın güçlü yanları olarak kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik boyutu için; Süleyman Demirel Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay **(13.02.2019-72867572.050.01.04/53,** EK-1**)** alınmıştır Araştırmanın uygulanabilmesi için Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği' nden yazılı kurum izni **(25.06.2019-26515734-600-E,** EK-2**)** alınmıştır. Araştırmaya katılacak hastalardan ve yakınından önce sözel sonra yazılı Aydınlatılmış Onam Formu müdahale grubu (EK-4) ve kontrol grubu (EK-5) aracılığı ile onay alınmıştır.

Araştırmada kullanılacak ölçüm araçlarından 'İyilik Hali Yıldız Ölçeği' için ölçeği geliştiren yazarlardan biri olan Fidan Korkut-Owen ile e-posta yoluyla iletişim kurulmuş ölçeğin kullanımı konusunda görüş ve öneri sorulmuştur. Korkut-Owen ölçeğin tüm maddeleri yayınlanmamak koşuluyla kullanılabileceğini ifade etmiştir (EK-3). Yanı sıra ölçeği geliştiren yazarlardan bir diğeri olan Nur Demirbaş Çelik'ten de sözlü görüş alınmıştır. Durumluk kaygı ölçeği ülkemizde uzun yıllardır yaygın ve sık kullanılan bir ölçek olması sebebiyle izin alınmasına gerek duyulmamıştır.

Bağımlı Değişkenler: Bu araştırmanın bağımlı değişkenleri, "Spilberger Durumluk Kaygı düzeyi" ve "İyilik Hali düzeyi" olarak belirlenmiştir.

Bağımsız Değişkenler: Bu araştırmanın bağımsız değişkenleri, "Kum Oyun Etkinliği" olarak belirlenmiştir.

3.8. Veri Toplama

Araştırmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu (KBF) (EK-6), Spilberger Durumluk Kaygı Envanteri (SDKE) (EK-7) ve İyilik Hali Yıldız Ölçeği (İHYÖ) (EK-8) kullanılarak toplanmıştır. Kişisel Bilgi Formu hasta ile yüz yüze görüşme yapılarak araştırmacı tarafından doldurulmuş, ön test ve son test ölçüm araçları ise özbildirim ölçeği olduğu için hastaların kendilerine doldurtulmuştur. Ölçüm araçlarının doldurulması toplamda 8-10 dakika arasında sürmüştür.

3.8.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu, araştırmacı tarafından geliştirilen hastaların sosyodemografik özelliklerini (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, yaşadığı yer, sosyal güvencenin varlığı, boş zaman aktiviteleri, birlikte yaşanılan kişiler) içeren dokuz adet ve hastalığa ilişkin (klinikte yatış süresi, tıbbi tanısı, tanı alma süresi, yatış sıklığı, bakımından sorumlu kişilerin varlığı) içeren beş soru olmak üzere toplam 14 sorudan oluşmaktadır. Bu form örneklem grubunun özelliğini tanımlamak amaçlı kullanılmıştır.

3.8.2. Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri

Durumluk kaygı ile ilgili Spielberger ve arkadaşları tarafından (1970) geliştirilmiş olan, Spielberger'in iki faktörlü kaygı kuramından kaynak alınmıştır. Ülkemizde Öner (1977) tarafından ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır (Öner ve Le Compte 1998). Durumluk Kaygı Envanteri, kısa ifadelerden oluşan bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçek bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini ve içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak cevaplamasını gerektirir. Durumluk Kaygı Envanteri dörtlü likert türünde olup, 20 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddede ifade edilen duygu ya da davranışlar şiddet derecesine göre (1) "Bana hiç uygun değil", (2) "Bana biraz uygun", (3) "Bana çok uygun" ve (4) "Bana tamamıyla uygun" olarak tanımlanmaktadır. Ölçekte doğrudan ya da düz (1) ve ters (2) ifadeler bulunmaktadır. Düz ifadeler olumsuz duyguları, tersine çevrilen ifadeler ise olumlu duyguları dile getirmektedir. Bu nedenle ters ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerindekiler ise 1'e dönüştürülmektedir. Tersine çevrilen ifadeler 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20'nci maddelerdir. Ölçekten en düşük 20 puan, en yüksek 80 puan alınmaktadır. Alınan puanların yüksek olması kaygı düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir (Le

Compte ve Öner, 1998). Ölçeğin Kuder Richardson iç tutarlılık katsayısı .94 ile .96 arasında değişirken; test tekrar test güvenirliği ise .26 ile .68 arasında değişmektedir (Öner ve Le Compte, 1983). Bu çalışmada kullanılan Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri ölçeğinin müdahale ve kontrol grubunda öntest ve sontest elde edilen verilerinin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları Tablo 3.6'da verilmiştir.

3.8.3. İyilik Hali Yıldız Ölçeği (İHYÖ)

Bu araştırmada Korkut-Owen, Doğan, Demirbaş-Çelik ve Owen (2016) tarafından üniversite öğrencileri için geliştirilen İyilik Hali Yıldızı Ölçeği (İHYÖ) kullanılmıştır. Araştırma lise öğrencileri ile yapıldığı için ölçeğin liselere uyarlanması yapılmıştır. Uyarlama çalışmasından önce ölçekle ilgili bilgiler sunulmuştur. Ölçek, iyilik halinin bir bütüncül bir üst yapı olduğunu ve ikinci dereceden alt boyutlarının olduğunu savunan görüşleri (Myers ve Mobley, 2004) temel alan beş alt boyutlu İyilik Hali Yıldızı Modeli'ne dayalı olarak geliştirilmiştir. Bu boyutlar, yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma, bilişsel, duygusal, fiziksel ve sosyal olarak adlandırılmaktadır. Ölçek çalışmasında iyilik hali bir bütün olsa da beş alt boyutlu bir yapı göstermektedir. İHYÖ'nin bu ölçütleri karşıladığı ve iyilik halinin de yıldız şeklinde tanımlanan bütünsel yapısı düşünüldüğünde tek boyut üzerinden kullanılacaktır.

Ölçek beşli likert tipinde olup toplam 24 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde (1) "Beni hiç yansıtmıyor", (2) "Beni yansıtmıyor", (3) "Bazen", (4) "Beni yansıtıyor" ve (5) "Tamamen beni yansıtıyor" olarak tanımlanmaktadır. Her bir alt boyuta ait maddeler; "Yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma" alt boyutu 1, 6, 11, 16, 21, 23, 24 (yedi madde); "Bilişsel" alt boyutu 2, 7, 12, 17 (dört madde); "Duygusal" alt boyutu 3, 8, 13, 18, 22 (beş madde); "Fiziksel" alt boyutu 4, 9, 14, 19 (dört madde) ve "Sosyal" alt boyutu 5, 10, 15, 20 (dört madde) olarak belirtilmektedir. İHYÖ'nin 291 kişiden elde edilen veriler ile yapılan iç tutarlılık katsayısı hesaplamasında ölçeğin iç tutarlılık katsayısı r =0.84 ($p < .01$), yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma, bilişsel, duygusal, fiziksel ve sosyal alt boyutları için sırasıyla .83, .72, .60, .57 ve .65 olarak belirlenmiştir.

Yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma boyutu; yaşamın anlamını ve amacını araştırma, bireyin kendisini yaşamdan doyum alan biri olarak hissetmesi, paylaştığı bağlantıları daha büyük güçle farketmesini içermektedir.

Bilişsel boyut; bireyin bilgisini kendisi ve toplum içinde kullanması, kişisel değerlerini doyuracak ve zihinsel olarak zorlayacak etkinliklerde bulunma, problem çözme becerisi, becerilerini topluma katkı için kullanma, rolleri arasında denge kurma, entellektüel olarak aktif olmayı sevmeyi içermektedir.

Duygusal boyut; bireyin duygularını farketmesi, kontrol altına alabilmesi, yaşam durumlarına olumlu ve gerçekci bakabilmesini içermektedir.

Fiziksel boyut; fiziksel olarak aktif olma, dengeli beslenme, düzenli uyku, alkol veya madde kullanmama gibi sağlıklı yaşam biçimlerini içermektedir.

Sosyal boyut; bireyin toplumla, bireylerle, çevreyle ve doğayla iletişiminin niteliği, sosyal destek sistemlerini içermektedir (Korkut Owen ve ark., 2016).

Ölçekten elde edilebilecek puanlar 24-120 arasında değişmekte olup, puanların yüksekliği bireyin iyilik halini olumlu olarak değerlendirdiğini göstermektedir. Ayrıca ölçeğin alt boyutları da bağımsız olarak puanlanabilmektedir (Korkut Owen ve ark., 2018). Bu çalışmada kullanılan İyilik Hali Yıldız Ölçeği ve alt boyutlarının müdahale ve kontrol grubunda öntest ve sontest'ten elde edilen verilerinin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları Tablo 3.6'da verilmiştir.

Tablo 3.6. Spielberger durumluk kaygı envanteri ve iyilik hali yıldız ölçeği ve alt boyutlarının alfa güvenilirlik katsayıları

Ölçek Ve Alt boyutları	Birinci Oturum		İkinci Oturum		Ölçek geçerlik güvenirlik çalışmasındaki değerleri
	Öntest	Sontest	Öntest	Sontest	
SDKE	0.818	0.971	0.634	0.975	0.94-0.96
İHYÖ	0.930	0.952	0.938	0.969	0.84
Yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma boyutu	0.869	0.952	0.880	0.955	0.83
Bilişsel boyutu	0.900	0.922	0.921	0.954	0.72
Duygusal boyutu	0.737	0.894	0.827	0.932	0.60
Fiziksel boyutu	0.687	0.652	0.588	0.577	0.57
Sosyal boyutu	0.791	0.570	0.706	0.780	0.65

Araştırmada kullanılan ölçeklerin ve boyutlarının güvenirliği hesaplanmıştır. Yapılan hesaplamaya göre ölçeklerin toplam güvenirliğinin kabul edilebilir derecede güvenilirliğe sahip olduğu tespit edilmiştir. Cronbach Alfa değerlerinin 0.60 ve büyük olması (Hartiningsih ve Rokhmah, 2017), kullanılan ölçeklerin güvenilir olduğunu göstermektedir. Bu da çalışmada kullanılan ölçeğin içsel tutarlılıklarının iyi olduğunu göstermektedir.

3.9. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması Ocak-Şubat 2020 tarih aralığında, Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi psikiyatri kliniğinde yatmakta olan dahil edilme, dışlama ve çıkarılma kriterlerine uygun olan dört hasta ile yapılmıştır. Ön uygulama ölçüm araçlarının ve "Kum Oyun Etkinliği Protokolü (KOEUP)" nün işlerliği ve süreleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Ön uygulamaya başlamadan önce, uygulamanın amacı ve kapsamı hakkında hasta ve yakınlarına bilgi verilerek Aydınlatılmış Onam Formu aracılığıyla hem hasta hem de hasta yakınından onay alınmıştır. KBF araştırmacının hasta ile yüz yüze görüşmesi, İHYÖ ve SDKE hastaların özbildirimi ile doldurulmuştur. Ölçüm araçlarını doldurma süresi yaklaşık olarak 8-15 dakika arasında değişmiştir.

Kum Oyun Etkinliği oturumları Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi psikiyatri kliniği görüşme odasında yapılmıştır. Ön uygulamada her hasta için süpervizörün farklı bir ilde olması sebebiyle internetten Skype programı üzerinden süpervizyon desteği alınmıştır. Ön uygulamada araştırmacının gözlemleri ve süpervizörün önerisi doğrultusunda veri toplama araçları ve kum oyun etkinliği protokolünün uygulaması ile ilgili olarak aşağıdaki düzenlemelerin yapılmasına ve uygulamada kullanılmasına karar verilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Kişisel bilgi formuna "Tıbbi tanı" bilgisi eklenmiştir. "Gereksiniminiz olduğunda bakımınızı kim üstleniyor?" sorusunda hastalar kimlerin kastedildiğini sordukları için açıklaştırmak amacıyla soru "Gereksinimiz olduğunda birincil bakımınızı üstlenen kişi kim?" olarak değiştirilmiştir. KBF, İHYÖ ve SDKE'nin doldurma süresi 8-15 dk olarak belirlenmiş, sürenin yeterli olması nedeniyle herhangi bir değişiklik yapılmamasına karar verilmiştir.

KOEUP Oturum Aşamaları

Ön hazırlık aşaması

Protokol ön hazırlık hastayı tanıma /tanışma aşaması ile başlamaktadır. Ön hazırlık aşaması 60 dakika'lık hastayı tanıma /tanışma ve oda hazırlığı'ndan oluşmaktadır. Ön uygulamada bu aşamaya ayrılan süre ile ilgili değişiklik yapılmamıştır.

1.aşama: Dünya yaratmak

Bu aşama 20 dakika olarak planlanmıştır. Bu aşamayı birinci hasta 23 dk, ikinci hasta 18 dk, üçüncü ve dördüncü hasta 15' er dakika da gerçekleştirmiştir. Bu aşama için verilen sürenin uygun olduğu görülmüştür. Araştırmacı yönlendirici olmadığı bu aşamada sadece gözlem yapmış, notlar almış olup içerik ile herhangi bir düzenlemeye gereksinim olmadığına karar verilmiştir. Ayrıca süpervizör önerisi doğrultusunda ikinci oturumda bu aşama ile ilgili hastalara kum tepsisi sahnesini oluştururken suyu kullanabileceği bilgisi eklenmiştir.

2.aşama: Deneyim ve yeniden düzenleme

Bu aşama 10 dakika olarak planlanmıştır. Bu aşamayı birinci hasta figür değişikliği yaptığı için yedi, ikinci hasta üç, üçüncü hasta iki ve dördüncü hasta üç dakikada gerçekleştirmiştir. Hastaların sahnelerini yeniden düzenleme istekleri bireysel farklılıklar göstereceğinden dolayı bu aşama için verilen sürenin yeterli olduğu görülmüştür. Araştırmacı yönlendirici olmadığı bu aşamada sadece gözlem yapmış, notlar almış herhangi bir düzenlemeye gereksinim olmadığına karar verilmiştir.

3.aşama: Hastanın kum tepsisi hikayesini ve anlamını çözme

Bu aşama 10 dakika olarak planlanmıştır. Bu aşamayı birinci, ikinci ve dördüncü hasta sekiz, üçüncü hasta ise yedi dakikada tamamlamıştır. Bu aşama ile ilgili planlanan sürenin yeterli olduğu düşünülmüştür. Araştırmacının yönlendirici olduğu bu aşamada, program içeriğinde bulunan soruların hastalar tarafından yanıtında sorun yaşanmamıştır. Bu aşama ile ilgili süpervizörün önerisi doğrultusunda iki hasta için terapötik müdahale teknikleri olan rol oyunu ve çözüm odaklı yaklaşımın mucize soru tekniği kullanılarak uygulamada da kullanılmasına karar verilmiştir. Motivasyonel görüşme tekniklerinden kum tepsisindeki minyatür figürlere yönelik sorular eklenmiştir. Farkındalık temelli uygulamlar içerisinde yer alan "STOP" egzersizi kullanılmasına karar verilmiştir. Dolayısıyla protokolün bu aşamasında adı geçen terapötik tekniklerin hastanın kum tepsisinde yarattığı hikayeye göre kullanılabileceği bilgisi eklenmiştir. Çözüm odaklı yaklaşımın mucize sorusu "Yarın uyandığınızda gece bir mucize olmuş ve bugün buraya getirdiğiniz sorun çözülmüş olsa, öyle olduğunu nasıl bilebilirsiniz? Kum tepsinizde nasıl görünür olurdu? şeklinde hastaya yönlendirilip yeni bir kum tepsisi yaptırılarak (Isom ve ark., 2015; Rogers ve ark., 2020), rol oyunu minyatür figürlerin çeşitli rollerini üstlendiği aktif bir kum tepsisinde figürler konuşturularak (Homeyer ve Sweeney, 2020), farkındalık egzersizlerinden STOP hastanın kendisini temsil eden bir minyatür figürü tutarken (Homeyer ve Sweeney, 2007; Homeyer ve Sweeney, 2020), motivasyonel görüşme kum tepsisindeki minyatür figürlere sorular yönlendirilerek (Homeyer ve Sweeney, 2007) hastaların hikayelerindeki ihtiyaç durumuna göre bu aşamada kullanılmıştır.

4.aşama: Belgeleme

Bu aşama iki dakika olarak planlanmış olup, süre ile herhangi bir değişiklik gereksinimi görülmemiştir. Tüm hastalar için sahnelerin belgeleme işlemi bir dakika sürmüştür. Bu bir araştırma olduğu için güvenlik ve etik açıdan gizlilik /mahremiyet ilkesi gereğince hastanın oluşturduğu kum tepsisi sahnesini belgelemede sadece araştırmacının sahne fotoğrafını çekmesinin ve bir nüsha çıktısının alınarak hastaya verilmesinin uygun olduğuna karar verilmiştir.

5.aşama: Bağlantı aşaması

Bu aşama 10 dakika olarak planlanmıştır. Bu aşama bir, üç ve dördüncü hastalarda sekiz, ikinci hastada beş dakika sürmüştür. Hastalar arasında bağlantı aşama süresi

farklılık gösterebiceğinden dolayı bu aşamada değişiklik yapılmamıştır. Araştırmacının yönlendirici rol oynadığı bu aşamada program içeriğindeki soruları hastalara yönlendirmesi ve yanıt alması konusunda problem yaşanmamıştır.

6.aşama: Sökme / Boşaltma aşaması

Bu aşama sekiz dakika olarak planlanmıştır. Bu aşama ikinci ve dördüncü hastalarda yedi, birinci hastada altı, üçüncü hastada sekiz dakika sürmüştür. Süre değişikliğine gidilmemiştir. Ancak içerik için süpervizör önerisi doğrultusunda değişiklik yapılmıştır. Hastanın kum tepsisine yansıttığı şeyler duygusal ve iç benliğinin ifadesi olduğundan dolayı bu duygusal ifadenin kabul edilemez mesajı olarak algılanmaması için, oluşturduğu sahnesini sökme/boşaltma işinin kendisi tarafından yapılmaması gerektiği düşünülmüştür. Ayrıca boşaltma /sökme işleminin araştırmacı tarafından hasta odadan çıktıktan sonra yapılmasının, hastanın kendini değerli hissetmesi açısından daha uygun olacağı görülmüş ve araştırmacı hasta odadan çıktıktan sonra sahneyi boşaltmıştır. "Kum Oyun Etkinliği Protokolü'nün" aşamalarına göre hastaların kullandığı sürelerinin dağılımı Tablo 3.7.'de yer almaktadır.

Tablo 3.7. Ön uygulama "Kum Oyun Etkinliği Protokolü'nün" aşamalarına göre hastaların kullandığı sürelerin dağılımı

Kum Oyunu Oturum Aşamaları	**1.hasta**	**2.hasta**	**3.hasta**	**4.hasta**	**Planlanan süre**
1.aşama: Dünya Yaratmak	23 dk	18 dk	15 dk	15 dk	**20 dk**
2.aşama: Deneyim ve Yeniden Düzenleme	7 dk (figür değişikliğine karar verdiği için)	3 dk	2 dk	3 dk	**10 dk**
3.aşama: Hastanın kum tepsisi hikayesini ve anlamını çözme	8 dk	8 dk	7 dk	8 dk	**10 dk**
4.aşama: Belgeleme	1 dk	1 dk	1 dk	1 dk	**2 dk**
5.aşama: Bağlantı aşaması	8 dk	5 dk	8 dk	8 dk	**10 dk**
6.aşama: Sökme / Boşaltma aşaması	6 dk	7 dk	8 dk	7 dk	**8 dk**
Toplam oturum süresi	54 dk	45 dk	41 dk	42 dk	**60 dk**

Protokol doğrultusunda araştırmacı uygulama sırasında gözlem ve görüşme becerilerini kullanarak hasta ile ilgili notlar almıştır. Burada yapılan gözlemler, gözlem notları ve literatür doğrultusunda (Dale ve Lyddon, 2000; Anekstein ve ark., 2014; Carol-Albert, 2015; Eberts ve Homeyer, 2015; Homeyer ve Sweeney, 2017; Homeyer ve Sweeney, 2020) oturuma ilişkin gözlem alanları aşağıdaki şekilde yeniden yapılandırılarak uygulamada kullanılmasına karar verilmiştir. Bu gözlem alanlarına Tablo 3.8' de yer verilmiştir.

Tablo 3.8. Araştırmacının kum oyun etkinliği oturumlarında gözlediği gözlem alanları

Figür seçimi
Sahneyi oluştururken hastanın hangi figürleri seçtiği,
Hangi figürleri kullanıp kullanmadığı
Figürleri yerleştirme ve gruplandırma dahil olmak üzere nasıl kullandığı,
Figürleri raflardan seçerken araştırmacı ile etkileşime girip girmediği
Figürleri seçerken bazı obje ya da kategorilerden kaçınıp kaçınmadığı,
Daha çok hangi figürlerde oyalandığı,
Kullandığı figür sayısı,
Figürleri kullanım şekli
Figürlere vurma, dokunma veya okşama gibi davranış sergileyip sergilemediği,
Hastanın kum yüzeyini tekrar tekrar düzleyerek çok fazla zaman harcayıp harcamadığı,
Kumun, tepsideki mavi renkli tabanı açığa çıkaracak şekilde açıklaştırılarak kumda tepe, çukur, şekiller oluşturup oluşturmadığı,
Çok sayıda figürü hızlı bir şekilde yerleştirip yerleştirmediği,
Figürleri sadece kum tepsisinin içinde hareket ettirmek veya raflara geri dönmek için mi kullandığı,
Sahne oluşturma
Sahneyi oluştururken konuşup konuşmadığı,
Hastanın sahne oluştururken yüz ifadeleri ve beden dili arasındaki iletişimi,
Kum sahnesini oluştururken inşa görevini kolay /zor bulup bulmadığı,
Kum sahnesini oluştururken kararlılık düzeyi, zaman ve alan kullanımının nasıl olduğu,
Kum sahnesini oluştururken sürece tamamen dahil olup olmadığı,
Tepsideki kum sahnesini planlı mı yoksa rastgele mi oluşturduğu
Yaratılan dünya ile kurulan ilişki ve ortaya çıkan temalar
Kum tepsisinin düzenini (boş /aşırı, açık/kapalı, bir fikir/birden fazla fikir, katı/gerçekçi, düzenli/kaotik, insansız/insanlı, açık/kapalı-çitli, eylem/statik),
Kum tepsisinde hangi minyatür figürlerin yoğun olarak kullanıldığı,
Kum sahnesini oluştururken su kullanıp kullanmadığı,
Hastanın sözel ve sözel olmayan tepkileri,
Hastanın kum tepsisinde kullandığı minyatür figürlerden yola çıkarak oluşan temalar (agresif/öfke/intikam, ölüm/kayıp/keder(terk edilme, gizli/gömülü, güç/kontrol, çaresiz/yetersiz, boş/depresif, güvenlik/emniyet/koruma, manevi….)

Kaynak: Dale ve Lyddon, 2000; Anekstein ve ark., 2014; Carol-Albert, 2015; Eberts ve Homeyer, 2015; Homeyer ve Sweeney, 2017; Homeyer ve Sweeney, 2020).

Covid-19 pandemi sürecinin tüm dünyayı etkilemesi ve Türkiye'de 11 Mart'ta ilk vakanın görülmesi, buna bağlı olarak klinikteki hasta yatış oranının azalması, hastaların yatış sürelerinin sınırlı olması ve belirsizliğin getirdiği öngörülemez süreçler nedeniyle oturum sayılarının düşürülüp düşürülemeyeceği değerlendirilmiştir. Bu

değerlendirme doğrultusunda gerek kum oyun etkinliği protokolünün yapı gereği her oturumda aynı şekilde kullanılması, gerek literatür incelemesi (Mejia, 2004; Kronick ve ark., 2018; Vitalia, 2018; Dobretsova ve Pinto Wiese, 2019) ve süpervizyon görüşü doğrultusunda bu araştırmadaki oturum sayılarının en az tek oturum yada iki oturum şeklinde gerçekleştirilebilmesinin uygun olacağı görüşüne ulaşılarak, araştırmanın uygulama aşamasında oturum sayısının dört'ten iki'ye indirilmesi ve iki gün arayla 60 dakika süreyle yapılmasına karar verilmiştir. Ayrıca ön uygulamada alınan hastalar araştırmanın örneklemine dahil edilmemiştir.

3.10. Ön uygulamaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri, iyilik hali yıldız ölçeği ve Spielberger durumluk kaygı envanteri ortalamaları

Ön uygulamaya katılan hastaların sosyodemografik bilgileri Tablo 3.9'da, istatiksel test sonuçları Tablo 3.10 ve Tablo 3.11' de verilmiştir.

Tablo 3.9. Ön uygulamaya katılan hastalara ait sosyodemografik bilgiler

Tanıtıcı bilgiler	**1.hasta**	**2.hasta**	**3.hasta**	**4.hasta**
Tıbbi tanı	Bipolar Bozukluk	Anksiyete Bozukluğu	Anksiyete Bozukluğu	Panik Bozukluk
Cinsiyet	Kadın	Kadın	Kadın	Kadın
Yaş	28	44	19	45
Eğitim durumu	Ortaokul	İlkokul	Lise	İlkokul
Medeni durum	Evli	Evli	Bekar	Ayrılmış
Çalışma durumu	Çalışıyor	Çalışmıyor	Çalışmıyor	Çalışmıyor
Yaşadığı yer	İlçe	Şehir	Şehir	Şehir
Sosyal güvence	Var	Var	Var	Var
Birlikte yaşadığı kişi	Eşi ve çocukları	Eşi ve çocukları	Anne/baba ile	Çocuğu ile
Boş zaman değerlendirme	Uyuma, müzik, TV izleme, bahçe işleri	Müzik dinleme	Oturma, uyuma, müzik sinleme	Uyumak
Tanı alma süresi	1-3 yıl	0-1 yıl	0-1 yıl	10 yıl ve üstü
Hastanede yatma süresi	20-30 gün	20-30 gün	1-10 gün	1-10 gün
Hastanede yatma sıklığı	2-4 kez	2-4 kez	İlk kez	2-4 kez
Bakımını üstlenen kişi	Babası, kayınvalidesi	Eşi	Anne, Baba	Anne, Baba

Tablo 3.10. Ön uygulamaya katılan hastaların iyilik hali yıldız ölçeği puan ortalamaları

İyilik Hali Yıldız Ölçeği (İHYÖ)		Öntest	Sontest	
		$\bar{X}$±SS	$\bar{X}$±SS	p
1.Oturum	Toplam	2.67±0.27	3.16±0.21	.066
	Yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma	2.57±0.42	3.11±0.44	.066
	Bilişsel	2.88±0.60	3.38±0.32	.109
	Duygusal	2.40±0.91	3.00±0.28	.197
	Fiziksel	2.88±0.75	3.19±0.66	.059
	Sosyal	2.75±0.35	3.19±0.24	.109
2.Oturum	Toplam	2.68±0.29	3.31±0.32	.144
	Yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma	2.54±0.18	3.29±0.58	.109
	Bilişsel	3.13±0.14	3.63±0.52	.197
	Duygusal	2.30±0.53	3.35±0.25	.068
	Fiziksel	2.75±0.79	3.25±0.84	.066
	Sosyal	2.88±0.66	3.06±0.43	.593
3.Oturum	Toplam	3.13±0.44	3.47±0.16	.273
	Yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma	3.29±0.76	3.57±0.31	.465
	Bilişsel	3.38±0.14	3.75±0.35	.102
	Duygusal	3.00±0.63	3.50±0.53	.285
	Fiziksel	2.88±0.63	3.25±0.54	.063
	Sosyal	3.00±0.46	3.19±0.43	.180
4.Oturum	Toplam	2.81±0.48	3.44±0.49	.066
	Yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma	2.82±0.68	3.50±0.79	.109
	Bilişsel	3.06±0.88	3.69±0.72	.109
	Duygusal	2.70±0.74	3.35±0.66	.059
	Fiziksel	2.75±0.20	3.00±0.54	.180
	Sosyal	2.75±0.35	3.63±0.14	.066

Araştırmaya katılan hastalara uygulanan dört oturum kum oyun etkinliğinde; veri toplama ölçeği ortalama puanları, yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma, bilişsel, duygusal, fiziksel ve sosyal alt boyut ortalama puanlarında oturum öntest ve sontest arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Ortalamalar incelendiğinde kum oyun etkinliği sonrasında ortalamaların arttığı yani iyilik halinin arttığı saptanmıştır.

Tablo 3.11. Ön uygulamaya katılan hastaların Spielberger durumluk kaygı puan ortalamaları

Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri	Öntest	Sontest	
	$\bar{X}$±SS	$\bar{X}$±SS	p
1.Oturum	2.84±0.38	1.83±0.13	.068
2.Oturum	3.05±0.17	1.85±0.50	.068
3.Oturum	2.45±0.54	1.55±0.16	.068
4.Oturum	2.68±0.74	1.45±0.18	.068

Araştırmaya katılan hastalara uygulanan dört oturum kum oyun etkinliğinde; durumluk kaygı puan ortalamalarında oturum öntest ve sontest arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Ortalamalar incelendiğinde

kum oyun etkinliği sonrasında ortalamaların azaldığı yani kaygı düzeyini azaltmada olumlu etkisi olduğu saptanmıştır.

3.11. Araştırmanın Uygulaması

Araştırmanın uygulaması ön hazırlık ve uygulama olmak üzere iki adımdan oluşmaktadır.

3.11.1. Birinci Adım: Ön Hazırlık

Araştırmanın uygulaması, araştırmacının hazırlığı, kum oyun etkinliği protokolünün hazırlığı, kum oyun etkinliği protokolü uygulamasında kullanılacak malzemelerin hazırlığı ve uygulama ortamının hazırlığı olmak üzere uygulama öncesinde dört ön hazırlığı içermektedir. Bu hazırlık aşamaları aşağıdaki gibidir.

Araştırmacının hazırlığı

Bu araştırmanın uygulanabilmesi için araştırmacı, ön uygulamaya başlamadan önce 2019 yılında içeriğinde kum oyununun da yer aldığı, 80 saatlik "Oyun Terapisi" sertifika (EK-10) programına onlıne olarak katılmış ve yüz yüze süpervizyon için Şubat 2019' da üç gün Ankara' da eğitim alarak sertifika programını tamamlamıştır. Ayrıca Bursa Teknik Üniversitesi'nin 2019 Aralık ayında düzenlemiş olduğu 60 saati kapsayan teorik ve süpervizyon içeriği olan "Kum ve Oyun Terapisi" (EK-9) sertifika programına aktif olarak katılmıştır. Eğitim aldığı grupla online olarak üç kez planlanan kum oyunu ile ilgili vaka analiz atölye çalışmasına dahil olmuştur. Kum oyun etkinliği protokolü içerisinde kullanılan mucize soru ve motivasyonel görüşme teknikleri için de 2020'de yüzyüze "Çözüm Odaklı Terapi Uygulayıcı Sertifikası" (EK-12), 2017'de "Motivasyonel Görüşme Tekniği Birinci Aşama" (EK-13), 2018'de "Motivasyonel Görüşme Tekniği İkinci Aşama" (EK-14) kurslarını almıştır. Araştırmanın uygulama aşaması sırasında kum oyun etkinliği protokolü içerisinde yer alan farkındalık temelli STOP egzersizi'nin kullanılması nedeniyle onlıne olarak 2020'de "Mindfulness" adlı seminere katılmıştır. Yanısıra Oyun Terapileri Enstitüsünün düzenlemiş olduğu Kum Oyunu Terapisi: Psişeye Yolculuk (2021) (EK-11) eğitimine katılmıştır. Araştırmacının alanıyla ilgili aldığı diğer sertifikalar, kurslar ve seminerler özgeçmişinde belirtilmiştir.

Araştırmacı Yüksek Lisans ders kapsamında zorunlu derslerinin dışında seçmeli olarak "Grup Dinamikleri ve Terapötik Gruplar", "Varoluşcu Yaklaşımın

Hemşirelikte Kullanımı", "Sosyal Antropoloji" derslerini almış olup, klinik uygulamada çeşitli grup aktiviteleri (işe yöneltme toplantısı, günaydın toplantısı) içerisinde yer almıştır. Ayrıca ders kapsamında "Bilimsel Araştırma Teknikleri ve Etik" dersi ve 11-12 Mart 2021 tarihleri arasında "Gözlem ve Deneysel Araştırmalar (Strobe ve Consort ile Pratik Bilgi ve Uygulamalar) Kursu (14 saat) almıştır.

Kum oyun etkinliği uygulama protokolünün hazırlanması

Kum oyun etkinliği uygulama protokolü anahatlarıyla litaratüre dayalı olarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur (Wen ve ark., 2011**;** Delevi ve Bugay, 2011; Homeyer, 2015; Lee ve Kowen, 2016; Han ve ark., 2017). Hazırlanan uygulama protokolünün içeriği bir Psikiyatri Hemşireliği Öğretim Üyesi'ne ve bir Oyun Terapi eğitimi veren uzmana gönderilmiştir. Psikiyatri Hemşireliği Öğretim Üyesi uygun olduğu yönünde yanıt vermiş, herhangi bir düzenleme önerisi olmamıştır. Uzman kişi yoğunluğu nedeniyle görüş verememiştir. Bu nedenle ikinci uzman olarak kum ve oyun terapileri konusunda deneyimli, co-psikodramatist olarak eğitim veren bir psikoloğa uzman görüşü e-mail aracılığıyla gönderilmiştir. Bu uzmandan aynı zamanda süpervizyonluk alınmıştır. E-mail ile gelen görüşü ve ön uygulamadaki süpervizyonluk doğrultusunda protokol içeriğine ilişkin düzenlemeler yapılarak protokole son şekli verilmiştir.

Kum oyun etkinliği protokolü uygulamasında kullanılacak malzemeler ve hazırlığı

Kum oyun etkinliği protokolü uygulamasında kullanılan kum tepsisi, kum ve minyatür figürler temel üç malzemeyi oluşturmaktadır. Bu malzemeler araştırıcı tarafından uygulama öncesinde literatür bilgisine dayalı olarak seçilmiş ve satın alınmıştır. Figürlerin seçiminde ayrıca toplumsal-kültürel özellikler açısından ilgili olabilecek ve ruhsal sorunu olan bireylerin kullanabileceği, hikaye oluşturmayı ve duygu ifadesini kolaylaştırabileceği düşünülen ve öngörülen figürler olmasına dikkat edilmiştir.

