



**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ**

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA ALGILANAN SOSYAL
DESTEĞİN İŞLEVSEL İYİLEŞME ÜZERİNE ETKİSİ**

Aslı TEKAÜT

**Danışmanı
Doç.Dr. Emine ÖKSÜZ**

**Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Psikiyatri Hemşireliği Programı**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZİRAN/2019

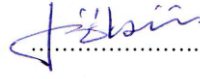
TEZ KABUL ONAYI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane/Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalında/Programında Aslı TEKAÜT tarafından hazırlanan "**Şizofreni Hastalarında Algılanan Sosyal Desteğin İşlevsel İyileşme Üzerine Etkisi**" Başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Dr. Öğr. Üyesi Sevinç MERSİN
Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu
Hemşirelik Bölümü
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum



Üye (Danışman): Doç. Dr. Emine ÖKSÜZ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum



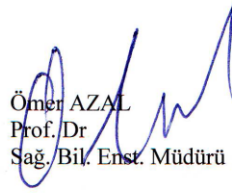
Üye: Doç. Dr. Çiğdem YÜKSEL
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Bu tezin Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum.



Tez Savunma Sınavı Tarihi: 13/06/2019

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane/Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

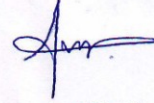
Ömer AZAL
Prof. Dr.
Sağ. Bil. Enst. Müdürü



BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışım olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.



Aslı TEKAÜT

13.06.2019

ÖZET

Şizofreni Hastalarında Algılanan Sosyal Desteğin İşlevsel İyileşme Üzerine Etkisi

Amaç: Şizofreni hastalarında işlevsel iyileşmenin sağlanması, hastaların topluma ve iş hayatına yeniden entegrasyonuna imkân vermekte, sosyal yükü ve sağlık bakım maliyetlerini önemli derecede azaltmaktadır. Literatürde şizofreni hastalarında iyileşmeyi etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik çok sayıda araştırma olmasına rağmen, algılanan sosyal desteğin işlevsel iyileşme üzerine etkisini araştıran çalışmalar sınırlıdır. Bu araştırma; şizofreni hastalarının algılanan sosyal desteğin işlevsel iyileşmeye etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki araştırma, Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde Ocak 2018 - Haziran 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya şizofreni tanısı ile ayaktan takip ve tedavisi devam eden 152 hasta dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) kullanılmıştır. Analizler IBM SPSS (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı) versiyon 24.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) ile yapılmıştır. Normal dağılıma uyan verilerin üç grup ve üzerindeki karşılaştırmaları için Tek Yönlü Varyans Analizi (One-way ANOVA Testi), normal dağılıma uymayan verilerin üç grup ve üzerindeki karşılaştırmaları için ise Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırmasında Ki-Kare Testi kullanılmış olup, ölçekler arası doğrusal ilişki Pearson Korelasyon Testi ile analiz edilmiştir. Regresyon Analizinde, Çoklu Lineer Regresyon Modellemesi tekniği kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamındaki şizofreni hastalarının ŞİLÖ puan ortalamaları ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, çocuk sahibi olma, çalışma durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü, hastalık süresi ve hastaneye yatış sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Çoklu Lineer Regresyon analizi ile ŞİLÖ ve ÇBASDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Sonuç: Araştırma bulguları şizofreni hastalarında algılanan sosyal desteğin işlevsel iyileşmeyi etkilediğini göstermektedir. Ayrıca hastaların tanıtıcı özelliklerinden yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, çocuk sahibi olma, çalışma durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü, hastalık süresi ve hastaneye yatış sayısının işlevsel iyileşmeyi etkilediği bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçlarının şizofreni hastalarının işlevsel iyileşme düzeylerini artırmaya yönelik girişimlerin planlanmasında ve hemşirelik girişimlerinde yol gösterici olacağı düşünölmektedir.

Anahtar Kelimeler: şizofreni, Algılanan Sosyal Destek, İşlevsel İyileşme, Hemşirelik



ABSTRACT

The Effect of Perceived Social Support on Functional Remission in Patients with Schizophrenia

Objective: Achieving functional remission in patients with schizophrenia allows patients to be reintegrated into society and business life, significantly reducing social burden and health care costs. Although there are many studies in the literature to determine the factors affecting remission in schizophrenia patients, studies investigating the effect of perceived social support on functional recovery are limited. This research; the aim of this study was to determine the effect of perceived social support on functional remission of schizophrenia patients.

Materials and Methods: This descriptive study was carried out in Ankara Gülhane Training and Research Hospital Mental Health and Diseases Polyclinic between January 2018 and June 2018. The study included 152 outpatients with schizophrenia. Data were collected using the Descriptive Information Form, the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) and the Functional Recovery Scale for Schizophrenia (FROGS). Analyzes were performed using IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 24.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA). One-way ANOVA was used for comparison of data with normal distribution and three groups and Kruskal Wallis Test for comparison of data with three groups and normal distribution. The chi-square test was used for the comparison of categorical data and the linear relationship between scales was analyzed by Pearson Correlation Test. In the regression analysis, Multiple Linear Regression Modeling technique was used.

Findings: A statistically significant difference was found between FROGS mean scores of schizophrenia patients and age, gender, marital status, education, having children, working status, family history of mental illness, duration of hospitalization and number of hospitalizations. There was a statistically significant positive correlation between FROGS and MSPSS by multiple linear regression analysis ($p < 0.05$).

Conclusion: The findings of the study indicate that perceived social support affects the functional remission in schizophrenia patients. In addition, age, gender,

marital status, education, having children, working status, family history of mental illness, duration of hospitalization and number of hospitalizations were found to affect functional remission. The results of this study are thought to be guiding in the planning of the interventions aimed at increasing the functional remission levels of schizophrenia patients and nursing interventions.

Key Words: Schizophrenia, Perceived Social Support, Functional Recovery, Nursing



TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında yanımda olan, her türlü yardım ve desteği esirgemeyen, kıymetli bilgi ve deneyimleri ile beni yönlendiren değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Emine ÖKSÜZ'e,

Yüksek lisans eğitimim süresince değerli katkılarıyla yanımda olan Gülhane Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalının değerli öğretim üyeleri Doç. Dr. Çiğdem YÜKSEL ve Dr. Öğr. Üyesi Gamze SARIKOÇ'a,

Çalışmam boyunca tüm zorlukları benimle göğüsleyen, hayatımın her evresinde bana maddi manevi destek olan, beni hiçbir zaman yalnız hissettirmeyen, çalışmamın her aşamasında yanımda olan ve beni her daim motive eden hayatıma anlam katan biricik eşim İbrahim TEKAÜT'e,

Çalışmam süresince benden bir an olsun yardımlarını esirgemeyen değerli arkadaşım Feriha ZENGİN'e,

Eğitim hayatım boyunca bu günlere gelebilmem için hiç bir fedakârlıktan kaçınmayan, benimle her zaman gurur duyan ve beni daima cesaretlendiren çok kıymetli babam İsmet TAŞKIN'a ve çok kıymetli annem Türkan TAŞKIN'a,

Sevgi, saygı ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Aslı TEKAÜT
ANKARA 2019

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR.....	viii
İÇİNDEKİLER.....	ix
TABLO LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR.....	xiii
GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	2
GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Şizofreni.....	3
2.1.1. Tanım ve Tarihçe.....	3
2.1.2. Epidemiyoloji ve Etiyoloji.....	3
2.1.3. Klinik Özellikler.....	4
2.1.4. Şizofreni Tanı Kriterleri ve Çeşitleri.....	5
2.1.5. Gidiş ve Sonlanım.....	6
2.1.6. Şizofrenide Tedavi.....	7
2.2. Şizofreni ve İşlevsel İyileşme.....	7
2.2.1. İşlevsel İyileşme Tanımı.....	7
2.2.2. İşlevsel İyileşmeyi Etkileyen Faktörler.....	8
2.2.3. İşlevsel İyileşmeye Yönelik Psikiyatri Hemşiresinin Girişimleri.....	8
2.3. Şizofreni ve Algılanan Sosyal Destek.....	8
2.3.1. Algılanan Sosyal Destek Tanımı.....	8
2.3.2. Algılanan Sosyal Desteğe Yönelik Psikiyatri Hemşiresinin Girişimleri.....	9
GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	11
3.1. Araştırmanın Şekli.....	11
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	11
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	11

3.3.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri.....	11
3.3.2. Araştırma Dışı Kalma Kriterleri.....	12
3.4. Araştırmanın Etik Yönü.....	12
3.5. Veri Toplama Araçları.....	12
3.5.1. Hastaları Tanıtıcı Bilgi Formu.....	12
3.5.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).....	13
3.5.3. Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ).....	13
3.6. Verilerin Toplanması.....	14
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	14
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	15
BULGULAR.....	15
4.1 Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	15
4.2. Katılımcıların Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) Puan Ortalamalarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....	18
4.3. Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamaları.....	28
4.4. Katılımcıların Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki.....	28
TARTIŞMA.....	31
5.1. Şizofreni Hastalarının İşlevsel İyileşme Düzeyleri ve İşlevsel İyileşmeyi Etkileyen Faktörler ile İlgili Bulguların Tartışılması.....	32
5.2. Şizofreni Hastalarının Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri ile İşlevsel İyileşme Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması.....	35
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	37
KAYNAKLAR.....	39
EKLER.....	42
ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ.....	56

TABLO LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	16
Tablo 4.1.2. Katılımcıların Klinik Özellikleri	17
Tablo 4.2.1. Katılımcıların Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	18
Tablo 4.2.2. Katılımcıların Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) Alt Boyut Ve Toplam Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.....	19
Tablo 4.2.3. Katılımcıların Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Yaş Dönemlerine Göre Karşılaştırılması.....	20
Tablo 4.2.4. Katılımcıların Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması.....	21
Tablo 4.2.5. Katılımcıların Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Çocuğu Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması	22
Tablo 4.2.6. Katılımcıların Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması	23
Tablo 4.2.7. Katılımcıların Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması	24
Tablo 4.2.8. Katılımcıların Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Hastalık Süresine Göre Karşılaştırılması	25
Tablo 4.2.9. Katılımcıların Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Ailede Ruhsal Hastalık Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması	26
Tablo 4.2.10. Katılımcıların Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Hastaneye Yatış Sayısına Göre	

Karşılaştırılması	27
Tablo 4.3.1. Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	28
Tablo 4.4.1. Katılımcıların Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Arasındaki Toplam Puan ve Alt Puan Boyutları İle Doğrusal İlişki (Korelasyon)	29
Tablo 4.4.2. Katılımcıların Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Arasındaki Regresyon Analizi	31



SİMGELER VE KISALTMALAR

- ÇBASDÖ:** Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DSM: Mental Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 5. Baskı
(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition).
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
ŞİLÖ: Şizofrenide Kullanılan İşlevsel İyileşme Ölçeği
TUEK: Tıpta Uzmanlık Etik Kurulu



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Şizofreni, bireyin alışlagelmiş yorumlama ve algılamalardan uzaklaşarak davranış ve düşünce bozukluğu ile birlikte, beyin yapısında fizyoloji ve kimyasında önemli değişikliklerle öne çıkan kendine has içe kapanmanın da eşlik ettiği bir ruhsal bozukluktur (1). Şizofreninin toplumlarda görülme yaygınlığı %1'dir. Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı araştırmalar dünya çapında 26 milyonu aşkın şizofreni hastası bulunduğunu göstermiştir. Dünyada ve Türkiye'de yapılan araştırmalar şizofreni hastalığının önemli bir halk sağlığı sorunu olduğuna işaret etmektedir (2).

Şizofreni duygu, düşünce, algılama ve davranışta şiddetli bozulmayla birlikte psikososyal işlevselliğin bozulmasına ve beceri kaybına da neden olan kronik bir hastalıktır (3,4,5). Şizofreni hastalarında tedavinin amacı; hastalığın belirtilerini gidermek, hastaların yaşam kalitesini ve işlevselliklerini artırarak onları topluma yeniden kazandırabilmektir (6). İşlevsel iyileşme, hastanın günlük yaşam becerilerini yerine getirebilmesi, idari ve finansal yönetimi sağlayabilmesi, ev işi etkinliklerini yerine getirebilmesi, sağlıklı kişilerarası ilişkiler kurabilmesi ve iş yaşamında işlevselliğini sürdürebilmesi gibi becerileri kapsamaktadır. İşlevsel iyileşmenin sağlanması, hastaların topluma ve iş hayatına yeniden entegrasyonuna imkân vermekte, sosyal yükü ve sağlık bakım maliyetlerini önemli derecede azaltmaktadır (6).

İyileşmeyi etkileyen en önemli faktörlerden biri de sosyal destektir (6). Sosyal destek, kaygı yaşayan ya da güç durumla karşılaşan kişinin yakın çevresi tarafından verilen sevgi, saygı, değer ve ilgi gibi bazı gereksinimlerini kapsamaktadır (7).

Literatürde hastaların sosyal destek düzeyinin az olmasının yaşam kalitesini düşürmede, yalnızlık duygusunu arttırmada ve tedaviye uyumlarının da azalmasında etkisi olduğundan bahsedilmiştir (8,9,10,11,12). Başka bir çalışmada aile ve arkadaş desteğinin şizofreni hastalarında hastalık süreciyle baş etmede olumlu etkisinin olduğu belirtilmiştir (13).

Pinikahana ve ark. (2002) tarafından yapılan bir gözden geçirme çalışmasında aile üyeleri ile birlikte yaşayan şizofreni hastalarının tedaviye uyumlarının yakınları

ile birlikte yaşamayanlara göre daha iyi olduğu vurgulanmaktadır (14). Sosyal çevreden alınan herhangi bir destek, bireyde çaresizlik duygusunu azaltıp stresle baş etme konusunda da bir zgüven kazandırmaktadır (15). Literatürde şizofreni hastalarında algılanan sosyal desteğin işlevsel iyileşme üzerine etkisini semptomlardan bağımsız olarak araştıran çalışma bulunmamaktadır.

1.2. ARAşTIRMANIN AMACI

Araştırmanın amacı, şizofreni hastalarında algılanan sosyal desteğin işlevsel iyileşme üzerine etkisini belirlemektir.

1.3. ARAşTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H₀ şizofreni hastalarında algılanan sosyal desteğin işlevsel iyileşme üzerine etkisi yoktur.

H₁ şizofreni hastalarında algılanan sosyal desteğin işlevsel iyileşme üzerine etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ŞİZOFRENİ

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Şizofreni, birçok toplumda ve sosyoekonomik katmanlarda görülen, tedavi edilmediği takdirde ekonomik, sosyal ve ruhsal alanlarda zorluklara neden olan yeti yitimiyle sonuçlanan ruhsal bir hastalıktır (16).

Şizofreni, asırlardır birçok düşünürün ve sağlık profesyonelinin üzerinde durduğu bir terimdir (2). Şizofreni tanımını ilk kez 19. yüzyıl sonlarında Alman psikiyatrist Emil Kraepelin yapmış ve şizofreniyi "Bunamaya Giden Psikoz" ve "Periyodik Seyreden Psikoz" diye ayırmıştır. "Şizofreni" terimini Kraepelin'den sonra Bluer kullanmıştır (17).

2.1.2. Epidemiyoloji ve Etiyoloji

Şizofreni, toplumlarda en sık görülen ruhsal hastalıklardandır. DSÖ'nün 2010 yılında yaptığı "Global Hastalık Yüğü" çalışmasında yeti yitimi ağırlığı bakımından ilk sırayı şizofreni almıştır (18). Yıllardır yapılan araştırmalarda şizofrenin ortaya çıkış sebebi henüz kesin ve net olarak aydınlatılamamıştır (17).

Şizofreni sıklığı bir araştırmada erkek/kadın oranı 14/10 olarak bulunmuştur (19). Şizofreni hastalığı erkeklerde ortalama 15-25 yaş arası başlarken kadınlarda ise ortalama 25-30 yaş arası başlamaktadır (20). Şizofreni tanısı alanların ekonomik düzeyi düşük olanlarda, ekonomik düzeyi daha iyi olanlara göre yaklaşık beş kat daha fazla olduğu bazı araştırmalarda bulunmuştur. Zayıf toplumsal ilişkiler, enfeksiyonlar, doğum öncesi dönemde bakım yetersizliği gibi sıkıntılı durumların da ekonomik düzey düşüklüğü ile bağlantılı olduğu belirtilmiştir. (20). Kentte yaşayanların şizofreni olma ihtimalinin kırsal bölgede yaşayanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır (21,22).

Evli olmayan şizofreni hastalarının evli olanlara oranı 2,6-7,6 aralığında bulunmuştur (23). Şizofreni olan bireyin akrabalık bağı ne kadar yakın ise ve aile içinde şizofreni hasta sayısı ne kadar fazla ise riskin de o kadar arttığını saptanmıştır.

Öz annesi ya da babası şizofreni olan ama başka bir ailenin yetiştirdiği bireylerde şizofreni görülme riski, öz annesi ya da babası şizofreni olmayan ama başka bir ailenin yetiştirdiği kişilere nispeten daha fazla bulunmuştur (17). Anne ve baba şizofreni değil fakat kardeşlerden biri şizofreni ise, şizofreni olmayan kardeşlerde şizofreni görülme riski %6,7 – 8,2 arasındadır. Bu durum ailesel bağların şizofreni olmada oldukça etkili olduğunu göstermektedir (22,24). Genetik olarak aktarıldığı düşünülen en güncel gen adayları; a-1 nikotinik reseptör, DISC 1, GRM 3, COMT, NRG 1, RGS4 ve G72'dir (25).

Yapılan bir araştırmada stresli geçirilen gebelik süreci, gebelik sürecinde alkol ve sigara kullanımı, erken doğum, düşük ağırlıklı veya uzamış doğum eylemi, küçük baş çevresi, anne ve bebeğinin kan uyuşmazlığı gibi değişkenlerin doğacak bebeğin şizofreni olma riskini arttırdığı belirtilmiştir (26).

Çocukluk çağında ihmal ya da istismara uğramanın da şizofreni olma riskini arttığı düşünülmektedir (27). Küçük yaşta yaşanan ebeveyn veya bakım veren kaybı, anne baba ayrılığı, anne ve babadan ayrı kalma gibi olayların şizofreni olma ile bağlantılı olduğu araştırmalarda belirtilmiştir (28,29).

Madde bağımlılığı ile şizofreni olma arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur (26). Esrar kullanımının da şizofreni olma riskini arttırdığı saptanmıştır (30).

2.1.3. Klinik Özellikler

Şizofreni hastalarında görülen en önemli bulgulardan biri de bilişsel yetilerde bozulmadır. En çok kendini belli eden algı bozukluğu ise halüsinasyonlardır. En sık işitsel halüsinasyonlar ile karşılaşılmaktadır (31).

Şizofrenide pozitif belirtilere; dezorganize belirtiler (davranış ve düşüncede) ve algı bozukluğu (varsanı); negatif belirtilere ise alogia (düşünce yoksulluğu), anhedonia (zevk alamama) ve duygusal tepkilerde azalma örnek verilebilir. Şizofrenide pozitif ve negatif belirtiler dışında homisidal davranışlar, affektif bulgular ve işlevsellikte azalma da görülebilir (17).

2.1.4.Şizofreni Tanı Kriterleri ve Çeşitleri

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM V'e göre şizofreni tanısını koyması için gerekli kriterleri aşağıdaki gibidir:

DSM-V'e göre Şizofreni

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

1.Sanrılar

2.Varsanılar

3.Dezorganize konuşma (devamlı konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma)

4.İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı

5.Silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışamama)

B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde; iş, kişiler arası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır (ya da çocukluk veya ergenlikte başlamışsa, kişiler arası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik, ulaşılması beklenen düzeye erişemez).

C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan en az bir aylık (ya da başarılarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön ve artakalan (rezidüel) belirti evrelerini kapsayabilir.

D. Şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da ikiüçlü (bipolar) bozukluk dışlanır.

E. Bu bozukluk, bir maddenin (örn: kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konulabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur (32).

2.1.5. Gidiş ve Sonlanım

Şizofreni akut alevlenmelerin ve remisyonların olduğu kronik bir hastalıktır. Gidiş ve sonlanım şizofreni hastaları arasında aynı şekilde değildir ve hastalığın kişi üzerinde nasıl ilerleyeceğini belirleyen bazı belirtiler vardır (2).

İyi Prognoz Belirtileri

- Ailede şizofreni öyküsünün olmaması,
- Madde kullanım öyküsünün olmaması,
- Geç yaşta başlaması,
- İyi bir sosyal destek sisteminin olması,
- Pozitif belirtilerin olması,
- Hastalık öncesi uyumun iyi olması,
- Evli olmak,
- Hastanede kısa süreli ve az yatış yapmak,
- Hobiler ve herhangi bir işle ilgilenmek,
- Güvenli bir çevre ve dengeli yaşam şartları,
- Düzenli tedavi ve erken teşhis.

Kötü Prognoz Belirtileri

- Üç yıl içinde düzelme olmaması,
- Sosyal destek sisteminin iyi olmaması,
- Ailede şizofreni öyküsünün olması,
- Madde kullanım öyküsünün olması,
- Erken yaşta başlaması,
- Hastalık öncesi uyumun kötü olması,
- Negatif belirtilerin olması,
- Bekar veya dul olmak,
- Hastanede uzun süreli ve çok yatış yapmak,
- Hobiler ve herhangi bir işle ilgilenmemek,
- Sinsi başlangıç.

2.1.6. Şizofrenide Tedavi

Şizofreni hastalığı hayatı tüm yönleriyle etkileyen kronik bir hastalıktır. Kronik olan bu hastalıkta da tedaviye ulaşılmak istenen bazı hedefler vardır. Bununla beraber şizofrenide tedavinin içeriği, derecesi ve tedavi ederken uygulanan teknikler kişiden kişiye farklılıklar. Genel olarak tedavinin amacı belirtileri yatıştırmak, semptomları gidermek, hastayı iyileştirip hastanın topluma uyumunu sağlamaktır (3,34).

Ayrıca hastalığın nüksetmesini engellemek, hastalığın yıkıcı etkilerini olabildiğince azaltmak, hastanın yaşam kalitesini arttırmak, hastanede kalma gereksinimini en aza indirmek veya önlemek ve hastanın geleceğe yönelik gerçekçi planlar yapmasını sağlamaktır (35,2).

2.2. ŞİZOFRENİ VE İŞLEVSEL İYİLEŞME

2.2.1. İşlevsel İyileşme Tanımı

İşlevsellik; bireyin diğer insanlarla ilişkisini devam ettirirken, öz bakımını gerçekleştirebilmesi, toplumsal ve bireysel rollerini devam ettirebilmesi şeklinde tanımlanmaktadır (35). İşlevsellik iyileşmenin temel amacıdır. İyileşmenin temel amaçları ise hastaların verilen eğitimlerden fayda görmeleri, hobilere sahip olmaları, toplumda uyumlu bir ilişki içinde olmaları, aile içinde iletişim halinde olmaları, ev işlerini yapabilmeleri, aile içinde eş, ebeveyn veya evlat olarak sorumluluklarını yerine getirebilmeleri, boş zamanlarında çalışabilmeleri, sosyal aktivitelere katılabilmeleri, iş sahibi olmaları, kendi başına sağlık bakım ve hizmetinden yararlanabilmeleridir (36).

İşlevsel iyileşme kavramı ise genel olarak bireyin sağlığı ve tedavisi hakkında içgörü kazanması, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmesi, ev işi etkinliklerinde de rol alabilmesi, ekonomik açıdan kazanç sağlayabilmesi ve ekonomik yönetime hakim olması gibi en üst seviyelerde hayatını idame ettirebilme becerilerini kapsamaktadır (6). İşlevsel iyileşme, aynı zamanda kişisel ilişkileri sürdürebilme, çalışabilme ve bireyin kendisine bakabilme yetisi olarak da tanımlanabilir. İşlevsellikte bozulma hastanın sosyal ilişkilerini, aile yaşamını ve iş yaşantısını olumsuz etkiler. Bu da hastanın yaşam kalitesini düşürür (37).

2.2.2. İşlevsel İyileşmeyi Etkileyen Faktörler

Şizofreni hastalığında bireyin işlevselliğini duygudurum değişiklikleri, çevresel koşullar ve sosyal ortamlardaki davranışları etkilemektedir (38). Şizofrenide negatif belirtilerin (günlük yaşamdan zevk alamamak, planlı aktivitelere başlama ya da aktiviteleri sürdürmede zorlanma) işlevselliği olumsuz etkilediği vurgulanmıştır (39,40,41). Yapılan çalışmalarda eğitim, çalışma durumu, sosyal destek gibi çeşitli çevresel faktörlerin de sosyal işlevselliği, dolayısıyla işlevsel iyileşmeyi de etkilediği gösterilmiştir (42,43).

2.2.3. İşlevsel İyileşmeye Yönelik Psikiyatri Hemşiresinin Girişimleri

Ruh sağlığı alanında çalışan sağlık personellerinin ruhsal hastalıklarla ilgili temel inanışları ve bu hastalıklara sahip bireylere karşı tutumları bilmesi, hastalara verilen hizmetin kalitesini etkileyeceğinden oldukça önemlidir (5). Psikiyatri hemşiresi hastayı fiziksel, ruhsal ve toplumsal olarak bir bütün olarak ele alarak gerekli bakımı uygulayıp tedavi sürecine katkı sağlamaktadır. Psikiyatri hemşireleri sağlık tedavi ekibi içinde şizofreni hastalarıyla zamanın çoğunu geçiren bireylerdir. Psikiyatri hemşireleri hastane ortamının düzenlenmesi, hastaların rehabilitasyonu ve verilen hizmetlerin kalitesi gibi birçok uygulama ile aktif bir şekilde ilgilenmektedirler (2).