Kum tepsisi için araştırmacı tarafından eşit ve tutarlı tanecik boyutlu, doğal, tozsuz, kokusuz kuru kum, 57x72x7 cm ya da 28x19x3 cm ölçütlerinde, içi gökyüzünü veya suyu sembolize etmesi amacıyla mavi boyalı dikdörtgen iki tepsi, hijyen koşullarını düşünerek terapötik kum ve her bir kategoriden farklı sayılarda olmak üzere 300 adet minyatür figür satın alınmıştır. Bu figürler insan (aile grupları, spor yapan erkek ve kadın, gelin ve damat, asker kahramanları vs. gibi 75 adet), hayvan (fil, at, inek, keçi

kuş, böcekler, balık, yunus vs. gibi 40 adet), ulaşım (araba, kamyon, yolcu uçağı, bisiklet, helikopter vs. gibi 15 adet), bitki örtüsü (yapraklı-yapraksız ağaçlar, sonbahar renklerindeki ağaçlar, çalı, kaktüs, çiçek vs. gibi 25 adet), binalar (apartman, ahşap ev, kaleler, okullar, hapishane vs. gibi 15 adet), doğal öğeler (deniz kabukları, kayalar, doğal taşlar, kurumuş çiçekler vs. gibi 27 adet), çitler/kapılar/işaretler (süslü kapılar, çitler, yön işaretleri, askeri barikatlar vs. gibi 15 adet), manevi/mistik (cami, kabe, Mevlana figürü vs. gibi 12 adet), hayali (cadı, büyücü, ejderha, çizgi flim figürleri vs. gibi 15 adet), ev eşyaları (mobilya, tırmık, tabak, çatal-bıçak, yiyecek, çöp kutusu, telefon, dikiş makinası vs. gibi 30 adet), manzara (güneş, ay, yıldız, tüneller, ateş vs. gibi yedi adet), tıbbi öğeler (enjektör, ilaç kapsülü, alkol şişeleri vs. gibi yedi adet), diğer aksesuarlar (anıtlar, dilek kurtusu, hazine sandığı, tabut, mezar, köprü, spatula/fırça vs. gibi 15 adet) olup; her bir kategoriden malzeme temin edilmiştir.

3.11.2. İkinci Adım: Uygulama

Kum oyun etkinliğinin uygulama aşamasında araştırmacı haftada en az dört gün 10:00-20:00 ya da 13:00-18:00 saatleri arasında ortalama beş ila on saat psikiyatri kliniği'nde bulunmuştur. Klinikte yatmakta olan, araştırmanın alınma ve dışlama kriterlerine uygun hastalar ve yakınları ile iletişime geçilerek araştırma ile ilgili bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara randomizasyon uygulanmıştır. Randomizasyon sonucuna göre müdahale grubundaki hastalara ve yakınlarına "Aydınlatılmış Onam Formu (Müdahale grubu)" ve kontrol grubundaki hastalara ve yakınlarına "Aydınlatılmış Onam Formu (Kontrol grubu)" imzalatılmıştır. Her iki gruba yazılı onamları alındıktan sonra KBF araştırmacı tarafından doldurulmuş, İHYÖ ve SDKE birinci ölçüm (I.oturum öntest) hastalar tarafından doldurulmuştur.

Müdahale grubu

Bu araştırmanın müdahale grubu için "kum oyun etkinliği uygulama protokolü" kullanılmıştır. Kum Oyun Etkinliği protokolü iki oturum şeklinde, ön hazırlık aşaması ile birlikte yedi aşamada gerçekleştirilmiştir. Bu aşamalar birinci ve ikinci oturumda aynı şekilde kullanılmış olup, tek farkı ikinci oturumda hastaların çamur yapma, tepe, çukur oluşturma, serpme, yağmur, banyo, yıkama gibi eylemler için suyu kullanabileceği göz önünde bulundurularak malzeme listesine su eklenmiş ve masanın üzerine konmuştur. Kum oyun etkinliği protokolü (müdahale) aşağıdaki aşamalar doğrultusunda uygulanmıştır.

Protokol ön hazırlık hastayı tanıma /tanışma aşaması ile başlamaktadır. Ön hazırlık aşaması 60 dakika'lık hastayı tanıma /tanışma ve oda hazırlığı'ndan oluşmaktadır. Bu araştırmada bu aşama protokol doğrultusunda gerçekleştirilmekle birlikte genel olarak aşağıdaki şekilde yürütülmüştür.

Kum oyun etkinliği uygulaması protokolü ön hazırlık aşaması

Hastayı tanıma /tanışma

Bu araştırmada hastayı tanıma/tanışma aşaması için araştırmacı, klinik çalışanlarının içinden olmadığı için protokolün yönlendirmesinin dışında güvenli ilişkinin oluşmasında kolaylaştırıcı bir faktör olarak düşündüğü hastayla birlikte aynı ortamda olmak ve gözlem yapmak amacıyla haftada en az dört gün ortalama beş-on saat arasında klinikte bulunmaya dikkat etmiştir. Gerek güvenli ilişkinin zeminini oluşturmak gerek araştırmaya alma-dışlama kriterlerini değerlendirebilmek amacıyla hastalara ilişkin genel gözlemlerini, hemşireler, hekimler ve hasta dosyalarından alınan bilgileri kullanmıştır. Yanı sıra araştırmanın Aydınlatılmış Onam alma ve oda hazırlığı süreçlerinde verilen bilgiler, hastaların sorularına verilen yanıtlar da tanıma /tanışma sürecine katkı sağlamıştır.

Oda Hazırlığı

Müdahale için kliniğin görüşme odası kullanılmış olup, her oturum öncesinde ortam araştırmacı tarafından müdahalede kullanım için hazır hale getirilmiştir. Görüşme odasına her uygulama sırasında kapıya "Rahatsız Etmeyiniz" yazılı bir not asılmış, masanın üzerine kum tepsisi yerleştirilmiş, hasta ve araştırmacının gerektiğinde oturması için iki sandalye yerleştirilmiştir. Ayrıca, masada hastanın uygulama sırasında ağlama, terleme, hapşurma ya da öksürme gibi nedenlerle ihtiyacı olabileceği düşünülen peçete bulundurulmuştur. Covid-19 pandemi sürecinde araştırıcı yukarıdaki hazırlıklara ek olarak etkinlik sırasında kullanılmak üzere odada dezenfektan, her hasta için maske, eldiven, siperlik bulundurulmuş olup hastanın ve kendisinin bu koruyucu önlemleri kullanmasını sağlamıştır.

Kum oyun etkinliğinde kullanılacak kum tepsisi masanın üzerine konulmuştur. Minyatür figürler için araştırmacı klinik içerisinde bulunan yedi raflı bir dolabı kullanmıştır. Raflı dolap hastaların rahat ulaşabilmesi ve görebilmesi için kum tepsisinin bulunduğu masanın yakınına yerleştirilmiştir. Figürler araştırmacı tarafından bu dolabın içerisine hastaların istediği figürleri rahat bulması ve terapötik

ortamda tutarlı olma amacıyla kategorilere göre ve hastaların rahat görebileceği alana yerleştirilmiştir. Alt raftan üst rafa doğru birinci rafta binalar, ikinci rafta manzara, üçüncü rafta doğal öğeler, dördüncü rafta hayvanlar, beşinci rafta ev eşyaları, altıncı rafta insanlar, yedinci rafta ise manevi /mistik figürler yer almaktadır. İkinci oturumda odada hastaların suyu kullanabileceği düşünülerek ikinci kum tepsisi de hazır bulundurulmuştur. Ayrıca araştırmacı delici kesici araç, cam bardak, hijyen vs. açısından odanın kontrolünü sağlamış ve dikkatin dağılmaması için oda ve kendi telefonunun sesini kapatmıştır.

Araştırmacı yukarıdaki oda hazırlığını yaptıktan sonra hastayı müdahalenin yapılacağı görüşme odasına davet etmiş ve kum oyun etkinliği için kullanılacak minyatür figürlerinin türlerine göre yerini, kum tepsisini ve kumu tanıtarak, kum oyunu ve zaman kullanımı hakkında tekrar kısa bir bilgi vermiştir. Yanı sıra kum oyun etkinliğinin her aşamasında oluşan resim için tepsinin fotoğrafını çekeceğini ve yazılı notlar alacağı bilgisini hatırlatmıştır.

I. Aşama dünya yaratma: Araştırmacı hastanın istediği figürleri seçmesi konusunda onu yüreklendirmiş, kuma dokunmasını, özgür bir şekilde kendi hikayesini oluşturmasını istemiştir. Araştırmacı, hasta kum tepsisini tamamladıktan sonra hasta ile birlikte kumda oluşan resmi bir süre birlikte izleyerek hastanın farklı açılardan tepsiye bakmasını sağlamış ve tepsi ile ilgili kendisi de sessiz gözlem yaparak değerlendirme yapmıştır. İkinci oturumda bu aşamada hastalara suyu kullanabileceği söylenmiş ancak tüm oturumlar süresince hastalar suyu kullanmayı tercih etmemişlerdir. Burada araştırmacı yönlendirici olmayan rol üstlenmiştir.

II. Aşama deneyimleme ve yeniden düzenleme: Araştırmacı hastanın oluşturduğu dünyayı farklı açılardan veya konumlardan gözlemlemesini isteyerek figürlerin yerleşim yerlerini değiştirme ve/veya nesneleri kaldırma veya ekleme şansı vermiştir. Burada araştırmacı yönlendirici olmayan rol üstlenmiştir.

III. Aşama hastanın kum tepsisi hikayesini ve anlamını çözme: Araştırmacı hastadan tepside oluşturduğu sahnenin o günkü hikayesini anlatmasını, tepsiye koyduğu minyatür figürlerin anlamlarını, işlem sırasındaki düşüncelerini, duygularını ve kendi anlayışlarını ifade etmesini sağlamak için hastaya sorular yönlendirmiştir. Ayrıca hastanın oluşturduğu kum tepsisine bir isim vermesini isteyerek hastanın iç

dünyasını daha iyi tanımak ve içgörüsünü kazanmasına yardımcı olmak için soru sormaya devam etmiştir. Hastalar hikayelerini oluşturma sürecinde mucize soru tekniği kullanıldığında 10 hasta tepsideki hikayesini değiştirp yeni bir hikaye oluşturduğu için süre mevcut süreden üç-beş dakika daha fazla olacak şekilde uzamıştır. Araştırmacı bu aşamada yönlendirici rol üstlenmiştir.

IV. Aşama belgeleme: Terapötik gerekler ve etik ilkeler nedeniyle hastanın oluşturduğu kum sahnesinin hatırlanması amacıyla sadece araştırmacı tarafından sahnenin fotoğrafı çekilmiştir. Oturum bittikten sonra sahnenin fotoğrafının bir nüshası çıktı alınarak hastaya verilmiştir.

V. Aşama Bağlantı aşaması: Araştırmacı, hastanın sahnede ilettiği ile günlük olayların gerçekleri arasındaki bağlantıyı sağlaması, günlük yaşamındaki deneyimlerin kum oyununda yaşananlar gibi olduğunu farketmesi ve hastanın tepside dünyasını gerçekleştirdiği andaki bakış açısını gerçek hayatta kullanabilme yollarını tartışabilmesi için hastaya sorular yönlendirmiştir. Araştırmacı bu aşamada yönlendirici rol üstlenmiştir.

VI. Aşama Boşaltma /Sökme: Araştırmacı oturumlara ilişkin hastaya ait notlar ve fotoğraflara hasta ile birlikte bakarak tüm süreci gözden geçirmişler ve hastanın ortak tema ve figürleri görmesi sağlanmıştır. Hasta görüşme odasından çıktıktan sonra araştırmacı hastanın oluşturduğu tepsi ve oturumu değerlendirmiş ve tepsiyi boşaltarak minyatür figürleri raflara kaldırmıştır.

Araştırmacı oturumlar sırasında protokolün her aşamasında gözlem yapmış ve Tablo 3.8’ de belirtilen gözlem alanları ile ilgili notlar almıştır. Araştırmacı uygulama aşamasında ihtiyaç doğrultusunda, süpervizörün farklı bir ilde olması sebebiyle internetten Skype programı üzerinden dört hasta için birinci oturum sonrası iki hasta için hem bir hem ikinci oturum sonrası süpervizyon almıştır. Süpervizyon sürecinde hastaların hikayelerine göre kum tepsileri, kullandığı minyatür figürler, minyatür figürlerin arketip yansımaları, tepside var olan mevcut sorunları sıralama yapılarak hasta için öncelikler belirlenmiştir. Birinci oturum sonrası alınan süpervizyona göre hastaların hikayeleri doğrultusunda ikinci oturum tepsileri nasıl oluşturacakları ile ilgili görüş alınmıştır. Mevcut uygulama iki oturum yürütüldüğü için oturumlar bittikten sonra etik durumda göz önünde bulundurularak hastanın gerilimde

kalmaması, tepside çözemediği durumlar için araştırmanın dışında bireysel anlamda destek sağlanmıştır. Araştırma sırasında hastalar ile ilgili tıbbi bir sorun yaşanmamıştır. Oturumlar sonrasında odanın havalandırılması ve tüm malzemelerin dezenfeksiyonu sağlanmıştır. Her oturum sonrası hastalara İHYÖ ve SDKE verilerek sontest ölçümü yapılmıştır.

Kontrol grubu

Kontrol grubunda olan hastalara kum oyun etkinliği uygulama protokolü uygulanmamıştır. Bu gruptaki hastaların aydınlatılmış onamları alındıktan hemen sonra KBF araştırmacı tarafından SDKE ve İHYÖ'nün birinci ölçümleri (öntest) yapılmıştır. SDKE ve İHYÖ'nün ikinci ölçümleri (sontest) için müdahale grubundaki protokol süresine denk gelen ön hazırlık aşaması dışındaki 60 dakika'lık süre dikkate alınmış olup öntestten bir saat sonra sontest uygulanmıştır. İki gün sonra tekrar bir saat arayla üçüncü ölçüm (öntest) ve dördüncü ölçüm (sontest) uygulanmıştır.

3.12. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi

Araştırmanın istatiksel analizinde uzman istatistikçi Ezgi Pasin'den danışmanlık alınmıştır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmanın örneklem büyüklüğü, güç analizi ve etki büyüklüğü G*Power-3.1.9.2 programı istatistik programı kullanılarak belirlenmiştir. Veri toplama süreci sonunda müdahale grubu 32, kontrol grubu 31 olmak üzere toplam 63 bireye ait veri elde edilmiş ve değerlendirilmiştir. Ölçeklerin "Cronbach alpha" katsayılarının hesaplanmasında "Güvenirlik Analizi" kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluk durumunu test etmek için, grafik yöntemine göre toplanmış olan verilerin Q-Q grafiği oluşturulmuş ve verilerin normal dağılım eğrisi üzerinde bir form oluşturup oluşturmadığı incelenmiştir. Q-Q plot çizimlerinin yanı sıra her bir alt unsurun normallik varsayımının incelendiği basıklık, çarpıklık, ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır (Chan, 2003:280-285). Ayrıca, kullanılan verilerin normal dağılım göstermesi çarpıklık ve basıklık değerlerinin ±3 arasında olmasına bağlıdır (Shao, 2002). Sayı, yüzde dağılımı, ortalama ve standart sapma; müdahale ve kontrol grubu temel özelliklerinin benzerliği için Ki-kare testi; müdahale ve kontrol gruplarının ön-son test puanlarının karşılaştırılmasında bağımlı gruplarda t testi (paired t test); müdahale ve kontrol gruplarının son test puanlarının

karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi (student t testi); bağımlı değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için Pearson korelasyon testi; etki büyüklüklerinin hesaplanmasında Cohen d kullanılmıştır (Compreshensive Meta Analysis (CMA) Versiyon 3). Etki büyüklükleri 0,20 ve altı zayıf, 0,21-0,80 orta ve 0,81 ve üstü güçlü etki büyüklüğü olarak değerlendirilmiştir (Cohen ve ark., 2007). Çalışmanın tamamında tip-I hata değeri %5 alınarak $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemler tablo 3.12'de, verilerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin dağılımı tablo 3.13'de verilmiştir.

Tablo 3.12. Verilerin analizinde kullanılan istatiksel yöntemler

Analiz edilen	**Kullanılan istatistiksel yöntemler**
Araştırmanın örneklem büyüklüğü, güç analizi ve etki büyüklüğü	G*Power -3.1.9.2 programı
Normallik testi	Q-Q Plot grafiği
Ölçeklerin güvenilirliği	Cronbach alpha
Müdahale ve kontrol grubu ön-test (SDKE ve son test İHYÖ ölçek) puanlarının karşılaştırılması (gruplar arası)	Bağımsız gruplarda t testi
Müdahale ve kontrol grubunun ön ve son-test (SDKE ve İHYÖ ölçek) puanlarının karşılaştırılması (grup içi) kendi içinde bağımlı değişkenlere göre ön test ve son test ölçüm farkları	Bağımlı gruplarda t testi (Paired)
Bağımlı değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için	Pearson korelasyon testi

Tablo 3.13. Verilerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin dağılımı

		1. Oturum			**2. Oturum**		
		Çarpıklık	**Basıklık**	**Durum**	**Çarpıklık**	**Basıklık**	**Durum**
Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri	Öntest	-0.876	1.059	Normal	-0.283	-0.412	Normal
	Sontest	0.139	-1.763	Normal	0.060	-1.946	Normal
Yaşamı Anlamlandırma ve Hedef Odaklı Olma Boyutu	Öntest	0.469	0.314	Normal	0.929	2.918	Normal
	Sontest	-0.135	-1.126	Normal	0.101	-1.393	Normal
Bilişsel Boyut	Öntest	-0.108	-0.807	Normal	0.713	0.130	Normal
	Sontest	-0.273	-0.730	Normal	-0.067	-1.418	Normal
Duygusal Boyut	Öntest	0.403	-0.060	Normal	0.989	2.593	Normal
	Sontest	-0.029	-0.844	Normal	0.029	-1.547	Normal
Fiziksel Boyut	Öntest	0.017	-0.604	Normal	0.515	0.302	Normal
	Sontest	-0.201	-0.485	Normal	0.501	-0.409	Normal
Sosyal Boyut	Öntest	-0.335	0.260	Normal	-0.277	-0.497	Normal
	Sontest	-0.637	0.993	Normal	-0.490	-0.364	Normal
İyilik Hali Yıldızı Ölçeği	Öntest	-0.194	-0.008	Normal	0.939	1.776	Normal
	Sontest	-0.428	-0.690	Normal	-0.059	-1.403	Normal

Tabloda verilerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin ±3 arasında olması normal dağılıma sahip olduğunu göstermektedir (Shao, 2002).

4.BULGULAR

Bu bölümde, psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda “kum oyun etkinliği” nin kaygı ve iyilik haline etkisini incelemek amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları üç başlık altında verilmiştir. Bulgular tablo ve şekil olarak gösterilmektedir.

1. Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Durumluk Kaygı Puanlarının Gruplararası ve Grup İçi Karşılaştırılması
2. Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların İyilik Hali ve İyilik Hali Alt Boyutları Puanlarının Gruplararası ve Grup İçi Karşılaştırılması
3. Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Durumluk Kaygı ve İyilik Hali Arasındaki İlişki.

4.1. Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Durumluk Kaygı Puanlarının Gruplararası ve Grup İçi Karşılaştırılması

Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların durumluk kaygı puanlarının gruplararası ve grup içi birinci ve ikinci oturumlarda öntest ve sontest karşılaştırılması yapılmış olup, Tablo 4.1’de ve Şekil 4.1’de gösterilmiştir. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların gruplararası birinci ve ikinci oturumlarda öntest ve sontest durumluk kaygı puanlarını karşılaştırmak için bağımsız gruplarda t testi uygulanmıştır. Müdahale ve kontrol gruplarının grup içi öntest ve sontest puanlarını karşılaştırmak için bağımlı gruplarda t testi uygulanmıştır.

Tablo 4.2’de müdahale ve kontrol grubundaki hastaların grup içi durumluk kaygı puan ortalamalarının birinci oturum öntest ve ikinci oturum sontest puan ortalamalarının karşılaştırılması yapılmış olup bağımlı gruplarda t testi uygulanmıştır.

Tablo 4.1. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların durumluk kaygı puanlarının gruplararası ve grup içi karşılaştırılması (N=63)

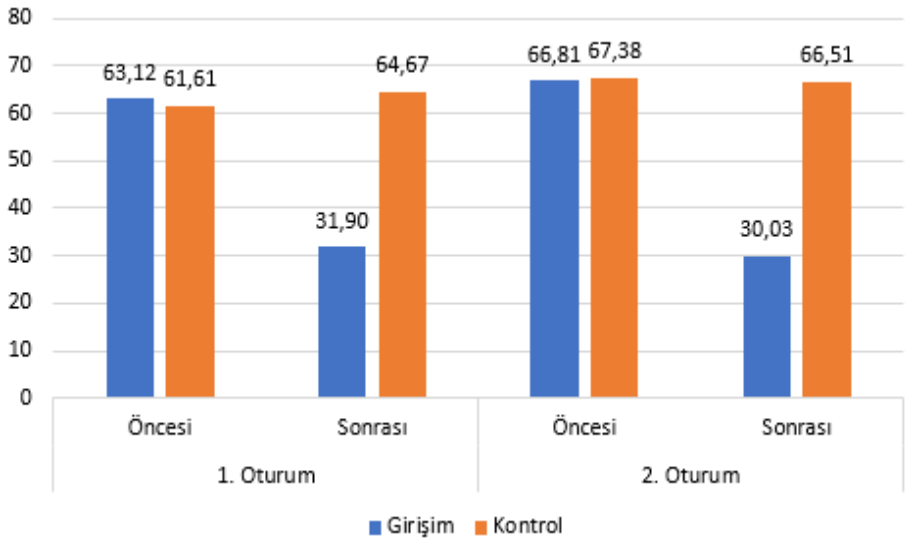
Gruplar	**Durumluk Kaygı**							
	1. Oturum				**2. Oturum**			
	Öntest	**Sontest**	**t**	**p**	**Öntest**	**Sontest**	**t**	**p**
	$\bar{X}$**±SS**	$\bar{X}$**±SS**			$\bar{X}$**±SS**	$\bar{X}$ **±SS**		
Müdahale Grubu (n=32)	63.12±7.69	31.90±3.41	25.827***	**.000***	66.81±3.71	30.03±2.65	49.785***	**.000***
Kontrol Grubu (n=31)	61.61 ±6.15	64.67±5.90	-2.399***	**.023***	67.38±4.64	66.51±3.70	0.969***	.340
t	0.860**	-27.072**			-0.543**	-45.024**		
p	.393	**.000***			.589	**.000***		

*p<0.05, **Bağımsız gruplarda t testi, ***Bağımlı gruplarda t testi

Tablo 4.1'de müdahale ve kontrol grubundaki hastaların durumluk kaygı puanlarının gruplararası karşılaştırmasına ilişkin bulgular incelendiğinde, müdahale grubundaki hastaların birinci oturum (sontest) ve ikinci oturum (sontest) durumluk kaygı puan ortalamalarının (31.90±3.41; 30.03±2.65) kontrol grubuna (64.67±5.90; 66.51±3.70) göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol grubundaki birinci oturum sontest (t= -27.072; p= .000) ve ikinci oturum sontest (t= -45.024; p= .000) durumluk kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır **(p<0.05)**.

Tablo 4.1'de müdahale grubundaki hastaların durumluk kaygı puanlarının grup içi karşılaştırmasına ilişkin bulgular incelendiğinde; birinci ve ikinci oturum sontest durumluk kaygı puan ortalamalarının (kum oyun etkinliği uygulaması sonrası) (31.90±3.41; 30.03±2.65), birinci ve ikinci oturum öntest puan ortalamalarına (63.12±7.69; 66.81±3.71) göre daha düşük olduğu görülmektedir. Müdahale grubundaki hastaların birinci oturum öntest ve sontest (t=25.827; p= .000) ile ikinci oturum öntest ve sontest (t= 49.785; p=.000) durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir **(p<0.05).**

Tablo 4.1'de kontrol grubundaki hastaların durumluk kaygı puanlarının grup içi karşılaştırmasına ilişkin bulgular incelendiğinde; birinci oturum sontest durumluk kaygı puan ortalamalarının (64.67±5.90; 66.51±3.70), birinci oturum öntest puan ortalamalarına (61.61 ±6.15; 67.38±4.64) göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Kontrol grubundaki hastaların birinci oturum öntest ve sontest (t= -2.399; p= .023) durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir **(p<0.05)**. Kontrol grubundaki hastaların ikinci oturum öntest ve sontest (t= 0.969; p= .340) durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir **(p>0.05)**.



Şekil 4.1. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların birinci oturum öncesi ve sonrası ile ikinci oturum öncesi ve sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları farkı

Şekil 4.1'de müdahale ve kontrol grubundaki hastaların birinci oturum öncesi ve sonrası ile ikinci oturum öncesi ve sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları gösterilmektedir. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların birinci ve ikinci oturum öncesi puan ortalamalarında fark olmadığı, birinci ve ikinci oturum sonrası puan ortalamalarında ise fark olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların grup içi durumluk kaygı puan ortalamalarının birinci oturum öntest ve ikinci oturum sontest puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=63)

Gruplar	Durumluk Kaygı			
	1.Oturum öntest	2.Oturum sontest	t	p
	$\bar{X}$±SS	$\bar{X}$±SS		
Müdahale grubu (n=32)	63.12 ±7.69	30.03±2.65	23.491**	**.000***
Kontrol grubu (n=31)	61.61±6.15	66.51±3.70	-4.273**	**.000***

*p<0.05, **Bağımlı gruplarda t testi

Tablo 4.2'de müdahale ve kontrol grubundaki hastaların grup içi durumluk kaygı puan ortalamalarının birinci oturum öntest ve ikinci oturum sontest puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Müdahale grubundaki hastaların ikinci oturum sontest durumluk kaygı puan ortalamalarının (30.03±2.65) birinci oturum öntest puan ortalamalarına (63.12 ±7.69) göre daha düşük olduğu ve grup içi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir **(p<0.05).**

Kontrol grubundaki hastaların ikinci oturum sontest durumluk kaygı puan ortalamalarının (66.51±3.70), birinci oturum öntest puan ortalamalarına (61.61±6.15) göre daha yüksek olduğu ve grup içi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir **(p<0.05).**

Bu sonuçlara göre; 1(H1) hipotezi olan "Kum oyun etkinliği uygulanan hastaların (psikiyatri kliniğinde yatan) müdahale sonrası kaygı düzeyleri kontrol grubuna göre daha düşüktür" hipotezi istatistiksel olarak doğrulanmıştır. Bu bağlamda, kum oyun etkinliğinin hastaların kaygı düzeylerini olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

4.2. Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların İyilik Hali ve İyilik Hali Alt Boyutları Puanlarının Gruplararası ve Grup İçi Karşılaştırılması

Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların gruplararası ve grup içi birinci ve ikinci oturumlarda öntest ve sontest iyilik hali puanlarının karşılaştırılması yapılmış olup, Tablo 4.3'de ve Şekil 4.2'de gösterilmiştir. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların gruplararası birinci ve ikinci oturumlarda öntest ve sontest iyilik hali puanlarını karşılaştırmak için bağımsız gruplarda t testi uygulanmıştır. Müdahale ve kontrol

gruplarının grup içi öntest ve sontest puanlarını karşılaştırmak için bağımlı gruplarda t testi uygulanmıştır.

Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların birinci ve ikinci oturumlarda öntest ve sontest iyilik hali alt boyut puanlarının gruplararası ve grup içi karşılaştırılması yapılmış olup, Tablo 4.4'de ve Şekil 4.2, Şekil 4.3, Şekil 4.4, Şekil 4.5 ve Şekil 4.6'da gösterilmiştir. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların birinci ve ikinci oturumlarda öntest ve sontest iyilik hali boyut puanlarını gruplararası karşılaştırmak için bağımsız gruplarda t testi uygulanmıştır. Müdahale ve kontrol gruplarının öntest ve sontest puanlarını grup içi karşılaştırmak için bağımlı gruplarda t testi uygulanmıştır.

Tablo 4.5'de müdahale ve kontrol grubundaki hastaların iyilik hali ve alt boyut puan ortalamalarının birinci oturum öntest ve ikinci oturum sontest puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması yapılmış olup, bağımlı gruplarda t testi uygulanmıştır.

Tablo 4.3. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların iyilik hali puanlarının gruplararası ve grup içi karşılaştırılması (N=63)

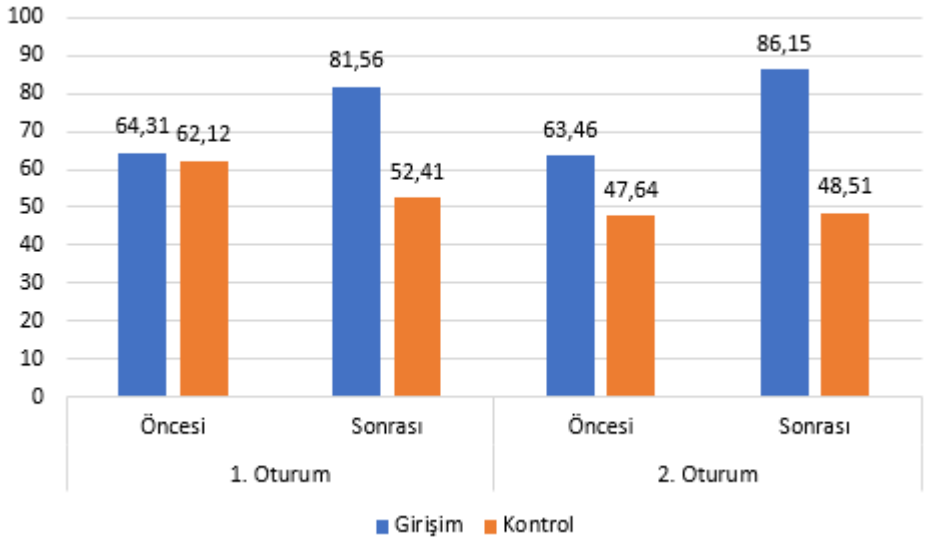
Gruplar	**İyilik Hali**							
	1. Oturum				**2. Oturum**			
	Öntest	**Sontest**	**t**	**p**	**Öntest**	**Sontest**	**t**	**p**
	$\bar{X}$**±SS**	$\bar{X}$**±SS**			$\bar{X}$**±SS**	$\bar{X}$ **±SS**		
Müdahale grubu (n=32)	64.31 ±12.70	81.56 ±6.38	-9.771***	**.000***	63.46 ±13.49	86.15 ±6.88	-12.080***	**.000***
Kontrol grubu (n=31)	62.12 ±18.85	52.41 ±10.48	3.582***	**.001***	47.64 ±7.23	48.51 ±7.15	-0.825***	.416
t	0.540**	13.370**			5.773**	21.270**		
p	.591	**.000***			**.000***	**.000***		

*p<0.05, **Bağımsız gruplarda t testi, ***Bağımlı gruplarda t testi

Tablo 4.3'de müdahale ve kontrol grubundaki hastaların iyilik hali puanlarının gruplararası karşılaştırmasına ilişkin bulgular incelendiğinde; müdahale grubundaki hastaların birinci oturum ve ikinci oturum sontest iyilik hali puan ortalamaları, kontrol grubu puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol grubundaki birinci oturum sontest (t= 13.370; p= .000) ve ikinci oturum sontest (t= 21.270; p= .000) iyilik hali puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır **(p<0.05)**.

Tablo 4.3'de müdahale grubundaki hastaların iyilik hali puan ortalamalarının grup içi karşılaştırmasına ilişkin bulgular incelendiğinde; her iki oturum kum oyun etkinliği uygulaması sontest iyilik hali puan ortalamalarının, her iki oturum öntest puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Müdahale grubundaki hastaların birinci oturum öntest ve sontest (t= -9.771; p= .000) ile ikinci oturum öntest ve sontest (t= -12.080; p= .000) durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir **(p<0.05).**

Tablo 4.3'de kontrol grubundaki hastaların durumluk iyilik hali puanlarının grup içi karşılaştırmasına ilişkin bulgular incelendiğinde; birinci oturum sontest iyilik hali puan ortalamalarının (ort), birinci oturum öntest puan ortalamalarına (ort) göre daha düşük olduğu görülmektedir. Kontrol grubu katılımcıların birinci oturum öntest ve sontest (t= 3.582; p= .001) iyilik hali puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir **(p<0.05)**. Kontrol grubunun ikinci oturum öntest ve sontest (t= -0.825; p= .416) iyilik hali puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir **(p>0.05)**.



Şekil 4.2. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların birinci oturum öncesi ve sonrası ile ikinci oturum öncesi ve sonrası iyilik hali puan ortalamaları farkı

Şekil 4.2'de müdahale ve kontrol grubundaki hastaların birinci oturum öncesi ve sonrası ile ikinci oturum öncesi ve sonrası iyilik hali puan ortalamaları farkı gösterilmektedir. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların birinci oturum öncesi puan ortalamalarında fark olmadığı görülmektedir. Ancak müdahale ve kontrol grubundaki hastalar arasında birinci oturum sonrası, ikinci oturum öncesi ve sonrası puan ortalamalarında fark olduğu görülmektedir. Müdahale grubunda birinci oturum ve ikinci oturum sonrası, birinci oturum ve ikinci oturum öncesine göre iyilik halinde yükselme olduğu görülmektedir.