Şizofreni hastalarının yaşadığı önemli sorunlardan birisi de yeterli düzeyde bakım alamamaya bağlı tekrar eden uzun süreli hastane yatışları, süregelen yeti yitimleri ve işlevsellikte azalmadır. Bu nedenle hastalara psikiyatri hemşireleri tarafından verilen taburculuk eğitimleri ve hastanedeki bakım ve uygulamalar hastaların yaşadığı topluma katılmasında, işlevselliklerinin arttırılmasında oldukça büyük öneme sahiptir (7,33,44).

2.3. ŞİZOFRENİ VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK

2.2.1. Algılanan Sosyal Destek Tanımı

Sosyal destek tanımı çeşitlilik göstermektedir. Bunun nedeni ise; temel insan gereksinimlerinden olan sevilme, saygı duyulma, ilgi görme, güvenilme, değer

verilme gibi ihtiyaçların her birey için farklı ifade edilmesinden kaynaklanmaktadır (7).

Sosyal destek bireyin temel gereksinimlerinden olan sevgi ve saygı görme, takdir edilme ve ait olma ihtiyaçlarının yakınları tarafından karşılanmasıdır (45). Aynı zamanda bireyin sorunlarla baş ederken yakınlarından, herhangi bir kurumdan ya da diğer kaynaklardan aldığı destek olarak da açıklanabilir (46).

Yapılan bir araştırmada algılanan sosyal destek; yardım alma, sosyal bir toplumun içinde kabul edilme ve korunma anlamına gelen ve ihtiyaç duyulduğunda ortaya çıkan bir kavram olarak tanımlanmıştır (7).

Hayat boyunca sevgi gören, yanında olunmak istenen, değer verilen ve ihtiyacı olan birilerine yardım eden bireyin, yakın olduğu bireyler ile olan ilişkilerinden daha fazla doyum hissettiği ve diğerleri tarafından daha fazla desteklendiğini hissettiği düşünülmektedir (7).

Son yıllarda, sosyal destek ile ilgili yapılan çalışmalarda bu kavram algılanan ve alınan sosyal destek olarak iki başlıkta incelenmektedir. Algılanan sosyal destek bireyin ihtiyaç duyduğunda yardım alabileceğine ilişkin inancıken, alınan sosyal destek ise gerçekte aldığı yardımdır (47). Algılanan sosyal destek bireylerin hayatlarının çeşitli rol bölümlerinde oluşturdukları kendilerine değer verildiği, özen gördükleri, ihtiyaç hissettiklerinde yardım alacağı insanların olduğu, sahip oldukları ilişkilerden memnun oldukları inancını gösteren genel bir kavramdır (48).

2.2.2. Algılanan Sosyal Desteğe Yönelik Psikiyatri Hemşiresinin Girişimleri

Psikiyatri hemşireliğinde destek verme bireyin savunmalarını güçlendiren özel bir müdahale olup anksiyeteyi azaltırken bireyin benlik saygısını da artırır. Psikiyatri hemşireleri tarafından verilen destek; bireyi kabullenmeyi, aktif dinlemeyi, anlamayı, kabullenici ve paylaşımcı bir atmosfer oluşturmayı hedefler. Özel bir müdahale olarak verilen destek ise, hem kişilerarası ilişki hem de fiziksel bakım boyutunda birey ve ailenin rahatını sağlamayı amaçlamaktadır (49).

Hemşirenin, sosyal destek danışmanlığında ilk olarak bireyin yaşadığı zorlukları tanımlaması, daha sonra bireyin yaşadığı en önemli zorluğun belirlenip ortaya konması ve ne tür sosyal desteğin verileceğine karar verilmesi gerekir. Sosyal

desteğin etkisini birey merkezli engeller veya dışarıdan kaynaklanan engeller azaltabilir. Bireyi etkileyen bu engellerin belirlenmesi, sosyal desteğin etkisinin arttırılması açısından da oldukça önemlidir. Ayrıca hemşirenin danışmanlık rolü kapsamında, hastanın sosyal destek kaynaklarını belirlemesi, bu amaçla iyi bir öykü alması, hastanın hayatındaki önemli bireyleri öğrenip, bu kaynakları hastanın tedavisine dahil etmesi gerekir (47).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, şizofreni hastalarında algılanan sosyal desteğin işlevsel iyileşme üzerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma Ankara ilinde bulunan Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde şizofreni tanısı ile ayaktan takip ve tedavisi devam eden hastalar ile Ocak 2019 – Mayıs 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde 18 yaş üzeri erişkin hastalara ayaktan poliklinik hizmeti verilmekte olup, yatarak tedavi görmesi gereken hastalar tanı ve tedavi hedeflerine uygun servislere yönlendirilmektedir.

Poliklinikte 10 muayene odası olup, her muayene odasında bir doktor bulunmakta, hemşireler ise yatan hasta bölümlerinde çalışmaktadır. Poliklinikte hafta içi 8.30-16.30 saatleri arasında hizmet verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde şizofreni tanısı ile takip edilen hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini ise Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde Ocak 2019 ile Mayıs 2019 tarihleri arasında şizofreni tanısı ile takip edilen hastalardan araştırmaya dahil olma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 152 hasta oluşturmuştur. Araştırmada, örneklem seçimine gidilmemiş olup, çalışmaya gönüllü hastalar katılmıştır.

3.3.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

- Şizofreni hastası olmak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak

- İletişime ve iş birliğine açık olmak
- 18-65 yaş arasında olmak
- Demans ve/ veya diğer organik mental bozukluğun olmaması
- Okuma yazma biliyor olmak
- Psikiyatrik görüşmenin yapılmasına engel olacak düzeyde eğitim ve dil problemi bulunmaması

3.3.1. Araştırma Dışı Kalma Kriterleri

- Araştırmadan çekilmek istemek
- Akut alevlenme dönemini içindeki hastalar

3.4. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (Bkz. EK 4), araştırmanın yapılacağı hastaneden (Bkz. EK 5) ve klinikten ise yazılı izin alınmıştır (Bkz. EK 6).

Araştırmaya katılacak hastalara araştırmanın amacı ve konusu hakkında bilgi verilerek, katılımın gönüllülük ilkesine dayandığı açıklanmıştır. Ayrıca hastalara ve yakınlarına araştırmada kullanılan özel bilgilerin gizli tutulacağı ve araştırmadan çekilme haklarının olduğu konusunda açıklama yapılmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak Hastaları Tanıtıcı Bilgi Formu, Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılmıştır.

3.5.1. Hastaları Tanıtıcı Bilgi Formu (Bkz EK 1)

Hastaları Tanıtıcı Bilgi Formu literatür taraması sonucu araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Bu formda hastaların doğum tarihi, cinsiyeti, medeni durumu, çocuğa sahip olma durumu ve çocuk sayısı, öğrenim düzeyi, iş durumu, ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olup olmaması, kaç yıldır hasta oldukları, hastaneye yatışlarının olup

olmaması, kaç defa yatış yaptıkları, kimlerle yaşadıkları ve bu süreçte en çok destek gördüğü kişiler gibi sorular bulunmaktadır.

3.5.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)(Bkz EK 2)

Zimet ve arkadaşları tarafından (1988) tarafından bireylerin algıladıkları sosyal destek ilkelerini saptamaya yönelik geliştirilmiş olup, Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Eker ve arkadaşları tarafından 2001 yılında yapılmıştır. "Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 Kesinlikle evet" şeklinde 7 dereceli olarak düzenlenmiş likert tipi bir ölçektir (51).

Toplam 12 maddeden oluşan ölçek üç alt ölçekten oluşmaktadır. Arkadaş alt ölçeği (1, 2, 5 ve 10. maddeler), aile alt ölçeği (6, 7, 9 ve 12. maddeler), özel insan (1, 2, 5 ve 10. maddeler) olmak üzere üç farklı desteği içermektedir. Her bir alt ölçekten en az 4, en çok 28 puan alınabilirken, tüm ölçekten alınabilen en az puan 12, en çok puan ise 84'tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğinde yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Eker ve arkadaşları ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısını 0,89 bulmuştur (51). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,90 bulunmuştur.

3.5.3. Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) (Bkz EK 3)

Llorca ve arkadaşları (2009) tarafından geliştirilen ŞİLÖ, semptomlardan bağımsız olarak şizofreni hastalarının işlevselliğini değerlendiren bir ölçektir (50). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2009 yılında Emiroğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (6). Ölçeğin uygulanması yarı yapılandırılmış görüşmeler şeklinde gerçekleşmektedir. Uygulamanın süresi yaklaşık 20 dakikadır. Değerlendirme hem hastanın kendisinden hem de ailesinden alınan bilgiye dayanır. Değerlendirmede sorgulanacak zaman zarfı görüşmeden önceki son bir aydır. Her madde için 5 değerlendirme düzeyi bulunmaktadır. 1. Düzey (yok) en düşük düzeydeki iyileşmeyi belirtirken, 5. Düzey (mükemmel derecede var) "ideal" işlev düzeyine karşılık gelmektedir. 2. Düzey (kısmen var), 3. Düzey (yeterince var) ve 4. Düzey (neredeyse tamamen var)'den oluşmaktadır. İki düzey arasında kalındığında düşük olan düzey seçilmektedir.

ŞİLÖ toplam 19 madde olup, sosyal işlevsellik (2, 5, 7,11, 12, 14 ve 15. maddeler), sağlık ve tedavi (9, 16, 18 ve 19. maddeler), günlük yaşam becerileri (1, 4, 6, 8, 10 ve 17. maddeler), mesleki işlevsellik (3 ve 13. maddeler) olmak üzere dört alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 19, en yüksek puan 95'tir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar ise; sosyal işlevsellik alt ölçeği için 7-35, günlük yaşam becerileri alt ölçeği için 6-30, sağlık ve tedavi alt ölçeği için 4-20, mesleki işlevsellik alt ölçeği için ise 2-10'dur. Ölçekten alınan yüksek puanlar işlevselliğin yüksek olduğunu, düşük puanlar ise işlevselliğin düşük olduğunu göstermektedir (6). Emiroğlu ve arkadaşları ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısını 0,89 olarak bulmuştur. Bu çalışmada ise Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde hastalarla ve yakınları ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Görüşmeler yaklaşık 30-35 dakika sürmüştür. Veri toplama formları, hastaların ve yakınlarının kendilerini rahat hissetmeleri için, poliklinik muayenesi sonrasında poliklinikteki bekleme salonunun boş ve sakin bir bölümünde uygulanmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Analizler IBM SPSS (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı) versiyon 24.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) ile yapılmıştır. Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma, kategorik veriler ise sayı ve yüzde şeklinde ifade edilmiştir. Sürekli değişkenlerin gruplar arası analizinde Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi ile normallik analizleri yapılmış olup, normal dağılıma uyan verilerin üç grup ve üzerindeki karşılaştırmaları için Tek Yönlü Varyans Analizi (One-way ANOVA Testi) kullanılmıştır. Bu karşılaştırmalarda ileri testler (post-hoc) Bonferroni testi ile yapılmıştır. Normal dağılıma uymayan verilerin üç grup ve üzerindeki karşılaştırmaları için ise Kruskal Wallis Testi, ileri analizler için de Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırmasında Ki-Kare Testi kullanılmış olup, ölçekler arası doğrusal ilişki Pearson Korelasyon Testi kullanılarak

yapılmıştır. Regresyon Analizinde, Çoklu Lineer Regresyon Modellemesi tekniği kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma tek bir merkezde yapılmış olup, araştırmanın sonuçları sadece bu gruba genellenebilir. Araştırmada kullanılan veri toplama formlarının öz bildirime dayalı olması araştırmanın diğer sınırlılığı olarak kabul edilebilir.

4. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde toplanan verilere ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve verilere uygulanan analiz yöntemleri sonucu elde edilen bulgular yer almaktadır.

4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırma kapsamındaki şizofreni hastalarının sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır.

Şizofreni hastalarının %59,2'si erkek, %30,9'u 50 yaş ve üzeri, %50,7'si evli, %52,0'si çocuk sahibi, %33,6'sı ilkökul düzeyinde eğitim almış, %66,4'ü herhangi bir işte çalışmayan ve %43,4'ü eşi ve varsa çocuğuyla yaşayan bireylerden oluşmaktadır (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

		n	%
Cinsiyet	Kadın	62	40,8
	Erkek	90	59,2
Yaş	18-29 yaş	46	30,3
	30-39 yaş	28	18,4
	40-49 yaş	31	20,4
	50 yaş ve üzeri	47	30,9
Medeni durum	Evli	77	50,7
	Bekar	75	49,3
Çocuk sahibi olma durumu	Var	79	52,0
	Yok	73	48,0
Öğrenim durumu	İlkokul	51	33,6
	Ortaokul	24	15,8
	Lise	31	20,4
	Üniversite	46	30,2
Çalışma durumu	Çalışıyor	36	23,7
	Çalışmıyor	101	66,4
	Emekli	15	9,9
Hastanın yaşadığı ortam	Tek yaşıyor	15	9,9
	Eş/çocuk	66	43,4
	Anne-baba	55	36,2
	Kardeş(ler)le	9	5,9
	Arkadaş(lar)la	2	1,3
	Akraba(lar)la	2	1,3
	Bakımevi	3	2,0
	TOPLAM	152	100,0

Şizofreni hastalarının %31,6'sı 15 yıldan fazla süreden beri hastalığa sahip olup, %55,9'unun ailesinde ruhsal hastalık öyküsü mevcuttur. Katılımcıların %64,5'inin hastaneye yatış öyküsü olduğu ve %30,3'ünün 3 ve üzeri sayıda yatış yaptığı saptanmıştır (Tablo 4.1.2).

Tablo 4.1.2. Katılımcıların Klinik Özellikleri

		n	%
Hastalık süresi (yıl)	1 yıl	19	12,5
	2-5 yıl	38	25,0
	6-10 yıl	32	21,1
	11-15 yıl	15	9,9
	>15 yıl	48	31,6
Ailede ruhsal hastalık öyküsü	Var	85	55,9
	Yok	67	44,1
Hastane yatışı	Evet	98	64,5
	Hayır	54	35,5
Hastane yatış sayısı	0	46	30,3
	1	41	27,0
	2	19	12,5
	3 ve üzeri	46	30,3
TOPLAM		152	100,0

4.2. Katılımcıların Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) Puan Ortalamalarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Bu bölümde araştırmadaki hastaların ŞİLÖ puan ortalamaları verilmiş ve ŞİLÖ puan ortalamalarının tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verilmiştir.

Tablo 4.2.1’de şizofreni hastalarının ŞİLÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Katılımcıların ŞİLÖ toplam puan ortalaması $57,80 \pm 13,46$ iken, en düşük değer 25, en yüksek değer ise 93’tür. ŞİLÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 4.2.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.2.1. Katılımcıların Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

	Minimum	Maksimum	Ort.±Ss
ŞİLÖ toplam	25,00	93,00	57,80±13,46
Sosyal işlevsellik alt ölçeği	7,00	35,00	20,93±5,16
Sağlık ve tedavi alt ölçeği	5,00	20,00	11,81±3,31
Günlük yaşam becerileri alt ölçeği	9,00	30,00	18,76±4,45
Mesleki işlevsellik alt ölçeği	2,00	10,00	6,28±1,97

Tablo 4.2.2’de şizofreni hastalarının ŞİLÖ Alt boyut ve Toplam puan ortalamalarının cinsiyete göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

İşlevsellik puanlarının, genel olarak toplam puan ve alt boyutların tamamında, kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkların sadece mesleki işlevsellik puanları açısından istatistiksel anlamlı fark yarattığı saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.2.2).

Tablo 4.2.2. Katılımcıların Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) Alt Boyut Ve Toplam Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	Kadın (Ort.±Ss)	Erkek (Ort.±Ss)	P
ŞİLÖ toplam	58,98±14,07	56,98±13,03	0,321*
Sosyal işlevsellik alt ölçeği	21,00±5,41	20,88±5,00	0,897*
Sağlık ve tedavi alt ölçeği	12,11±3,35	11,61±3,29	0,361*
Günlük yaşam becerileri alt ölçeği	19,19±4,61	18,46±4,34	0,325*
Mesleki işlevsellik alt ölçeği	6,67±1,86	6,02±2,02	0,044*
* T Testi			

Tablo 4.2.3’de şizofreni hastalarının ŞİLÖ puan ortalamalarının yaş dönemlerine göre karşılaştırılması sunulmuştur. Katılımcıların ŞİLÖ toplam puanlarının, ilerleyen yaş dönemleriyle birlikte düştüğü, ancak aradaki farkların istatistiksel anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Alt boyut puanları arasındaki farkın yaş dönemleri açısından istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.2.3).

Tablo 4.2.3. Katılımcıların Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Yaş Dönemlerine Göre Karşılaştırılması

	18-29 yaş (Ort.±Ss)	30-39 yaş (Ort.±Ss)	40-49 yaş (Ort.±Ss)	50 yaş ve üzeri (Ort.±Ss)	<i>p</i>
ŞİLÖ toplam	58,63±13,23	58,60±12,98	57,32±13,73	56,83±14,11	0,592*
Sosyal işlevsellik alt ölçeği	21,15±5,44	21,21±4,62	20,25±4,93	21,00±5,43	0,527*
Sağlık ve tedavi alt ölçeği	12,13±3,18	12,00±3,23	12,16±3,34	11,17±3,48	0,382*
Günlük yaşam becerileri alt ölçeği	18,91±4,23	19,35±4,38	18,54±4,53	18,40±4,76	0,477*
Mesleki işlevsellik alt ölçeği	6,43±1,79	6,03±1,97	6,35±2,15	6,25±2,08	0,887*
* Kruskal Wallis Testi					

Şizofreni hastalarının ŞİLÖ toplam puanları ile sağlık ve tedavi, günlük yaşam becerileri ve mesleki işlevsellik alt boyut puanlarının, bekarlarda evlilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük düzeylerde olduğu ($p<0,05$), sosyal işlevsellik alt boyutunda ise istatistiksel anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.2.4).

Tablo 4.2.4. Katılımcıların Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

	Bekar (Ort.±Ss)	Evli (Ort.±Ss)	<i>p</i>
ŞİLÖ toplam	55,33±11,95*	60,33±14,49*	0,005*
Sosyal işlevsellik alt ölçeği	20,29±4,43	21,58±5,77	0,092*
Sağlık ve tedavi alt ölçeği	11,22±3,12*	12,42±3,41*	0,019*
Günlük yaşam becerileri alt ölçeği	17,93±3,89*	19,61±4,85*	0,013*
Mesleki işlevsellik alt ölçeği	5,88±1,93*	6,70±1,94*	0,009*
* Mann Whitney U Testi			

Şizofreni hastalarının ŞİLÖ toplam puan ve alt boyutların tamamında, çocuğu olmayanlarda çocuğu olanlara göre işlevsellik puanlarının daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkların sadece toplam puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.2.5).

Tablo 4.2.5. Katılımcıların Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Çocuğu Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Çocuğu var (Ort.±Ss)	Çocuğu yok (Ort.±Ss)	<i>p</i>
ŞİLÖ toplam	56,08±12,74	59,65±14,04	0,048*
Sosyal işlevsellik alt ölçeği	20,44±4,75	21,46±5,55	0,156*
Sağlık ve tedavi alt ölçeği	11,31±3,16	12,35±3,41	0,055*
Günlük yaşam becerileri alt ölçeği	18,27±4,37	19,28±4,52	0,091*
Mesleki işlevsellik alt ölçeği	6,05±2,00	6,54±1,93	0,155*
* Mann Whitney U Testi			

Şizofreni hastalarının eğitim düzeyi arttıkça ŞİLÖ toplam ve alt ölçek puanlarının da arttığı saptanmıştır. Ortaokul ve altı öğrenim düzeyine sahip olanlarda işlevsellik toplam puanları ile günlük yaşam becerileri, sosyal işlevsellik, sağlık ve tedavi ve günlük yaşam becerileri alt boyut puanlarının, ortaokul ve altında öğrenim düzeyine sahip olanlarda lise ve üniversite ve üzeri olan gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük düzeylerde olduğu ($p<0,05$), mesleki işlevsellik alt boyutunda ise istatistiksel anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.2.6).

Tablo 4.2.6. Katılımcıların Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması

	Ortaokul ve altı (n=75) (Ort.±Ss)	Lise (n=31) (Ort.±Ss)	Üniversite ve üzeri (n=46) (Ort.±Ss)	<i>p</i>
ŞİLÖ toplam	53,37±12,70**	60,87±12,55**	62,95±13,07**	<0,001 *
Sosyal işlevsellik alt ölçeği	19,29±4,93**	22,03±4,81**	22,86±4,96**	<0,001 *
Sağlık ve tedavi alt ölçeği	10,66±3,09**	12,80±2,99**	13,02±3,29**	<0,001 *
Günlük yaşam becerileri alt ölçeği	17,42±4,39**	19,61±4,14**	20,36±4,17**	0,001*
Mesleki işlevsellik alt ölçeği	5,98±1,98	6,42±1,97	6,69±1,91	0,149*
* Kruskal Wallis Testi ** Mann Whitney U Testi ($p<0,05$)				

Tablo 4.2.7’de görüldüğü gibi çalışan şizofreni hastalarında toplam puan ve bütün alt boyut puanlarının emekli ve çalışmayanlara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışanlarda ŞİLÖ toplam puanlarının çalışmayanlara göre, sosyal işlevsellik ile sağlık ve tedavi alt boyut puanlarının ise, emekli ve çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek düzeylerde olduğu ($p<0,05$), günlük yaşam becerileri ve mesleki işlevsellik alt boyutunda ise istatistiksel anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.2.7).

Tablo 4.2.7. Katılımcıların Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Çalışıyor (n=36) (Ort.±Ss)	Çalışmıyor (n=101) (Ort.±Ss)	Emekli (n=15) (Ort.±Ss)	<i>p</i>
ŞİLÖ toplam	62,38±13,69**	56,15±13,22**	57,86±12,72	0,109*
Sosyal işlevsellik alt ölçeği	22,77±5,22**	20,11±5,06**	22,00±4,59	0,022*
Sağlık ve tedavi alt ölçeği	13,30±3,41**	11,38±3,11**	11,13±3,56	0,016*
Günlük yaşam becerileri alt ölçeği	19,58±4,67	18,43±4,47	19,00±3,79	0,465*
Mesleki işlevsellik alt ölçeği	6,72±2,06	6,21±1,86	5,73±2,40	0,221*
* Kruskal Wallis Testi ** Mann Whitney U Testi ($p<0,05$)				

Tablo 4.2.8’de araştırmaya katılan şizofreni hastalarının hastalık süresine göre şİLÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

şizofreni hastalarından 15 yılın üzerinde bir süre hastalığa sahip olanlarda şİLÖ toplam puan ve bütün alt boyut puanlarının 15 yıl ve altında hastalığı olanlara göre daha düşük düzeylerde olduğu saptanmıştır. Hastalık süresi 15 yılın üzerinde olan hastalarda toplam şİLÖ puanları ile sosyal işlevsellik ve sağlık ve tedavi ve günlük yaşam becerileri alt boyutlarında, 15 yıl ve altında hastalığa sahip olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük düzeylerde olduğu ($p<0,05$), buna karşın mesleki işlevsellik alt boyutunda ise iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.2.8).

Tablo 4.2.8. Katılımcıların şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (şİLÖ) Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Hastalık Süresine Göre Karşılaştırılması

	≤ 15 (Ort.±Ss)	$15 >$ (Ort.±Ss)	<i>p</i>
şİLÖ toplam	59,78±12,25*	53,50±15,00*	0,007*
Sosyal işlevsellik alt ölçeği	21,69±4,75*	19,29±5,66*	0,009*
Sağlık ve tedavi alt ölçeği	12,33±3,16*	10,68±3,38*	0,005*
Günlük yaşam becerileri alt ölçeği	19,35±4,00*	17,47±5,11*	0,008*
Mesleki işlevsellik alt ölçeği	6,40±1,80	6,04±2,31	0,296*
* Mann Whitney U Testi			

Araştırma kapsamındaki şizofreni hastalarında ailede ruhsal hastalığı olanlarda ŞİLÖ toplam puan ve bütün alt boyut puanlarının ailede hastalık bulunmayanlara göre daha düşük düzeylerde olduğu belirlenmiştir. Ailede ruhsal hastalığı olanlarda toplam ŞİLÖ puanları ile sağlık ve tedavi ve günlük yaşam becerileri alt boyutlarında, ailede ruhsal hastalık öyküsü olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük düzeylerde olduğu ($p<0,05$), buna karşın sosyal işlevsellik ve mesleki işlevsellik alt boyutlarında ise iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.2.9).