Tablo 4.4. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların iyilik hali alt boyutları puanlarının gruplararası ve grup içi karşılaştırılması (N=63)

		İyilik Hali Alt Boyutları							
		1.Oturum				**2.Oturum**			
		Öntest	**Sontest**			**Öntest**	**Sontest**		
İyilik Hali Alt Boyutları	**Grup**	$\overline{X}$ **±SS**	$\overline{X}$ **±SS**	**t**	**p**	$\overline{X}$ **±SS**	$\overline{X}$ **±SS**	**t**	**p**
Yaşamı Anlamlandırma ve Hedef Odaklı Olma Boyut	**Müdahale grubu**	16.59 ±4.43	25.03±2.82	-10.942***	**.000***	16.34 ±4.30	26.87 ±3.12	-13.610***	**.000***
	Kontrol grubu	18.00 ±6.25	14.00±3.44	3.560***	**.001***	13.16 ±2.32	13.87 ±2.17	-1.801***	0.082
Test değeri		-1.033**	13.923**			3.632**	19.105**		
p		0.306	**.000***			**0.001***	**.000***		
Bilişsel Boyut	**Müdahale grubu**	13.09 ±4.08	15.40 ±1.84	-3.684***	**.001***	12.93±3.08	16.71±1.59	-8.308***	**.000***
	Kontrol grubu	11.54 ±4.28	8.93 ±2.46	3.400***	**.002***	8.61±1.72	8.64 ±1.81	-0.093***	0.926
Test değeri		1.467**	11.825**			6.829**	18.778**		
p		0.148	**.000***			**.000***	**.000***		
Duygusal Boyut	**Müdahale grubu**	12.25 ±3.39	16.87 ±2.32	-7.683***	**.000***	12.21±2.75	18.62 ±1.96	-11.465**	**.000***
	Kontrol grubu	11.45 ±3.95	9.74 ±2.35	2.695***	**.011***	9.00 ±1.96	9.03 ±1.66	-0.085***	0.933
Test değeri		0.860**	12.107**			5.321**	20.894		
p		0.393	**.000***			**.000***	**.000***		

*p<0.05, **Bağımsız gruplarda t testi, ***Bağımlı gruplarda t testi

Tablo 4.4. Devamı Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların iyilik hali alt boyutları puanlarının gruplararası ve grup içi karşılaştırılması (N=63)

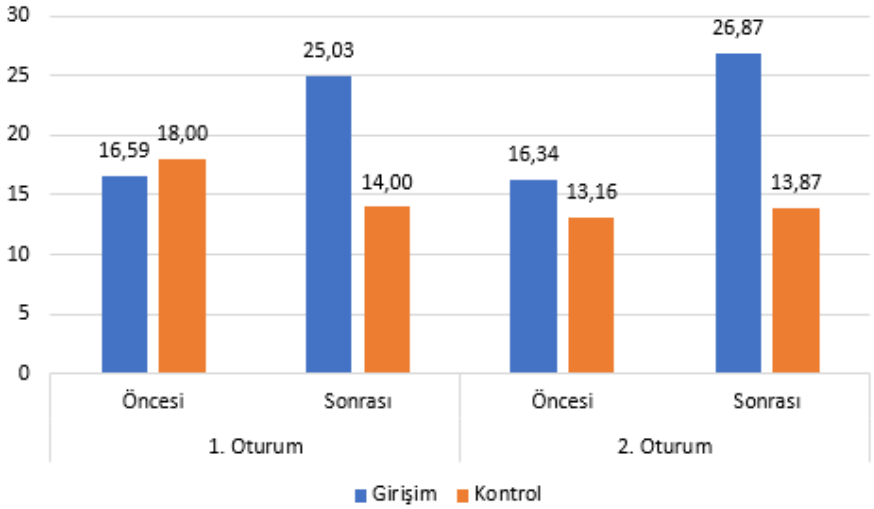
		İyilik Hali Alt Boyutları							
		1.Oturum				2.Oturum			
		Öntest	Sontest			Öntest	Sontest		
İyilik Hali Alt Boyutları	**Grup**	$\bar{X}$ ±SS	$\bar{X}$ ±SS	**t**	**p**	$\bar{X}$ ±SS	$\bar{X}$ ±SS	**t**	**p**
Fiziksel boyut	**Müdahale grubu**	9.59 ±2.21	9.62 ±2.28	-0.373***	0.712	9.18 ±2.42	9.15 ±2.38	1.000***	0.325
	Kontrol grubu	8.90 ±3.64	8.41±3.22	1.878***	0.070	6.70 ±1.84	6.67 ±6.67	1.000***	0.325
Test değeri		0.912**	1.718**			4.547**	4.650**		
p		0.365	0.091			**.000***	**.000***		
Sosyal Boyut	**Müdahale grubu**	12.78 ±2.62	14.62 ±1.73	-5.434***	**.000***	12.12 ±2.79	14.78 ±2.01	-7.599***	**.000***
	Kontrol grubu	12.22 ±3.87	11.32 ±2.22	1.594***	0.121	10.16 ±2.20	10.29 ±2.69	-0.436***	0.666
Test değeri		0.668**	6.576**			3.091**	7.506**		
p		0.507	**.000***			**.003***	**.000***		

*p<0.05, **Bağımsız gruplarda t testi, ***Bağımlı gruplarda t testi

Tablo 4.4'de müdahale ve kontrol grubundaki hastaların iyilik hali alt boyutları puanlarının gruplararası ve grup içi karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. İyilik hali alt boyutlarından yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma, bilişsel, duygusal ve sosyal iyilik hali için, müdahale grubundaki hastaların kontrol grubuna göre birinci oturum ve ikinci oturum sontest puan ortalamalarının birinci oturum ve ikinci oturum öntest puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmış olup gruplararasında fark istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur **(p<0.05).**

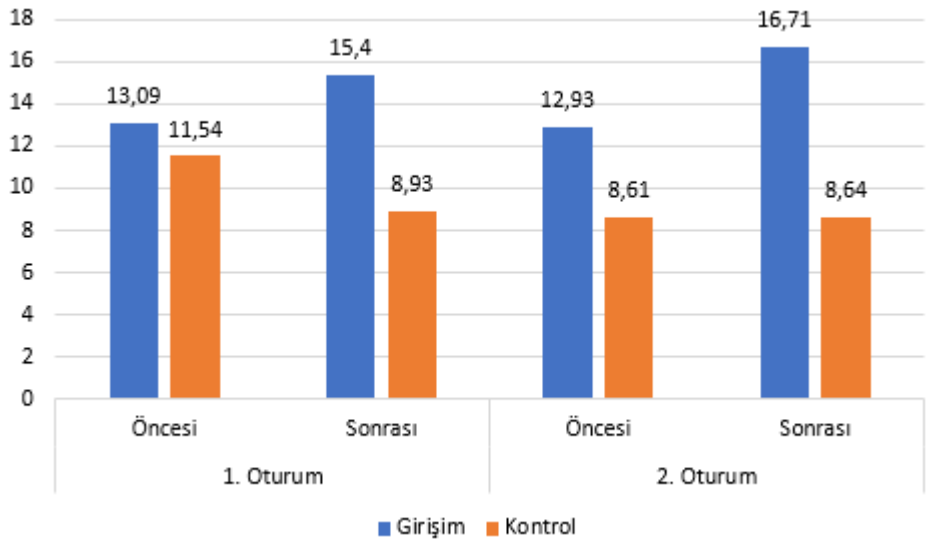
Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların grup içi iyilik hali alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde; müdahale grubundaki hastaların birinci oturum ve ikinci oturum sontest (kum oyun etkinliği sonrası) puan ortalamalarının birinci oturum ve ikinci oturum öntest (kum oyun etkinliği öncesi) puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve istatiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır **(p<0.05).**

Kontrol grubundaki hastaların iyilik hali alt boyutlarından grup içi yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma, bilişsel, duygusal ve sosyal iyilik hali için birinci oturum sontest puan ortalamalarının (14.00±3.44; 8.93±2.46; 9.74±2.35; 11.32 ±2.22) birinci oturum öntest puan ortalamalarına (18.00±6.25; 11.54±4.28; 11.45±3.95; 10.29 ±2.69) göre daha düşük olduğu ve grup içi puan ortalaması olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur **(p<0.05).**



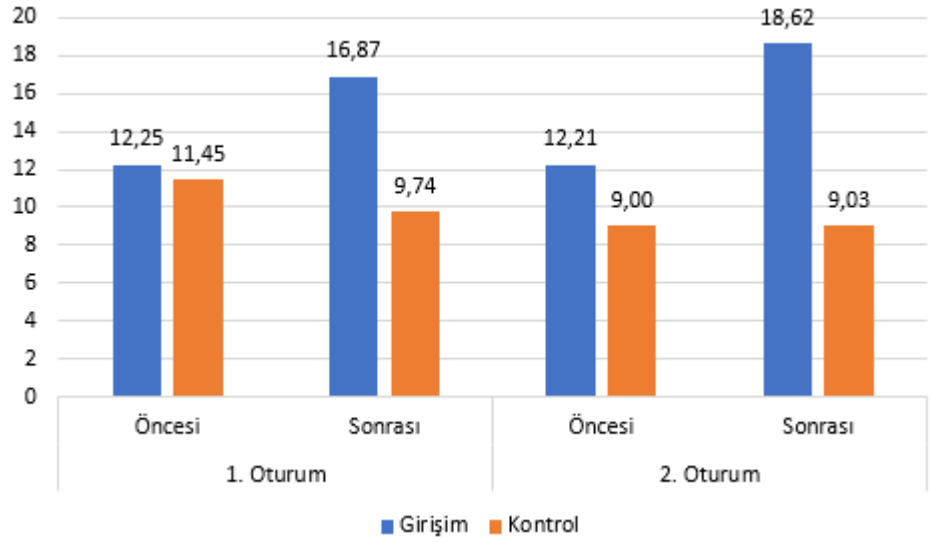
Şekil 4.3. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların birinci oturum öncesi ve sonrası ile ikinci oturum öncesi ve sonrası yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı iyilik hali puan ortalamaları farkı

Şekil 4.3'de müdahale ve kontrol grubundaki hastaların birinci oturum öncesi ve sonrası ile ikinci oturum öncesi ve sonrası yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma puan ortalamaları farkı gösterilmektedir. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların birinci oturum öncesi puan ortalamalarında fark olmadığı görülmektedir. Ancak müdahale ve kontrol grubundaki hastalar arasında birinci oturum sonrası, ikinci oturum öncesi ve sonrası puan ortalamalarında fark olduğu görülmektedir. Müdahale grubunda birinci oturum ve ikinci oturum sonrası birinci oturum ve ikinci oturum öncesine göre iyilik hali yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma boyutunda yükselme olduğu görülmektedir



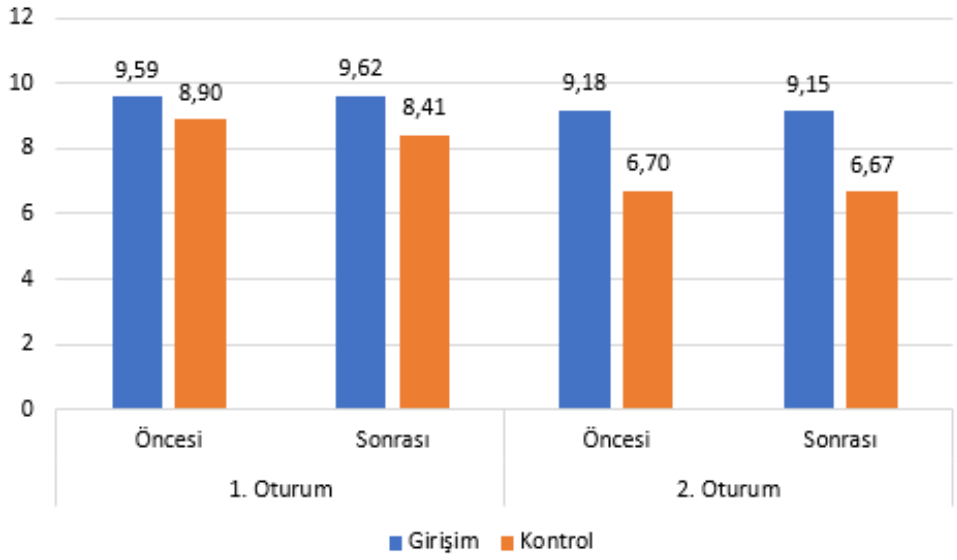
Şekil 4.4. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların birinci oturum öncesi ve sonrası ile ikinci oturum öncesi ve sonrası bilişsel iyilik hali puan ortalamaları farkı

Şekil 4.4'de müdahale ve kontrol grubundaki hastaların birinci oturum öncesi ve sonrası ile ikinci oturum öncesi ve sonrası bilişsel boyut puan ortalamaları farkı gösterilmektedir. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların birinci oturum öncesi puan ortalamalarında fark olmadığı görülmektedir. Ancak müdahale ve kontrol grubundaki hastalar arasında birinci oturum sonrası, ikinci oturum öncesi ve sonrası puan ortalamalarında fark olduğu görülmektedir. Müdahale grubunda birinci oturum ve ikinci oturum sonrası birinci oturum ve ikinci oturum öncesine göre iyilik hali bilişsel boyutta yükselme olduğu görülmektedir



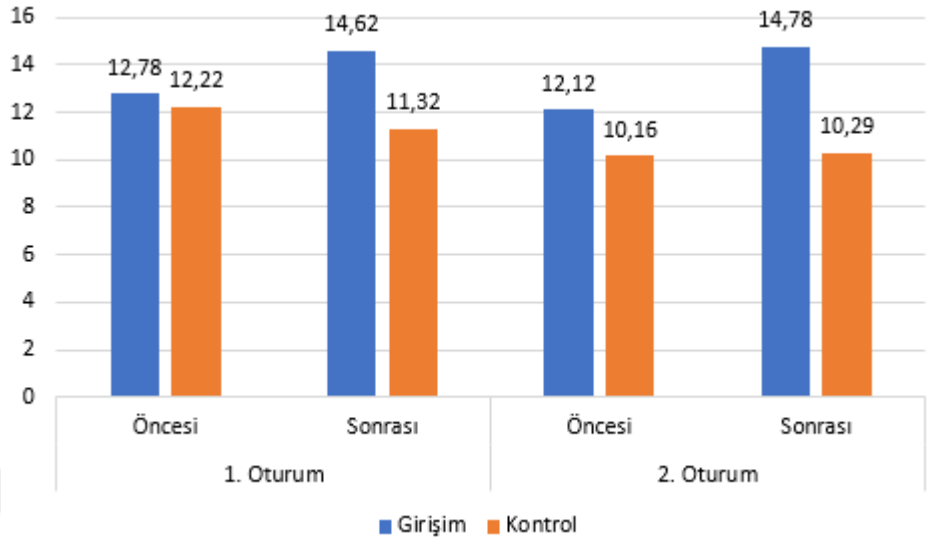
Şekil 4.5. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların birinci oturum öncesi ve sonrası ile ikinci oturum öncesi ve sonrası duygusal iyilik hali puan ortalamaları farkı

Şekil 4.5'de müdahale ve kontrol grubundaki hastaların birinci oturum öncesi ve sonrası ile ikinci oturum öncesi ve sonrası duygusal boyut puan ortalamaları farkı gösterilmektedir. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların birinci oturum öncesi puan ortalamalarında fark olmadığı görülmektedir. Ancak müdahale ve kontrol grubundaki hastalar arasında birinci oturum sonrası, ikinci oturum öncesi ve sonrası puan ortalamalarında fark olduğu görülmektedir. Müdahale grubunda birinci oturum ve ikinci oturum sonrası birinci oturum ve ikinci oturum öncesine göre iyilik hali duygusal boyutta yükselme olduğu görülmektedir.



Şekil 4.6. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların birinci oturum öncesi ve sonrası ile ikinci oturum öncesi ve sonrası fiziksel iyilik hali puan ortalamaları farkı

Şekil 4.6'de müdahale ve kontrol grubundaki hastaların birinci oturum öncesi ve sonrası ile ikinci oturum öncesi ve sonrası fiziksel boyut puan ortalamaları farkı gösterilmektedir. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların birinci oturum öncesi puan ortalamalarında fark olmadığı görülmektedir. Müdahale grubundaki hastalar arasında birinci oturum sonrası puan ortalamasının yükseldiği, kontrol grubu hastalar arasındaki puan ortalamasının da düştüğü görülmektedir. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ikinci oturum öncesi puan ortalamalarında fark vardır. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ikinci oturum sonrası puan ortalamalarında düşüş görülmektedir.



Şekil 4.7. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların birinci oturum öncesi ve sonrası ile ikinci oturum öncesi ve sonrası sosyal iyilik hali puan ortalamaları farkı

Şekil 4.7'de müdahale ve kontrol grubundaki hastaların birinci oturum öncesi ve sonrası ile ikinci oturum öncesi ve sonrası sosyal boyut puan ortalamaları farkı gösterilmektedir. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların birinci oturum öncesi puan ortalamalarında fark olmadığı görülmektedir. Ancak müdahale ve kontrol grubundaki hastalar arasında birinci oturum sonrası, ikinci oturum öncesi ve sonrası puan ortalamalarında fark olduğu görülmektedir. Müdahale grubunda birinci oturum ve ikinci oturum sonrası birinci oturum ve ikinci oturum öncesine göre iyilik hali sosyal boyutta yükselme olduğu görülmektedir.

Tablo 4.5. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların grup içi iyilik hali ve alt boyut puan ortalamalarının birinci oturum öntest ve ikinci oturum sontest puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=63)

İyilik Hali ve Alt Boyutları					
İHYÖ toplam ve alt boyutları	**Gruplar**	**1.Oturum öntest**	**2.Oturum sontest**	**t**	**p**
		$\overline{X}$±SS	$\overline{X}$±SS		
Yaşamı Anlamlandırma ve Hedef Odaklı Olma Boyut	**Müdahale grubu**	16.59 ±4.43	26.87 ±3.12	-12.395**	**.000***
	Kontrol grubu	18.00 ±6.25	13.87 ±2.17	3.995**	**.000***
Bilişsel Boyut	**Müdahale grubu**	13.09 ±4.08	16.71 ±1.59	-5.192**	**.000***
	Kontrol grubu	11.54 ±4.28	8.64 ±1.81	4.064**	**.000***
Duygusal Boyut	**Müdahale grubu**	12.25 ±3.39	18.62 ±1.96	-9.599**	**.000***
	Kontrol grubu	11.45 ±3.95	9.03 ±1.66	3.700**	**.001***
Fiziksel Boyut	**Müdahale grubu**	9.59 ±2.21	9.15 ±2.38	0.897**	.377
	Kontrol grubu	8.90 ±3.64	6.67 ±1.79	3.396**	**.002***
Sosyal Boyut	**Müdahale grubu**	12.78 ±2.62	14.78 ±2.01	-4.775**	**.000***
	Kontrol Grubu	12.22 ±3.87	10.29 ±2.69	2.853**	**.008***
İyilik Hali toplam	**Müdahale grubu**	64.31 ±12.70	86.15 ±6.88	-9.275**	**.000***
	Kontrol grubu	62.12 ±18.85	48.51 ±7.15	4.526**	**.000***

*p<0.05, **Bağımlı gruplarda t testi

Tablo 4.5'de müdahale grubunda fiziksel boyut dışında, ikinci oturum sontest iyilik hali ve boyutlarında elde edilen puanlar, birinci oturum öntest puanlarına göre daha yüksektir. Müdahale grubunun fiziksel boyut (t= 0.897; p>.377) dışında, yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma boyutunda (t= -12.395; p< **.000**), bilişsel boyutta (t= -5.192; p< **.000**),

duygusal boyutta (t= -9.599; p< **.000**), sosyal boyutta (t= -4.775; p< **.000**) ve genel iyilik hali toplamında (t= -9.275; p< **.000**) birinci oturum öntest ve ikinci oturum sontest puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur **(p<0.05)**

Kontrol grubunda ikinci oturum sontest iyilik hali ve boyutlarında elde edilen puanlar, birinci oturum öntest puanlarına göre daha düşüktür. Kontrol grubununda yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma boyutu (t= 3.995; p< **.000**), bilişsel boyut (t= 4.064; p< **.000**), duygusal boyut (t= 3.700; p< **.001**), fiziksel boyut (t= 3.396; p< **.002**), sosyal boyut (t= 2.853; p< **.000**) ve genel iyilik hali toplamında (t= 4.526; p< **.000**) birinci oturum öncesi ve ikinci oturum sonrası puanları arasında anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır **(p<0.05)**

Bu sonuçlara göre; 2(H1) hipotezi olan "Kum oyun etkinliği uygulanan hastaların (psikiyatri kliniğinde yatan) müdahale sonrası iyilik hali düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksektir" hipotezi istatistiksel olarak doğrulanmıştır. Bu bağlamda, kum oyun etkinliğinin hastaların iyilik halini olumlu yönde etkilediği sonucuna varılmıştır.

4.3. Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Durumluk Kaygı ve İyilik Hali Arasındaki İlişkinin Korelasyonu

Tablo 4.6'da müdahale ve kontrol grubundaki hastaların bririnci oturum öntest, ikinci oturum sontest kaygı ve iyilik hali puanları arasındaki ilişki görülmektedir. Değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla normal dağılım gösterdiği için pearson korelasyon testi yapılmıştır.

Tablo 4.6: Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların birinci oturum öntest, ikinci oturum sontest kaygı ve iyilik hali puanları arasındaki ilişki

Değişkenler / **Gruplar**			**Kaygı I. oturum Öntest**	**Kaygı II. oturum sontest**
İyilik hali I.oturum öntest	**Müdahale grubu**	**r**	-0.386	
		p	**.029***	
	Kontrol grubu	**r**	-0.592	
		p	**.000***	
İyilik hali II.oturum sontest	**Müdahale grubu**	**r**		-0.221
		p		0.225
	Kontrol grubu	**r**		-0.338
		p		0.063

*p<0.05 Pearson korelasyon testi uygulanmıştır.

Tablo 4.6'da müdahale ve kontrol grubundaki hastaların birinci oturum öntest kaygı ve iyilik hali puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; puanlar arasında istatistiksel açıdan hem müdahale grubu (r= -0.386, p<0.05) ve hem kontrol grubu (r= -0.592, p<0.05) için orta düzeyde, negatif yönde ve anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ikinci oturum sontest kaygı ve iyilik hali puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; puanlar arasında istatistiksel açıdan hem müdahale grubu (r= -0.221, p>0.05) ve hem kontrol grubu (r= -0.338, p>0.05) için orta düzeyde ve anlamlı olmayan negatif yönde ilişki olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlara göre; 3(H1) hipotezi olan "Kum oyun etkinliği uygulanan ve uygulanmayan psikiyatri kliniğinde yatan hastaların kaygı düzeyi ile iyilik hali düzeyi arasında negatif yönlü ilişki vardır" hipotezi istatistiksel olarak doğrulanmıştır.

5. TARTIŞMA

Kum oyun etkinliğinin psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda kaygı ve iyilik haline etkisinin değerlendirildiği bu araştırmada ruhsal bozukluk tanısı almış bireylerin kaygı düzeylerini azaltma ve iyilik hallerini olumlu yönde geliştirmeye yönelik müdahalede bulunulmuştur. Bu bağlamda; bireylerin kaygı düzeylerini azaltma ve iyilik halinin güçlendirilmesi amaçlanan araştırmada tartışma bölümü aşağıda belirtilen üç başlık altında sunulmuştur. Bunlar;

1. Kum Oyun Etkinliğinin Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Kaygıları Üzerine Etkisi
2. Kum Oyun Etkinliğinin Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların İyilik Hali Üzerine Etkisi
3. Kum Oyun Etkinliği Öncesi ve Sonrası Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Kaygı ile İyilik Hali Arasındaki İlişki.

Ruhsal bozukluğa sahip olan hastaların sosyal yaşantılarında iletişim ve etkileşimlerinin azaldığı, toplumsal yaşamda soyutlandığı, sosyal yaşama uyum sağlamada zorluk çektikleri, sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürmede yetersiz oldukları ve sürekli kaygı yaşadıkları görülmektedir (Townsend, 2016b). Bu anlamda hastalarda iyileşme sürecini hızlandırmak için psikiyatri hemşireleri tarafından yapılandırılmış ortamda, yapılandırılmış müdahale programlarının oluşturulmasının gereği bilinmektedir. Özellikle hemşireler tarafından yürütülen uğraş etkinlikleri ve terapötik bakım müdahaleleri içerisinde önemli olabileceği düşünülen kum oyunu etkinliği bu çalışmanın müdahalesini oluşturmaktadır. Literatür incelendiğinde ruhsal bozukluğa sahip olan ve psikiyatri kliniklerinde yatışı yapılan bireyler üzerinde kum oyun etkinliği ile ilgili çalışmaların ülkemizde olmadığı görülmüştür. Yurt dışı çalışmalara bakıldığında üç tane hemşirelik alanında çalışmaya rastlanılmıştır (Burke, 1996; Yuniati, 2018; Antares, 2020). Ayrıca yurtdışında klinik ortamda yapılan çalışmaların da sınırlı olduğu görülmektedir. Ülkemizde sadece kum oyun etkinliğinin anlatıldığı bir derlemede örnek durum çalışması verilmiştir (Delevi ve Bugay, 2011). Bu bağlamda bu araştırmanın gerek konusu, gerek örneklem grubu ve randomize kontrollü bir çalışma olarak metadolojisi açısından özgün

olup sonuçları itibariyle psikiyatri hemşireliğine uygulamalarına katkısı olacağı düşünülmektedir.

5.1. Kum Oyun Etkinliğinin Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Kaygıları Üzerine Etkisi

Ruhsal bozukluğa sahip bireylerde uzun süre hastalıkla birlikte yaşamanın ve uzun süre hastanede yatmanın yaşam kalitesi, iyilik hali (Gleen ve ark., 2008), günlük yaşam, sosyal ilişkiler, benlik ve kaygı üzerinde güçlü bir etkisi bulunmaktadır (Sitvast ve ark., 2011). Ruhsal bozukluklarda kaygı, hastalık şiddetinin artmasında önemli bir unsurdur (Wigman ve ark., 2012). Dolayısıyla hastaların günlük yaşam aktivitelerini sürdürebileceği, kaygı ile başa çıkma becerilerini geliştirebileceği güçlendirici ve iyileştirici bir ortam (Mistral ve ark., 2002) ve müdahalelere gereksinim duyulmaktadır (Townsend, 2016b). Bu araştırmada hastaların kaygı düzeylerini düşürmek için müdahale olarak kum oyunu etkinliği uygulanmıştır. Kum oyunu etkinliği protokolü yapılandırılmış olan ön hazırlık aşaması ile birlikte yedi aşamadan oluşan bir yapıya sahiptir. Protokolün, aşamalara göre araştırmacıya yönlendirici ve yönlendirici olmayan rol vermesi de önemli bir özelliğidir.

Araştırmaya katılan psikiyatri kliniğinde yatan müdahale ve kontrol grubundaki hastaların kaygı düzeyleri incelendiğinde, hastaların gruplarına göre birinci oturum sontest ve ikinci oturum sontest durumluk kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Kontrol grubu hastaların birinci oturum sontest ve ikinci oturum sontest durumluk kaygı puan ortalamalarının müdahale grubuna göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu farklılık müdahale grubuna uygulanan kum oyununun kaygıyı azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde Foo ve arkadaşlarının (2017) yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alan yaşları 35-50 arası olan kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada katılımcılara 10 oturum grup kum oyun etkinliği uygulanmıştır. Çalışma sonucunda kum oyun etkinliği uygulanan katılımcıların kaygı puanlarında önemli ölçüde azalma olduğu saptanmıştır. Foo ve arkadaşları (2020) yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alan bir kadın katılımcı ile bireysel yaptıkları kum oyunu etkinliğinin kaygı semptomlarında anlamlı bir iyileşme sağladığını belirtmişlerdir. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan 18-23 yaş arası beş erkek beş kadın ile 10 hafta boyunca yapılan kum oyununun, katılımcıların kaygı puanlarında azalma sağladığı saptanmıştır

(Hun-No ve Kyeong Kim, 2013). Yetişkinlerde kum oyunu ile ilgili kaygının ölçüldüğü, farklı gruplarda yapılan çalışmalarda bulunmaktadır. Park ve Lee (2013) görme engelli yedi kadın beş erkek 12 üniversite öğrencisinde beş hafta boyunca haftada iki kez yapmış oldukları kum oyun etkinliğinde, görme engelli katılımcıların kişilerarası ilişkiler üzerindeki kaygısını azaltmada kum oyununun etkili olduğunu bulmuşlardır. Yine benzer bir grupta Young Maeng ve Jang' ın (2014), 20-22 yaş arası görme engelli olan 22 katılımcı üzerinde haftada iki kez 10 hafta boyunca yaptıkları kum oyun etkinliğinde kaygı puanlarının müdahale grubunda düştüğü saptanmıştır. Ancak konuyla ilgili yapılan bir çalışmada farklı bir sonuçla karşılaşılmıştır. Doyle ve Magor-Blathc (2017) üniversite kliniğine başvuran travma sonrası stres bozukluğu tanısı alan 52 yaşındaki bir kadın katılımcı üzerinde dört ay boyunca toplam 10 oturum olarak yaptıkları kum oyunu etkinliğinin katılımcının depresyon belirtilerinde ve stresinde iyileşme sağladığını ancak kaygı belirtilerinde artma yaşandığını saptamışlardır. Doyle ve Magor-Blathc hastanın kaygısının artmasının nedenini hastanın tarafından kum tepsisinde yaptığı sahneyi geleceği ile ilgilili sinir bozucu olduğunu hissetmesi ve dolayısıyla bu durum karşısında öfke patlaması yaşaması olarak açıklamışlardır. Bu tez araştırmasında müdahale grubunda kaygının azaldığını gösteren sonuçlar olması ile birlikte katılımcıların kendi oluşturdukları sahneden rahatsız olduklarını ve değiştirmek istediklerini ifade etmeleri ve yeni sahne oluşturmaları bu anlamda kum oyun etkinliğinde dikkate alınması gereken bir durum olarak değerlendirilebilir.

Bu araştırmada araştırmacı aşamalara göre yönlendirici ve yönlendirici olmayan rolde yer almıştır. Hastalar ilk kum tepsilerini oluştururken yılan, ejderha, silah, hapishane, asker, yırtıcı hayvan, cadı, polis arabası, kum saati ve ateş figürlerinin korkunç olduğunu ve bu figürleri kum tepsilerinde kullanmalarının kaygılarını arttırdığını belirtmişlerdir. Ayrıca kum sahnelerini oluştururken yoğun kaygı yaşayan hastalarda korunma ihtiyacının işareti olarak tepsilerine ilk önce çit veya bariyerleri yerleştirmesi, kendini izole etme, kendini başkalarına karşı kapatma, tepsiyi bölümlere ayırma, tehlikeyi dışarda bırakma gibi davranışlar gözlenmiştir. Bir grup hasta kum tepsilerindeki hikayesini paylaşırken, umut verici ifadeleri, başkalarına duydukları inancı, engellerin üstesinden gelmek için kişisel gücü, gelecek ile ilgili iyimserliği, ihtiyaçlarını karşılama konusundaki inancını aktarmış bir grup hasta da geleceğe yönelik ve şimdiki umutsuzluk, karamsarlık, çaresizlik,

varoluşsal kaygılarını ifade etmişlerdir. Araştırmacının hastaların kum tepsilerinde gözlemlediği kaygılı durumlara ilişkin uygun terapötik müdahale yöntemlerini kullanmasının hastaların kaygısını azaltmada etkili olduğu düşünülmektedir. Yanı sıra hastaların ikinci oturumda tepsilerine yansıyan bazı figürlerin de onlar açısından rahatlatıcı etki oluşturduğu düşünülmektedir. Hastaların çoğunluğu hastalık sürecinde dinine bağlandıklarını bildirirken yaşamlarının bu merkezi yönünü somutlaştırmak için dini figürler, dua eden insanlar, kabe, tesbih gibi minyatür figürleri kullanmışlardır. Hastalar manevi fügürleri kullandıkları tepsileri görmenin kendilerine iyi geldiğini ifade etmişlerdir. Hastalardan bazıları ikinci oturumda yapmış oldukları tepsilerde ev, lamba, steteskop, soba, dikiş makinası, tamir aletleri figürlerini kullanmışlardır. "Tamir etme", "onarma", "iyileşme", "yuva" yı temsil eden bu figürlerin hastaların ihtiyaçlarını karşılamak için tepsiye bilinçdışı yansıdığı düşünülmektedir. Dolayısıyla kum tepsilerinde, hastaların kaos, mücadele ve çözümün beklenen aşamaları gözlenmiştir. Gerek Doyle ve Magor Blathc'nin (2017) çalışması gerek bu araştırmanın müdahale sırasındaki araştırmacı gözlemlerine göre kum oyun etkinliğinin, hastalarda özellikle sağlık durumuyla, gelecekle ve yaşamsal sorumlulukları ile ilgili farkındalık geliştirmesinden kaynaklanan varoluşsal bir kaygı olabileceği ve hastaların kaygısını tetikleyebileceği söylenebilir. Bu bağlamda araştırmacılar ve uygulayıcıların etkinlik sırasında kaygıyı tetikleyen ya da arttıran herhangi bir faktörün ortaya çıkıp çıkmadığını ve hastalardaki duygusal, davranışsal tepkilerini kapsamlı ve dikkatli gözlem yaparak, değerlendirmeleri kaygıyı yönetmede önemli olabilir.