Tablo 4.2.9. Katılımcıların Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Ailede Ruhsal Hastalık Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Ailede ruhsal hastalık yok (n=85) (Ort.±Ss)	Ailede ruhsal hastalık var (n=67) (Ort.±Ss)	<i>p</i>
ŞİLÖ toplam	60,83±13,49*	55,41±13,02*	0,009*
Sosyal işlevsellik alt ölçeği	21,86±5,16	20,20±5,07	0,066*
Sağlık ve tedavi alt ölçeği	12,62±3,28*	11,17±3,21*	0,008*
Günlük yaşam becerileri alt ölçeği	19,86±4,69*	17,89±4,07*	0,005*
Mesleki işlevsellik alt ölçeği	6,47±2,09	6,14±1,88	0,194*
* Mann Whitney U Testi			

Hastaneye yatış sayısı 3 ve üzeri olan şizofreni hastalarının ŞİLÖ toplam puan ve bütün alt boyut puanlarının hiç yatmayanlara göre ve bir veya iki kez yatanlara göre daha düşük düzeylerde olduğu, ancak aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.2.10).

Tablo 4.2.10. Katılımcıların Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Hastaneye Yatış Sayısına Göre Karşılaştırılması

	Hastaneye Yatış Sayısı				<i>p</i>
	0 (n=46) (Ort.±Ss)	1 (n=41) (Ort.±Ss)	2 (n=19) (Ort.±Ss)	3 ve üzeri (n=46) (Ort.±Ss)	
ŞİLÖ toplam	57,36±14,29	60,56±13,42	60,26±12,10	54,76±12,87	0,087*
Sosyal işlevsellik alt ölçeği	20,54±5,45	21,97±5,47	22,10±4,44	19,91±4,72	0,159*
Sağlık ve tedavi alt ölçeği	11,97±3,45	12,43±3,13	12,10±2,99	10,97±3,39	0,076*
Günlük yaşam becerileri alt ölçeği	18,54±4,60	19,58±4,53	19,63±4,54	17,89±4,14	0,200*
Mesleki işlevsellik alt ölçeği	6,30±1,98	6,56±2,25	6,42±1,38	5,97±1,92	0,297*
* Kruskal Wallis Testi					

4.3. Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamaları

Bu bölümde araştırma kapsamındaki şizofreni hastalarının Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Şizofreni hastalarının ÇBASDÖ toplam puan ortalaması $44,60 \pm 14,76$ iken, en düşük değer 12, en yüksek değer ise 84 olarak bulunmuştur. ÇBASDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 4.3.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.3.1. Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

	Minimum	Maksimum	Ort.±Ss
ÇBASDÖ toplam	12,00	84,00	44,60±14,76
Aile desteği alt ölçeği	4,00	28,00	20,69±6,73
Arkadaş desteği alt ölçeği	4,00	28,00	11,32±7,17
Özel bir kişi desteği alt ölçeği	4,00	28,00	12,58±6,41

4.4. Katılımcıların Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

Bu bölümde Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği korelasyonuna ve regresyon analizine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.4.1’de araştırma kapsamındaki hastaların ŞİLÖ puanları ile ÇBASDÖ puanı arasındaki ilişki sunulmuştur.

Katılımcıların ŞİLÖ toplam puanı ile ÇBASDÖ toplam puanı arasında pozitif yönde, **orta derecede kuvvetli** ve **istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptanmıştır ($r=0,576$, $p<0,001$) (Tablo 4.4.1).

ŞİLÖ toplam puanı ile ÇBASDÖ aile desteği alt boyut puanı arasında pozitif yönde, **orta derecede kuvvetli** ve **istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu bulunmuştur ($r=0,426$, $p<0,001$) (Tablo 4.4.1).

ŞİLÖ toplam puanı ile ÇBASDÖ arkadaş desteği alt boyut puanı arasında pozitif yönde, **orta derecede kuvvetli** ve **istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptanmıştır ($r=0,410$, $p<0,001$) (Tablo 4.4.1).

ŞİLÖ toplam puanı ile ÇBASDÖ özel kişi desteği alt boyut puanı arasında pozitif yönde, **orta derecede kuvvetli** ve **istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptanmıştır ($r=0,427$, $p<0,001$) (Tablo 4.4.1).

Tablo 4.4.1. Katılımcıların Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) İle Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Arasındaki Toplam Puan ve Alt Puan Boyutları İle Doğrusal İlişki (Korelasyon)

Tablo 4.4.2'ye göre ÇBASDÖ toplam puan, aile desteği, arkadaş desteği ve özel kişi desteği ŞİLÖ toplam puanındaki değişimin %33,0'unu açıklamaktadır (Adjusted R Square=0,330).

Aile desteği, arkadaş desteği ve özel kişi desteğinin ŞİLÖ üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p<0,001$, $p=0,009$, $p=0,003$). Aile desteğinin, arkadaş desteğinin ve özel kişi desteğinin ŞİLÖ üzerinde pozitif yönde anlamlı bir etkiye sahip olduğu (sırasıyla aile desteği için $\beta=0,704$, $p<0,001$, arkadaş desteği için $\beta=0,405$, $p=0,009$, özel kişi desteği için $\beta=0,522$, $p=0,003$) belirlenmiştir (Tablo 4.4.2).

Tablo 4.4.2. Katılımcıların Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) İle Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Arasındaki Regresyon Analizi

Model	Standardize olmayan katsayılar		t	p	%95,0 Güven Aralığı	
	β	Standart hata			Alt limit	Üst limit
(Constant)	32,067	3,217	9,968	0,000	25,710	38,425
Aile desteği	0,704	0,135	5,220	<0,001	0,438	0,971
Arkadaş desteği	0,405	0,154	2,631	0,009	0,101	0,710
Özel kişi desteği	0,522	0,173	3,027	0,003	0,181	0,863

5. TARTIŞMA

Bu araştırma şizofreni hastalarında algılanan sosyal desteğin işlevsel iyileşme üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır.

Bu bölümde şizofreni hastalarının işlevsel iyileşme düzeyleri ve algılanan sosyal destek durumları ile algılanan sosyal desteğin işlevsel iyileşme üzerine etkilerine ilişkin bulgular tartışılmıştır.

5.1. Şizofreni Hastalarının İşlevsel İyileşme Düzeyleri ve İşlevsel İyileşmeyi Etkileyen Faktörler ile İlgili Bulguların Tartışılması

Bu bölümde şizofreni hastalarının genel olarak işlevsel iyileşme düzeyleri ile hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre işlevsel iyileşme durumları tartışılmıştır.

Araştırma kapsamındaki şizofreni hastalarının işlevsel iyileşmelerinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Buna göre hastaların içgörülerinin olduğu, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebildikleri, bireysel ve sosyal rollerini yerine getirmede sorun yaşamadıkları söylenebilir. Araştırma sonucuna paralel olarak; şizofreni hastalarıyla benzer ölçüm araçları kullanılarak yapılan çalışmalarda da, hastaların işlevsel iyileşmeleri orta düzey olarak saptamıştır (52,53).

Bu çalışmada şizofreni hastalarının tanıtıcı özelliklerden cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, eğitim düzeyi, herhangi bir işte çalışma durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü, hastalık süresi ve hastaneye yatış sayısının işlevsel iyileşmeyi etkilediği bulunmuştur. Literatürde sosyoekonomik koşulların, çevresel faktörlerin, stresli yaşam olaylarının ve aile dinamikleri gibi çoklu faktörlerin şizofreni hastalarında iyileşmeyi etkilediği belirtilmektedir (54). Araştırma sonucu literatürle uygunluk göstermektedir.

Bu çalışmada genel olarak kadın hastaların işlevsel iyileşme düzeyleri daha yüksek olup, mesleki işlevselliğin erkeklere göre daha iyi olduğu bulunmuştur. Bu sonuç kadınların iş yaşamındaki rollerini yerine getirmede erkeklere göre daha iyi olduğunu göstermektedir. Araştırma bulgusuna benzer sonuçlar literatürde yer almaktadır. Emiroğlu'nun (2009) çalışmasında kadın hastaların günlük yaşam becerilerinde daha iyi olduğu saptanmıştır. Salokangas ve arkadaşları (2001) kadınlarda genel olarak sosyal işlevselliğin daha iyi olduğunu bulmuştur. Usall ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada ise şizofreni tanısı alan kadın hastalarda sosyal işlevselliğin daha iyi olduğu belirlenmiştir (55). Cardoso ve arkadaşları (2005) da kadın hastaların genel olarak kişiler arası ilişkilerde ve sosyal işlevsellikte daha iyi olduklarını saptamışlardır (56). Elde edilen bu sonuca göre erkek hastaların iş yaşamındaki işlevsel iyileşmelerini artırmaya yönelik girişimlerle desteklenmelerinin gerekli olduğu söylenebilir.

Araştırma kapsamında evli şizofreni hastalarının bekarlara göre işlevsel iyileşmesi daha iyi olup, sadece sosyal işlevsellik alt boyutunda bu fark anlamlı çıkmamıştır. Literatürde şizofreni hastalarında medeni duruma göre işlevsel iyileşmenin araştırıldığı çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmaktadır. Kavak ve Ekinci'nin (2014) kronik şizofreni hastaları ile yaptıkları çalışmada, hastaların medeni durumlarına göre işlevsel iyileşme düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (57). Erol'un (2009) yaptığı çalışmada ise, evli hastaların işlevsel iyileşmelerinin bekarlara göre daha iyi olduğu bulunmuştur (37). Farklı araştırma sonuçlarına rağmen çok sayıda çalışmada şizofreni hastalarında evli olmanın hastalığın seyrini olumlu etkilediği belirtilmektedir (37,58). Araştırma sonucu bu bulguyu destekler niteliktedir.

Bu çalışmada çocuğu olmayan hastaların, çocuğu olanlara göre işlevsel iyileşmelerinin daha iyi olduğu saptanmıştır. Psikotik (%63'ü şizofreni) bozukluğu olan kadınlarda yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre planlanmadan çocuk sahibi olmanın hastalığı alevlendirebilecek bir etken olduğu belirtilmiştir (59). Bu sonuca göre çocuk sahibi olmayan bireylerde hastalığın alevlenme riskinin az olduğu ve buna bağlı işlevsel iyileşmenin daha iyi olduğu sonucu çıkabilir. Kavak ve Ekinci'nin (2014) yaptığı çalışmada ise çocuk sahibi olup olmamanın istatistiksel açıdan anlamlı bir fark ortaya çıkarmadığı bulunmuştur (57). Bu farkın araştırma kapsamına alınan hastaların çocuk sahibi olup olmama duruma göre eşit olmamasının etkisi olduğu düşünülebilir.

Eğitim düzeyini incelediğimizde ise bu çalışmada lise ve üzeri öğrenim düzeyine sahip olan şizofreni hastalarının işlevsel iyileşme düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Elde edilen bu sonuç yapılan çalışmalarla paralel olup eğitim düzeyinin artmasının işlevsel iyileşmeyi arttırdığını göstermektedir (60,61,62). Bunun nedeni, eğitim düzeyleri yüksek olan hastaların bazı sosyal becerileri daha kolay geliştirebiliyor olmaları olabilir.

Araştırma kapsamındaki şizofreni hastalarından bir işte çalışanların işlevsel iyileşmelerinin daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Sosyal işlevsellik ile sağlık ve tedavi alt boyutlarında bu fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Çalışan şizofreni hastalarında sosyal işlevsellik ile sağlık ve tedavi boyutları açısından iyileşmeleri daha yüksek düzeydedir. Bu sonuç, hastaların sosyal hayata aktif

katılmasının genel olarak sosyal işlevsellik düzeylerini anlamlı düzeyde arttırdığını gösteren olumlu bir bulguya işaret etmektedir. Yapılan bir çalışmada çalışan ve emekli hastaların genel sosyal işlevselliklerinin arttığı yönünde benzer sonuca ulaşılmıştır (53). Literatürde yapılan çalışmalarda da benzer şekilde çalışan hastaların işlevsellik düzeylerinin çalışmayan hastalara göre daha yüksek olduğu ve çalışmayan hastalarda daha fazla negatif belirtilerin ortaya çıktığı bildirilmiştir (37,39,58).

Bu çalışmada hastalar, hastalık sürelerine göre değerlendirildiklerinde; 15 yıldan fazla hasta olanların hastalık belirtileri ile baş etmede, sosyal ve mesleki hayatta iyileşmelerinin daha az olduğu saptanmıştır. Hastalık süresinin artması iyileşmeyi olumsuz yönde etkilemektedir. Aker ve arkadaşları (2000) hastalık süresi uzadıkça tedaviye daha az uyumun olacağını vurgulamıştır. Hastalık süresi uzadıkça tedavi girişimlerinin, sosyal ve çevresel desteğin azalacağı, hastaların düzelme ihtimallerinin de azalacağı ve hastalığın prognozunun olumsuz yönde olacağı düşünülmektedir (63). Bunun sonucunda işlevsellik düzeylerinin azalacağı söylenebilir. Araştırma bulgusunun hastalık süresinin artmasının işlevsel iyileşmeyi azaltması yönünde olmasının literatürle uyumlu olduğu düşünülmektedir.

Ailede ruhsal hastalık olup olmamasına göre değerlendirildiğine ailesinde ruhsal hastalık olanlarda işlevsel iyileşme daha düşük düzeyde bulunmuştur. Bu sonuca göre ailede olan ruhsal hastalık olması bireylerin iyileşmesinde oldukça önemli rol oynamaktadır. Aile, hastalığın iyilik halini etkileyen önemli etmenlerden biridir (64). Ruhsal hastalığa sahip ailelerde aile işlevleri bozulur ve bu da hastalığın klinik gidişatını olumsuz etkiler (65). Klinik gidişatın olumsuz etkilenmesinin de işlevselliği olumsuz etkileyeceği söylenebilir. Ailede ruhsal hastalığa sahip birey olmadığı zamanlarda bile stresli bir durum ve kriz olduğu zamanlarda eğer bu süreç uygun şekilde ele alınmazsa aile bireylerinde işlevsellik bozulabilir. Böyle bir durum özellikle ruhsal hastalığa sahip birinin ailede olması halinde de ortaya çıkabilir. Bu da ailenin rutinlerini, aile içi iletişimi ve bir çok beceriyi etkiler (66). Dolayısıyla işlevselliğin de etkilenmesine sebep olduğu söylenebilir.

Hastaların işlevsel iyileşmelerinin hastaneye yatış sayısına göre karşılaştırılmasına bakıldığında üç ve üzeri yatış yapanların işlevsel iyileşmeleri daha düşük düzeydedir. Yapılan bir çalışmada hiç yatış yapmayan şizofreni hastalarının işlevselliği daha yüksek bulunmuştur (67). Benzer bir sonuç olan Anlar ve

arkadaşlarının (2009) yaptığı araştırmada dört ve daha çok hastaneye yatış yapan hastaların işlevsel iyileşme düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (38). Araştırma bulgusu literatürle uyumluluk göstermektedir.

5.2. Şizofreni Hastalarının Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri ile İşlevsel İyileşme Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Bu bölümde şizofreni hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve algılanan sosyal destek ile işlevsel iyileşme düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik bulgular tartışılmıştır.

Bu çalışmada şizofreni hastalarının algıladıkları sosyal desteklerinin orta düzeyde olduğu ve en fazla desteği ailelerinden aldıklarını belirlenmiştir. Bu sonuç kültürel olarak aile bağlarının Türklerde güçlü olması ile açıklanabilir. Dikeç ve Kutlu'nun (2014) yaptığı çalışmada da algılanan sosyal destek düzeyi orta bulunurken alt boyutlardan en fazla desteğin aileden alındığını belirtmişlerdir (9). Şizofreni hastaları ile yapılan başka bir çalışmada da algılanan sosyal desteğin orta düzeyde olduğu bulunurken, en çok desteğin yine aileden alındığı belirtilmiştir (68). Elde edilen bu bulgular literatürle paralellik göstermiştir.

Bu araştırmada aile desteği, arkadaş desteği ve özel kişiden algılanan sosyal desteğin işlevsel iyileşmeyi etkilediği bulunmuştur. Araştırma sonucu algılanan sosyal desteğin iyi olmasının işlevsel iyileşmeyi olumlu etkilediğini göstermektedir. Yapılan bir araştırmada şizofreni hastalarında aileden alınan desteğin hastanın işlevselliğinde ve hastalığın gidişatında ilerleme gösterdiği sonucu bulunmuştur (64). Bir başka çalışmada iyileşme yaklaşımında sosyal katılımın önemli olduğundan ve sosyal katılımın desteklenmesi için de akran desteği, aile desteği gibi bazı desteklerin önemli olduğu belirlenmiştir. Bu destekler arttıkça işlevsel iyileşmenin de artacağı vurgulanmıştır (69). Tedavi de iyileşmenin bir parçasıdır. Yapılan çalışmalar bireyin sevilmesinin, kendini değerli hissetmesinin ve kendini önemli hissetmesinin iyileşme sürecinde yaşadığı zorluklar ile baş etmesinde kolaylaştırıcı bir etken olduğunu göstermiştir (70). Dikeç tarafından yapılan bir çalışmada da sağlığın korunmasında, hastalığın tedavi ve rehabilitasyonunun olumlu yönde ilerlemesinde, sosyal izolasyonun azalmasında ve buna bağlı olarak hastalığın sürecinde uyum sağlanmasında bireyin çevresinden aldığı desteğin önemli bir etken olduğu

bulunmuştur (9). Araştırma sonucu şizofreni hastalarının yalnız olmadıklarını düşünmesinin, ailelerinden arkadaşlarından ve hayatlarındaki önemli bireylerden destek aldıklarını düşünmelerinin karşılaştığı problemlerle baş etmelerinde etkili olduğunu göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şizofreni hastalarında algılanan sosyal desteğin işlevsel iyileşme üzerine etkisini bulmak amacıyla yapılan bu çalışmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Katılımcıları çoğunun; erkek, 50 yaş ve üzeri, evli, çocuk sahibi, ilkokul düzeyinde öğrenim almış, herhangi bir işte çalışmayan, eş ve/ya çocuklarıyla yaşayan, hastalık süresi 15 yıldan daha fazla olan, ailede ruhsal hastalık öyküsü bulunan, hastaneye yatışı olan bireylerden oluştuğu,
- ŞİLÖ alt boyut ve toplam puanlarının orta düzeyde olduğu,
- ÇBASDÖ alt boyut ve toplam puanlarının orta düzeyde olduğu,
- Araştırmada cinsiyet, medeni durum, çocuk olup olmaması, eğitim düzeyi, herhangi bir işte çalışma durumu, hastalık süresi ve ailede ruhsal hastalık olup olmaması ile ŞİLÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli olduğu,
- Hastaların cinsiyet değişkenine göre işlevsel iyileşme puanlarının farklılaştığı,
- Hastaların medeni durum değişkenine göre işlevsel iyileşme puanlarının farklılaştığı,
- Hastaların çocuk sahibi olup olmamalarına göre işlevsel iyileşme puanlarının farklılaştığı,
- Eğitim düzeyi ortaokul ve altı olan hastalarda işlevsel iyileşme önemli düzeyde düşük olduğu,
- Çalışan şizofreni hastalarında işlevsel iyileşmenin önemli düzeyde yüksek olduğu,
- Hastalık süresi 15 yıldan daha fazla olan şizofreni hastalarının işlevsel iyileşme düzeylerinin, önemli derecede düşük olduğu,
- Ailede ruhsal hastalık olup olmamasına göre değerlendirildiğine ailesinde ruhsal hastalık olanlarda işlevsel iyileşmenin önemli düzeyde düşük olduğu,
- Hastaların işlevsel iyileşmelerinin hastaneye yatış sayısına göre karşılaştırılmasına bakıldığında üç ve üzeri yatış yapanların işlevsel iyileşmelerinin daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır.

ÇBASDÖ'si yüksek olan şizofreni hastalarında, ŞİLÖ'nün de arttığı saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Şizofreni hastalarına ve yakınlarına, profesyonel destek sağlanacak kurum ve kuruluşların artırılması ve geliştirilmesi,
- Erkek şizofreni hastaları meslek hayatında yeterince aktif olamadıkları için, özellikle erkek hastaların iş hayatındaki desteğin artırılması,
- Şizofreni hastalarında bekar olanların gördüğü desteğe bağlı iyileşmeleri daha zayıf olduğu için, özellikle bu grubun meslek hayatında, tedaviye uyumda ve günlük yaşantıda gereken desteğin daha çok sağlanması,
- Çocuğu olan şizofreni hastalarının iyileşmeleri daha zayıf olduğu için, özellikle bu grubun maddi manevi yönden destek sağlayacak olanaklarının artması,
- Eğitim düzeyinin artması şizofreni hastalarında iyileşmenin artmasına sebep olduğu için şizofreni hastalarının eğitim öğretim imkanlarının daha da geliştirilmesi,
- Herhangi bir işte çalışmanın iyileşme üzerinde etkisi fazla olduğu için, iş hayatına katılımların artması, buna yönelik faaliyetlerin ve gerekli desteklerin artırılması,
- Hem toplumun hem de çalışanların şizofreni konusunda bilincinin artırılması,
- Bu konuda daha büyük örneklem grupları ile çalışmalar yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Koroğlu, E., & Güleç, C. (2007). *Psikiyatri temel kitabı*. Ankara: HYB Basın Yayın.
2. Çam, O., & Engin, E. (2014). *Ruh Sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı*. İstanbul Tıp Kitabevi, 411-46.
3. Buchanan, R., & Carpenter, W. (2007). Şizofreni Kavramı. B. Sadock, & V. Sadock (Dü) içinde, *Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (H. Aydın, & A. Bozkurt, Çev., Cilt 8, s. 1329-1345). Ankara.
4. Alptekin, K., Üçok, A., Ayer, A., Ünal, A., Erol, A., Ensari, H., ... & Özgüven, H. D. (2014). Psikiyatri Kliniğine Yatırılan Şizofreni ve Psikotik Bozukluğu Olan Hastaların Tedavi Rehberi. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 24(3), 276-88.
5. Arslantaş, H., Sevinçok, L., & Uygur, B. (2009). Şizofreni hastalarının bakım vericilerine yapılan psikoeğitimin hastalardaki klinik gidişe ve bakım vericilerin duygu dışı vurumu düzeylerine olan etkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 10, 3-10.
6. Emiroğlu, B., Karadayı, G., Aydemir, Ö., & Üçok, A. (2009). Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 46.
7. Başer, Z. (2006). Aileden algılanan sosyal destek ile kendini kabul düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Unpublished masters thesis, Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum*.
8. Kelleci, M., & EE, A. (2011). Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 105-110.
9. Dikeç, G., & Kutlu, Y. (2014). Bir Grup Şizofreni Hastasında Tedaviye Uyum ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 5(3).
10. Eack, S. M., & Newhill, C. E. (2007). Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*, 33(5), 1225-1237.
11. Ritsner, M., Ben-Avi, I., Ponizovsky, A., Timinsky, I., Bistrov, E., & Modai, I. (2003). Quality of life and coping with schizophrenia symptoms. *Quality of life research*, 12(1), 1-9.
12. Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*, 40(2), 218-227.
13. Gumber, S., & Stein, C. H. (2013). Consumer perspectives and mental health reform movements in the United States: 30 years of first-person accounts. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(3), 187.
14. Pinikahana, J., Happell, B., Taylor, M., & Keks, N. A. (2002). Exploring the complexity of compliance in schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 23(5), 513-528.
15. Baltaş, Z. (2000). Stres ve sağlık. *Sağlık Psikolojisi Halk Sağlığında Davranış Bilimleri. İstanbul, Remzi Kitabevi*, 133-170.
16. Ozen, M. E., Orum, M. H., & Kalenderoglu, A. (2018). The Burden of Schizophrenia on Caregivers. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 28, 97-98.
17. Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2014). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Nobel Tıp Kitabevleri.
18. Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... & Burstein, R. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet*, 382(9904), 1575-1586.
19. Aleman, A., Kahn, R. S., & Selten, J. P. (2003). Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Archives of general psychiatry*, 60(6), 565-571.
20. McGrath, J., Saha, S., Welham, J., El Saadi, O., MacCauley, C., & Chant, D. (2004). A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC medicine*, 2(1), 13.
21. Read, J., & Hammersley, P. (2005). Child sexual abuse and schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 186(1), 76-76.
22. Krabbendam, L., & Van Os, J. (2005). Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence—conditional on genetic risk. *Schizophrenia bulletin*, 31(4), 795-799.
23. Soygür, H., Alptekin, K., Atbaşoğlu, E. C., & Herken, H. (2007). Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. 1. Baskı. *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları*, 500.
24. Öztürk, O, U.A., (2016). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 14. baskı. *Ankara, Bayt yayın hizmetleri*.
25. Kaplan, B. J. (2016). Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58(1), 78-79.