Literatürde kaygı ile ilgili ruhsal bozukluğa sahip bireyler üzerinde farklı müdahalelerin yapıldığı çalışmalar da mevcuttur. Dodd ve Wellman (2000) dört akut psikiyatrik hastanede yatarak tedavi gören ortalama yaşları 40 olan depresyon, şizofreni, bipolar bozukluk, alkolizm tanıları ile takip edilen 23 hasta üzerinde öntest sontest desenli çalışma yürütmüşlerdir. Hastalara, hemşireler tarafından yürütülen kaygı yönetme programı üç oturum olarak uygulanmıştır. Kaygı yönetme programının içeriği gevşeme egzersizleri, derin nefes egzersizleri, kaygı broşürünü yönetme, progresif kas gevşeme egzersizleri, arkadaş sistemi (başkalarıyla birlikte yapılan ödevler), ödev alıştırmaları ve hastanın olumsuz düşünceleri belirleme ve sorgulaması için ABC yöntemini (A- öncüler-durum, B- durumla ilgili düşünceler/inançlar, C- duygular- düşüncelerin ve duyguların eşlik ettiği

duygusal tepkiler) içermektedir. Çalışma sonunda kaygı yönetim programına dahil olan hastaların kaygı düzeylerinin düştüğü saptanmıştır. Kaygı duygularına duygusal ve interoseptif biofeedback müdahalesi kullanarak minimal etkili antipsikotik dozları ile tedavi edilen şizofreni hastalarında duygusal girişim müdahalesinin (Kardiyak uyum eğitimi) hastaların kaygı, yaşam kalitesi, stres ve hastalığın ciddiyet düzeyini belirlemek amacıyla beş erkek beş kadın katılımcı üzerinde yapılan çalışmada, 8-12 hafta, haftada bir saat kardiyak uyum eğitimi uygulanmış ve hastalara günlük ev ödevleri, gevşeme egzersizi yapma ödevi verilmiştir. Çalışmanın sonunda hastaların kaygılarının azaldığı görülmüştür (Trousselard ve ark., 2016). Cheung ve arkadaşları (2018) orta derecede demansı olan katılımcılarla yaptıkları hareketli müzik müdahale çalışmasında (müzik dinlemek, şarkı söylemek, doğaçlama yapmak, müzik aleti çalmak, müzik tartışmak, müzikle hareket etmek, müziği diğer sanat biçimleriyle birleştirmek), hareketli müzik müdahalesine katılan katılımcılarda kaygı puanının, sadece müzik dinleyen ve sosyal sohbet edenlere göre daha fazla düştüğünü bulmuşlardır. Kinser ve arkadaşları (2014) majör depresif bozukluğu olan bireyler üzerinde yapmış oldukları pilot çalışmada, yoganın bireylerin kaygı, depresyon, ruminasyonlar, stres ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisi olduğunu saptamışlardır. Bipolar bozukluğu olan 60 hasta üzerinde yarı deneysel olarak yapılan çalışmada müdahale grubuna uygulanan egzersiz programının hastaların kaygı düzeylerini azalttığı saptanmıştır (Edenfield, 2007). Bilkay (2020) psikiyatri kliniklerine ilk kez yatış yapılan 37 katılımcı ile deneysel olarak öntest sontest desenli yaptığı araştırmasında "Video-Resim Destekli Uyum Programı" nın müdahale grubunda bulunan katılımcıların kaygı ve damgalama düzeylerini azalttığını saptamıştır.

Sonuç olarak, bu araştırmanın sonuçları ışığında psikiyatri kliniklerinde hastaların tedavisinde kum oyunu ve çeşitli müdahalelerin tedavinin ve bakımın önemli bileşenleri olarak kabul edilebilir olduğu ve kaygı düzeylerini etkilediği görülmüştür. Ruhsal hastalık nedeniyle psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların kaygı düzeylerini azaltmada terapötik ve yapılandırılmış bir protokol olarak kum oyunu etkinliğinin önemli olduğu söylenebilir.

5.2. Kum Oyun Etkinliğinin Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların İyilik Hali Üzerine Etkisi

Ruhsal bozukluklarda hastalığın yıkıcı etkileri devam ederken (Onken ve ark, 2007) kaygı, umutsuzluk, damgalama, düzensiz beslenme, aktivite azlığı, alkol ya da madde kullanımı (Wynaden ve ark., 2012) ve yaşamda anlamsızlık gibi nedenlerden dolayı hastaların iyilik halinin olumsuz etkilendiği bilinmektedir. Ruhsal bozukluğa sahip bireylerin yaşamdaki durumları değerlendirilerek sağlıklı yaşam tarzı ile yaşam kalitelerinin arttırılması, topluma kazandırılması yani iyilik halinin arttırılmasına yönelik müdahale programlarının hazırlanması önemlidir (Karow ve ark., 2014). Bu araştırmada; hastaların iyilik hallerini arttırmak için kum oyun etkinliği uygulanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların gruplarına göre birinci oturum sonrası ve ikinci oturum öncesi, sonrası iyilik hali yıldızı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Müdahale grubundaki hastaların birinci oturum sonrası ve ikinci oturum öncesi, sonrası iyilik hali puan ortalamalarının, kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Kontrol grubundaki hastaların iyilik hali düzeyinde anlamlı bir değişim görülmediğinden psikiyatri kliniğinde yatan hastalara uygulanan kum oyun etkinliğinin hastaların iyilik halini artırdığı söylenebilir. Ruhsal bozukluklarda iyilik halinin ölçüldüğü kum oyun etkinliği çalışmaları sınırlı sayıda bulunmaktadır. Bu araştırma sonuçlarına benzer şekilde Komarek (2020) yaşları 21-32 olan tanı almış (Bipolar Bozukluk, Kronik Şizofreni, Şiddetli Anksiyete Bozukluğu, Duygudurum Bozukluğu, Takıntılı Düşünce Bozukluğu-Kleptomani-Trikotollamani) evlerinde ya da bakım merkezlerinde yaşayan beş katılımcı üzerinde öntest-sontest olarak yaptıkları kum oyunu çalışmasında, müdahale grubundaki hastalarda kaygının ve semptomların azaldığını, iyilik halinin ise arttığını saptamışlardır. Park ve Lee (2013) görme engelli üniversite öğrencileri üzerinde yapmış oldukları kum oyun etkinliğinin öğrencilerin psikolojik iyilik hali ve alt değişkenlerinden özerklik, kendini kabul etme ve başkalarıyla olumlu ilişkiler kurma boyutlarında olumlu etkiye sahip olduğunu bildirmişlerdir. Nepal'de depremden etkilenen 12 ebeveyn üzerinde öntest sontest desenli yapılan kum oyun etkinliğinin, müdahale grubunda ebeveynlik stresinin semptomlarını azalttığı ve ebeveynlerin psikolojik iyilik halini arttırmada etkili olduğu bulunmuştur (Hwang, 2017).

Literatürde ruhsal bozukluğa sahip bireyler üzerinde doğrudan kum oyunu ile ilgili olmasa da farklı müdahalelerin yapıldığı ve iyilik halinin tüm boyutları açısından olmasa da **genel iyilik hali düzeyi** ile ilgili az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Kızılırmak Tatu (2019) bir araştırma hastanesi psikiyatri polikliniğinde izlenen 42 şizofreni tanısı alan hastalara yönelik sosyal beceri geliştirmeye odaklı grup psikoeğitim programının ilaç uyumu, yaşam kalitesi, iyilik hali ve sosyal iyi oluşa etkisini belirlemek amacıyla ön test - son test ve izleme desenli randomize kontrollü bir çalışma yürütmüştür. Bu çalışmada müdahale grubundaki hastalara haftada bir gün sekiz oturum sosyal beceri geliştirmeye odaklı grup psikoeğitim programı uygulanmıştır. Kontrol grubuna herhangi bir müdahale yapılmamıştır. Çalışma sonucunda müdahale grubundaki hastaların son test ve izlem değerlendirmesinde iyilik hali, yaşam kalitesi ve ilaç uyumu puan ortalamalarının arttığı, sosyal iyi olma puan ortalamalarının ise azaldığı belirlenmiştir. Ascenso ve ark., (2018) ruhsal bozukluğu olan birey ve bakım verenleri ile klinik ortamda 39 katılımcı ile gerçekleştirdikleri çalışmada, müziğin kullanımıyla ilgili, davul çalma müdahalesini haftada bir kez ve 6-10 hafta arası uygulamışlardır. Davul çalma müdahalesi sonrası bir hafta içinde 11 hasta ile yarı yapılandırılmış görüşme, 28 hasta ile odak grup görüşmesi gerçekleştirmişlerdir. Yapılan müdahale ve görüşmeler sonucunda hasta ve bakım verenlerinin iyilik halinin ve duygusal, psikolojik, sosyal iyilik hali boyutlarının arttığını saptamışlardır.

Bu araştırmada İHYÖ'nin alt boyutları olan yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma bilişsel, duygusal, fiziksel ve sosyal boyutları değerlendirilmiştir. Araştırma sonucuna göre fiziksel boyut dışında diğer alt boyutların öntest sontest puan ortalamaları arasındaki farkın müdahale grubunda anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) Kontrol grubunda ise fiziksel boyut dışındaki diğer boyutlarda öntest sontest puanları arasındaki fark müdahale grubuna göre daha az anlamlı bulunmuştur. Literatürde ruhsal bozukluklarda iyilik hali alt boyutu ile ilgili çalışmalara rastlanılmamıştır. Farkı gruplarla farklı müdahalelerle yapılan çalışmalarda da araştırma bulgularımıza benzer sonuçlar yer almaktadır. Stalnaker-Shofner ve Manyam (2014) 30 yüksek lisans öğrencisi üzerinde öntest, sontest müdahale ve kontrol gruplu deneysel desenin kullanıldığı çalışmasında iyilik hali temelli grupla psikolojik danışmanın iyilik hali düzeyleri üzerindeki etkilerini incelemişlerdir. Çalışmanın bulgularına göre iyilik hali programına katılan öğrencilerin genel iyilik hali

ve iyilik hali alt boyutlarına ilişkin iyilik hali düzeylerinin anlamlı düzeyde arttığı bulunmuştur. Bu sonucun, bu araştırmanın fiziksel boyut hariç diğer bulgularıyla uyumlu olduğu görülmektedir. Ancak konuyla ilgili literatürde karşıt sonuçlarda bulunmaktadır. Kayiş (2017) İyilik Hali Yıldızı Psiko-eğitim Programının (İHY-PEP) üniversite öğrencilerinin iyilik hali (genel, fiziksel, sosyal, duygusal, bilişsel ve yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik hali) ve psikolojik belirti düzeyleri üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla, 11 üniversite öğrencisi ile öntest, sontest ve izleme ölçümlü deneysel desen kullanarak yaptığı çalışmasında, müdahale grubuna 10 oturum psikoeğitim programı uygulamıştır. Çalışma sonucunda her iki grupta öğrencilerin iyilik hali ve iyilik hali alt boyutlarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde ruhsal bozukluklarda, iyilik hali ve alt boyutlarının değerlendirildiği yeterli çalışma olmadığı görülmüştür. Bu bağlamda hedef kitle ile ilgili iyilik hali ve alt boyutlarının değerlendirildiği çalışmalara ihtiyaç vardır. Literatür eksikliği nedeni ile bu çalışmada iyilik hali alt boyutları, ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik yapılan müdahaleler kapsamında ayrı ayrı ele alınacaktır.

İHYÖ'nin ilk alt boyutu **yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olmadır**. Bu araştırmada hastaların gruplarına göre birinci oturum sonrası ve ikinci oturum öncesi, sonrası yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Müdahale grubu hastaların birinci oturum sonrası ve ikinci oturum öncesi, sonrası yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma boyutu puan ortalamalarının, kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum müdahale grubuna uygulanan kum oyun etkinliğinin hastaların, kendi kum tepsilerini yaratması, tepsilerinde kullandıkları figürlere anlam yüklemesi, uygulama sırasında var olan sorunlarını somut görebilmesi, kendini ifade edebilmesi ile açıklanabilir. Buna ilave olarak kendi istedikleri minyatür figürleri seçerek seçimlerinin farkında olmaları, kendini tanımaları, yeteneklerini ve ilgilerini fark etmeleri, bireysel olarak neleri yapıp neleri yapamayacaklarını bilmeleri, kum tepsisi sahnelerinde, durumları ya da olaylarla ilgili başa çıkabilecek yöntemleri görebilmesi, hayatlarına etki eden olayla bağlantılı olarak diğerlerinin göstermekte olduğu tepkileri ve geleceğe dönük algıların farkına varmaları sebebiyle yaşam amaçlarını bu doğrultuda belirleyebilmesi de müdahale grubundaki bu farkın anlamlı çıkmasında etkili olabilir. Ruhsal bozukluk

grubundaki hastalara uygulanan müdahale çalışmalarından araştırma bulgumuza benzer sonuçlar bulunmaktadır. Yaşamı anlamlandırma iyilik hali boyutu, yaşamın anlamını ve amacını araştırma (Korkut-Owen ve Owen, 2012) buna göre hayatını yönlendirmesi bu hayattan memnun olması (Acar, 2014), daha büyük güçle paylaştığı bağlantıları farketme (Korkut-Owen ve Owen, 2012), insanın üst varlıkla ilişkisi çerçevesinde manevi yaşamına dair tecrübe ettiği doyum öğelerini kapsamaktadır (Acar, 2014).

Pieters ve arkadaşları (2018) hemşireler tarafından ruhsal bozukluğu olan bireylerle yürütülen bahçecilik deneyimlerini keşif amacıyla yapmış oldukları nitel araştırmalarında, bahçe deneyiminin katılımcıların günlerine anlam katmak için ek bir yol sağladığını, birime katkıda bulunma, üretkenlik ve topluluğun bir parçası olma duygusunu yaşattıklarını ifade etmişlerdir. Bu durum katılımcıların yaşamda anlam bulacağı kaynakları kendilerinin tanımlamaları ile açıklanabilir. Bir psikiyatri kliniğinde 36 katılımcı ile hemşireler tarafından yürütülen, öntest sontest desenli deneysel olarak yapılan mandala sanat etkinliğinin şizofreni, bipolar duygudurum bozukluğu ve majör depresif bozukluğu olan hastalarda umut, iyi oluş ve dayanıklılık üzerine etkisinin incelendiği çalışmada müdahale grubundaki hastaların kontrol grubuna göre umudun daha da arttığı, belirgin olmasa da iyi oluş ve dayanıklılık ortalama puanlarında artışa yol açtığı bulunmuştur (Kim ve ark., 2018). Yine benzer şekilde şizofreni tanısı alan hastalar üzerinde mandala sanat çalışmasından daha kapsamlı bir sanat müdahalesinin kullanıldığı grup çalışmasının umudu arttırdığı saptanmıştır (Kim, 2004). Dolayısıyla ruhsal bozukluğa sahip bireylerde umudu arttırıcı müdahaleler bireyi motive etme ve harekete geçmesini sağlayarak yaşamı anlamlandırma ve iyilik halini arttırmada destek sağlayabilir. Yatarak tedavi gören ruhsal bozukluğa sahip bireyler için bakımın amacı sadece belirli bir hastalığı tedavi etmek değil, aynı zamanda anlamlı yaşam için gerekli olan iç kaynakları kullanarak iyileşme isteğini teşvik etmektir (Kim ve ark., 2018). Bu nedenle ruhsal bozukluğa sahip bireyleri, kim olduklarını kabul etmeye, olumlu ilişkileri sürdürmeye, kendi davranışlarını kontrol etmeye ve potansiyellerini gerçekleştirmeye motive etmek önemlidir (Aubuchon-Endsley ve ark., 2015). Soygür ve arkadaşları (2016) fenomolojik yaklaşımın kullanıldığı "Mavi At Kafe'de" çalışan şizofreni tanılı bireyler üzerinde yaptıkları çalışma sonucunda, hastalar kafe ortamındaki ilişkilerin insani yönleri, içtenliği ve eşitliğine dikkat çekmişler, kafede olmanın yaşamlarına anlam kattığını,

monotonluktan kurtardığını, bir zorlukla karşılaştıklarında ortamdaki hasta, hasta yakını, gönüllü ruh sağlığı çalışanlarından güç aldıklarını, onların umutlarını yüreklendirdiklerini, önemsenmek, amaç edinmek, sorumluluk üstlenmek, motive olmak gibi konularda hayatlarına katkı sağladıklarını bildirmişlerdir. Ruhsal hastalık deneyimleri umutsuzluğa yol açabilir. Dolayısıyla klinik hemşirelerinin hastaların yaşamlarında önemli olanı belirlemeleri ve takip etmeleri için gerekli desteği vermesi gerekmektedir. Umut, ruhsal bozukluğu olan bireylerin hastalık ve başarısızlık gibi zorluklara katlanmaları ve yaşamaya devam etmelerine yardımcı olabilir.

Bireysel iyileşmenin bazı temel özellikleri umut, güçlendirme, seçim ve maneviyat (Slade ve ark., 2011) ve dayanıklılıktır (Macpherson ve ark., 2009). Tuffour ve arkadaşları (2019) ruhsal hastalıklardan kurtulan 12 katılımcı ile iyileşmeyi nasıl kavramlaştırdıklarına ilişkin bir çalışma yürütmüşlerdir. Katılımcılar dinlerinin ve maneviyatlarının olumlu etkilerine değinmişlerdir. Ayrıca katılımcılar dayanıklılıklarının, teşhislerini kabul etmenin, topluluk ve aşiret aidiyetlerinin iyileşme yolculuklarında kritik öneme sahip olduğunu ifade etmişlerdir. Qrjasaeter ve arkadaşları (2018) bir psikiyatri hastanesinde ruhsal bozukluğa sahip 11 katılımcı ile müzik ve tiyatro atölyesi ile birlikte derinlemesine görüşmeler yapmışlardır. Hermeneutik-fenomenolojik bir analiz yoluyla yapılan bu çalışmada üç ana tema ortaya çıkmıştır. a) an'la meşgul olmak b) günlük yaşamı geri kazanmak c) bir geleceği hayal etmek. Bulgular, müzik ve tiyatroya katılmanın eğlenceli sıradan etkinliklere odaklanmak için ve sanatın katılımcıların yaşamlarına anlam ve daha özel olarak olumlu anlar getirme potansiyeline nasıl sahip olduğunu göstermek için bir fırsat sağladığını göstermiştir. Araştırmamızda hastaların kum tepsileri ile 'Şimdi ve Burada' ya odaklanması ve an'da kalması, hastalıklarına ilişkin durumları farketmeleri, hedeflerini belirlemeleri, yaşamda onlara acı veren anlar kadar mutlu anları da görmeleri ve oluşturdukları hikayede geçen ögeleri, anlatımları anlamlandırma ve yorumlayabilmesi için yönlendirici ve yönlendirici olmayan rol üstlenilmiştir. Ayrıca hastaların kum tepsilerinde yeni bir ifade biçiminin gerçekleşmesi (tepside anlam ve derinlere inme tecrübesi oluşturan materyalle etkileşime girerek), hedef belirlemeye yardımcı olması (hastanın kendi sorunu ile ilgili yeniden düşünme fırsatı bulup, değerlendirme ve planlama yapması) umut'un (hastanın hedefine ulaşabileceği noktaları kum tepsisinde görmesi) yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma iyilik halinin artmasına katkı sağladığı

düşünülmektedir. Dolayısıyla kum oyun etkinliği ruhsal bozukluğu olan bireylerin yaşamı anlamlandırma ve hedef belirleme noktasında etkili bir yöntemdir. Klinik içerisinde profesyonellerin bu bireyler için bu tür anlar sağlayabilecek ortamları yapılandırmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

İHYÖ'nin bir diğer alt boyutu **bilişsel boyuttur.** Bu araştırmada hastaların gruplarına göre birinci oturum sonrası ve ikinci oturum öncesi, sonrası bilişsel boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Müdahale grubu hastaların birinci oturum sonrası ve ikinci oturum öncesi, sonrası bilişsel boyutu puan ortalamalarının, kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum kum oyun etkinliğinin hastaların problem çözmesine yardımcı olması, dikkatini kum tepsisine vermesi, minyatür figürlerle kum tepsisini oluştururken zihnini yorması ile açıklanabilir. Entellektüel/mesleki iyilik hali olarak da bilinen bilişsel boyut, bireyin bilgisini kendisi ve toplum içinde kullanması, kendisine zihinsel olarak zorlayacak etkinlikler arama, entellektüel olarak aktif olmayı sevme, kişisel değerlerini doyuracak etkinliklerde bulunma, becerilerini topluma katkı için kullanma, rolleri arasında denge kurma, problem çözme gibi özellikleri kapsamaktadır (Korkut Owen ve ark., 2016). Literatürde bilişsel boyutun bakıldığı kum oyunu ile ilgili çalışmaya rastlanılmamıştır.

Rodewold ve arkadaşları (2011) planlama ve problem çözme eğitiminin şizofreni tanısı alan bireylerin fonksiyonel kapasitelerine etkisini değerlendirdikleri çalışmada problem çözme eğitimi ile temel bilişsel işlevleri ele alan bilişsel eğitimi karşılaştırmışlardır. Çalışma sonucunda katılımcıların problem çözme eğitim grubunda planlama ve problem çözme becerilerinde müdahale grubunun kontrol grubuna göre daha güçlü düzeyde iyileşme görülmüş, kontrol grubunda ise katılımcıların işlemleme hızında iyileşme olduğu saptanmıştır. Ayrıca her iki gruptaki katılımcılarda fonksiyonel açıdan fark olmadığı, zamanla fonksiyonel kapasitede iyileşme görüldüğü, öğrenme becerilerinde de iyileşme olduğu gözlemlenmiştir. Benzer bir grupla yemek pişirme aktivitesi ile sosyal beceri eğitiminin bilişsel fonksiyonlara ve sosyal yeterliliğe etkisi karşılaştırılmıştır. Katılımcılar yemek pişirme grubu, yemeği planlama, alışverişe çıkma ve yemek pişirme uygulaması yapmışlar, sosyal beceri eğitimi grubu ise bilişsel fonksiyon eğitimine ek olarak hastalıkla başa çıkma becerileri, konuşma becerileri, problem çözme ve stresle başa çıkma becerisi

hakkında eğitim almışlardır. Çalışma sonucunda sosyal beceri eğitimi alan grupta sosyal yeterlilik ve bilişsel fonksiyonları açısından anlamlı iyileşme görüldüğü yemek yapma aktivitesine katılan grupta ise grupla etkileşimin kişilerarası ilişkilerde olumlu etkiye yol açtığı saptanmıştır (Ohno ve ark., 2014). Hemşire, sosyal hizmet uzmanı, klinik psikiyatrist ve psikologlar tarafından yürütülen bir araştırmada 11 ayaktan tedavi merkezi, gündüz hastaneleri ve rehabilitasyon birimlerinden seçilen şizofreni, şizoaffektif bozukluk veya sanrılı bozukluğun olduğu 107 katılımcı ile 10-18 oturum psikotik belirtilerin bilişsel terapisi ilkesine dayanan "Michael's Game" oyun programı uygulanmıştır. Programın katılımcıların içgörüsünü geliştirdiği ve sanrısal fikirlere yönelik inançlarını/meşguliyetlerini azalttığı için, daha doğrudan bilişsel terapiye hazırlık müdahalesi olduğu ifade edilmiştir (Khazaal ve ark., 2011). Pereira ve Ornellas Pereira (2009) içerisinde psikiyatri hemşiresinin de yer aldığı bir çalışmada, klinikte yatan şizofreni ve rezidüel şizofreni tanılı bireylere 18 ay boyunca çiçek atölye çalışması yapmışlardır. Atölye çalışmasının başında başlangıçta bireyleri rahatlatmak amacıyla fiziksel egzersiz yaptırmışlar ve bu aktivitenin ardından katılımcılara çiçekler için vazo yapımında kullanabilecekleri kağıt, bant, yapıştırıcı, küçük kutular, dönüştürülebilir plastik gibi malzemeler verilmiştir. Çiçek aranjmanlarının yapılmasıyla uygulama sona ermiştir. Katılımcılar oluşturmuş oldukları aranjmanlarla ilgili duygularını, fikirlerini ve anılarını grup içinde paylaşmışlardır. Bu çalışmanın katılımcıların bilişsel koordinasyonuna yardımcı olduğu ve duygusal bağların gelişimini destekleyen bir sosyal ortam oluşturduğu görülmüştür. Ngoo ve arkadaşları (2021) bir psikiyatri kliniğinde aktivite temelli yapmış oldukları çalışmada (fiziksel aktivite, sanat yaratımı, teknoloji oyunları ve uygulamalarını kullanma, yemek hazırlama, müzik yapma) katılımcıların zihinlerini sürekli aktif tutduklarını, dikkatlerini odaklayabildiklerini ve yeni şeyler öğrenme fırsatı bulduklarını saptamışlardır. Kim (2018) otizmli ergenlerin görev başındaki davranışlarını ve bağımsız görev performanslarını iyileştirmek amacıyla video modellemesi yöntemi ile sebze bahçeciliği müdahalesi yapmıştır. İlk adımda katılımcılara video aracılığıyla sebze ayıklama ve bahçe sulama becerileri gösterilmiş daha sonra bu videoyu izledikten sonra katılımcılar sebze bahçesi kursuna katılmışlardır. Çalışma sonucunda katılımcıların davranışlarında bir gelişme olduğu ve bağımsız görev alabilme konusunda anlamlı iyileşmeler gösterdikleri gözlemlenmiştir. Bu bulgular araştırmamızın

bulgularını destekler nitelikdedir. Fenomenolojik açıdan değerlendirildiğinde kum tepsisi oluşturmanın olumlu bir tecrübe olması (hastaların kum tepsisini yararlı bulduklarını ve eğlenceli olduğunu söylemesi), hastaların mevcut problemlerini kum tepsisinde farkedip problemlerine yönelik stratejiler geliştirmesi, problem çözme becerilerini tekrar gözden geçirmeleri bilişsel iyilik halinin arttırılmasında etkili olduğu söylenebilir.

İHYÖ'nin bir diğer alt boyutu **duygusal boyuttur.** Bu araştırmada hastaların gruplarına göre birinci oturum sonrası ve ikinci oturum öncesi, sonrası duygusal boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Müdahale grubu hastaların birinci oturum sonrası ve ikinci oturum öncesi, sonrası duygusal boyutu puan ortalamalarının, kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum kum oyunu etkinliğinin hastaların güvenli alanda çalışmasına izin vermesi, içsel durumlarını ifade etmesi, duygularının farkında olması, duygularını kontrol edebilmesi, katarsizi yaşaması, oluşturmuş olduğu kum tepsilerinde çatışmalarını, zorlu deneyimlerini görebilmeleri ve kendini gerçekci olarak değerlendirmeleri ile açıklanabilir. Duygusal boyut sağlıklı olmanın içsel deneyimleriyle ilgili olan boyuttur ve kendi yaşam durumlarına ve çatışmalarına gerçekçi ve olumlu bakma, duyguları kontrol edebilme, duyguların farkında olma, bireyin dünyaya ve kendine yönelik olumlu algılarının olması, kendini gerçekci olarak değerlendirmesi, zorlu tecrübelerini ve çatışmalarını bir fırsat olarak görmesi ile ilgili özellikleri kapsamaktadır (Korkut-Owen ve Owen, 2012). Ferreira ve arkadaşlarının (2014) immün sistem yetmezliği olan çocuklar üzerinde yaptıkları kum oyun etkinliği çalışmasında, kum oyun etkinliğinin duygusal iyilik halini arttırdığı saptanmıştır.

Kraiss ve arkadaşları (2020) ruhsal bozukluğu olan hastalarda duygu düzenleme ile iyi oluş arasındaki ilişkiyi inceledikleri meta analiz çalışmasında duygu düzenlemenin sadece psikopatoloji ile ilgili değil, aynı zamanda genel olarak iyilik hali ve hedonik (mutluluk deneyimi, olumlu duygular, öznel iyi oluş) ve eudaimonik (bireyin kendini gerçekleştirme deneyimini yaşaması, işlev görme derecesi) iyilik halleri üzerinde olumlu etkisini olduğunu bildirmişlerdir. Cheng ve arkadaşları (2017) kronik şizofreni tanısı olan bireylerde uyguladıkları çoklu duyu müdahalesini, rutin rehabilitasyon alan kontrol grubuyla karşılaştırmışlardır. Çalışma sonunda müdahale grubunda çoklu duyu uyaran

müdahalesinin katılımcıların psikotik belirtiler ve iyilik hali üzerine anlamlı etki oluşturmamasına rağmen, bireylerin solunum, kalp hızlarını, kaygılarını azalttığını ve olumsuz duygusal tepkilerini iyileştirebildiğini görmüşlerdir. Benzer bir müdahale ile Jadidi ve Mirshoja (2016) klinikte yatan, 32 yaşında şizofreni tanısı olan bir vakada sekiz oturum duyu bütünleme tedavisi sonucunda katılımcının çevreye karşı farkındalığında, keyif ve motivasyonunda artma ve başa çıkma becerilerinde iyileşme saptamışlardır. Smidl ve arkadaşları (2017) bir toplum ruh sağlığı merkezinde bulunan duygudurum bozukluğu, şizofreni veya şizoaffektif bozukluk teşhisi ile birlikte diabet ve artrit gibi tıbbi durumları da bulunan 20 katılımcı üzerinde bir yıl boyunca dört aşamalı bahçıvanlık müdahale çalışması yürütmüşlerdir. Bu çalışma planlama, yükseltilmiş bahçelerin inşası, bahçelerin bakımı ve hasat aşamalarından oluşmaktadır. Katılımcılara uygulama sırasında kendi duygularını ifade edebilmesi için günlük tutması önerilmiştir. Program değerlendirmesi için katılımcılara anket, yapılandırılmış görüşme, gözlemsel ölçümler ve kayıtların incelenmesi yapılmıştır. Çalışma sonunda katılımcıların duygusal iyilik halinin arttığı, ruh hallerinde önemli gelişme, belirgin şekilde daha yüksek düzeyde katılım ve kendiliğindenlik gösterdikleri ve mutluluk düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Bir psikiyatri kliniğinde yatan altı katılımcı ile yapılan aktivite temelli programın (fiziksel aktivite, sanat yaratımı, teknoloji oyunları ve uygulamalarını kullanma, yemek hazırlama, müzik yapma), katılımcıların olumlu anlarını ve duygularını ortaya çıkarmada bir fırsat oluşturduğu bildirilmiştir (Ngoo ve ark., 2021). Bu bulgular araştırmamızın bulgularını destekler nitelikdedir. Ayrıca kum tepsisinde hastaların kendisiyle ilgili duygularını kabul etme tepkileri (gülme, rahatlık), kendisi hakkında olumlu ifadeleri (umut, memnuniyet, güven, mutluluk), hastanın dolaylı pozitif ifadeleri (iyileşecek, daha iyi olacak, duygusal olarak daha kararlı), kendi hakkındaki olumsuz ifadeleri ve bunları tepside farketme/ çözümleme imkanı bulması (öfke, sinirlilik, yalnızlık, sabırsızlık, üzüntü, hüsran, yorgun, kaygı), başkaları hakkında olumlu ifadeleri (teşekkür, sevgi, bakım), başkaları hakkında saldırgan ifadeleri (nefret, güvensizlik, kıskançlık, eleştiri, ihmal, korku, rahatsızlık) ve bunları tepside farketme/çözümleme imkanı bulması, içgörüyü tetikleme (hastanın kum tepsisi oluşturması ile kendi üzerinde düşünmeye başlaması, geçmiş ve şimdiki tecrübesi arasındaki ilişkiye dair farkındalığının artması sayesinde) gibi katılımcıların duygusal iyileşme ve olgunlaşmanın belirgin belirtilerini göstererek müdahaleden yararlandıkları

düşünülmektedir. Ruhsal bozukluğu olan bireylerde duygusal iyilik halini arttırıcı müdahaleler, psikopatolojinin tekrarlanmasını önlemede ve iyilik halini sağlamada önemli bir sonuç olarak görülebilir.

İHYÖ' nin bir diğer alt boyutu **fiziksel boyuttur.** Bu araştırmada müdahale ve kontrol grubunun birinci ve ikinci oturum öncesi ve sonrası değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Bu durum ruh sağlığı hizmetlerinde fiziksel iyilik halini arttıran müdahalelerin ihmal edilmiş olması ve klinik içerisinde ruhsal bozukluğu olan hastaların sağlıklı yaşam davranışlarının desteklenmemesi ile açıklanabilir. Fiziksel boyut, sağlıklı olmanın fiziksel yanları ile ilgilidir. Buna göre fiziksel olarak aktif olma, dengeli beslenme, düzenli uyuma, düzenli olarak doktor kontrolünden geçme gibi sağlıklı yaşam biçimine ilişkin öğeleri içermektedir (Korkut-Owen ve Owen, 2012). Literatürde iyilik halinin fiziksel boyutu ile ilgili yapılmış kum oyun etkinliği çalışmasına rastlanmamıştır.