26. Jablensky, A., Kirkbride, J. B., & Jones, P. B. (2011). Schizophrenia: the epidemiological horizon. *Schizophrenia*, 3, 185-225.
27. Doğan, O. (2010). Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji çalışmalarında özgün bir örnek: Sivas’ ta yapılan araştırmaların önemli bulguları. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 13(1), 12-22.
28. Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveerse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., ... & Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia bulletin*, 38(4), 661-671.
29. Clarke, M. C., Tanskanen, A., Huttunen, M. O., & Cannon, M. (2013). Sudden death of father or sibling in early childhood increases risk for psychotic disorder. *Schizophrenia research*, 143(2-3), 363-366.
30. Henquet, C., Murray, R., Linszen, D., & van Os, J. (2005). The environment and schizophrenia: the role of cannabis use. *Schizophrenia bulletin*, 31(3), 608-612.
31. Öztürk, O., & Uluşahin, A. (2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Ankara Yayın Evi.
32. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Elkitabı’ndan, çev. Köroğlu E Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
33. Yıldız, M. (2005). Şizofrenili hastaların ayaktan tedavisinde ruhsal ve toplumsal girişimler neden gereklidir ve nasıl uygulanabilir. *Neden nasıl şizofreni*, 2, 237-268.
34. Yüksel, N. (2006). Ruhsal Hastalıklar. 3. baskı. *Ankara, MN medikal&Nobel Ltd*, S325-337.
35. Casey, D. E. (2003). Long-term treatment goals: enhancing healthy outcomes. *CMS spectrums*, 8(S2), 26-28.
36. Aydemir, Ö. (2009). Şizofrenide İşlevsellik ve Paliperidon: Bireysel ve Toplumsal Performans Ölçeği ile Yapılan Çalışmaların Gözden Geçirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 19, S335-S340.
37. Erol, A., Keleş Ünal, E., Tunç Aydın, E., & Mete, L. (2009). Şizofrenide Sosyal İşlevselliği Yordayan Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(4).
38. Anlar, L., Dogan, S., & Dogan, O. (2009). Sivas' ta bir psikiyatri kliniginden taburcu olan hastaların ruhsal durumları, işlevsellik düzeyleri ve ilgili etkenler/The mental status, functional levels, and related factors of patients discharged from a psychiatric clinic in Sivas, Turkey. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(4), 293-300.
39. McGurk, S. R., & Meltzer, H. Y. (2000). The role of cognition in vocational functioning in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 45(3), 175-184.
40. Smith, T. E., Hull, J. W., Huppert, J. D., & Silverstein, S. M. (2002). Recovery from psychosis in schizophrenia and schizoaffective disorder: symptoms and neurocognitive rate-limiters for the development of social behavior skills. *Schizophrenia Research*, 55(3), 229-237.
41. Wittorf, A., Wiedemann, G., Buchkremer, G., & Klingberg, S. (2007). Prediction of community outcome in schizophrenia 1 year after discharge from inpatient treatment. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258(1), 48-58.
42. Mueser, K. T. (2000). Cognitive functioning, social adjustment and long-term outcome in schizophrenia. *Cognition in schizophrenia; Impairments, importance and treatment strategies*, 157-177.
43. McDonald, J., & Badger, T. A. (2002). Social function of persons with schizophrenia. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 40(6), 42-50.
44. Yıldız, M. (2001) Şizofrenide Psikososyal Beceri Eğitiminde İçerik ve Etkinlikler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4(2), 119-123.
45. Ekinci, H., & Ekici, S. (2003). İşletmelerde örgütsel stres yönetim stratejisi olarak sosyal desteğin rolüne ilişkin görgül bir araştırma. *CÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 27(1), 109-120.
46. Tan, M., & Karabulutlu, E. (2005). Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer. *Cancer Nursing*, 28(3), 236.
47. Ardahan, M. (2006). Sosyal destek ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 68-75.
48. Elbir, N. (2000). Lise 1. sınıf öğrencilerinin sosyal destek düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara*.
49. Dearing, K. S. (2004). Getting it, together: How the nurse patient relationship influences treatment compliance for patients with schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing*, 18(5), 155-163.
50. Llorca, P. M., Lançon, C., Lancrenon, S., Bayle, F. J., Caci, H., Rouillon, F., & Gorwood, P. (2009). The “Functional Remission of General Schizophrenia”(FROGS) scale: development and validation of a new questionnaire. *Schizophrenia Research*, 113(2-3), 218-225.

51. Eker, D. (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12, 17-25.
52. Uzdil, N., & Tanrıverdi, D. (2015). Effect of psychosocial skills training on functional remission of patients with schizophrenia. *Western journal of nursing research*, 37(9), 1142-1159.
53. Kaya, Y., & Öz, F. (2019) Şizofreni hastalarının genel sosyal işlevsellik düzeyi ve hastalara bakım veren yakınlarının bakım yükü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10(1), 28-38.
54. Lahera, G., Gálvez, J. L., Sánchez, P., Martínez-Roig, M., Pérez-Fuster, J. V., García-Portilla, P., ... & Roca, M. (2018). Functional recovery in patients with schizophrenia: recommendations from a panel of experts. *BMC psychiatry*, 18(1), 176.
55. Usall, J., Araya, S., Ochoa, S., Busquets, E., Gost, A., Marquez, M., & Assessment Research Group in Schizophrenia (NEDES). (2001). Gender differences in a sample of schizophrenic outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 42(4), 301-305.
56. Cardoso, C. S., Caiaffa, W. T., Bandeira, M., Siqueira, A. L., Abreu, M. N. S., & Fonseca, J. O. P. (2005). Factors associated with low quality of life in schizophrenia. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 1338-1340.
57. Kavak, F., & Ekinci, M. (2014). Kendi evlerinde yaşayan ve korumalı evlerde yaşayan şizofreni hastalarının yaşam niteliklerinin ve işlevsel iyileşme düzeylerinin karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 588-598.
58. Iffland JR, Lockhofen D, Gruppe H, Gallhofer B, et al. (2015). Validation of the German version of the Social Functioning Scale (SFS) for schizophrenia. *PLoS One* 10(4):e0121807.
59. Abernethy, V., Grunebaum, H., Clough, L., Hunt, B., & Groover, B. (1976). Family planning during psychiatric hospitalization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 46(1), 154.
60. Xiang, Y. T., Shum, D., Chiu, H. F., Tang, W. K., & Ungvari, G. S. (2010). Association of demographic characteristics, symptomatology, retrospective and prospective memory, executive functioning and intelligence with social functioning in schizophrenia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(12), 1112-1117.
61. Velthorst, E., Reichenberg, A., Kapra, O., Goldberg, S., Fromer, M., Fruchter, E., ... & Weiser, M. (2016). Developmental trajectories of impaired community functioning in schizophrenia. *JAMA psychiatry*, 73(1), 48-55.
62. Chang, W. C., Chu, A. O. K., Kwong, V. W. Y., Wong, C. S. M., Hui, C. L. M., Chan, S. K. W., ... & Chen, E. Y. H. (2018). Patterns and predictors of trajectories for social and occupational functioning in patients presenting with first-episode non-affective psychosis: A three-year follow-up study. *Schizophrenia research*, 197, 131-137.
63. Aker, T., Üstünsoy, S., Kugu, N., & Yazıcı, A. (2000). Psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum ve ilaç tedavisine uyumsuzluğu değerlendirme ölçeği. *Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı*.
64. Yıldırım, A., & Ekinci, M. (2010). Ruhsal eğitimin şizofreni hastalarının ailelerinin aile işlevleri, hastaların sosyal destek düzeyleri ve tedaviye uyum üzerine etkisi*/Effect of psychoeducation on family functioning of family members of patients with schizophrenia, on social support levels of patients, and treatment compliance. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11(3), 195-205.
65. Reine, G., Lancon, C., Simeoni, M. C., Duplan, S., & Auquier, P. (2003). Caregiver burden in relatives of persons with schizophrenia: an overview of measure instruments. *L'encéphale*, 29(2), 137-147.
66. Boyd, M. A. (Ed.). (2008). *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. lippincott Williams & wilkins, 291-304.
67. Uğurlu, N. Şizofreni Tanısı Konan Hastalarda Bir İşte Çalışmanın ve Derneğe Üye Olmanın İşlevsel İyileşme, Tedaviye Uyum ve Stresli Durumlarla Baş Etme Üzerine Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi) Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.
68. Kılınç, G. Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Uyumunda Sosyal Desteğin Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi) Malatya: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.
69. Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O., & Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: A review of the literature. *Psychiatric rehabilitation journal*, 31(1), 9.
70. Meral BF, Cavkaytar A. (2012)Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin psikometrik özelliklerinin otizmli çocuk aileleri üzerinden incelenmesi. *e-International Journal of Educational Research*. ;3:20-32.

8. EKLER

EK 1: Tanıtıcı Bilgi Formu

EK 2: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

EK 3: Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ)

EK 4: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul Onayı

EK 5: SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi TÜEK Onayı,

EK 6: Araştırmanın Yapılacağı Birim İzni



EK 1

TANITICI BİLGİ FORMU	
SIRA NO:	
1. Doğum Tarihi (Yıl):.....	
2. Cinsiyet: A)Kadın B)Erkek	
3. Medeni Durum: A)Evli B)Bekar	
4. Çocuk: A)Var B)Yok	
5. Varsa Çocuk Sayısı:	
6. Öğrenim Düzeyiniz: A)İlköğretim B)Ortaöğretim C)Lise D)Üniversite E)Yüksek Lisans veya Doktora F)Okula gitmemiş ama okuryazar	
7. İş Durumu: A)Çalışıyor B)Çalışmıyor C)Emekli	
8. Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü: A)Var B)Yok	
9. Kaç Yıldır Hastasınız?	
10. Hiç hastaneye yatışınız oldu mu? A)Evet B)Hayır (Cevabınız Hayır ise 12.soruya geçiniz.)	
11. Evetse kaç defa yatışınız oldu?	
12. Kimle/kimlerle yaşıyorsunuz? A)Tek B)Eş ve varsa çocuk C)Anne- Baba D)Kardeş/ler E)Arkadaş F)Akraba G)Bakımevi	
13. Size bu hastalık sürecinde en çok destek olan kişi/kişiler: (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz) A)Anne B)Baba C)Kardeş D)Akraba E)Arkadaş F)Eş G)Çocuk/lar	

EK 2**ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ**

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1’den 7’ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle yanındaki rakamlardan yalnız bir tanesini işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

	Kesinlikle Hayır						Kesinlikle Evet
	1	2	3	4	5	6	7
1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.							
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.							
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekte en rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.							
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.							
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.							
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.							
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.							
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.							

EK 3**ŞİZOFRENİDE İŞLEVSEL İYİLEŞME ÖLÇEĞİ (ŞİLÖ)****1. SOSYAL İŞLEVSELLİK**

Sosyal ilişkilerde kendini ortaya koyabilme (Sosyal ortamlarda hastanın kendisini ortaya koyma, kendini ifade edebilme becerisi.)

1. Yok: Hasta kendini ortaya koyamaz. Hasta bazen etrafındakiler tarafından kötü muamele görmeye ses çıkarmaz.
2. Kısmen var: Hasta sosyal ortamlarda pasiftir ve sadece arkadaş canlısı ortamlarda kendini ortaya koyabilir.
3. Yeterince var: Hasta herhangi bir ortamda kendisini yalnızca kısmen ortaya koyabilir.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta her ortamda kendisini ortaya koyabilir.
5. Mükemmel derecede var: Hasta her ortamda kendisini ortaya koyabilir hatta etrafındakiler üstünde etki bırakabilir.

Sosyal hayata ve/veya bir derneğe katılım (Politik olaylardan haberdar olmak, oy kullanmak, derneklere üye olmak vb.)

1. Yok: Hasta sosyal veya politik olaylarla hiç ilgilenmez.
2. Kısmen var: Hastanın sosyal ya da politik olaylara ilgisi belli belirsizdir ve kişisel olarak bu olaylara dahil olmaz.
3. Yeterince var: Hasta sosyal ve politik olaylarla ilgilidir ancak katılımı sınırlıdır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta sosyal ve politik olaylarla ilgilidir ve eğer katılımı istenirse katılır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta sosyal ve politik olaylarla ilgilidir ve aktif olarak katılır; dernek etkinliklerine katılır.

Kişisel aktiviteler (Kişisel ilgi alanlarına zaman ayırma, boş zamanları değerlendirebilme becerisi, örneğin; sportif faaliyetler, kitap okuma, el becerilerini geliştirme gibi hobiler.)

1. Yok: Hastanın hiçbir kişisel ilgi alanı yoktur veya hobilerini sürdürmez. Hasta, boş zamanlarında hareketsizdir.
2. Kısmen var: Hastanın birkaç ilgi alanı vardır ve kişisel aktiviteleri sınırlı yada basmakalıptır veya dışarıdan zorlamayla gerçekleşir.

3. Yeterince var: Hasta, boş zamanlardaki etkinliklere kendiliğinden katılma konusunda belirli bir isteksizlik gösterir. Bazı ilgi alanları vardır ama bunları sürdürmekte zorlanırlar.
4. Neredeyse tamamen var: hastanın kendiliğinden başlattığı ve zaman içinde sürdürebildiği kişisel ilgi alanları vardır. İlgi alanları görece sınırlıdır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta, farklı türlerde birkaç etkinliğe gönüllü olarak, kendiliğinden ve düzenli olarak katılır.