Fiziksel sağlık ile ilgili literatürde, ruhsal bozukluğu olan bireyler için fiziksel sağlığı geliştirmek ve iyileştirmek amacıyla izlem araçları ve müdahale programlarının geliştirildiği görülmüştür (Uysal Yalçın ve Bilgin, 2019). Qui ve arkadaşlarının (2017) hapishanede bulunan şizofreni tanısı olan 120 hasta üzerinde öntest sontest olarak yaptıkları çalışmalarında müdahale grubu için 48 ardışık oturum şeklinde, haftalık 120 dakikalık sanat müdahale programı uygulanmış, kontrol grubuna ise hiçbir müdahalede bulunulmamıştır. Araştırmacılar müdahale grubundaki hastaların müdahale sonrası durumluk kaygı ve depresyon puanlarında azalma, öfke kontrolünde artmayı sağladığını ve düzenli yeme, düzenli uyuma ve düzenli ilaç kullanma davranışlarında olumlu etkisinin olduğunu rapor etmişlerdir. Sağlıklı yaşam tarzı müdahalesinin psikotik bozukluğu olan hastalarda sigara kullanımı ve kardiyovasküler hastalık riski davranışlarına etkisi araştırılmıştır. 235 katılımcının olduğu bu araştırmada nikotin replesman tedavisi alan ve sağlıklı yaşam tarzı müdahalesi veya telefon tabanlı müdahale programı gerçekleştirilmek üzere müdahale ve kontrol grubu oluşturulmuştur. Çalışma sonunda müdahale grubunda olan katılımcıların sigara kullanımında ve kardiyovasküler hastalık riskinde önemli düşüşler tespit edilmiştir (Baker ve ark., 2018). Benzer bir müdahale kullanarak Curtis ve arkadaşlarının (2016) psikoz servisinde 16 hasta ile 12 hafta boyunca yaptıkları çalışmada

hastalarda antipsikotik ilaç alımına bağlı kilo alımının azaldığı saptanmıştır. Romain ve Abdel-Baki (2017) ciddi ruhsal bozukluğu olan fazla kilolu 27 erkek hasta üzerinde Transteoretik Model (TTM) kullanarak gerçekleştirdikleri çalışmalarında fiziksel aktivite değişimini incelemişler ve TTM'in fiziksel aktivite değişiminde etkili olduğunu bulmuşlardır. Yine aynı müdahale yöntemi kullanılarak 60 ruhsal bozukluğu olan hastaların beslenme değişimlerini incelemek amacıyla deneysel olarak yapılan çalışmada, TTM uygulamasının müdahale grubu hastaların beslenme alışkanlıklarında olumlu değişim yaptığı saptanmıştır (Anastopoulou ve ark., 2017). Odd Dodd ve arkadaşları (2011) tarafından sekiz şizofreni tanısı olan hasta üzerinde öntest sontest desenli deneysel olarak yapılan çalışmada aerobik egzersiz sonrası hastaların kilo ve beden kitle oranları (BKİ) ortalamalarının ve negatif belirtiler ölçeği puan ortalamalarının düştüğü, pozitif belirtiler ölçeği puan ortalamalarının yükseldiği görülmüştür. Direnç ve aerobik antremanı müdahale yönteminin kullanılarak, genel anksiyete bozukluğu olan yetişkin kadınlar üzerinde yapılan çalışmada katılımcıların iyilik hallerinin arttığı bulunmuştur (Herring ve ark., 2016). Benzer şekilde Herring ve arkadaşları (2015) genel anksiyete bozukluğu olan kadınlar üzerinde altı haftalık bir çalışma yürütmüşler ve katılımcıların aerobik egzersizle uyku verimliliğinde artış olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca kronik ruhsal bozukluğa sahip bireyler ile yapılan fiziksel aktivite programlarının, bireylerin fiziksel benlik algılarını güçlendirdiği, sosyal işlevselliği arttırdığı, ilaç tedavisi ve terapötik müdahalelere daha uyumlu oldukları, ruhsal olarak kendilerini iyi hissettikleri saptanmıştır (Cassilhas ve ark., 2015; Loh ve ark., 2015; Ho ve ark., 2016; Lök ve Lök, 2016). Burada sunulan çalışmalar ruhsal bozukluklarda sağlıklı yaşam davranışlarının kullanılmasının hastaların iyilik hallerine katkı sağladığını göstermektedir. Ayrıca bu araştırmada hastaların kum tepsilerini anlatırken, mevcut sorunları ile ilgili fiziksel rahatsızlığı bildirme reaksiyonları (uykusuzluk, kendi özbakım gereksinimlerini yapamama, güçsüzlük, kilo alımına bağlı aktivite kısıtlanması, alkol ve sigara kullanımı, baş ağrısı vb.) ifade etmeleri fiziksel iyilik halinin değerlendirilmesinde önemli bir veri olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla araştırma bulgumuzda fiziksel boyut ile ilgili müdahale ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farkın olmaması bu konu ile ilgili servis içi müdahalelerinin eksikliğini göstermektedir. Bu nedenle klinik ortamda hastalara fiziksel aktivitenin önemi, stresle etkili olarak başa

çıkabilmenin yolları, düzenli ve dengeli beslenme, öz bakım, alkol ve madde kullanımının önlenmesi gibi konularda psikoeğitim verilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

İHYÖ'nin bir diğer alt boyutu **sosyal boyuttur.** Bu araştırmada hastaların gruplarına göre birinci oturum sonrası ve ikinci oturum öncesi, sonrası sosyal boyutu puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Müdahale grubu hastaların birinci oturum sonrası ve ikinci oturum öncesi, sonrası sosyal boyut puan ortalamalarının, kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum müdahale grubuna uygulanan kum oyun etkinliğinin hastanın bireyleşmesine izin vermesi, kendini ifade ederek uygulayıcıdan destek alması, kendi doğası ile temas etmesi, kum tepsisi hikayesini anlatırken kendisinin sosyal desteklerini görmesi ile açıklanabilir. Sosyal boyut, bireylerin çevreleriyle, diğer bireylerle, toplumla ve doğayla etkileşimin niteliğini ve derecesini göstermektedir. Bu boyut aile, arkadaş diğer önemli kişilerden alınan sosyal desteği, hem cins ve karşı cins ile kurulan sosyal ilişkileri, iletişiminde olduğu herkesden destek almayı ve destek vermeyi içermektedir (Korkut-Owen ve Owen, 2012). Han ve arkadaşlarının (2017) bir çocuk bakım merkezinde dışsallaştırılmış davranış problemleri olan çocuklar üzerinde yaptıkları kum oyun etkinliğinin sonucu çocuklarda saldırganlık ve olumsuz akran etkileşimlerinin azaldığı saptanmıştır.

Pieters ve arkadaşları (2018) hemşireler tarafından ruhsal bozukluğu olan bireylerle yürütülen bahçecilik deneyimlerinin katılımcıların sosyalleşmesini sağladığı, dikkat dağıtmanın yanısıra akranlar ve personel ile bağlantı kurma, aidiyet duygusuna sahip olma ve bir topluluğun bir parçası gibi hissetmesine katkıda bulunduğu saptanmıştır. Tuffour ve arkadaşları (2019) ruhsal hastalıklardan kurtulan 12 katılımcı ile iyileşmeyi nasıl kavramlaştırdıklarına ilişkin yürüttükleri çalışmalarında, katılımcıların aile ve komşularla olan bağlantıları bağlamında iyileşmelerini sağladıkları, aile ve sosyal çevreleri olmadan iyileşmelerinin mümkün olamayacağı görüşü ortaya çıkmıştır. Ngoo ve arkadaşları (2021) bir psikiyatri kliniğinde aktivite temelli yapmış oldukları çalışmada (fiziksel aktivite, sanat yaratımı, teknoloji oyunları ve uygulamalarını kullanma, yemek hazırlama, müzik yapma) katılımcıların birbirleriyle tanışma şansı buldukları, sosyalleştikleri ve sağlık çalışanları ile iyi ilişkiler kurdukları sonucuna ulaşılmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetleri aracılığıyla psikiyatrik tedavi gören 25 hasta ile saha çalışması ve yüz yüze yarı

yapılandırılmış görüşmeler kullanılarak gerçekleştirilen çalışmada profesyonel hemşireler, duygusal ve psikiyatrik sorunlar için sağlık bakım desteği kaynakları olarak belirlenmiştir. Çalışma sonunda hemşireler tarafından sağlanan desteğin bireylerin özsaygısını ve iyilik halini arttırdığı saptanmıştır (de Souza ve ark., 2017). Padmavathi ve arkadaşları (2013) şizofreni tanısı olan bireylerde, rol oynama yöntemiyle uygulanan iletişim becerileri eğitiminin bireylerin iletişim becerilerini iyileştirmede etkili bir yöntem olduğu sonucuna varmışlardır. Chien ve arkadaşları (2003) şizofreni tanısı olan bireylerde girişkenlik ve iletişim becerileri eğitiminin etkisini müdahale öncesi, sonrası ve bittikten bir ay sonraki izlemde araştırmışlardır. Müdahale grubu sekiz oturum bu eğitimi alıyorken kontrol grubuna rutin hemşirelik bakımı yapılmıştır. Müdahale grubunun girişkenlik ve iletişim becerilerinin kontrol grubuna oranla eğitim öncesi, sonrası ve izlemde daha iyi olduğu saptanmıştır. Kumar ve Singh (2015) şizofreni tanılı bireylerle yaptıkları sosyal beceri eğitim sonrası, bireylerin duygularını ifade etme, istekte bulunma, bireylerin sosyal aktivitelere katılma becerilerinde iyileşme ile sosyal kaygı puanlarında azalma görmüşlerdir. Benzer bir müdahale yapılan şizofreni tanılı bireylerin göz teması kurmada daha başarılı oldukları ifade edilmiştir (Razali ve ark, 2000). Doğu (2019) toplum ruh sağlığı merkezinde bulunan şizofreni tanısı olan, 60 hasta ile, ergoterapi müdahaleleri ve sosyal beceri eğitiminin, bilişsel durum, psikopatoloji, aktivite performansı, psikososyal işlevsellik, toplumsal katılım ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapmış olduğu müdahale-kontrol ve izlem tasarımlı çalışmasında, katılımcıların hem sosyal beceri eğitimi hem de sosyal beceri ile birlikte ergoterapi müdahalelerinin katılımcıların psikiyatrik belirtilerini, depresif belirtilerini ve negatif belirtilerini azalttığı; sosyal işlevsellik, bilişsel beceriler, iletişim becerileri ve sorun çözmede iyileşmeyi sağladığı, toplumsal katılım ve yaşam kalitesi düzeylerinde artışa sebep olduğunu saptamıştır. İzlemde, sosyal beceri eğitimi ile birlikte ergoterapi grubunda klinik belirtiler, iletişim ve sorun çözme becerileri , sosyal işlevsellik, toplumsal katılım ve yaşam kalitesi üzerinde iyileşmenin devam ettiği saptanmıştır. Lök ve Buldukoğlu (2015) Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde, psikiyatri hastalarının sosyal işlevsellikleri ve tedavi edici ortam arasındaki ilişkiyi analiz etmek amacıylayapmış oldukları kesitsel çalışma sonucunda, hali hazırdaki ortamın sosyal işlevselliği arttırdığını ve iyi düzenlenmiş bir tedavi edici ortamın hastalarda hastalık belirtilerinin hafiflemesi, kavramada/sezgilerde

artış, sorunlarla başa çıkabilme, problemleri çözebilme yeteneği, özgüven artışı, iletişim becerilerinde yükselme, kişisel ve gerçekçi hedeflerin oluşturulması, uyumu bozan ve yeti kaybına sebep olan adaptasyon faktörlerinin azalması/düşürülmesi gibi durumlarda değişimler olduğunu görmüşlerdir. Sosyal boyut ile ilgili bu sonuçlar bu araştırmanın bulguları ile örtüşmektedir. Hastalar kum tepsisinde hayatındaki önemli kişilerden aldığı sosyal desteği minyatür figür ile görünür kılabilmektedir. Dolayısıyla kum tepsilerinde figür olarak getirdiği arkadaşları, aileleri ve çevresindeki insanlar ile ilgili duygularını paylaşma, onlarla tepsi üzerinden konuşma, onların desteğini farketme, onlarla anlamlı ilişkiler kurma, hastanın tepsideki bazı minyatür figürlere bakması, ona dokunması, onu sevmesi, onu beslemesi sosyal ilişkilerinin gelişme gösterdiğinin, kum tepsisinin sözel ve sözel olmayan iletişimi geliştirdiğinin bir göstergesi olabilir. Hastaların gelişmiş iletişim ve sosyalleşme düzeyleri, muhtemelen araştırmacı tarafından yapılan terapötik müdahalelerle tetiklenen gelişmiş ilişkileri, bu gelişmelere yol açmıştır. Sonuçta hastaların ailesi, arkadaşları, çevresindeki insanların destekleyici etkileşimlerinden daha iyi fayda sağlayabileceği kum tepsilerinde gösterilmiştir. Psikiyatri klinik ortamlarında hastaların kişilerarası ilişkilerini geliştirebileceği, sağlıklı sosyal işlevsellik örüntülerini gösterebileceği, işbirliği yapabileceği ve bilgi paylaşımında bulunabileceği müdahalelerin varlığı sosyal iyilik halinin artmasında etkili rol oynamaktadır. Hemşireler bu müdahale programlarına hastaların katılmasını teşvik ederek iyilik hallerinin artmasına katkıda bulunabilirler.

Sonuç olarak, bireylerin fiziksel, manevi, sosyal, duygusal ve bilişsel açılardan tam bir iyilik hali içerisinde olmaları olarak ifade edebileceğimiz iyilik hali aynı zamanda bu alanlar arasında bir denge olarak da ifade edilmektedir. Dolayısıyla iyilik halinin tüm alanları birbirleriyle ilişkilidir ve bir alanda oluşan değişiklik diğer alanları da etkileyebilmektedir. Bu bağlamda iyilik hali ve alanları birbirinden bağımsız olmayıp bir bütünü oluşturmaktadır. Hemşirelerin bu çok boyutlu ve bütüncül yapının bilincinde olması, bireyleri, iyilik hallerini geliştirmesi ve iyilik hali çerçevesinde bir yaşam tarzını benimsemeleri konusunda desteklemesi büyük öneme sahiptir.

5.3. Kum Oyun Etkinliği Öncesi ve Sonrası Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Kaygı ile İyilik Hali Arasındaki İlişkisi

Psikiyatri kliniklerinde yapılandırılmış bir terapötik ortamda, uğraş aktiviteleri bireylerin başarı, sorumluluk, farkındalık duygularının oluşması/kazanılması, kapandığı iç dünyasından çıkıp sosyalleşmesi, kendine ve başkalarına güvenmesi, kaygı düzeylerinin azaltılması ve iyilik halinin artmasını sağlamada önemli rol oynamaktadır (Oflaz, 2006; Kamışlı ve Daştan, 2008; Çam ve ark., 2010; Lök ve Buldukoğlu, 2015; Çakmak ve ark., 2016). Araştırmada müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r= -0.386$, $p<0.05$). Bu durum kum oyun etkinliğinin katılımcıların kaygı düzeyini azaltırken iyilik hallerini arttırmasıyla açıklanabilir. Araştırma bulgularımıza benzer Cook ve arkadaşlarının (2012) ciddi ruhsal bozukluğu olan 519 katılımcı ile öntest, sontest ve izleme ölçümlü deneysel olarak yaptıkları çalışmalarında, müdahale grubuna sekiz oturumluk, herbir oturumu iki buçuk saat süren iyilik hali hareket planı uygulamışlardır. Araştırma sonucuna göre iyilik hali hareket planına katılan bireylerin kaygı ve depresyon düzeylerinin anlamlı düzeyde azaldığı ve iyilik hali düzeylerinin ise anlamlı düzeyde arttığı bulunmuştur. Komarek (2020) evlerinde ya da bakım merkezlerinde yaşayan, ruhsal bozukluk tanısı almış beş katılımcı üzerinde öntest-sontest olarak yaptığı kum oyunu çalışmasında, hastalarda kaygının ve semptomların azaldığını, iyilik halinin ise arttığını saptamışlardır. Bu araştırmanın sonuçları ve literatürde doğrudan kum oyunu ile ilişkili olmasa da diğer çalışmaların sonuçları kaygı ile iyilik halinin arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu ve kaygı azaldıkça iyilik halinin arttığını göstermektedir. Bu anlamda kaygı, iyilik hali, bu iki değişken arasındaki ilişki ve bu ilişkinin yönü psikiyatri hemşireleri, diğer ekip üyeleri hasta ve hasta yakınları için objektif ve subjektif bakım sonucu olarak değerlendirilmesi gerektiğini söyleyebiliriz.

Kum oyunu etkinliği ile ilgili literatürde kısa süreli tek oturumluk müdahaleden 10,12,18'e kadar varan oturum sayılarıyla da müdahalenin yapılabildiği görülmektedir. Bu araştırmanın müdahalesi olarak kum oyun etkinliği protokolü iki oturum olarak ve her bir oturumda aynı uygulanacak şekilde olarak yapılandırılmıştır. Kum oyun etkinliğinin hastaların durumluk kaygı ve iyilik haline etkisini incelemek temel amaç olduğu için ölçüm araçları (durumluk kaygının ve iyilik hali) nın her iki oturumda müdahale öncesi

ve hemen sonrası (bir saat arayla) uygulanması ve ölçümlerin kontrol grubu için de aynı şekilde bir saat önce ve sonra yapılması farklı bir değerlendirme süreci olarak düşünülebilir. Buradan yola çıkarak bu araştırmanın tüm sonuçları dikkate alındığında, kontrol grubundaki hastaların grup içi ve gruplararası kaygı ve iyilik hali (fiziksel iyilik hali hariç) düzeylerinin değişim göstermemesi; buna karşın kum oyun etkinliği uygulanan müdahale grubundaki hastaların grup içi ve gruplararası kaygı ve iyilik hali (fiziksel iyilik hali hariç) düzeylerinin anlamlı derece değişim göstermesi ve kaygı ve iyilik hali arasında negatif ve anlamlı bir ilişki saptanması terapötik ve yapılandırılmış bir protokol olarak kum oyunu etkinliğinin psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların kaygı düzeylerini azaltmada, genel iyilik hali ve iyilik hali yıldızının önemli bileşenleri olan yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma, bilişsel, duygusal, sosyal ve anlamlı olmamakla birlikte fiziksel iyilik halini artırmada önemini ve olumlu yönde etkisini ortaya koyan sonuçlar olarak değerlendirilebilir. Ancak kum oyunu ile ilgili hemşirelikte ve psikiyatri kliniklerinde yatan hastalarda yapılmış çalışmaların sınırlı olması nedeniyle, aynı ya da farklı oturum sayıları ile yapılmış başka randomize kontrollü çalışma sonuçlarına dayanan kanıtlara ulaşmada önemli olabileceği görülmektedir. Bu nedenle bu araştırmanın sonuçlarının kum oyun etkinliği protokolünün kullanıldığı çalışmalara ve psikiyatri hemşirelerine/ psikiyatri klinik hemşirelerine ve diğer psikiyatrik bakım ortamlarında çalışan hemşirelere rehberlik edeceği ve hastalar için etkili, yararlı bir uğraşı aktivitesi ya da bakım protokolü olabileceği düşünülmektedir.

Hastaların yatışının ilk haftası klinik semptomların yoğun olduğu, hastanın çevreye uyumunun olmadığı, hastanın durumunun destekleyici önlemlere karşın hızla kötüye gittiği, kaygısının arttığı ve iyilik halinin az olduğu dönemdir. Hastanın yatışının ikinci haftası ise ilk haftaya göre semptomlar azalmış olsa dahi semptomların devam ettiği, klinikte yatarken farmakolojik tedaviler açısından psikotrop ilaçların etkisinin henüz belirgin olmadığı dönem olarak düşünülebilir (Öztürk, 2002). Bu anlamda çalışmamızdaki öntest puanlara bakıldığında kaygı düzeyinde artma, iyilik hali düzeyinde azalma olması da bunları destekleyen bir bulgudur. Araştırmamıza katılan müdahale ve kontrol grubunun profil özelliklerine bakıldığında sayısal anlamda farklılık olmadığı, semptomların belirgin olduğu dönemlerde araştırmaya dahil oldukları görülmektedir. Bu anlamda da müdahale grubunda kaygının düşmesi ve iyilik halinin artması müdahalenin bu anlamda gücünü

göstermektedir. Ayrıca araştırmacı bu etkinlik sırasında kaygı, iyilik hali ve iyilik hali alt boyutları alanlarında uygun müdahalede bulunması için sadece protokol içerisinde bulunan soruları hastaya yönlendirmemiş olup aynı zamanda protokolün sağlıklı ve uygun bir şekilde yürütülebilmesi, gerektiğinde ortaya çıkan çatışmaları, çözümlenmesi gereken noktaları tespit ederek uygun müdahalede bulunmuştur. Bu bağlamda araştırmacının yetkinliğinin önemli olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla araştırmacının kum tepsisinde karar verme süreci, bu yetkinliği sağlamış olması etkinliğin hem metadoloji hem de uygulamanın yürütülmesi açısından gerekli ve kolaylaştırıcı bir unsur olarak değerlendirilebilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda kum oyun etkinliğinin kaygı ve iyilik haline etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Ulaşılabilen literatür doğrultusunda klinik anlamda hemşirelik alanında kum oyun etkinliğinin kullanıldığı ilk çalışma olması açısından özgündür. Yapılan bu araştırmada elde edilen sonuçlar kaygı düzeyi, iyilik hali ve bu değişkenler arasındaki ilişki yönünden ele alınmıştır ve bu sonuçlara yönelik öneriler aşağıda belirtilmiştir.

6.1. Sonuçlar

Psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda;

- Kum oyunu etkinliğinin durumluk kaygıyı azaltmada etkili olduğu,
- Kum oyunu etkinliğinin iyilik halini yükseltmede etkili olduğu,
- Kum oyunu etkinliğinin iyilik hali alt boyutlarından yaşamı anlamlandırma ve hedef odaklı olma, bilişsel, duygusal ve sosyal iyilik halini yükseltmede etkili olduğu,
- Müdahale ve kontrol grubundaki hastalarda birinci oturum öncesi ve sonrası ile ikinci oturum öncesi ve sonrası fiziksel iyilik halinin grup içinde benzer düzeyde olduğu, ancak kontrol grubundaki hastaların fiziksel iyilik halinin müdahale grubundaki hastalardan daha düşük olduğu ve özellikle ikinci oturumda daha da azaldığı,
- Kontrol grubunda grup içinde ve gruplararasında zamana göre giderek kaygının arttığı ve iyilik halinin azaldığı,
- Müdahale grubunda grup içinde ve gruplararasında zamana göre giderek kaygının azaldığı ve iyilik halinin arttığı,
- Hastalarda durumluk kaygı ile iyilik hali arasında negatif yönde ilişki olduğu ve kum oyunu etkinliğinin kaygıyı azaltarak iyilik halini yükseltmede etkili olduğu belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda öneriler aşağıdaki üç başlık altında sunulmuştur.

Araştırma alanına ilişkin öneriler

- Psikiyatri kliniklerinde kum oyun etkinliğinin bireylerin kaygısını azalttığı ve iyilik halini arttırdığı sonucunu genelleştirebilmek ve kanıtları artırmak için yarı deneysel ve deneysel randomize kontrollü araştırmalar yapılması,
- Müdahalenin uzun süreli etkisini değerlendirebilmek için, oturum sayılarının arttırılması ve izlem çalışmalarının yapılması,
- Bu nedenle uzunlamasına süreli ve izlem yoluyla süreklik kaygının da değerlendirildiği çalışmaların yapılması,
- Bu araştırma psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda yapılmış olup örneklem grubu homojen ve normal dağılıma sahiptir. Ancak bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre değerlendirilme yapılmamıştır. Bundan sonraki çalışmalarda bu araştırmanın dahil etme, dışlama ve çıkarılma kriterlerini; yaş, cinsiyet, yatış süresi, tıbbi tanı gibi değişkenleri dikkate alan; farklı psikiyatrik bakım ortamlarında yatan ve ayaktan hasta gruplarıyla yürütülen çalışmalarla sonuçların değerlendirilmesi önerilmektedir.

Uygulama alanına ilişkin öneriler

- Psikiyatrik bakım uygulamalarında bakım protokolü olarak kum oyunu etkinliği uygulama protokolünün kullanılması ancak kum oyun etkinliğinin etik ilkeler doğrultusunda hastaya "zarar vermeme" ilkesinin göz önünde bulundurularak kurumsal sertifikaya sahip ve alt yapıda çözüm odaklı yaklaşım, motivasyonel görüşme gibi eğitimler alarak donanım sahibi bireyler tarafından yürütülmesi, etkinliğin eğitim almadan uygulanmaması,
- Uygulayacıların ve araştırıcıların kum oyunu etkinliği protokolü ve bu protokol içerisinde de kullanılan veya kullanılabilecek diğer psikososyal yaklaşımlara özgü teknikler ile gözlem ve görüşme becerilerini geliştirme konusunda gerekli mezuniyet sonrası, hizmet içi ve kişisel- mesleki gelişim eğitimleri, sertifika /süpervizyon ile kendilerini güçlendirmeleri,

- Kum oyun etkinliği uygulanacak hastaların yatış sürelerine göre araştırmaya dahil olma durumlarına ilişkin sonuçlar ve hastaların kum oyun etkinliği müdahalesinin kaygıyı azaltma iyilik halini arttırma yönündeki sonuçlarıyla birlikte değerlendrilidiğinde hastaların kliniğe yatışının ikinci gününden itibaren kum oyun etkinliği uygulamasına dahil edilmesi,
- Kum oyun etkinliği için hastanın kendisi hakkında daha çok bilgi vermesini sağlamak, kendisini ifade edebilme, kum tepsisinde hikayesini özgürce ve rahatça ifade edebilme olanağı sağlamak için seçilen minyatür figürlerin kültüre özgü ve her bir kategoriden çeşitliliği sağlayacak şekilde seçilmesi
- Kum oyun etkinliği için tutarlılığı, güvenilirliği desteklemek için yapılandırılmış ayrı bir etkinlik odasının olması, raf sistemine minyatür figürlerin kategorilere ve tematik durumuna göre sıralanması,
- Hastaların kaygı, iyilik hali, kaygı ve iyilik hali değişkenleri arasındaki ilişki ve bu ilişkinin yönünün hemşirelik sürecinin veri toplama, amaçları belirleme ve değerlendirme aşamasında dikkate alınarak psikiyatri/psikiyatri klinik hemşireleri, diğer ekip üyeleri hasta ve hasta yakınları için objektif ve subjektif bakım sonucu olarak değerlendirilmesinde dikkate alınması önerilmektedir.

Eğitim alanına ilişkin öneriler

- Kum oyun etkinliği ve nitelikleri/ortam özellikleri ile ilgili lisans, lisansüstü ve mezuniyet sonrası eğitim programlarının ders içeriklerinde farkındalık sağlanması,
- Psikiyatri kliniklerinde yatan ve ruhsal hastalığı olan bireylerin değerlendirilmesinde eğitim alanında kaygı kuramlarına ve iyilik hali modellerine ilişkin içeriklere yer verilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Acar H. Manevi iyi oluş ile dindarlık arasındaki ilişki üzerine bir değerlendirme. Cumhuriyet İlahiyat Dergisi. 2014; 18: 391-412.

Adler A. The fundamental views of Individual Psychology. Journal of Individual Psychology.1982; 38(1), 3-6.

Ahn UK, Kwak HJ, Lim MH. Minnesota multiphasic personality inventory of school sandplay group therapy with maladjustment behavior in Korean adolescent. Medicine. 2020; 99(50).

Alkan S, Sezgin A. Yetişkin hastalarda yalnızlık. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1998; 2(1).

Allen E. Introducing Forensic Sandplay Therapy. Bri. J. Play Therapy. American Nurses Association. Psychiatric-mental health nursing: Scop and standarts of practice. Silver Spring. 2018;13: 50-64.

Altınay D. Psikodramada 400 Isınma Oyunu ve Yardımcı Teknikler. 14.baskı. İstanbul: Epsilon Yayınevi; 2019.

American Nurses Association. https://www.ana.org.Erişim tarihi:15.01.2019

Anastopoulou K, Fradelos EC, Misouridou E, Kourakos M, Berk A, Papathanasiou IV, et al. Moderating Nutritious Habits in Psychiatric Patients Using Transtheoretical Model of Change and Counseling. Advances in experimental medicine and biology. 2017; 988: 63–71.

Anekstein AM, Hoskins WJ, Astramovich RL, Garner D, Terry J. Sandtray Supervision": Integrating Supervision Models and Sandtray Therapy. Journal of Creativity in Mental Health. 2014; 9: 122–134.

Antares MZ. Effects of group play in sand on obese Women's self-perceptions (Order No. 28256374). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (2466045217). 2020.

Ardell DB. Building wellness models. AMAA Journal, 2011; 24(3): 9-10.

Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. Hastalık algısı ölçeği'nin kanser hastalarında türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. Klinik Psikiyatri. 2007; 10: 192-200

Arslan- Özkan H, Bilgin Z. Hemşireliğin felsefi özü iyileştirme ve iyileştirici bakım yöntemleri. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi/ Journal of Health Sciences and Professions. 2016; 3: 191-200.

Ascenso S, Perkins R, Atkins L, Fancourt D, Williamon A. Promoting well-being through group drumming with mental health service users and their carers. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being. 2018; 13: 1.

Ata B. Urman B. Araştırma makalelerinin kritik analizi. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi (TJOD Derg). 2008; 5(2): 83- 8

Atalay M, Ekinci ŞK, Kurşun M, Çelik E, ve ark. Yatan hastalarda mandala uygulanması. V.Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongre Kitabı. 2018; 231-239.

Aubuchon-Endsley NL, Callahan JL, González DA, Ruggero CJ, Abramson CI. The impact of hope in mediating psychotherapy expectations and outcomes: a study of brazilian clients. International Journal of Integrative Psychotherapy. 2015; 6(1): 63–80.

Austin W, Boyd MA. Psychiatric and Mental Health Nursing for Canadion Practice. 2010, p: 102-104

Avcil C, Bulut H, Hızlı Sayar G. Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2016; 0(2): 175-202.

Aviram A, Alice Westra H. The impact of motivational interviewing on resistance in cognitive behavioural therapy for generalized anxiety disorder. Psychotherapy Research. 2011; 21(6): 698-708.

Badenoch B. Being a brain-wise therapist: A practical guide to interpersonal neurobiology. New York: W.W. Norton&Company; 2008.

Baker AL, Richmond R, Kay-Lambkin FJ et al. Randomised controlled trial of a healthy lifestyle intervention among smokers with psychotic disorders: Outcomes to 36 months. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2018; 52(3): 239–252

Bartosh OP, Bartosh TP. The effectiveness of various types of psychological correction of anxiety in primary school. Behav.Sci. 2020; 10(20).

Basavanthappa BT. Theoretical F oundations of Psychiatric Mental Health Nursing. 2007, p: 114-115.

Bayraktar S. Korkulu rüyamız kanser. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2011, p: 10-28.

Beck AT, Clark DA. An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. Behaviour Research and Therapy. 1997; 35(1): 49-58.

Bellack A, Mueser K, Gingerich S, Agresta J. Social skills training for schizophrenia: A step-by-step guide. Second Edition. Guilford Publications; 2004.

Bhowmik SR. Incorporation of healing environment in the ICU. Sinhgad e-Journal of Nursing. 2011; 1(1): 10-12.

Bilkay Hİ. Psikiyatri Kliniğine İlk Kez Yatan Hastalara Uygulanan Video-Resim Destekli Uyum Programının Hastaların Kaygı Ve Sosyal Damgalanma Algılarına Etkisi. Ondokuzmayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2020, Samsun (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Sevcan ORAK).

Bingley A, Milligan C. ‘Sandplay, Clay and Sticks’: Multi-Sensory Research Methods to Explore the Long-Term Mental Health Effects of Childhood Play Experience. Children's Geographies. 2007; 5(3): 283-296.

Bitter J, Griffith J. Adler's "The Fundamental Views of Individual Psychology": Context, Clarification, and Expansion. The Journal of Individual Psychology, 2019;75: 195-204.

Blount AJ, Mullen PR. Development of an Integrative Wellness Model: Supervising Counselors-in-Training. The Professional Counselor (Greensboro, N.C.). 2015; 5(1): 100-113.

Bogaert P, Clarke S, Wouters K, Franck E, Willems R. Mondelaers M. Impacts of unit-level nurse practice environment, workload and burnout on nurse-reported outcomes in psychiatric hospitals: a multilevel modelling approach. Int J Nurs Stud. 2013; 50(3): 357-65.

Boik B, Goodwin E. Sandplay therapy: A step by step manual for psychotherapists of diverse orientations. New York: Norton; 2000.

Booth R, O’Brien P.J. An Holistic Approach for Counsellors: Embracing Multiple Intelligences. Int J Adv Counselling. 2008; 30: 79–92.

Bostancı N. Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik stigma ve bunun azaltılmasına yönelik uygulamalar. Düşünen Adam. 2005; 18(1): 32-38.

Boz İ. İyileştirici Bakım Çevresi. Balıkesir Sağlık Bil Derg. 2018; 7(1).

Boz İ. Kadın Ruh Sağlığında Hemşirelik Yaklaşımı: Watson'ın İnsan Bakım Kuramından İpuçları. Turkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics. 2017; 3(3): 268-73.

Bradway K. Research in sandplay therapy. Journal of Sandplay Therapy. 2002; 11(1): 12-15.

Britt E, Hudson SM, Blampied NM. Motivational interviewing in health settings: a review. Patient Education and Counseling. 2004; 53(2): 147-155.

Brown C, Applegate B. Holistic Wellness Assessment for Young Adults: Psychometric Analysis. Journal of Holistic Nursing. 2012; 30(4): 235-243.

Buldukoğlu K. Psikiyatrik Bakımda Değerler. Turkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics. 2015; 1(1): 9-15.

Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC) Çeviri ed: Erdemir F, Kav S, Akman Yılmaz A. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2017

Burke VJ. (1996). Sandtray characteristics of schoolchildren by gender, ages seven through eleven (Order No. 1380971). Presented to the Faculty of the School of Nursing and Health Sciences University of Alaska Anchorage In Partial Fulfillment of the Requirements For the Degree of, Nursing Scıence, Master of Scıence, 1996.

Buzlu S, Özbaş D. Geçmişten günümüze psikiyatri hemşireliği. FlorenceNightingale Hemşirelik Dergisi. 2011; 19(3): 187-193.

Büyükbayram Arslan A. Tedavi Edici Ortam. In: Baysan Arabacı L, ed. Ruh Sağlığı ve Hastalıklarında Temel Hemşirelik Bakımı. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri; 2020, p: 26-36.

Cain B. Improving Occupational Performance using Therapeutic Activities on a Geropsychiatric Unit. Eastern Kentucky University, Master Thesis, 2014.

Canbaz S, Sünter AT, Tabak Ş. ve ark. Hemşirelerde tükenmişlik sendromu, iş doyumu ve işe bağlı gerginlik. Ulusal İş sağlığı ve İş Yeri Hekimliği Günleri Bildiri Kitabı. 2001; 196-200.

Cao H, Shan W, Xu Y, Xu R. Eastern sandplay as a safe container for a combined intervention for a child with Asperger syndrome: A case study. The Arts in psychotherapy. 2013; 40(1): 134-142.

Capacchiona L. Sanat Terapisiyle İyileşmek. Çeviren: D Özen, Kaknüs Yayınları, İstanbul; 2012.

Carol-Albert S. Sandplay therapy with couples within the framework of analytical psychology. J Anal Psychol. 2015; 60: 32– 53.

Carpenıto LJ. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Çeviren: Erdemir F, Türk G, eds. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul; 2021.

Cassilhas RC, Attux C, Cordeiro Q, Gadelha A L, Telles BA, Bressan RA et al. A 20-week program of resistance or concurrent exercise improves symptoms of schizophrenia: results of a blind, randomized controlled trial. Rev Bras Psiquiatr. 2015; 37: 271-279.

Cevizci A. Felsefe sözlüğü. 2. Baskı, Ekin Yayınları, Ankara:1997.

Chan YH. Biostatistics 101: Data Presentation Singapore Med J. 2003; 44(6): 280-285.

Chen S, Xu J, Zhang R. "The Effectiveness of the Sandplay Therapy on the Intervention for Junior High School Students' Test Anxiety J."Psychological Science. 2006; 5.

Cheng S, Hsu W, Shen S, Hsu M, Lin M. Dose–Response Relationships of Multisensory Intervention on Hospitalized Patients With Chronic Schizophrenia. Journal of nursing research. 2017; 25(1): 13-20.

Chenghou C, Heyong S. “Garden of the Heart-Soul” in the Earthquake Area of China. Jung Journal. 2010; 4(2): 5-15.

Cheung DSK, Lai CKY, Wong FKY, Leung MCP. The effects of the music-with-movement intervention on the cognitive functions of people with moderate dementia: a randomized controlled trial. Aging & Mental Health. 2018; 22(3): 306–15.

Chien H, Ku C, Lu R, Chu H, Tao Y, Chou K. Effects of social skills training on improving social skills of patients with schizophrenia. Archives of psychiatric nursing. 2003; 17(5): 228-36.

Cohen L, Manion L, Morrison K. Research methods in education. 6th Edition. New York: Routledge; 2007.

Cook JA, Copeland ME, Floyd CB, Jonikas JA, Hamilton MM, Razzano L, Boyd S. A randomized controlled trial of effects of wellness recovery action planning on depression, anxiety, and recovery. Psychiatric Services. 2012; 63(6): 541-547.

Corbin CB, Welk GJ, Corbin WR, Welk K. Concepts of fitness and wellness 5th ed.. St. Louis: McGraw-Hill Higher Education; 2006.

Curtis J, Watkins A, Rosenbaum S, Teasdale S, Kalucy M, Samaras K, Ward PB. Evaluating an individualized lifestyle and life skills intervention to prevent antipsychotic-induced weight gain in first-episode psychosis. Early Intervention in Psychiatry. 2016; 10: 267-76.

Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı. Psikolojinin Temel Kavramları. 14. Baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul: 2005.

Çakmak S, Süt H, Öztürk S, Tamam L, Bal U. Psikiyatri kliniğinde uğraşı ve psikososyal müdahalelerin hastaların kişiler arası işlevsellik ve bireysel ve sosyal performans düzeylerine etkisi. Arch Neuropsychiatry. 2016; 53: 234-240.

Çam O, Arabacı LB, Yıldırım S, Beşer NG. Psikiyatri hemşireliği" ile ilgili verilen eğitimin hemşirelerin terapötik ortam algıları ve motivasyonlarına etkisi. Turkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2010; 2(2): 82-93.

Çam O, Öztürk Turgut E, Büyükbayram A. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinde Dayanıklılık ve Yaratıcılık. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. Journal of Psychiatric Nursing. 2014; 5(3): 160-163.

Çam O, Yalçıner N. Ruhsal hastalık ve iyileşme. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi Psychiatric Nurs. 2018; 9(1): 55-60.

Çam O. Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına Genel Bakış. In: Çam O, Engin E, eds. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2014, p: 6.

Çetinay Aydın P. Anksiyete ve Endişe. Türkiye Klinikleri J Psychiatry Special Topics. 2017; 10(4): 228-36.

Çetintulum Huyut B. Anksiyete bozukluklarının tedavisinde internet tabanlı bilişsel davranışçı terapi uygulamaları. Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi. 2019; 3(6): 251-263.

Çınar F, Aslan FE. Spiritüalizm ve Hemşirelik: Yoğun Bakım Hastalarında Spiritüel Bakımın Önemi. G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN. 2017; 3(1): 37-42.

Çiçekoğlu P, Duran S. Dünyada ve Türkiye'de Toplum Temelli Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri. Ünsal Barlas G, editör. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri. 2018: 8-14.

D'Antonio P, Beeber L, Sills G, Naegle M. The future in the past: Hildegard Peplau and interpersonal relations in nursing. Nursing Inquiry. 2014; 21(4): 311-317.

Dale MA, Lyddon WJ. Sandplay: A Constructıvıst Strategy For Assessment And Change. Journal Of Constructivist Psychology. 2000; 13(2): 135-154.

Dale MA, Wagner WG. Sandplay: An Investıgatıon Into A Chıld's Meanıng System Vıa The Self Confrontatıon Method For Chıldren. Journal Of Constructivist Psychology. 2003; 16(1): 17-36.

De Domenico G. Sandtray worldplay: a psychotherapeutic technique for individuals, couples, and families. The California Therapist. 1993, p: 55-61.

de Souza J, Magalhães RC, Saint Arnault DM, Oliveira JL de, Barbosa SP, Assad FB, et al. The Role of Social Support for Patients with Mental Disorders in Primary Care in Brazil. Issues in mental health nursing. 2017; 38(5): 425–34.

Delevi R, Bugay A. Kum Oyunu Terapisi: Kuramsal bilgiler ve bir olgu örneği. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2011; 18(2): 127-134.

Demir Gökmen B, Cengiz M, Fırat M. "Psikiyatri servisinde yatan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve öfke ilişkisinin incelenmesi". Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2020: 491-498.

Dobretsova A, Pinto Wiese EB. Sandplay: Psychotrauma Signs in Asylum Seeking Adolescents. Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy. 2019; 18(4): 403-416.

Dodd H, Wellman N. Staff development, anxiety and relaxation techniques: a pilot study in an acute psychiatric inpatient setting. Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing (Wiley-Blackwell). 2000; 7(5): 443–8.

Doğan T. Psikolojik belirtilerin yordayıcısı olarak sosyal destek ve iyilik hali. Türk PDR (Psikolojik Danışma ve Rehberlik) Dergisi. 2008; 26: 30-44.

Doğan T. Üniversite öğrencilerinin iyilik halinin incelenmesi. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2004.

Doğu ES. Şizofreni Olan Bireylerde Ergoterapi Ve Sosyal Beceri Eğitiminin Etkinliğinin Karşılaştırılması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Programı, Doktora Tezi, 2019, Eskişehir (Danışman: Prof. Dr. A. Aykut Ceyhan).

Doyle K, Magor-Blatch LE. "Even adults need to play": Sandplay therapy with an adult survivor of childhood abuse. International Journal of Play Therapy. 2017; 26(1): 12–22.

Dönmez ÇF, Yılmaz M. Elektrokonvülsif tedavi ve hemşirelik bakımı. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2011; 2(2): 80-89.

Dreikurs R. Causality versus Indeterminism. Journal of Individual Psychology. 1951; 9(3): 108-117.

Dunn HL. High-level wellness for man and society. American Journal of Public Health and The Nations Health. 1959; 49(6): 786-792.

Eberts S, Homeyer L. Processing sand trays from two theoretical perspectives: Gestalt and Adlerian. International Journal of Play Therapy. 2015; 24(3): 134–150.

Edenfield TM Exercise and mood: exploring the role of exercise in regulating stress reactivity in bipolar disorder. Maine, University of Maine, Doctoral dissertation, 2007.

Engin E, Kaçmaz ED, Uğuryol M. Türkiye'de Hemşire Olma Kaygısı: Varoluşçu Felsefe Bakış Açısıyla Bir Gözden Geçirme. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi The Journal of International Social Research. 2016; 9(43).

Engin E. Anksiyete Bozuklukları. In: Çam O, Engin E, eds. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı.İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2014, p: 277-312.

Eracar N, Sarandöl A. Ruhsal gelişim ve onarım için sanat: Rehabilitasyon, uğraşı tedavileri ve psikoterapi uygulamalarında sanatla çalışmanın işleyişi ve etki mekanizması. Eren N, editör. Ruhsal Bozuklukların Tedavi ve Rehabilitasyonunda Yaratıcı Sanat Psikoterapileri. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri. 2019: 7-11.

Erdoğan S, Nahcivan N, Esin NM. Hemşirelikte araştırma, süreç uygulama ve kritik. İstanbul: Nobel Kitabevleri; 2014, p: 87-129.

Ferreira R, Eloff I, Kukard C, Kriegler S. Using sandplay therapy to bridge a language barrier in emotionally Supporting a young vulnerable child. The Arts in Psychotherapy. 2014; 41: 107-114.

Foo M, Ancok D, Milfayetty S. The effectiveness of sandplay therapy in reducing anxiety in midlife women with Generalized Anxiety Disorder. Journal of Sandplay Therapy. 2017.

Foo M, Freedle LR, Sani R, Fonda G. The Effect of Sandplay Therapy on the Thalamus in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder: A Case Report. International Journal of Play Therapy. 2020; 29(4): 191-200.

Fortinash KM, Holoday Worret PA. Psychiatric Mental Health Nursing - E-Book. Fifth Edition. 2014, p: 16-38.

Freedle L, Altschul D, Freedle A. The Role of Sandplay Therapy in the Treatment of Adolescents and Young Adults with Co-occurring Substance Use Disorders and Trauma. Journal of Sandplay Therapy. 2015; 24 (2): 127-145.

Freedle LR. Sandplay therapy and the individuation process in adults with moderate to severe traumatic brain injury: An exploratory qualitative study (Order No. 3228070). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global, 2007.

Freud S. Psikanalize giriş dersleri. Çeviren: S. Budak. Öteki Yayınları, İstanbul; 2018, p: 1916-1917.

Freud S. Tutukluk, semptom ve kaygı. Çeviren: C. Öner. Oda Yayınları, İstanbul; 2019, p:1926.

Fullen MC, Granello DH. Holistic Wellness in Older Adulthood: Group Differences Based on Age and Mental Health. Journal of Holistic Nursing. 2018; 36(4): 395-407.

Gallerani T, Dybicz P. Postmodern sandplay: An introduction for play therapists. International Journal of Play Therapy. 2011; 20(3): 165–177.

Garret M. Beyond play therapy: using the sandtray as an expressive arts intervention in counselling adult clients. Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy. 2013; 5(1): 99-105.

Geçtan EÇ. Psikanaliz ve Sonrası. İstanbul: Hür Yayınları; 1981.

Geçtan EÇ. Varoluş ve Psikiyatri. 8. baskı. İstanbul: Metis Yayınları; 2013.

Gleen MC, Sandra EH, Walter MG. The Association Between Substance Use and the Needs of Patients With Psychiatric Disorder, Levels of Anxiety, and Caregiving Burden. Archives of Psychiatric Nursing. 2008; 22(6): 375-385.

Goss S, Campbell M. The Value of Sandplay as a Therapeutic Tool for School Guidance Counsellors. Australian Journal of Guidance and Counselling. 2004; 14(2): 211-220.

Gökalp PG. Psikodinamik Açıdan Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozuklukları. Tükel R, Alkın T, editörler. Anksiyete Bozuklukları. Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi, No: 4. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 2006. p.15-26.

Graham A, Tyson GA, Lambert G, Beattie L. The impact of ward design on the behavior, occupational satisfaction and well-being of psychiatric nurses. Int J Ment Health Nurs. 2002; 11: 94-102.

Green EJ, Connolly ME. Jungian family sandplay with bereaved children: Implications for play therapists. International Journal of Play Therapy. 2009; 18(2), 84–98.

Green EJ. Çocuk ve ergenlerle Jungcu oyun terapisi el kitabı. N. Cihanşümül Maral, eds, İstanbul: Nobel Yaşam Yayınları. 2016.

Greenberg JS, Dintiman GB, Oakes BM. Physical fitness and wellness: Changing the way you look, feel, and perform. USA: Human Kinetics; 2004.

Greenspoon PJ, Saklofske DH. Toward an Integration of Subjective Well-Being and Psychopathology. Social Indicators Research. 2001; 54: 81–108.

Grubbs GA. An abused child's use of sandplay in the healing process. Clinical Social Work Journal. 1994; 22(2): 193-209

Güleç C, Köroğlu E. Alkol Kullanımı ile İlgili Bozukluklar, Psikiyatri Temel Kitabı, Ankara: Medico Graphics; 1997, p: 265-268.

Güleç C. Hümanistik psikoloji açısından kaygı sorunsalı ve kendini gerçekleştirme kavramı. Doğu Batı Dergisi. 1999; 6(2): 159165.

Gündoğan AO. Albert camus ve başkaldırma felsefesi. İstanbul:Birey Yayınları; 1997.

Hale AJ, Ricotta DN, Freed J, Smith CC, Huang GC. Adapting Maslow's Hierarchy of Needs as a Framework for Resident Wellness, Teaching and Learning in Medicine. 2019; 31(1): 109-118.

Hallaç S,Öz F. Genital kanser tanı sürecinde varoluşsal kaygı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011; 3(4): 595-610

Hallaç S. 'Varoluşsal Boyuttan Hastalık Olgusuna Bakış'. Türkiye Klinikleri. 2017; 3 (1): 83-92.

Hallgren M, Kraepelien M, Öjehagen A, Lindefors N, Zeebari Z, Kaldo V, Forsell Y. Physical exercise and internet-based cognitive–behavioural therapy in the treatment of depression: Randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry. 2015; 207(3): 227-234.

Halter MJ, Pollard CL. Relevant Theories and Tharapies for Nursing Practice. In: Halter MJ, Pollard CL, Jokubec SL eds. Varcarolis's Canadian Psychiatric Mental Health Nursing. Second edition. Canada; 2018, p: 45-60.

Halter MJ. Foundatıons ın Theory. In: Halter MJ, Varcarolis EM, eds. Varcarolis' Foundations of Psychiatric MentalHealth Nursing. 7th ed. New York: Elsevier Health Sciences; 2014, p:2-16.

Han Y, Lee Y, Suh JH. Effects of a sandplay therapy program at a childcare center on Children with externalizing behavioral problems. The Arts in Psychotherapy. 2017; 52: 24-31.

Hankes KA. Transitions and transformation: An interpretive analysis of the phenomenon of bereavement and non-bereavement related grief in sandplay therapy (Order No. 3743740). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. 2015.

Hartiningsih S, Rokhmah BE. Bauran Pemasaran (4p+Physıcal Evıdence) Dan Pengaruhnya Terhadap Keputusan Konsumen Dalam Menggunakan Jasa Laboratorıum. Klınık Prodıa Surakarta. 2017; 32(1).

Hekimoğlu E, Bilik M . Freud'dan Lacan'a Kaygı. AYNA Klinik Psikoloji Dergisi. 2020; 7(3): 336-367.

Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2011). http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm
(Erişim Tarihi:09/06/2021).

Henwood BF, Derejko KS, Couture J. et al. Maslow and Mental Health Recovery: A Comparative Study of Homeless Programs for Adults with Serious Mental Illness. Adm Policy Ment Health. 2015; 42: 220–228.

Herring MP, Johnson KE, O'Connor PJ. Exercise training and health-related quality of life in generalized anxiety disorder. Psychology of Sport & Exercise. 2016; 27: 138–41.

Herring MP, Kline CE, O'Connor PJ. Effects of Exercise on Sleep Among Young Women With Generalized Anxiety Disorder. Mental health and physical activity. 2015; 9: 59–66.

Ho RT, Wong TC, Wan AH, Au-Yeung FS, Wong CP, Ng WY et al. A randomized controlled trial on the psychophysiological effects of physical exercise and Tai-chi in patients with chronic schizophrenia. Schizophr Res. 2016; 171: 42-49.

Homeyer L, Sweeney D. Sandtray Therapy: A Practical Manual. 2007. Doi: 10.4324/9781315651903

Homeyer LE, Morrison MO. Play therapy: Practice, issues, and trends. American Journal of Play. 2008; 1(2): 210-228.

Homeyer LE, Sweeney DS. Kum Tepsisi Terapisi Teori ve Uygulama Rehberi. Çeviren: Kahyaoğlu Çakmakçı A, Karakoç Demirkaya S. 1. Baskı, Apamer Psikoloji Yayınları, İstanbul; 2020 .

Homeyer LE, Sweeney DS. Sand tray therapy: A variety of approaches. In: B A. Turner, ed. The Routledge international handbook of sandplay therapy. Routledge/Taylor & Francis Group; 2017, p: 328–338.

Homeyer LE. Sandtray/Sandplay Therapy. In: KJ. O'Connor, CE. Schaefer and LD. Braverman eds. Handbook of Play Therapy. 2015, p: 63-80

Hong GL. Sandplay Therapy Research and Practice. Grace Hobg. 2010; 5-51.

Horton BW, Snyder CS. Wellness: Its impact on student grades and implications for business. Journal of Human Resources in Hospitality and Tourism. 2009; 8: 215-233.

Hummelvoll J, Severinsson E. Imperative ideals and the strenuous reality: focusing on acute psychiatry. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2001; 8(1): 17-24

Hun No S, Kyeong Kim M. The Effects of Sandplay Therapy on Anxiety, Interpersonal Stress, and Salivary Cortisol Levels of University Students with ADHD Tendencies. Symbols and Sandplay Therapy. 2013; 4(1): 9-15.

Hwang H. The effect of parent group sandplay therapy on the Nepal earthquake survivors: post-traumatic stress symptoms, parenting stress and psychological well-being of parents as well as post-traumatic stress symptoms in children. Journal of Symbols & Sandplay Therapy. 2017; 8(2): 63-77.

Isom EE, Groves-Radomski J, McConaha MM. Sandtray Therapy: A Familial Approach to Healing Through Imagination, Journal of Creativity in Mental Health. 2015; 10(3): 339-350.

Işık E. Anksiyete. In: Işık E, Taner YI, eds. Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. 1. Baskı. İstanbul: 2006, p: 4-26.

Ivancıc MK. Governing through anxiety. Journal for Cultural Research. 2018; 22(3): 262-277.

Jadidi J, Mirshoja M. The impact of the sensory integration approach on positive and negative symptoms in a patient with non-paranoid schizophrenia: a case report. Middle East Journal of Rehabilitation and Health. 2016; 3(2).

James L, Martin D. Sand tray and group therapy: Helping parents cope. Journal for Specialists in Group Work. 2002; 27(4): 390-405.

Jang M, Kim YH. The effect of group sandplay therapy on the social anxiety, loneliness and self-expression of migrant women in international marriages in South Korea. The Arts in Psychotherapy. 2012; 39(1): 38-41.

Jones JS. Psychiatric- Mental Health Nursing: An Interpersonal Approach. 2012, p: 18-31

Jung CG. İnsan ve Sembolleri Çeviren:Ali Nahit Babaoğlu. Okuyan Us yayınları, İstanbul; 2007.

Jung CG. Jung: Psikoterapi Pratiği. Çeviren: S. Türk. Kaknüs Yayınları, İstanbul; 2015.

Kaba İ. Ontolojik İyi-Oluş (Yaşam Projesi) Ontological Well-Being (Life Project). Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry. 2020; 12(1):143-154.

Kabat-Zinn J. Coming to Our Senses: Healing Ourselves and the World through Mindfulness. New York: Hyperion, 2005.

Kahrizi S, Momeni KM, Moradi A. The effectiveness of sand play therapy in reducing aggression/hyperactivity in preschoolers. Counseling Culture and Psycotherapy. 2014; 5(18): 111-135.

Kalff DM. Sandplay. Cloverdale, CA: Temenos Press, 2003.

Kalff M . Twenty points to be considered in the interpretation of a sandplay. J Sandplay Ther.1993; 2(2): 17-35.

Kamışlı S, Daştan L. Bir psikiyatri kliniğinde hemşirelik uygulamaları ve bu uygulamalara yönelik hasta görüşleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2008; 12(1): 45-52.

Kamışlı S, Dil S, Daştan L, Eni N. Özgürlük duygusu ve içselleştirilmiş damgalanma: Ayaktan ve yatarak psikiyatrik tedavi alan hastaların karşılaştırılması. Türk Psikiyatri Derg. 2016; 27(4): 251-256.

Kang HJ. Supportive music and imagery with sandplay for child witnesses of domestic violence: A pilot study report. The Arts in Psychotherapy. 2017; 53: 72-79.

Kaplan HI, Sadock B. Anksiyete Bozuklukları. In: Aydın H, Bozkurt A, eds. Kaplan ve Sadock Klinik Psikiyatri.Ankara: Güneş Kitabevi; 2005, p: 211- 246.

Karow A, Wittmann L, Schöttle D, Schäfer I, Lambert M. The assessment of quality of life in clinical practice in patients with schizophrenia. Dialogues in clinical neuroscience. 2014; 16(2): 185–195.

Kasapoğlu F. İyilik hali ile özgecilik arasındaki ilişkinin incelenmesi. Hikmet Yurdu. 2014;13(7): 271-288.

Kayiş AR. İyilik Hali Yıldızı Psiko-Eğitim Programının İyilik Hali Ve Psikolojik Belirti Düzeyleri Üzerindeki Etkisi. Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2017, Eskişehir (Danışman: Prof. Dr. A. Aykut Ceyhan).

Kelleci M, Aştı N, Küçük L. Bir sağlık ocağına başvuran kadınların genel sağlık anketine göre ruhsal durumları. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu. 2003; 7(2).

Keltner LN, Steele D. Psychiatric Nursing.E-Book. Seventh Edıtıon. 2014, p: 212-218.
Keltner NL, Schwecke LH, Bostrom CE. Psychiatric Nursing. Fifth Edition. 2007, p: 285-330.

Keskin A, Ünlüoğlu İ, Bilge U, Yenilmez Ç. The Prevalence of Psychiatric Disorders Distribution of Subjects Gender and its Relationship with Psychiatric Help-Seeking. Noro psikiyatri arsivi. 2013; 50(4): 344–351.

Keyes CLM, Simoes EJ. To flourish or not: level of positive mental health predicts tenyear all-cause mortality. American Journal of Public Health. 2012; 102(11): 2164-72.

Khazaal Y, Favrod J, Azoulay S, Finot SC, Bernabotto M, Raffard S, et al. "Michael's Game" a card game for the treatment of psychotic symptoms. Patient Education & Counseling. 2011; 83(2): 210–6.

Kızılırmak Tatu M. Şizofreni Hastalarına Uygulanan Sosyal Beceri Geliştirmeye Odaklı Grup Psikoeğitiminin İlaç Uyumu, Yaşam Kalitesi, İyilik Hali Ve Sosyal İyi Oluşa Etkisi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2019, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Satı Demir).

Kim H, Kim S, Choe K, Kim J-S. Effects of Mandala Art Therapy on Subjective Well-being, Resilience, and Hope in Psychiatric Inpatients. Archives of Psychiatric Nursing. 2018; 32(2): 167–73.

Kim J. Effects of point-of-view video modeling for Korean adolescents with autism to improve their on-task behavior and independent task performance during vegetable gardening. International Journal of Developmental Disabilities. 2018; 64(4/5): 306-317.

Kim MS. Effect of group art therapy program on selfesteem, assertiveness, and hope in chronic schizophrenia. Gangwon University, Chuncheon. Unpublished master's thesis, 2004.

Kim SO. The effects of sandplay therapy on improving the self-differentiation, depression, and mother-child relationship of mothers with teenage children. Journal of Symbols & Sandplay Therapy. 2014;5(1): 1-6.

Kinser PA, Elswick RK, Kornstein S. Potential Long-Term Effects of a Mind-Body Intervention for Women With Major Depressive Disorder: Sustained Mental Health Improvements With a Pilot Yoga Intervention. Archives of Psychiatric Nursing. 2014; 28(6): 377–83.

Kneisl CR, Trigoboff E. Contemporary Psychiatric Mental Health Nursing. 2009, p: 4-13

Kocaman N. Tıbbi hastalığa psikososyal tepkiler. İst. Tıp Fak Derg. 2008; 71: 52-58.

Kocaman Yıldırım N. "Sağlık bakım profesyonelleri ile hasta iletişimi". In: Sabuncu N, Ay F, eds. Klinik Beceriler: Sağlığın Değerlendirilmesi Hasta Bakım ve Takibi. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2010, p: 161-195.

Komarek V. "My Life's Been Good. It Changed, It's Been Good." The Use of Sandtray Therapy with Adults with Intellectual Disabilities and Comorbid Mental Illness. A Dissertation Submitted to the Faculty of the Department of Psychology Roberts Wesleyan College, PhD thesis, 2020.

Korkut Owen F, Demirbaş Çelik N, Doğan T. Üniversite Öğrencilerinde İyilik Halinin Yordayıcısı Olarak Psikolojik Sağlamlık. Electronic Journal of Social Sciences. 2017; 16: Ek Sayı 1461-1479.

Korkut Owen F, Demirbaş Çelik N. Yaşam Boyu Sağlıklı Yaşam ve İyilik Hali. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2018; 10(4): 440-453.

Korkut-Owen F, Doğan T, Demirbaş-Çelik N, Owen DW. Development of The Well Star Scale İyilik Hali Yıldızı Ölçeği'nin geliştirilmesi. Journal of Human Sciences. 2016; 13(3): 5013-5031.

Korkut-Owen F, Owen DW. İyilik Hali Yıldızı Modeli, uygulanması ve değerlendirilmesi. Uluslararası Avrasya Sosyal Bilimler Dergisi. 2012; 3(9): 24–33.

Kök Eren H. Ruh sağlığına yönelik Dünya'daki ve Türkiye'deki mevcut uygulamalar In: Gürhan N. Ed. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. Ankara: Ankara Nobel Kitabevleri; 2016, p:843-870.

Kraiss JT, ten Klooster PM, Moskowitz JT, et al. The relationship between emotion regulation and well-being in patients with mental disorders: A meta-analysis. Comprehensive Psychiatry. 2020; 102.

Kronick R, Rousseau C, Cleveland J. Refugee children's sandplay narratives in immigration detention in Canada. European Child & Adolescent Psychiatry. 2018; 27: 423–437.

Kumar B, Singh A. Efficacy of social skills training for the persons with chronic schizophrenia. The Qualitative Report. 2015; 20(5): 660-96.

Kuzugüdenlioğlu Ulusoy D. Pozitif Ruh Sağlığı ve İyilik Hali. Kuzugüdenlioğlu Ulusoy D, edt. Ruh Sağlığının Sosyal Boyutu. Ankara:Türkiye Klinikleri. 2018:1-10.

Küçük L. Kalp hastalarında ruhsal sorunlar ve bakımın psikososyal boyutu. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2007; 11(1): 48-51.

Lacroix L, Rousseau C, Gauthier MF, Singh A, Giguère N, Lemzoudi Y. Immigrant and refugee preschoolers' sandplay representations of the tsunami. The Arts in Psychotherapy. 2007; 34(2): 99-113.

Lagutina L, Sperlinger D, Esterhuyzen A. Addressing psychological aspects of physical problems through sandplay: A grounded theory study of therapists' views. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2013; 86: 105-124.

Laura F, Karinne P, Kerstin W. When handa re speaking: sandplay therapy. Revue Medicale Suisse. 2014; 10(417): 85.

Lee JH, Kawen MR. The Effects of Sandplay Therapy on Anxiety and Defense Style of Mother of Disabled Children. Journal of Symbols & Sandplay Therapy. 2016; 7(1): 77-95.

Lee SH, Yoon HY. A study on the effects of sandplay therapy on the psychological well-being of undergraduates. Journal of Symbols & Sandplay Therapy. 2012; 3(2): 1-30.

Liberman R, Eckman T, Marder S. Rehab rounds: Training in social problem solving among persons with schizophrenia. Psychiatric Services. 2001; 51(1): 31-3.

Liberman RP. Yetiyitiminden İyileşmeye. Psikiyatrik İyileştirim El Kitabı. American Psychiatric Publishing, Ankara; 2008.

Loh SY, Abdullah A, Bakar AKA, Jaafar NRN. Structured walking and chronic institutionalized schizophrenia inmates: apilot RCT study on quality of life. Glob J Health Sci. 2015; 8: 238-248.

Lowenfeld M. Understanding children's sandplay; Lowenfeld's World Technique. London: Allen and Unwin, 1979.

Lök N, Buldukoğlu K. Effect of Therapeutic Atmosphere in a Psychiatry Clinic on Social Functionality of in-Patients. J Psychiatry Journal of Psychiatry. 2015; 18(1): 14-137

Lök S. Lök N. Kronik Psikiyatri Hastalarına Uygulanan Fiziksel Egsersiz Programlarının Etkinligi: Sistematik Derleme/Efficiency of Physical Exercise Programs on Chronic Psychiatric Patients: A Systematic Review. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar/Current Approaches to Psychiatry. 2016; 8(4): 354.

Lucy Lu MA, Fiona Petersen BSW, Louise Lacroix MA, Cecile Rousseau MD. Stimulating creative play in children with autism through sandplay. The Arts in Psychotherapy. 2010; 37: 56–64.

Macpherson R, Edwards T Chilvers R, David C, Elliott HJ. Twentyfour hour care for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009; 2.

Malekpour M, Moghadam BN. Effect of sandplay therapy on cognitive development of educable Mentally Retarded. Journal of Cognitive and Behavioral Sciences. 2014; 4(1): ISSN: 2251-7642.

Markos PA, Coker JK, Jones WP. Play in Supervision. Journal of Creativity in Mental Health. 2008; 2(3): 3-15.

Maslow AH. A theory of human motivation. Psychological review. 1943; 50(4): 370-396.

Mayes C, Mayes PM, Williams E. Sandtray therapy, reflectivity and leadership preparation. International Journal of Leadership in Education. 2007; 10(4): 357-378.

McCormick R. The impact of sandtray therapy on group climate and therapeutic factors in a residential substance abuse treatment facility (Order No. 13864315). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global, 2019.

Mejia XE. An investigation of the impact of sandplay therapy on mental health status and resiliency attitudes in mexican farmworker women (Order No. 3162198). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global, 2004.

Mi Kim Y, Kyung Jang M, Kyeong Kim M, Kyung Kim J. The Effects of Sand Play Therapy on Parenting Stress and Saliva Cortisol Levels of Parents Undergoing Child Counseling Programs. Korean J Child Stud. 2012; 33(3): 83-97.

Miller G, Foster LT. Critical synthesis of wellness literature. University of Victoria, Faculty of Human and Social Development & Department of Geography. 2010. http://www.geog.uvic.ca/wellness/Critical_Synthesis%20of%20Wellness%2 0Update.pdf adresinden 04.08.2019 tarihinde alınmıştır.

Miller W, Rollnick S. Motivational Interviewing: Preparing People for Change. 2nd ed. Journal for Healthcare Quality. 2003; 25(3):46.

Mistral W, Hall A, McKee P. Using therapeutic community principles to improve the functioning of a high care psychiatric ward in the UK. Int J Ment Health Nurs. 2002; 11: 10–17.

Mitchell RR, Friedman HS. Sandplay: Past, present and future. Routledge Press, London; 1994.

Mitchell RR, Friedman HS. Using sandplay in therapy with adults. In. CE. Schaefer, ed. Play therapy with adults. Hoboken, NJ: Wiley; 2003, p:195–223.

Moher D, Hopewell S, Shulz KF, Montori V, Gotzcsche PC, Decvereaux PJ, Altman, DG. CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. International Journal Of Surgery. 2012; 10(1): 28-55.

Moller MD, McLoughlin KA. Integrating recovery practices into psychiatric nursing: where are we in 2013 J Am Psychiatr Nurses Assoc. 2013; 19:113–6.

Monakes S, Garza Y, Wiesner V, Watts RE. Implementing Adlerian Sand Tray Therapy With Adult Male Substance Abuse Offenders: A Phenomenological Inquiry. Journal of Addictions & Offender Counseling. 2011; 31: 94-107.

Myers JE, Mobley KA. Wellness of undergraduates: Comparisons of traditional and nontraditional students. Journal of College Counseling. 2004; 7: 40-49.

Myers JE, Sweeney TJ, Witmer JM. The wheel of wellness counseling for wellness: A holistic model for treatment planning. Journal of Counseling & Development. 2000; 78(3): 251-266.

Myers JE, Sweeney TJ. The indivisible self: An evidence-based model of wellness (reprint). Journal of Individual Psychology. 2005; 61(3): 269-279

Myers JE, Sweeney TJ. Wellness counseling: The evidence base for practice. Journal of Counseling & Development. 2008; 86(4): 482-493.

Nasab HM, Alipour ZM. The effectiveness of Sandplay Therapy in reducing symptoms of separation anxiety in children 5 to 7 years old. Journal of Educational Sciences and Psychology. 2015; 5(1): 47-53.

Nehir S. Anksiyete ile ilgili bozukluklar. In: Oflaz F, Yıldırım N. eds. Psikiyatri Hemşireliği Sertifika Konuları. Birinci baskı. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri Psikiyatri Hemşirelleri Derneği Yayınları; 2020, p: 358-368.

Ngoo BX, Wong SR, Chen JD et al . Benefits of Occupational Therapy Activity-Based Groups in a Singapore Acute Psychiatric Ward: Participants' Perspectives. Occupational Therapy in Mental Health. 2021; 37(1): 38-55.

Oberst UE, Stewart AE. Adlerian psychotherapy: An advanced approach to individual psychology. New York: Brunner-Routledge, 2003.

Odd Dodd KJ, Duffy S, Stewart JA, Impey J, Taylor N. A small group aerobic exercise programme that reduces body weight is feasible in adults with severe chronic schizophrenia: a pilot study. Disabil Rehabil. 2011; 33:1222-1229.

Oflaz F, Vural H. Yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2010; 17(1): 1-7.

Oflaz F. Psikiyatri kliniğinde tedavi edici ortam kavramı ve hemşirenin sorumlulukları. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2006; 7: 55-61.

Ohno H, Inoue K. The effects of cooking activities and social skills training on schizophrenics–a comparison of cognitive function and social competence. Kawasaki J Med Welf. 2014; 19(2): 54-63.

Oliver MD, Datta S ve Baldwin DR. Wellness among African-American and Caucasian students attending a predominantly White institution. Journal of Health Psychology. 2017; 24(2):135910531769448.

Onan N. Anksiyete Bozuklukları, Obsesif-Kompulsif Bozukluklar ve Hemşirelik Bakımı. In: Akgün Çıtak E, Hiçdurmaz D, eds. Psikiyatri Hemşireliği Akıl Notları. Ankara:Güneş Tıp Kitabevleri; 2020, p:143-160.

Onken SJ, Craig CM, Ridgway P, Ralph RO, Cook JA. An analysis of the definitions and elements of recovery: A review of the literature. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2007; 31: 9-22T.

Osumi M, Aizawa S, Ninomiya M, Miyasato K, Yamaguchi N. Psychotherapy for patients with mood disorder accompanied by personality disorder. Journal of St. Marianna University (Japanese). 2010; 38(2): 3.

Öğel K. Motivasyonel Görüşme. Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2009; 2(2):41-4.

Öner N, Le Compte A. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. Boğaziçi Ünv. Yayınları, İstanbul; 1998.

Öner N. Türkiye'de kullanılan psikolojik testler bir başvuru kaynağı. Boğaziçi Üniversitesi yayınevi, İstanbul; 1997.

Öner N. ve Le Compte A. Durumluk-sürekli kaygı envanteri el kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul; 1983.

Öner N. ve Le Compte A. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul; 1985

Öz F. Anksiyete Problemleri. In: Öz F, Demiralp M, eds. Psikososyal Hemşirelik Genel Hasta Bakımı İçin. 3. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014, p: 57-72.

Öz F. Anksiyete ve korku. In: Öz F, ed. Sağlık Alanında Temel Kavramlar'da. Ankara, İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ. 2004, p:157-175.

Öz F. Psikiyatri Hemşireliğinin Felsefesi. In: Oflaz F, Yıldırım N. eds. Psikiyatri Hemşireliği Sertifika Konuları. Birinci baskı. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri Psikiyatri Hemşireleri Derneği Yayınları; 2020, p: 24-35.

Öz F. Yalnızlık. In: Öz F, ed.Sağlık Alanında Temel Kavramlar'da. Ankara, İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ. 2004, p: 180-202.

Özdamar K. Modern Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Eskişehir: Kaan Kitabevi; 2003.

Özgül F. Beden eğitimi ve spor yüksekokulu öğrencilerinde durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2003, Sivas (Danışman:Doç. Dr Haldun Sümer)

Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 14. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2016, p: 337-363.

Öztürk MO. Ruh Sağlığı Bozuklukları. Sekizinci Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2004, p: 101-103.

Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 9.Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2002, p: 346.

Öztürk O. Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.11. baskı. Ankara, 2011

Padmavathi N, Lalitha K, Parthasarthy R. Effectiveness of conversational skills training of patients with schizophrenia. Journal of Krishna Institute of Medical Sciences University. 2013; 2(2): 42-7.

Paone TR, Malott KM, Gao J, Kinda G. Using sandplay to address students' reactions to multicultural counselor training. International Journal of Play Therapy. 2015; 24(4): 190–204.

Park HM, Lee YM. The Effects of Sandplay Therapy on Visually Disabled University Students' Anxiety, Depression, and Psychological Well-being. Symbols and Sandplay Therapy. 2013; 4(2): 51-59.

Paterson CA. Short history of occupational therapy in mental health. In: Wendy B, Jon F, Katrina B, eds. Creek's Occupational Therapy and Mental Health. 5th edition ed. Elsevier Ltd.; 2014, p: 2-13.

Paterson CF. A shorthistory of occupationaltherapy in psychiatry. In: J Creek, L Lougher, eds. Occupational therapy and mentalhealth. 4 st ed. Philedelphia: Elsevierlimited; 2008, p: 3-17.

Pearson M, Wilson H. Sandplay Therapy: A Safe, Creative Space for Trauma Recovery. Australian Counselling Research Journal. 2019; 13(1): 20-24.

Pei Shen Y, Armstrong SA. Impact of Group Sandtray Therapy on the Self-Esteem of Young Adolescent Girls.The Journal For Specıalısts In Group Work. 2008; 33(2): 118-137.

Penckofer S, Byrn M, Mumby P, Ferrans CE. Improving Subject Recruitment, Retention,and Participation in Research through Peplau's Theory of Interpersonal Relations. Nursing Science Quarterly. 2011; 24(2): 146–151.

Pereira Jr.A, Ornellas Pereira MA. The Flower Workshop in Psychosocial Rehabilitation: A Pilot Study. Issues in Mental Health Nursing. 2009; 30(1): 47-50.

Peters S. Using sandplay to explore inner states, Journal of Religion. Spirituality & Aging. 2018; 30(2): 179-194.

Pieters HC, Ayala L, Schneider A, Wicks N, Levine-Dickman A, Clinton S . Gardening on a psychiatric inpatient unit: Cultivating recovery. Archives of Psychiatric Nursing. 2019; 33(1): 57-64.

Plotts C, Lasser J, Prater S. Exploring sandplay therapy: Application to individuals with traumatic brain injury. International Journal of Play Therapy. 2008; 17(2):138–153.

Pollard CL. Owerview of Psychiatric Mental Nursing Care Within Various Setting. In: Halter MJ, Pollard CL, Jokubec SL eds. Varcarolis's Canadian Psychiatric Mental Health Nursing. Second edition.Canada; 2018, p: 26-42.

Poyraz A. Akıl Hastanelerinde Hasta-Mekan Etkileşimi .Hacettepe Üniversitesi Güzel Sanatlar Enstitüsü İç Mimarlık ve Çevre Tasarımı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Ankara (Danışman: Doç.Dr.Bilge Sayıl Onaran).

Psikiyatri Hemşireliği Çalıştay Raporu. 2017. https://www.phdernegi.org.Erişim tarihi:15.01.2019.

Psychiatric Mental Haelth Nursing: Scope and Standards of Practice. https://www.apna.org.Erişim tarihi:15.01.2019.

Punnett A, Canfield M. Changes in verbalizations during sandplay: an empirical study. J Anal Psychol. 2020; 65: 497– 518.

Qiu H, Ye Z, Liang M, Huang Y, Liu W, Lu Z. Effect of an art brut therapy program called go beyond the schizophrenia (GBTS) on prison inmates with schizophrenia in mainland China-A randomized, longitudinal, and controlled trial. Clinical Psychology & Psychotherapy.2017;24(5):1069–78.

Qrjasæter KB, Davidson L, Hedlund M at ell. "I now have a life!" Lived experiences of participation in music and theater in a mental health hospital. PloS one. 2018;13(12): e0209242.

Ramos DG, da Matta RM. Sandplay: A method for research with trauma. In Research in Analytical Psychology. 2018; 137-153.

Ramsey R. Community mental health programs. In: Scaffa M, Reitz S, eds. Occupational Therapy in Community-Based Practice Settings: F.A. Davis Company; 2014, p: 271-88

Razali M, Hasanah C, Khan A, Mutusamy Subramaniam S. Psychosocial interventions for schizophrenia. Journal of Mental Health. 2000; 9(3): 283-9.

Reese RF, Lewis TF, Myers JE, Wahesh E, Iversen, R. Relationship between nature relatedness and holistic wellness: An exploratory study. The Journal of Humanistic Counseling, 2014; 53(1), 63-79.

Rim Kim H, Yu Jin k. The Effects of Group Sandplay Therapy on Peer Attachment, Impulsiveness, and Social Anxiety of Adolescents Addicted to Smart Phones. Journal of Symbols & Sandplay Therapy. 2015;12, 6(2): 1-15.

Robson M. The driver whose heart was full of sand: Leigh's story a play therapy case study of a bereaved child. British Journal of Guidance & Counselling. 2008; 36(1): 71-80.

Rodewald K, Rentrop M, Holt D, Roesch-Ely D, Backenstraß M, Funke J, et al. Planning and problem-solving training for patients with schizophrenia: a randomized controlled trial. BMC psychiatry. 2011; 11(1): 73.

Roesler C. Evidence for the Effectiveness of Jungian Psychotherapy: A Review of Empirical Studies. Behavioral Sciences. 2013; 3(4): 562-575.

Roesler C. Sandplay therapy: An overview of theory, applications and evidence base. The Arts in Psychotherapy. 2019; 64: 84-94.

Rogers JL, Luke M, Darkis JT. Meet Me in the Sand: Stories and Self-Expression in Sand Tray Work with Older Adults. Journal of Creativity in Mental Health. 2020;16(1): 2-14.

Roley S, Barrows CSB, Sava DVT, Voelkerding K, et al. Occupational therapy practice framework: domain & process 2nd edition. The American journal of occupational therapy. 2008; 62(6): 625.

Rolin D, Fox I, Jain R, Cole SP, Tran C, Jain S. Wellness Interventions in Psychiatrically Ill Patients: Impact of WILD 5 Wellness, a Five-Domain Mental Health Wellness Intervention on Depression, Anxiety, and Wellness. Journal of the American Psychiatric Nurses Association. 2020; 26(5): 493-502.

Romain AJ, Abdel-Baki A. Using the transtheoretical model to predict physical activity level of overweight adults with serious mental illness. Psychiatry Research. 2017; 258: 476-80.

Roscoe LJ. Wellness: A review of theory and measurement for counselors. J Couns Dev. 2009; 87: 216-226.

Rosenbaum S, Tiedemann A, Sherrington C, Curtis J, Ward PB. Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. J Clin Psychiatry. 2014; 75: 471-478.

Rousseau C, Benoit M, Lacroix L, Gauthier MF. Evaluation of a sandplay program for preschoolers in a multiethnic neighborhood. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2009; 50: 743-750.

Rozina IV. Peculıarıtıes Of The Sandplay Therapy Applıcatıon In Dealıng Wıth Aggressıon In Teenage Years. Herald Of Kiev Institute Of Business And Technology. 2020; 43(1):13-19.

Russo MF, Vernam J, Wolbert A. Sandplay and storytelling: Social constructivism and cognitive development in child counseling. The Arts in psychotherapy. 2006; 33(3): 229-237.

Sabancıoğulları S, Açıl AA, Hallaç, S. Akut Psikiyatrik Bakımda Bir Profesyonel Kontrol Yöntemi: Hemşirelik Gözlemleri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry. 2014; 6(1): 79-91.

Sabancıoğulları S, Doğan S. Psikiyatri hastalarının psikiyatrik hastalık ve hastaneye yatış ile ilgili duygu ve düşüncelerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2002; 5(1): 28-37.

Sabancıoğulları S. Ruh Sağlığını İyileştirmede Sağlığı Geliştirme İyilik Hali Hemşirelik Tanıları. V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi. 2018

Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007, p: 201-259.

Sakinofsky I. Preventing suicide among inpatients. The Canadian Journal of Psychiatry. 2014; 59(3): 131-140.

Sampaio FMC, Araujo O, Sequeira C, Canut MTL, Martin T. A randomized controlled trial of a nursing psychotherapeutic intervention for anxiety in adult psychiatric outpatients. J Adv Nurs. 2018; 74: 1114–1126.

Sangganjanavanich VF, Magnuson S. Using Sand Trays and Miniature Figures to Facilitate Career Decision Making. The Career Development Quarterly. 2011; 59: 264-273.

Scheer SB, Lockee BB. Addressing the Wellness Needs of Online Distance Learners, Open Learning: The Journal of Open. Distance and e-Learning. 2003; 18(2): 177-196.

Schultz JM, Videbeck SL. Lippincott's Manual of Psychiatric Nursing Care Plans. Eighth Edition.2009; p: 9-13

Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: An introduction. American Psychologist. 2000; 55: 5-14.

Shaban R. Mental Illness in The Emergency Care Setting: A Global Challenge. Emergency Mental Health: Where Are We Now?. Australasian Emergency Nursing Journal. 2008; 11: 67- 69.

Shao AT. Marketing Research. An Aid to Decision Making. Cincinnati.

Sharf RS. Psikoterapi ve psikolojik danışma kuramları: kavramlar ve örnek olaylar. Çeviren: N Voltan-Acar, ed. Nobel Yayınevi, Ankara; 2014.

Shin JH, Jang M. Effect of group sandplay therapy to be addicted youth's addiction levels and anxiety. Journal of Symbols & Sandplay Therapy. 2016; 7(1): 39-55.

Shorten C, Crouch R. Acute Psychiatry and the Dynamic Short-Term Intervention of the Occupational Therapist. In: Crouch R, Alers V, eds. Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health. Fifth edition ed: John Wiley & Sons, Ltd; 2014.

Siampani, K. Incorporating sandplay therapy into gestalt therapy in the treatment of dementia. Gestalt Review. 2013; 17(1): 35-58.
Sibitz I, Unger A, Woppmann A, Zidek T, Amering M. Stigma resistance in patients with schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 2011; 37(2): 316-323.

Sim EY, Jang M. Effects of sandplay therapy on aggression and brain waves of female juvenile delinquents. Journal of Symbols & Sandplay Therapy. 2013; 4(2): 45-50.

Sim HO. A Case Study of Sandplay Therapy for a Middle-aged Woman Who Goes the Way of Individuation Through Conflicts with an Adolescent Son. Family and Environment Research. 2020; 58(2): 239-253.

Sims A. Anxiety, panic, irritability, phobia and obsession, Symptoms in the mind: an introduction to descriptive psychopahology. W.B. Saunders Company, London, 1995; p: 299-319.

Sitvast JE, Abma TA, Widdershoven GAM. Living with severe mental illness: perception of sickness. 2011 https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05663.x.e. Erişim tarihi: 09.01.2019

Slade M, Bird V, Le Boutillier C. *et al.* Refocus Trial: protocol for a cluster randomised controlled trial of a pro-recovery intervention within community based mental health teams. BMC Psychiatry. 2011; 11:185.

Smidl S, Mitchell DM, Creighton CL. Outcomes of a Therapeutic Gardening Program in a Mental Health Recovery Center. Occupational Therapy in Mental Health. 2017; 33(33): 374-385.

Smith MC, Turkel MC, Wolf ZR. Caring in Nursing Classics:an essential resources. New York: Springer Publishing Company& Watson Caring Science Institute. 2013, p:117-26.

Songur C, Saylavcı E, Kıran, Ş. Avrupa'da ve Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin karşılaştırılmalı olarak incelenmesi. Socıal Scıences Studıes Journal. 2017; 3(4): 276-289

Soygür H, Yüksel MM, Eraslan P, Attepe Özden S. Mavi At Kafe'nin 6 Yılda Öğrettikleri: Şizofreni Hastalarının Gözünden İyileşmeye Katkıda Bulunan Etmenler-Nitel Bir Analiz. Türk Psikiyatri Dergisi. 2016; 28(2): 75–80.

Soygür H. Şizofreni ve yaşam niteliği. Klinik psikiyatri. 2003; 1: 9-14.

Sparling BW. From healing into life to healing into death: The sandplay project. A clinical study utilizing Jungian psychology to complement conventional breast or ovarian cancer treatment (Order No. 3069010). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (305497270), 2002.

Spooner LC, Lyddon WJ. Sandtray Therapy for Inpatient Sexual Addiction Treatment: An Application of Constructivist Change Principles, Journal of Constructivist Psychology. 2007; 20(1): 53-85.

Stalnaker-Shofner DM, Manyam SB. The Effect of a Wellness Intervention on the Total Wellness of Counseling Practicum Graduate Students. Practitioner Scholar: Journal of Counseling & Professional Psychology. 2014; 3(1): 48–62.

Steinhardt, L. Beyond blue: The implications of blue as tlie color of the inner surfnce of tlie sandtray in sandplay. The Arts in Psychothernpy. 1997; 24(5): 455-469

Strout KA, Howard EP. Five Dimensions of Wellness and Predictors of Cognitive Health Protection in Community-Dwelling Older Adults: A Historical COLLAGE Cohort Study. Journal of Holistic Nursing. 2015; 33(1): 6-18.

Sun P, Qu Y, Wu J, Yu J, Liu W, Zhao H. Improving Chinese Teachers' Stress Coping Ability through Group Sandplay. The Spanish Journal of Psychology. 2018; 21: 65.

Sungur Ergeneoğlu A, Aytuğ A. Sağlık kurumlarında değişen paradigmalar ve iyileştiren hastane kavramının mimari tasarım açısından irdelenmesi. MMGARON YTÜ Mim. Fak. E-Dergisi. 2007; 2(1): 44-63.

Sungur MZ. Anksiyetenin Anlaşılmasında Bilişsel-davranışçı Kuramlar.In: Tükel R, Alkın T, eds. Anksiyete Bozuklukları. Birinci baskı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2006, p: 27-38.

Suri R. Sandplay: An Adjunctive Therapy to Working With Dementia. International Journal of Play Therapy. 2012; 21(3): 117–130

Swank JM, Jahn SAB. Using Sand Tray to Facilitate College Students' Career Decision-Making: A Qualitative Inquiry. The Career Development Quarterly. 2018; 66: 269-278.

Swarbrick M. A wellness approach. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2006; 29(4): 311–314.

Sweeney TJ. Adlerian counseling and psychotherapy: A practitioner's approach. 5th Ed. New York: Taylor & Francis; 2009.

Şenocak S, Arslantaş H, Yüksel R . Psikiyatrik İyileşmede Yeni Bir Yönelim: İyileşme Odaklı Yaklaşım. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2019; 28(2): 83-97.

Tambağ H, Kaykunoğlu M. Kanser hastalarında yaşanan anksiyeteyi ele almada konsultasyon liyazon psikiyatri hemşiresinin rolleri. Turkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics. 2017; 3(1): 27-31.

Taşkın EO. İçselleştirilmiş damgalama ve damgalama algısı. Taşkın EO, ed. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar Ve Damgalama. İzmir: Meta Basım ve Matbaacılık; 2007, p: 4-114.

Taylor ER. Sandtray and solution-focused therapy. International Journal of Play Therapy. 2009; 18(1): 56–68.

TC Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023), ISBN : 978-975-590-391-0 Sağlık Bakanlığı Yayın No:847. Ankara, 2011 http://www.sagl ik.gov.tr/TR/dosya/1- 73168/h/ulusal-ruh-sagligi-eylem-plani.pdf

Telef BB. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği: Türkçeye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi (H.U. Journal of Education). 2013; 28(3): 374-384.

Tennessen J, Strand D. A Comparatıve Analysıs Of Dırected Sandplay Therapy And Prıncıples Of Erıcksonıan Psychology. The Arts in Psychotherapy. 1998; 25(2): 109–114.
Tillich P. Olmak cesareti. çeviren: FC Dansuk. Okuyan Us (orjinal baskı tarihi 1952), İstanbul; 2019.

Tornero MDLA, Capella C. Change during psychotherapy through sand play tray in children that have been sexually abused. Front. Psychol. 2017; 8: 617.

Townley G, Kloos B, Wright PA. Understanding the Experience of Place: Expanding Methods to Conceptualize and Measure Community Integration of Persons With Serious Mental Illness. Health & Place. 2008; 15: 520- 531.

Townsend MC. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları Çeviren: Mercan N, Arıkazan E. Tedavi Edici Ortam-Tedavi Edici İletişim. 6. basım, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara; 2016a, s: 156-165.

Townsend MC. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları Çeviren: Çetinkaya Duman Z. Ruhsal Sağlık ve Ruhsal Hastalık. 6. basım, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara; 2016b, s: 2-13.

Travis JW, Ryan RS. The wellness workbook. Boston: Ten Speed Press, 1988.

Trousselard M, Canini F, Claverie D. et al. Cardiac Coherence Training to Reduce Anxiety in Remitted Schizophrenia, a Pilot Study. Appl Psychophysiol Biofeedback. 2016; 41:61–69.

Tuffour I, Simpson A, Reynolds L. Mental illness and recovery: an interpretative phenomenological analysis of the experiences of Black African service users in England. Journal of Research in Nursing. 2019; 24(1–2): 104–118.

Turner BA. The handbook of sandplay therapy. Cloverdale, CA: Temenos Press. Turner B, ed. The Routledge international handbook of sandplay therapy. London, England: Routledge Taylor & Francis; 2017.

Turner BA. The handbook of sandplay therapy. Temenos Press, 2005.

Ulutaş S, Ergin DD, Hıdırlıoğlu S, Yıldız SN, Ertürk EF, Topuzoğlu A, Karavuş M. Evaluation of The Attitudes of Physicians Towards Patients With Mental Disorders. Jour Turk Fam Phy. 2019; 10(4): 185-194.

Unnsteinsdóttir K. The influence of sandplay and imaginative storytelling on children's learning and emotional-behavioral development in an Icelandic primary school. The arts in psychotherapy. 2012; 39(4): 328-332.

Uygun AN. Psikiyatri servisinde yatan hastaların servis ortamı algılarının incelenmesi. Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 2019, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Perihan Güner).

Uysal Yalçın S, Bilgin H. Psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığını geliştirmede kanıt temelli bütüncül bakım müdahaleleri. In. Bilgin H, ed. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde Fiziksel Sağlık. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri. 2019; 49-53.

Vaingankar JA, Abdin E, Chong SA. et al. Psychometric properties of the short Warwick Edinburgh mental well-being scale (SWEMWBS) in service users with schizophrenia, depression and anxiety spectrum disorders. Health Qual Life Outcomes.2017; 15:153.

Valfre MM. Foundations of Mental Health Care. 2013, p: 128-137

Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, 2012.

Videbeck S. Psychiatric Mental Health Nursing. Philadelphia: W.B. Saunders; 2006, p: 2-9

Videbeck SL. Psychiatric Mental Health Nursing. Lippincott. Philadelphia: W.B. Saunders; 2001, p: 8-11.

Vitalia HL. Group Constructıve Creatıve Improvısatıon Through Sandplay. Current Trends in Natural Sciences. 2018; 7(14): 303-306.

Wang D, Nan JKM, Zhang R. Structured group sandplay to improve the resilience of college students: A pilot study. The Arts in Psychotherapy. 2017; 55: 186–194.

Wang QM, Hang G, Zhang XL, He XL, Wang DD. Effects of sandplay therapy in children with attention deficit hyperactivity disorders. Chinese Mental Health Journal. 2010; 24(9): 691-695.

Weinrib EL. Images of the self. Boston, MA: Sigo Press, 1983.

Weinrib EL. Images of the self: The sandplay therapy process. Sandplay Classics, 2004; 2.

Wen Z, Risheng Z, Haslam DR. The effects of restricted group sandplay therapy on interpersonal issues of College students in China. The Arts in Psychotherapy. 2011; 38(1): 281-289.

WenWaghorn G, Lloyd C, Tsang H. Vocational rehabilitation for people with psychiatric and psychological disorders. International Encyclopedia of Rehabilitation. 2010.

White CR, Blackburn TM, Seymour RS. Phylogenetıcally Informed Analysıs Of The Allometry Of Mammalıan Basal Metabolıc Rate Supports Neıther Geometrıc Nor Quarter-Power Scalıng. Evolution. 2009; 63: 2658-2667.

Wigman JTW, Nierop M, Vollebergh WAM. et al. Evidence that psychotic symptoms are prevalent in disorders of anxiety and depression, impacting on illness onset, risk, and severity: Implications for diagnosis and Ultra–high risk research. Schizophrenia Bulletin. 2012; 38: 247–257.

World Health Organization. Depression and other common mental disorders, 2017.

World Health Organization . Mental health action plan for Europe: Facing the challenges, building the solutions 2005 Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2005

World Health Organization Promoting Mental Health:Concepts, Emerging evidence, Practice. Geneva, Switzerland; 2004: 10

Wynaden D, Barr L, Omari O, Fulton A. Evaluation of service users' experiences of participating in an exercise programme at the Western Australian State Forensic Mental Health Services. International Journal of Mental Health Nursing. 2012; 21: 229-235.

Yaghoobian P, Emadian SO. The effectiveness of art therapy with sand play method on behavioral disorders, emotional problems, and communication skills of children. Bali Medical Journal (Bali Med J). 2019; 8(1): 153-159.

Yalom ID, Josselson R. Existential psychotherapy. In: RJ Corsini, D Weddings eds. Current Psychotherapies. Australia: Brooks Cole; 2008.

Yalom ID. Annem ve Hayatın Anlamı. Kabalcı Yayınevi; İstanbul, 2014.

Yan T, Fei P, Yingjie S, Guirong H, Liyuan Y, Qing W, Xuan ZY. Sandplay therapy on infant sleep disorders group intervention study. Sleep Medicine. 2017; 40: e352-e353.

Yang YS.The effects of sandplay therapy on the behavioral problems, self-esteem, and emotional intelligence of children in grandparents-grandchildren families in rural Korean areas. Journal of Symbols & Sandplay Therapy. 2014; 5(1): 7-13.

Yan-Xia W, Guo-Bin L, Pin G et al. Clinical efficacy of interactive group sandplay versus individual sandplay in the treatment of preschool children with autism spectrum disorder CJCP. 2019; 21(4): 342-347.

Yeh CJ, Aslan SM, Mendoza, Tsukamoto M. The Use of Sandplay Therapy in Urban Elementary Schools as a Crisis Response to the World Trade Center Attacks. Psychology Research. 2015; 5(7): 413-427.

Yıldız M. Şizofrenide psikososyal beceri eğitiminde içerik ve etkinlikler. Klinik Psikiyatri. 2001; 4:119-123.

Yılmaz M, Özcan A . Psikiyatri hemşireliğinin geleceği. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016; 9(1): 53-59.

Yiğit R, Deniz ME, Dilmaç B, Hamarta E. Sürücülerin sürekli ve durumluk kaygılarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi. 2011; 2(4).

Yiğitoğlu S. Adolesan gebe ve eşlerinin antenatal ve postnatal kaygı düzeyleri ile evlilikte uyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Ahsen Şirin).

Yoo SY. The effects of sandplay therapy on the anxiety, attachment relations, and interpersonal stress of children of alcoholic fathers. Journal of Symbols & Sandplay Therapy. 2016; 6(1): 25-42.

Young Maeng J, Jang M. The Effects of Sandplay Therapy on the Anxiety, Self-esteem, and Sociality of College Students with Blindness. Symbols and Sandplay Therapy.2014;5(1):14-22.

Young Sim E, Jang M. Effects of Sandplay Therapy on Aggression and Brain Waves of Female Juvenile Delinquents. Symbols and Sandplay Therapy. 2013;4(2):45-50.

Yuniati E. Sandplay Mempengaruhi Perkembangan Motorik Halus Anak Usia Prasekolah. Indonesian Journal of Nursing Practice. 2018; 2(2); 61-67.

Zargham-Boroujeni A, Maghsoudi J, Oreyzi HR. Focusing on psychiatric patients' strengths: A new vision on mental health care in Iran. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2015; 20(3): 340–346.

Zhang W, Zhang R, Cui L. The Process and Effects of Sandplay Therapy on Obsessive-Compulsive Symptoms in An Undergraduate. Archives of Sandplay Therapy. 2013; 26(2): 75-88.

Zorba E. Herkes için yaşam boyu spor. Fırat Matbaacılık, Ankara, 2015.

EKLER

Ek 1. Etik Kurul Kararı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Araştırmanın Açık Adı Araştırmanın Protokol Kodu	Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastalarda "Kum Oyun Etkinliği" nin Kaygı ve İyilik Haline Etkisinin İncelenmesi. (05.02.2019 tarih ve 53 sayılı karar)

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı - (2012-KAEK-38)			
	AÇIK ADRESİ	S.D.Ü. Doğu Kampüsü Tıp Fakültesi Dekanlığı Binası – ISPARTA			
	TELEFON				
	FAKS				
	E-POSTA				
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Saliha HALLAÇ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ ÜNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1 : ☐	FAZ 2 : ☐	FAZ 3 : ☐	FAZ 4 : ☐
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
		İlaç dışı klinik araştırma	☐		
		Diğer ise belirtiniz : Deneysel			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	22.01.2019	01.001	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

	Belge Adı		Açıklama
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	SİGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER	☐	

Prof. Dr. Mekin SEZİK
Etik Kurul Başkanı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Araştırmanın Açık Adı Araştırmanın Protokol Kodu	Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastalarda "Kum Oyun Etkinliği" nin Kaygı ve İyilik Haline Etkisinin İncelenmesi

KARAR BİLGİLERİ		
	Karar No: 53	**Tarih: 05.02.2019**
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Mekin SEZİK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkisi		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Mekin SEZİK	Kadın Hast. ve Doğum	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Mustafa TÜZ	Kulak Burun Boğaz Hast.	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Buket ARIDOĞAN	Tıbbi Mikrobiyoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Ahmet Nesimi KİŞİOĞLU	Halk Sağlığı	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Mehmet Fahrettin ÖNDER	Hukuk	SDÜ Hukuk Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Derya YILDIRIM	Ağız Diş ve Çene Radyoloji	SDÜ Diş Hek. Fak.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Halil AŞCI	Farmakoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğretim Üyesi Derya CEYHAN	Pedodonti	SDÜ Diş Hek. Fak.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğretim Üyesi Abdullah Meriç ÜNAL	Ortopedi ve Travmatoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	GÖREVLİ
Dr. Öğretim Üyesi Mehtap SAVRAN	Farmakoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğretim Üyesi Giray KOLCU	Aile Hekimliği	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Uzman Dr. Ümmü Gül YILDIZ	Kadın Hast. Ve Doğum	Özel Isparta Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	GÖREVLİ
Uzman Dr. Tuğba GÜRSOY KOCA	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Isparta Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	GÖREVLİ
Öğr.Gör.Dr. Mehmet Erhan ŞAHİN	Biyomedikal ve Cihaz Teknoloji	ISUBÜ Teknik Bil. M.Y.O.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	GÖREVLİ
Osman PARÇAOĞLU	Sivil Üye	Esnaf	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

* : Toplantıda Bulunma

Ek 2. Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği Yazılı Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 26/06/2019-28618

Tarih: 25.06.2019
Sayı : E.93182

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği
Hizmet İçi Eğitim Birimi

Sayı :26515734-600-E.
Konu :Sema SOYSAL'ın Tez Çalışma İzni

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

Üniversiteniz Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğünün, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Sema SOYSAL'ın danışmanlığını Dr.Öğr.Üyesi Saliha HALLAÇ'ın yürüttüğü "Kum Oyun Etkinliğinin Kaygı ve İyilik Haline Etkisinin İncelenmesi" konulu çalışması incelenerek hastanemiz Psikiyatri Kliniğinde çalışma yapması uygun görülmüş olup,söz konusu araştırma verilerinin hastane yönetimi ile paylaşılması gerektiği hususunda;

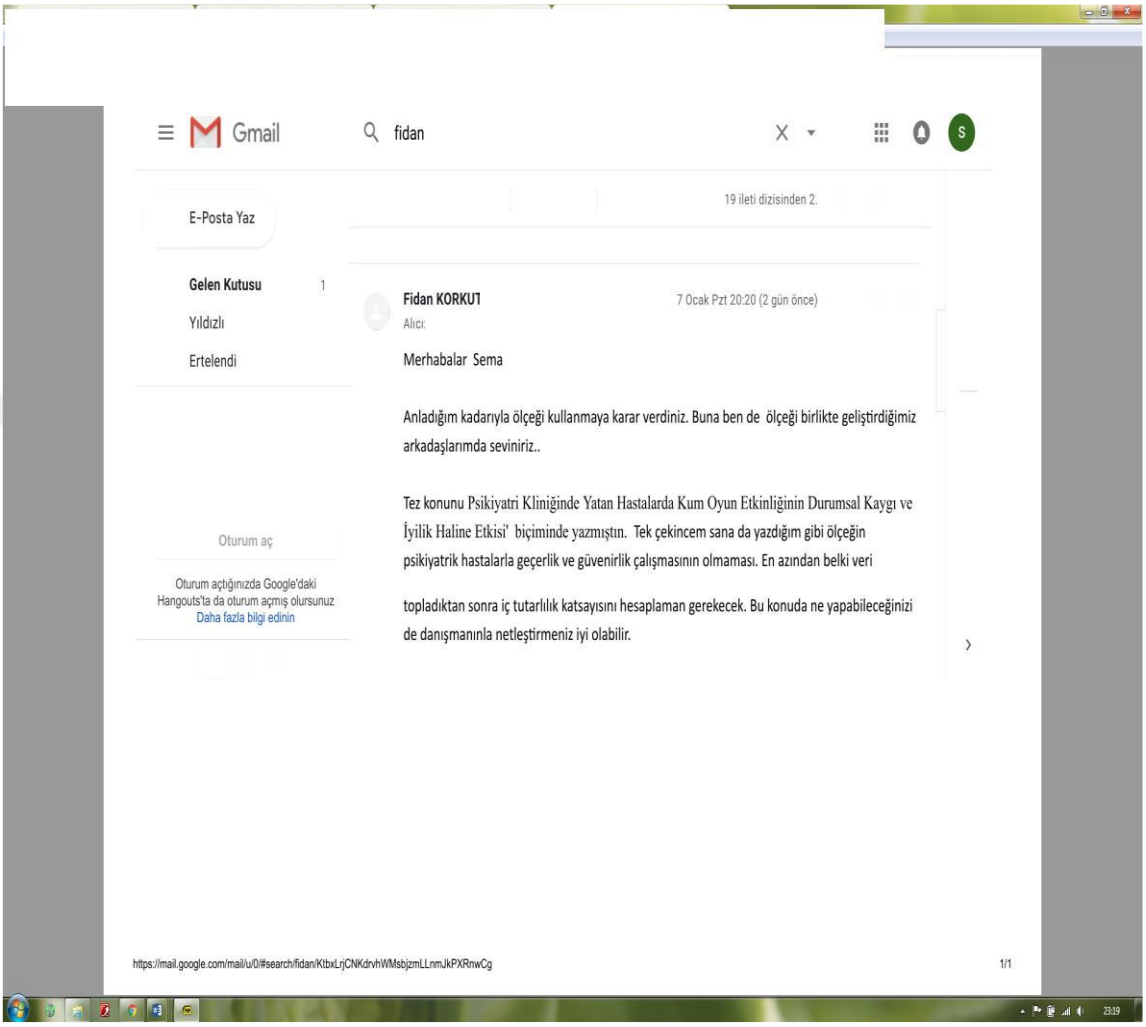
Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

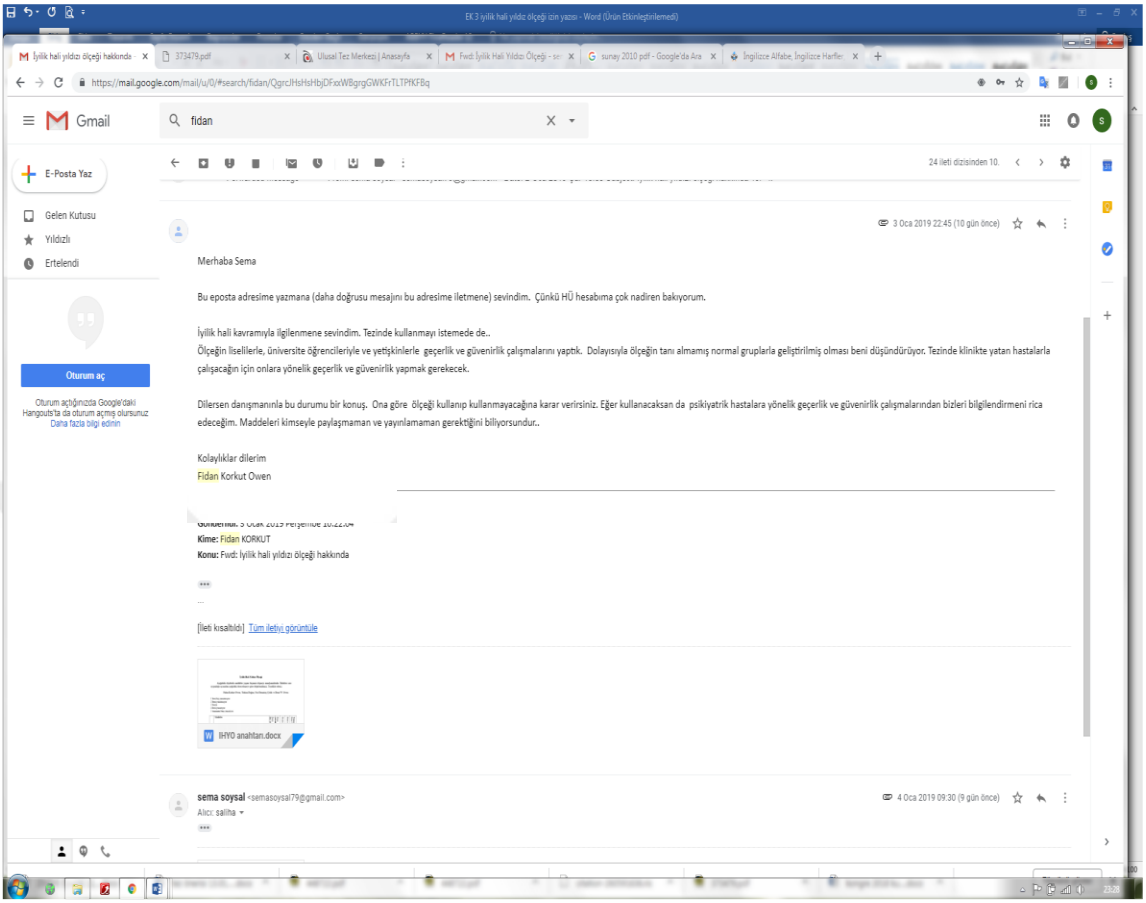
Prof. Dr. Mehmet YILDIRIM
Başhekim

Doğrulama Linki :https://ebys.sdu.edu.tr//EvrakDogrula.html?E5F83D66
SDÜ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ DOĞU YERLEŞKESİ ÇÜNÜR ISPARTA
Tel No:(246) 211-2801 Faks No:(246) 211-2830
E-Posta:hastane@sdu.edu.tr İnternet Adresi:www.hastane.sdu.tr
Bilgi İçin:Havva Öznur ERSOY
Sürekli İşçi
Tel No:02462112801

Bu evrak 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır..

Ek 3. İyilik Hali Yıldız Ölçeği (İHYÖ) Kullanım İzin Yazısı




Gmail
fidan
E-Posta Yaz
Gelen Kutusu
Yıldızlı
Ertelendi
Oturum aç
Merhaba Sema
Bu eposta adresime yazmana (daha doğrusu mesajını bu adresime iletmene) sevindim. Çünkü HÜ hesabıma çok nadiren bakıyorum.
İyilik hali kavramıyla ilgilenmene sevindim. Tezinde kullanmayı istemede de..
Ölçeğin liselilerle, üniversite öğrencileriyle ve yetişkinlerle geçerlik ve güvenirlik çalışmalarını yaptık. Dolayısıyla ölçeğin tanı almamış normal gruplarla geliştirilmiş olması beni düşündürüyor. Tezinde klinikte yatan hastalarla çalışacağın için onlara yönelik geçerlik ve güvenirlik yapmak gerekecek.
Dilersen danışmanınla bu durumu bir konuş. Ona göre ölçeği kullanıp kullanmayacağına karar verirsiniz. Eğer kullanacaksan da psikiyatrik hastalara yönelik geçerlik ve güvenirlik çalışmalarından bizleri bilgilendirmeni rica edeceğim. Maddeleri kimseyle paylaşmaman ve yayınlamaman gerektiğini biliyorsundur..
Kolaylıklar dilerim
Fidan Korkut Owen
Kime: Fidan KORKUT
Konu: Fwd: İyilik hali yıldızı ölçeği hakkında
İleti kısaltıldı] Tüm iletiyi görüntüle
IHYO anahtarı.docx
sema soysal
Alıcı: saliha

Ek 4. Aydınlatılmış Onam Formu (Müdahale Grubu)

Sayın Katılımcı

Ben Sema SOYSAL Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği alanında Yüksek Lisans yapmaktayım. "Psikiyatri Kliniğinde yatan hastalarda kum oyun etkinliğinin kaygı ve iyilik haline etkisinin incelenmesi" başlıklı tez çalışmasını yapıyorum. Araştırma Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde yapılacaktır. Araştırmaya kabul ettiğiniz takdirde öncelikle sizin kısaca bazı özelliklerinizi tanımak amacıyla "Kişisel Bilgi Formu" ve iki adet ölçek formunu doldurmanızı isteyeceğim. Bu formları doldurduktan sonra sepetten bir zarf çekeceksiniz. Bu işlemin sonucuna göre sizinle araştırmanın amacı doğrultusunda "Kum Oyun Etkinliği" programını yürüteceğim. Bu program iki gün arayla iki kez (oturum) olmak üzere bireysel olarak yürütülecektir. Oturumların, her biri 60 dakika sürecektir. Bu araştırma boyunca sizden gerek doldurduğunuz formlar gerekse etkinlik sırasında elde edilen kişisel veriler sadece araştırma için kullanılacak olup gizliliği sağlanacaktır. Araştırma sonuçları isminiz olmadan bilimsel platformlarda paylaşılacaktır. Araştırmaya katılmak gönüllük esasına bağlıdır. Katılacak olduğunuz kum oyun etkinliği boyunca soru sorabilir ve istediğiniz bir anda araştırmadan geri çekilebilirsiniz. Katılımınız ve ilginiz için teşekkür ederim.

Yüksek Lisans Öğrencisi Sema Soysal
Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Katılımcının ve Hasta Yakınının Beyanı

Yükseklisans öğrencisi Sema SOYSAL tarafından "Psikiyatri Kliniğinde yatan hastalarda kum oyun etkinliğinin kaygı ve iyilik haline etkisinin incelenmesi" başlıklı tez çalışması hakkında bilgilendirildim. Bana çalışma kapsamında kum oyun etkinliği programı uygulanacağı açıklandı. Herhangi bir sorum olduğunda Sema SOYSAL'a soru sorabileceğimi ve istediğim anda araştırmadan geri çekilebileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının
Adı Soyadı
İmzası
Tarih:

Hasta Yakınının
Adı soyadı İmzası:
İmzası
Tarih:

Araştırmacının adı soyadı
İmzası
Tarih :

Ek 5. Aydınlatılmış Onam Formu (Kontrol Grubu)

Sayın Katılımcı

Ben Sema SOYSAL Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği alanında Yüksek Lisans yapmaktayım. "Psikiyatri Kliniğinde yatan hastalarda kum oyun etkinliğinin kaygı ve iyilik haline etkisinin incelenmesi" başlıklı tez çalışmasını yapıyorum. Araştırma Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde yapılacaktır. Araştırmaya kabul ettiğiniz takdirde öncelikle sizin kısaca bazı özelliklerinizi tanımak amacıyla "Kişisel Bilgi Formu" ve iki adet ölçek formunu doldurmanızı isteyeceğim. Bu formları doldurduktan sonra sepetten bir zarf çekeceksiniz. Bu işlemin sonucuna göre sizinle araştırmanın amacı doğrultusunda, ilk ölçümden bir saat sonra ve dördüncü gün karşılaşmada ve bundan bir saat sonra tekrar formları doldurmanızı isteyeceğim. Formları samimi ve eksiksiz doldurmanız verilerin doğru şekilde değerlendirilmesi açısından önemlidir. Size ait kişisel veriler sadece araştırma için kullanılacak olup gizliliği sağlanacaktır. Araştırma sonuçları isminiz olmadan bilimsel platformlarda paylaşılacaktır. Araştırmaya katılmak gönüllük esasına bağlıdır. Formları doldururken soru sorabilir ve istediğiniz bir anda araştırmadan geri çekilebilirsiniz. Katılımınız ve ilginiz için teşekkür ederim.

Yüksek Lisans Öğrencisi Sema Soysal
Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Katılımcının ve Hasta Yakınının Beyanı

Yükseklisans öğrencisi Sema SOYSAL tarafından "Psikiyatri Kliniğinde yatan hastalarda kum oyun etkinliğinin kaygı ve iyilik haline etkisinin incelenmesi" başlıklı tez çalışması hakkında bilgilendirildim. Bana çalışma kapsamında dolduracağım formlar açıklandı. Herhangi bir sorum olduğunda Sema SOYSAL'a soru sorabileceğimi ve istediğim anda araştırmadan geri çekilebileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katımlıcının
Adı Soyadı
İmzası:
Tarih:

Hasta Yakınının
Adı Soyadı:
İmzası
Tarih:

Araştırmacının Adı Soyadı
İmzası
Tarih :

Ek 6. Kişisel Bilgi Formu

KİŞİ NO: Tarih: …./…./….
Tıbbi tanı:
1. Cinsiyet : ( ) Kadın ( ) Erkek
2.Yaş :
3.Eğitim durumu:
( ) Okur- Yazar
( ) İlkokul
( ) Ortaokul
( ) Lise
( ) Üniversite ve üstü
4. Medeni durum : ( ) Evli ( ) Bekar ( ) Ayrılmış
5. Çalışma durumu : ( ) Çalışıyor ( ) Çalışmıyor
6.Yaşadığı yer :( ) Şehir ( ) İlçe ( ) Köy
7. Sosyal güvence: ( ) Var ( ) Yok
8. Sürekli birlikte yaşadığınız kişiler kimlerdir?
( ) Tek başıma
( ) Eşimle
( ) Çocuğuma / çocuklarımla
( ) Anne/babamla
( ) Eşim ve çocuklarımla
( ) Bir yakınımla
( ) Eşim, çocuğum ve diğer bir yakınımla
( ) Anne ve anneanne
( ) Annem ve çocuğum
( ) Diğer
9. Boş zamanlarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?
( ) Oturarak ( ) Uyuyarak ( ) Yürüyüş yaparak ( ) Müzik dinleyerek
( ) Spor yaparak ( ) Kitap okuyarak ( ) Diğer
10. Tanı alma süresi:
( ) 0-12 ay
( ) 13-36 ay
( ) 37-60 ay
( ) 61-120 ay
( ) 121 ay ve üstü
11. **Hastanede yatma süresi:**
( ) 1-10 gün
( ) 10-20 gün
( ) 20-30 gün
( ) 30-40 gün
( ) Diğer
12. Hastaneye yatma sıklığı:
( ) ilk kez
( ) 2-4 kez
( ) 5 ve daha fazla
13. Gereksinimiz olduğunda birincil bakımınızı üstlenen kişi kim ?
( ) Annem ( ) Babam ( ) Kardeşim ( ) Akrabam ( ) Eşim ( )Çocuklarım ( ) Eşim ve çocuklarım ( ) Diğer……..

Ek 7. Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da ***O ANDA*** nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki kutucuklardan uygun olanı işaretlemek süratiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerine fazla zaman harcamaksızın ***ANINDA*** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

Her ifadenin karşısında bulunan; **(1) Bana hiç uygun değil, (2) Bana biraz uygun, (3) Bana çok uygun, (4) Bana tamamıyla uygun** anlamına gelmektedir.

Şu anda sakinim		1	2	3	4
2	Kendimi emniyette hissediyorum	1	2	3	4
3	Şu anda sinirlerim gergin	1	2	3	4
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	1	2	3	4
5	Şu anda huzur içindeyim	1	2	3	4
6	Şu anda hiç keyfim yok	1	2	3	4
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	1	2	3	4
8	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	1	2	3	4
9	Şu anda kaygılıyım	1	2	3	4
10	Kendimi rahat hissediyorum	1	2	3	4
11	Kendime güvenim var	1	2	3	4
12	Şu anda asabım bozuk	1	2	3	4
13	Çok sinirliyim	1	2	3	4
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	1	2	3	4
15	Kendimi rahatlamış hissediyorum	1	2	3	4
16	Şu anda halimden memnunum	1	2	3	4
17	Şu anda endişeliyim	1	2	3	4
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	1	2	3	4
19	Şu anda sevinçliyim	1	2	3	4
20	Şu anda keyfim yerinde	1	2	3	4

Ek 8. İyilik Hali Yıldız Ölçeği

Aşağıdaki ölçekteki maddeler yaşam biçiminizi ölçmeyi amaçlamaktadır. İfadeleri size uygunluğu açısından aşağıdaki derecelemeye göre değerlendiriniz. Teşekkür ederiz.
1 beni hiç yansıtmıyor
2 beni yansıtmıyor
3 bazen
4 beni yansıtıyor
5 tamamen beni yansıtıyor

*Ölçek sahibi ölçeğin tüm maddelerinin yayınlanmasını izin vermediği için etik açıdan bazı ölçek maddeleri çıkarılarak konulmuştur. Araştırma sırasında ölçek tam maddeleri kullanılmıştır.

	Maddeler	Beni hiç yansıtmıyor	Beni yansıtmıyor	Bazen	Beni yansıtıyor	Tamamen Beni Yansıtıyor
1.	Hayatımın bir anlamı ve amacı var					
2.	Yaşam boyu öğrenmeye inanırım					
3.						
4.						
5.						
6.	Yaşamımı anlamlandırma tarzımdan memnunum					
7.	Yeni öğrenme yaşantılarına açığım.					
8.						
9.						
10						
11						
12						
13						
14	Haftada en az üç kez yarım saatlik terletecek bir fiziksel etkinlikte bulunurum					
15	İhtiyaç duyduğumda bana yardım edebilecek yakınlarım var					
16						
17						
18	Enerji düzeyimden memnunum.					
19						
20	İhtiyacım olduğunda yardım edecek ve destek olacak birilerini ararım					
21						
22	Olumlu ve olumsuz duygularımı uygun biçimde ifade edebilirim					
23						
24						

Ek 9. Kum ve Oyun Terapisi Uygulayıcı Sertifikası



Tarih: 18.02.2020

Sertifika No: 18-12-20-S007

TC Kimlik No: 19634176692

BURSA TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

SÜREKLİ EĞİTİM UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

Sayın SEMA SOYSAL

Merkezimiz tarafından 07/12/2019 - 22/12/2019 tarihlerinde düzenlenen 60 saatlik **"Kum ve Oyun Terapisi"** Sertifika programına katılmış ve yapılan değerlendirmeler sonucunda başarılı olarak bu belgeyi almaya hak kazanmıştır.

Prof. Dr. Abdullah IŞIKLAR
Program Koordinatörü

Doç. Dr. Ali İhsan KADIOĞULLARI
Müdür

Prof. Dr. Egemen ARAS
Rektör Yardımcısı

Ek 10. Oyun Terapisi Sertifikası


S. No: SC-19141

ADEMER

RICCON

SERTİFİKA

Sayın SEMA SOYSAL

OYUN TERAPİSİ

Riccon Enstitüsü Bern İsviçre ile ortaklaşa düzenlenen eğitim programını başarı ile bitirerek sertifika almaya hak kazanmıştır.

Tarih
20-04-2019

Eğitim Direktörü

Genel Müdür

Ek 11. Kum Oyun Terapisi: Psişeye Yolculuk Katılım Sertifikası



Ek 12. Çözüm Odaklı Terapi Uygulayıcı Sertifikası



BİLGELİK ENSTİTÜSÜ

Uygulayıcı Sertifikası

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİSTLER DERNEĞİ

SEMA SOYSAL

Bilgelik Enstitüsü ve Bilişsel Davranışçı Terapistler Derneği tarafından düzenlenen, uygulamalı ***"Çözüm Odaklı Terapi"*** uygulayıcı sertifika programına katılmıştır.

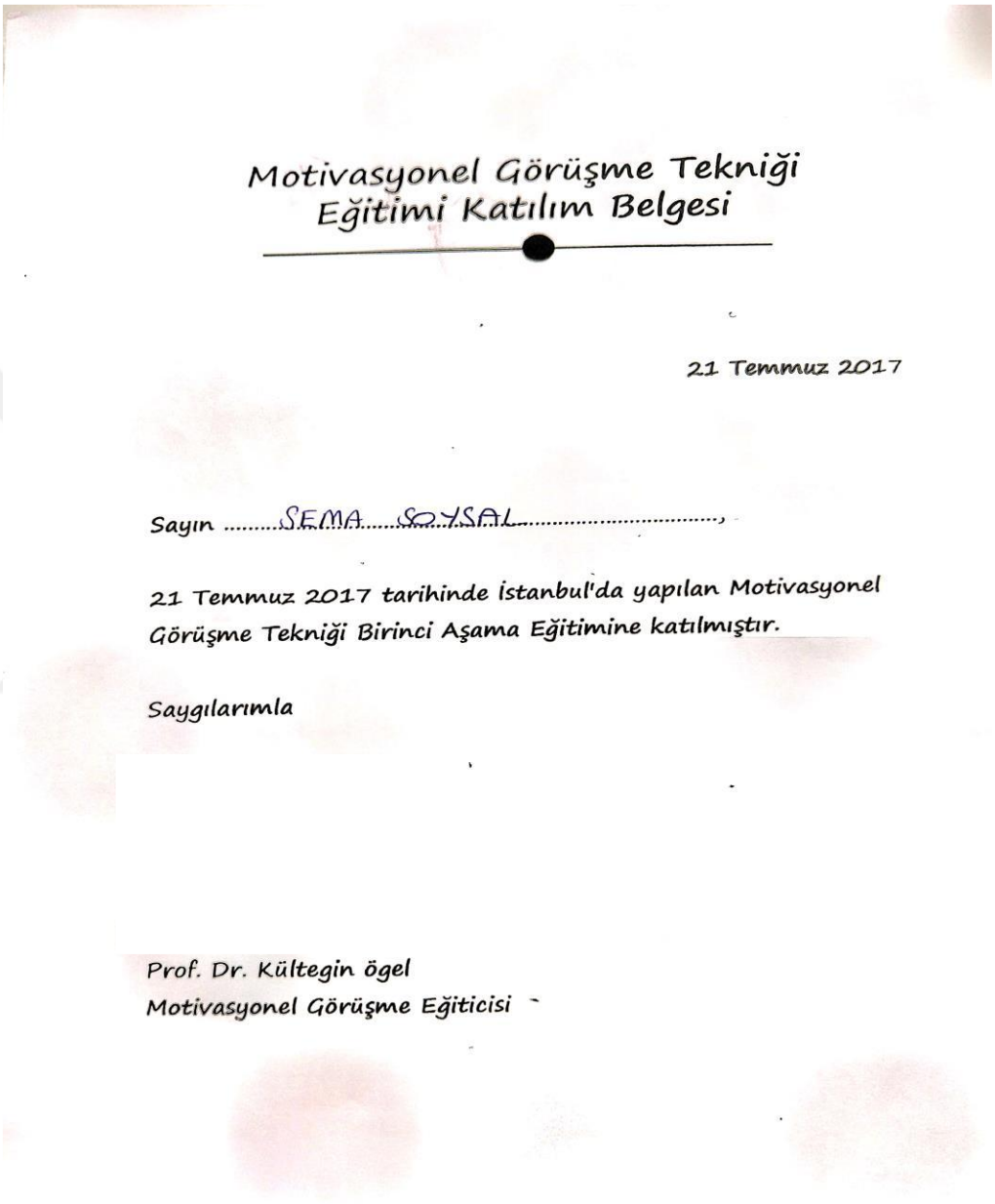
LÜTFÜ ÖZDEMİR
Bilişsel Davranışçı Terapistler Derneği
Başkanı

Belge No:BİS-31-01-20-19

31.01.2020

Not:Bu belge ismi yazılı bilgisini uygulamalı eğitime katılması nedeniyle verilmiştir. Bu belge ile Psikoterapist ünvanı verilmez. Psikoterapist ünvanı yasalarla belirlenmiştir.

Ek 13. Motivasyonel Görüşme Tekniği Eğitimi Katılım Belgesi Birinci Aşama



Motivasyonel Görüşme Tekniği
Eğitimi Katılım Belgesi

21 Temmuz 2017

Sayın .....SEMA SOYSAL.....,

21 Temmuz 2017 tarihinde İstanbul'da yapılan Motivasyonel Görüşme Tekniği Birinci Aşama Eğitimine katılmıştır.

Saygılarımla

Prof. Dr. Kültegin ögel
Motivasyonel Görüşme Eğiticisi

Ek 14. Motivasyonel Görüşme Tekniği Eğitimi Katılım Belgesi İkinci Aşama

Motivasyonel Görüşme Tekniği Eğitimi Katılım Belgesi

9 Şubat 2018

Sayın .....SEMA SOYSAL.....,

9 Şubat 2018 tarihinde İstanbul'da yapılan Motivasyonel Görüşme Tekniği İkinci Aşama Eğitimine katılmıştır.

Saygılarımla

Prof. Dr. Kültegin ögel
Motivasyonel Görüşme Eğiticisi

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Sema	**Uyruğu**	TC
Soyadı	SOYSAL	**Tel no**	-
Doğum tarihi		**e-posta**	

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		**Mezuniyet yılı**
Lise	Gülkent Lisesi /Isparta	1996
Lisans	Süleyman Demirel Üniversitesi	2000

İş Müdahaleimi

Görevi	**Kurum**	**Süre (yıl-yıl)**
Hemşire	Isparta Şifa Özel Polikliniği	(6 ay)2001
Öğretim Görevlisi	Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2001- halen
Hemşirelik Hizmetleri Müdür Yardımcılığı	Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi	2009-2011 (Ek görevlendirme)

Yabancı Dilleri	**Sınav türü**	**Puanı**
İngilizce	Yökdil (2019)	56.25

Proje Müdahaleimi

Proje Adı	**Destekleyen kurum**	**Süre (Yıl-Yıl)**

Yayınlar ve Bildiriler:

Ulusal toplantıda sunularak özet metin olarak yayınlanan bildiriler

Özen T, Soysal S, Şahin B, Ünlü A, Çevik A, Akan D, İnce G, Mert D, Yegin B. 'Bir İlköğretim Okulu Birinci Sınıf Öğrencilerinin Diş Sağlığı Taraması, Konu İle İlgili Bilgi Düzeyleri Ve Davranışları ' IV. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 5-6 Mayıs, Ordu, 2005:198 Poster Bildiri

Orun Kavak H, Soysal S, Orhan H, Elmalı E, Kavak F. 'Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Sağlık Sorunları Ve Yaşam Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi' 6.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Uluslararası Katılımlı, 26-29 Haziran 2007, 333, İstanbul Poster Bildiri

Özkahraman Ş, Yıldırım B, Soysal S, Hacıhimmetoğlu H, Duran TE, Altun ÖŞ. Hasta Güvenliği Kültürü: Bir Üniversite Hastanesi Örneği, 13. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 19-21 Ekim 2011,Urfa

Soysal S, Özkahraman Ş, Duran TE,Yıldırım B, Altun ÖŞ, Hacıhimmetoğlu H. Hemşirelerin Hemşirelik Mesleğini Algılamaları, 13. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 19-21 Ekim 2011,Urfa.

Özkahraman Ş, Altun ÖŞ, Yıldırım B, Duran TE, Soysal S, Hacıhimmetoğlu H. Hemşirelerin Kişilerarası Çatışma Çözme Yaklaşımlarının Yükleme Karmaşıklığı Açısından İncelenmesi,13. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 19-21 Ekim 2011,Urfa.

Yıldırım B, Özkahraman Ş, Duran TE, Altun ÖŞ, Soysal S, Hacıhimmetoğlu H. Hemşirelerin Yetki Devri İle İlgili Bilgilerinin İncelenmesi, 13. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 19-21 Ekim 2011,Urfa.

Yıldırım B, Özkahraman Ş, Duran TE, Soysal S, Altun ÖŞ, Hacıhimmetoğlu H. Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Eleştirel Düşünme Eğilimlerinin İncelenmesi, 13. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 19-21 Ekim 2011,Urfa.

Soysal S, Özkahraman Ş, Duran TE, Yıldırım B, Hacıhimmetoğlu H, Altun ÖŞ. Hemşirelerin Profesyonelliklerini Etkileyen Faktörler, 13. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 19-21 Ekim 2011,Urfa.

Uluslararası toplantıda sunularak özet metin olarak yayınlanan bildiriler

Erten H, Yılmaz H, Soysal S. 'Isparta İli Karaağaç Sağlık Ocağına Bağlı 15-49 Yaş Kadınların Üreme Sağlığı İle İlgili Alışkanlıklarının Sosyo-Demografik Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi' 3.Uluslararası- 10. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 7-10 Eylül 2005, 134, İzmir Poster Bildiri

Soysal S, Hallaç S. Kum Oyunu Terapisi: İletişim Becerilerini Güçlendirmede Bir Araç. 'V. International IX. National Psychiatric Nursing Congress' 2018, Antalya, Türkiye, 20-23 Kasım, 2018, pp. 2168-2171. Poster Bildiri (özet Journal Of Psychiatric Nursing, vol.9, no.Supplement , pp.146-146' da özet bildiri olarak yayınlaşmıştır).

Çetinkaya D, Soysal S, Kaplan T. Ruhsal İyilik Halinin Sağlanmasında Refleksolojinin Kullanımı 'V. International IX. National Psychiatric Nursing Congress' 2018, Antalya, Türkiye, 20-23 Kasım, 2018, pp. 1210-1218. Poster Bildiri (özet Journal Of Psychiatric Nursing, vol.9, no.Supplement, pp.75-75' de özet bildiri olarak yayınlaşmıştır).

Çinkılıç D, Soysal S. Uyum Davranışını Geliştirmede Bir Müdahale Yöntemi: Nidoterapi. 'V. International IX. National Psychiatric Nursing Congress' 2018, Antalya, Türkiye, 20-23 Kasım, 2018, pp. 2128-2131. Poster Bildiri (özet Journal Of Psychiatric Nursing, vol.9, no.Supplement , pp.142-142' de özet bildiri olarak yayınlaşmıştır).

Soysal S. Damgalama Davranışını Azaltmada Psikiyatri Hemşirelerine Bir Çağrı: 'Kişi-İlk Dili' Kullanımı. 'V. International IX. National Psychiatric Nursing Congress' 2018, Antalya, Türkiye, 20-23 Kasım, 2018, pp. 2070-2073. Poster Bildiri (özet Journal Of Psychiatric Nursing, vol.9, no.Supplement, pp.137-137' de özet bildiri olarak yayınlaşmıştır).

Ersoy S, Soysal S, Ateş M, Özkahraman Koç Ş. "Televizyon sabah programları ve yaşlıdaki yansımaları," *E-journal of New World Sciences Academy*, vol. 14, no. 3, pp. 18–26, Jul. 2019. https://dx.doi.org/10.12739/NWSA.2019.14.3.E0046

Uluslararası sempozyum, kongre, kurs (workshop) düzenlenmesi gibi etkinliklerde görev almak

III.Yapıcı Okul Hastane İşbirliği (Workshop), 2014

Katıldığı Kurslar /Eğitimler /Seminerler

Sertifikalar

- Şizofreni Hastalarında Psikososyal Beceri Eğitimi: Eğitimcinin Eğitimi, 6-9 Ekim 2016, Manisa. (yüz yüze)
- Kum ve Oyun Terapi (60 saat), Sertifika Bursa Teknik Üniversitesi, 07 Aralık 2019- 22 Aralık 2019, Bursa. (yüz yüze)
- Oyun Terapisi Sertika. Riccon Enstitüsü ve Ademer Eğitim Kurumları, 20 Nisan 2019, Ankara. (yüz yüze)
- Çocuk Resimleri Analizi Eğitimi (45 saat) Uzmanlık Eğitim Belgesi, 01 Kasım 2019- 30 Aralık 2019, Isparta. (yüz yüze)
- Masal Terapisi Eğitimi (80 saat) Uzmanlık Eğitim Belgesi, 01 Kasım 2019- 30 Aralık 2019, Isparta. (yüz yüze)
- Disleksi Eğitmen Eğitimi (32 saat) Uzmanlık Eğitim Belgesi, 01 Kasım 2019- 30 Aralık 2019, Isparta. (yüz yüze)
- Yaratıcı Drama Liderliği /Eğitmenliği Eğitimi Sertifikası (200 saat) Adnan Menderes Üniversitesi, 01 Ekim /2018- 15 Haziran 2019. (online).
- Çözüm Odaklı Terapi Uygulayıcı Sertifikası- Bilgelik Enstitüsü, 31 Ocak 2020, İstanbul. (yüz yüze)
- Kum Oyunu Terapisi:Psişeye Yolculuk Katılım Sertifikası, Oyun Terapileri Enstitüsü, 07 Ocak 2021. (online)
- Terapötik Kartlar Sertifika (20 saat), Bursa Teknik Üniversitesi, 29-30 Ağustos 2020 (online)
- Psikolojik İlk Yardım Eğitimi Katılımcı Sertifikası ,Ruh Sağlığı Derneği, 2020 (online)
- Logoterapi Eğitimi Katılımcı Sertifikası, Ruh Sağlığı Derneği, 2020 (online)
- Çocuk Resimlerinin Psiko-Pedogojik Açıdan Analiz Eğitimi ve Çoçuk Resim Testleri Serifika, Riccon Enstitüsü ve Ademer Eğitim Kurumları, 20 Aralık 2020 (online)

- Hümanistik-Varoluşçu Temelli Sanat Terapisi Eğitim Sertifikası (7 saat). Klinik ve Adli Psikoloji Derneği, 14 Mart 2021 (online)

Kurslar /Eğitimler /Seminerler

- Motivasyonel Görüşme Tekniği Birinci Aşama Kursu -Eğitimci: Kültegin Öğel, 21 Temmuz 2017)-İstanbul (yüz yüze)
- Motivasyonel Görüşme Tekniği İkinci Aşama Kursu -Kültegin Öğel, 09 Şubat 2018)-İstanbul (yüz yüze)
- Psikoeğitim Süreci ve Grup Liderliği Kursu, 2018, Antalya (yüz yüze)
- Bilinçaltına Yolculuk Katılım Belgesi, Şubat 2019, Isparta (yüz yüze)
- Travma ve Sahada Kullanılabilecek Sanat Terapi Müdahaleleri (18 saat) Katılım Belgesi. Sanat Psikoterapileri Derneği, 8-9-10 Şubat 2020, Antalya (yüz yüze)
- Oyun Yoluyla Bağ Kurma Atölyesi (2 saat) Katılım Belgesi -06 Haziran 2020 (online)
- Özgüven ve Sınır Çizme Online Seminer, Etkin Kampüs, 25 Mayıs 2020 (online)
- Koronadan Güçlü Çıkıp Daha Etkili Biri Olmak Online Seminer, Etkin Kampüs, 25 Mayıs 2020 (online)
- Psikolojik Sağlamlık ve Duygu Yönetimi Online Seminer, Etkin Kampüs, 25 Mayıs 2020 (online)
- Mindfulness Online Seminer, Etkin Kampüs, 26 Mayıs 2020 (online)
- Stresle Başa Çıkmada Dışa Vurumcu Yaklaşımlar Hareket ve Dans Terapisi Online Seminer, Etkin Kampüs, 26 Mayıs 2020
- Sanatla Terapi Katılım Belgesi (12 saaat) Psikoloji Eğitmenler ve Test Geliştirme Derneği, 23-24 Ocak /2021 (online)
- Online Endnote ile Kaynakça Yönetimi Eğitimi Katılım Belgesi (4 saat) İstar Araştırma Eğitim Danışmanlık, 27-28 Ocak 2021.
- Online Sistematik Derleme ve Meta Analiz Eğitimi Katılım Belgesi (16 saat) İstar Araştırma ve Eğitim Danışmanlık, 29-30-31 Ocak 2021
- Gözlem ve Deneysel Araştırmalar (Strobe ve Consort ile Pratik Bilgi ve Uygulamalar) Eğitimi (14 saat) Katılım Belgesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi Eğitim Koordinatörü Prof.Dr.Zekiye Karaçam, 11-12 Mart 2021 (online)
- Panik Bozukluk Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi Yaklaşımı ve Uygulamaları Eğitimi (2,5 saat). Balat Psikoloji, 23 Şubat 2021 (online)
- Online Temel Düzey İstatistik Eğitimi, İstar Araştırma Eğitim Danışmanlık, 2-3-4 Nisan 2021
- Terapide Metafor Kullanımı ve Örnekleri Eğitimi Katılım Belgesi (2 saat), Balat Psikoloji, 06 Nisan 2021(online)

- Yetişkin Terapilerde Klinik Görüşme Teknikleri (Uzm.Klinik Psikolog Fatih Pulat) Katılım Belgesi, Pusula Akademi, 11 Nisan 2021 (online)
- Çift- Aile Terapilerinde Klinik Görüşme Teknikleri (Uzm.Klinik Psikolog İshak Büyükyıldırım) Katılım Belgesi, Pusula Akademi, 11 Nisan 2021 (online)
- Çocuk- Ergen Terapilerinde Klinik Görüşme Teknikleri (Uzm.Klinik Psikolog Derya Şenel Demir, Pusula Akademi, 11 Nisan 2021 (online)
- Freud ve Jung Bakış Açısıyla Küçük Prens, Katılım Belgesi, Antigone Psikoloji Topluluğu Sanat Atölyesi, 2021 (online)
- Bilinçli Farkındalık Temelli Sanat Terapisi Atölyesi Katılım Belgesi, BcR Akademi, 30 Nisan 2021 (online)
- Çözüm Odaklı Kısa Süreli Terapi Eğitimi Katılım Belgesi, BcR Akademi, 19-20 Haziran 2021 (online).