İletişim ve bilgilenme (Yaygın bilgi kaynaklarının kullanımı. Örneğin; gazete, dergi, televizyon, radyo gibi ya da iletişim kaynaklarının kullanılması, telefon, posta, elektronik posta gibi.)

1. Yok: Hasta yaygın bilgi ve iletişim kaynaklarını kendi başına kesinlikle kullanamaz.
2. Kısmen var: Hasta sadece kesinlikle gerekli olduğu hallerde bilgi ve iletişim kaynaklarını kullanır.
3. Yeterince var: Hasta zaman zaman bazı iletişim ve bilgi kaynaklarını kullanır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta çoğu yaygın iletişim ve bilgi kaynaklarını kullanır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta erişiminin olduğu tüm iletişim ve bilgi kaynaklarını düzenli olarak kullanır.

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

1. Yok: Hastanın ailesiyle iletişimi yoktur ve arkadaşı yoktur.
2. Kısmen var: Hastanın ailesi ve arkadaşlarıyla nadir ve/veya pasif iletişimi vardır ve ilişkileri yüzeysel ve/veya düşük niteliklidir (agresif).
3. Yeterince var: Hastanın ailesi ve arkadaşlarıyla iletişimi vardır. İletişim düzensiz ve/veya seyrek. İyi nitelikli olabilen bazı ilişkilere kısmen dâhil olurlar.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta aile üyeleri ve arkadaşlarıyla ilişkilerini sürdürür ve bu ilişkilerde bazen inisiyatifi alır.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın aile üyeleri ve arkadaşlarıyla iyi nitelikli ilişkileri vardır. İletişim sıklıkla kurulur ve genellikle hasta iletişim kurma girişiminde bulunur.

Yaşam için gerekli olan sosyal çevre (mağazalar, hizmetler, komşular...): uyumlu sosyal entegrasyon için gerekli olan ilişkiler

1. Yok: Hastanın herhangi bir sosyal çevreyle hiçbir teması ya da etkileşimi yoktur.
2. Kısmen var: Hastanın komşularıyla olan etkileşimi çok azdır ve kesinlikle gerekli olan dışında çok nadiren temasta bulunur.
3. Yeterince var: Hastanın komşularıyla bazı etkileşimleri olur. Bu etkileşimler mesafelidir ve nadiren hasta tarafından başlatılır. Hasta hayatı için gerekli olan sosyal çevresini sadece kısmen kullanır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta sıklıkla komşularıyla etkileşim halindedir. Hasta, hayatı için gerekli olan sosyal çevresini düzenli olarak kullanır ancak kişisel ilişkiden kaçınır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta komşularıyla ve hayatı için gerekli olan sosyal çevresiyle kendisinin başlattığı düzenli ve neşeli etkileşimlerde bulunur.

Duygusal ve cinsel ilişkiler (Duygusal bir ilişki isteği ve bunu başarmak. Tatmin edici cinsel hayat)

1. Yok: Hastanın duygusal bir ilişkisi yoktur ve olması için aramaz. Hastanın ne fantezilerinde ne de gerçekte cinsel bir etkinliği yoktur.
2. Kısmen var: Hastanın duygusal bir ilişkisi yoktur ama olmasını ister. Cinsel etkinlik tatmin edici değildir ve nadirdir.
3. Yeterince var: Hastanın verimsiz ve düzensiz duygusal ilişkileri vardır. Cinsel hayatı aralıktır.
4. Neredeyse tamamen var: Hastanın yeterince istikrarlı duygusal bir ilişkisi vardır. Cinsel etkinlik her zaman tatmin edici değildir.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın, istekleri doğrultusunda, tatmin edici duygusal bir ilişkisi vardır. Cinsel hayatı tatmin edicidir.

2. SAĞLIK VE TEDAVİ

Hastalığın ve tedavinin idaresi (Hastalıklarını, belirtilerini, tedavi programlarını, nüksetme işaretlerini bilme ve tedaviye uyum.)

1. Yok: Hasta, hastalığının adını bilmez veya belirtilerini ve tedavisini anlamaz; tedavi programına uymaz.
2. Kısmen var: Hastanın, hastalığı ve sonuçları hakkında çok sınırlı bilgisi vardır. Belirtilerin bazılarının farkındadırlar ancak bu belirtileri hastalığıyla

ilişkilendiremez. Tedaviyi yeterince kavramaz ve uyumun gerekli olduğunu düşünmez.

3. Yeterince var: Hasta ilaçlarının isimlerini söyleyebilir ancak onları kullanmanın önemini gerçekten kavramaz.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta hastalığını, temel belirtilerini ve sonuçlarını kavrar. İlaçlarının isimlerini söyleyebilir ve onları kullanmanın önemini anlar.
5. Mükemmel derecede var: Hasta, hastalığını, temel belirtilerini ve sonuçlarını kavrar. İlaçlarının isimlerini söyleyebilir ve tedavi programına tamamen uyar.

Sağlık İdaresi (Sağlığını korumak için gerekli önlemleri almak.)

1. Yok: Hasta sağlığını ve kişisel temizliğini tamamen ihmal etmiştir.
2. Kısmen var: Hasta, yalnızca acı hissederse veya işlevsel bir bozulma yaşarsa sağlığıyla ilgilenir.
3. Yeterince var: Hasta, özellikle de acı hissederse veya işlevsel bir bozulma yaşarsa kendi sağlığıyla ilgilenir. Kişisel temizliğin asgari kurallarına uymaya çalışır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta kendi sağlığıyla ilgilidir. Genel olarak temizlik ve beslenmenin temel kurallarına uyarlar.
5. Mükemmel derecede var: Hasta kendi sağlığıyla ilgili olarak endişelidir ve aktif bir biçimde tedavi ve önleyici tedbirler alır. Hasta temizlik ve beslenme kurallarına tamamen uyar.

Empati ve başkalarına yardım

1. Yok: Hasta etrafındaki kişilere dikkat etmez ve başkalarıyla ilgilenmez.
2. Kısmen var: Hastanın etrafındaki kişilere karşı dikkati çok azdır ve hasta başkalarının sorunlarıyla ilgilenmez.
3. Yeterince var: Hasta etrafındaki kişilere ilgi gösterir ancak bu kişilerin sorunlarına karışmaz.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta başkalarının sorunlarıyla aktif olarak ilgilenir ancak onlara yardım etmek için aldığı sorumluluk sınırlıdır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta başka insanların sorunlarıyla kişisel olarak ilgilenir ve yardım etmekten memnuniyet duyar.

Tedavinin yan etkilerini idare etme (Tedavinin yan etkilerini bilme, tanıma ve bu etkilerle başa çıkma becerisi.)

1. Yok: Hasta, Tedavisinin yan etkileriyle tamamen ilgisiz görünür.
2. Kısmen var: Hasta tedavisinin yan etkileriyle yalnızca muğlak biçimde alakalıdır, yan etkileri tanımakta zorluk yaşar ve bunlarla baş etmek için yardım istemez.
3. Yeterince var: Hasta, tedavisinin yan etkileri konusunda yeterince alakalıdır. Yalnızca en rahatsız edici yan etkileri tanıyıp onlarla başa çıkabilir.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta tedavisinin tüm yan etkileriyle alakalıdır. Neredeyse hepsini tanır ancak onlarla nasıl başa çıkacağını bilmesi şart değildir.
5. Mükemmel derecede var: Hasta tedavisinin olası tüm yan etkileriyle alakalıdır ve bu etkiler hakkında araştırma yapar. Tüm yan etkileri tanır ve onlarla başa çıkabilir.

3. GÜNLÜK YAŞAM BECERİLERİ

Biyolojik ritimlere uyum(hastanın uyanma/uyku, yemek saatleri gibi biyolojik ritimlere uyumu)

1. Yok: Hastanın yaşamla ilgili alışkanlıkları kesinlikle düzensizdir.
2. Kısmen var: Hasta, yalnızca başkası tarafından açıkça istendiğinde biyolojik ritimlere uyar.
3. Yeterince var: Hasta biyolojik ritimlere kendiliğinden ancak düzensiz biçimde uyar.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta biyolojik ritimlere genellikle uyar ancak temel değişikliklere uyum sağlamakta zorlanır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta her alanda ve her durumda biyolojik ritimlere uyar.

Beslenme (Yemek hazırlığı yapma; alış-veriş, düzenleme ve/veya (ailenin veya yaşanılan yerin) yemek saatlerine uyma becerisi)

1. Yok: Hasta kendiliğinden tek başına alış-verişe çıkmaz ve yalnız yaşıyorsa kendi yemeğini hazırlamaz; ailesiyle ya da bir bakım evinde yaşıyorsa yemek saatlerine uymaz.
2. Kısmen var: Hasta nadiren yemek alış-verişine veya yemek hazırlığına dâhil olur. Yalnızca, ondan uyulması istenirse yemek saatlerine uyar.
3. Yeterince var: Hasta kendi yemeğini öyle ya da böyle yeterli biçimde hazırlar ancak yemek kalitesi ve düzeni yetersizdir.

4. Neredeyse tamamen var: Hasta kendi yemeğini sağlamak konusunda görece kendine yeterlidir. Besin kalitesi ve yemek düzeni çoğu zaman yeterlidir.
5. Mükemmel derecede var: Hasta yemeğini hazırlamak konusunda kendine yeter. Besin kalitesi ve yemek düzeni yeterlidir.

İdari ve finansal yönetim (Olağan harcamaların idaresi, fatura ödemeleri, idari işler, sahip olduğu hakları bilme, mal varlığının idaresi)

1. Yok: Hasta olağan harcamalarını kontrol edemez ve tüm idari işlerde dışarıdan yardıma ihtiyaç duyar.
2. Kısmen var: Hasta günlük harcamalarını idare edebilir ama bütçe ve çoğu idari iş konusunda yardıma ihtiyaç duyar.
3. Yeterince var: Hasta kendi kişisel bütçesini ayarlayabilir. Tek başına faturalarını ödeyebilir ve harcamalarını ve giderlerini kontrol edebilir.
1. Neredeyse tamamen var: Hasta tüm faturaları ve idari işleri kendi başına halledebilir. Hasta tüm haklarından ve mal varlığından haberdar değildir.
2. Mükemmel derecede var: Hasta tüm faturalarını ve idari işlemleri kendi başına halledebilir. Hasta haklarından ve mal varlığından haberdardır.

Kişisel görünüm ve bakım (görünüş, kişisel hijyen, kıyafetlerin temizliği) Daha önceki alışkanlıklar ve sosyal-kültürel ortamlarla kıyaslanarak değerlendirilecektir.

1. Yok: Hasta kirli ve dağınıktır, kokmaktadır. Görünüşünü ve bakımını ihmal eder. Birbirleriyle uyumsuz ve uygun olmayan kıyafetler giyer.
2. Kısmen var: Hastanın görünüşü ve/veya bakımı vasatın altındadır. Görünüşü oldukça ihmal edilmiştir ve kıyafetleri birbirleriyle uyumsuz olabilir veya uygun olmayabilir.
3. Yeterince var: Uygun bir bakım düzeyini sürdürmekte zorluk yaşıyor gibi görünmesine rağmen hastanın görünüşünde sadece hafifçe bir ihmal vardır.
4. Neredeyse tamamen var: Hastanın zaman zaman bakımla ilgili problemleri olur veya bazen görünüşünü ihmal eder. Bu çok nadiren olur ve önemli sonuçlar doğurmaz.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın iyi bir görünüşü vardır ve bakımlıdır; giyimine dikkat eder.

Agresif, saldırgan veya anti sosyal davranışın kontrolü (agresif davranış ve/veya kanunların ve toplum hayatının kurallarının hiçe sayılması)

1. Yok: Hasta agresif duygularına hakim olmaz. Kanunları sıklıkla ve/veya ciddi biçimde çiğner.
2. Kısmen var: Hasta agresif duygularına sadece kısmen hakim olur. Kanunlara veya toplum hayatının kurallarına her zaman uymaz.
3. Yeterince var: Hasta neredeyse her zaman agresif davranışına hakim olur. Kanunlara uyar ve toplum hayatının kurallarıyla ilgili nadiren sorun yaşar.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta agresif duygularına hakim olur, bu duyguları sadece sözel olarak ifade eder. Kanunlara uyar ve genellikle toplum hayatının kurallarına da uyar.
5. Mükemmel derecede var: Hasta tüm agresif davranışlarına ve sözel agresyonuna hakim olur. Kanunlara ve toplum hayatının kurallarına harfi harfine uyar.

Strese ve beklenmeyen durumlara uyum sağlama (Uyabilme becerisi, duygusal kontrol, başa çıkma mekanizmaları)

1. Yok: Hasta, en ufak sıkıntıya uygunsuz biçimde tepki verir. Ortaya çıkabilecek beklenmedik herhangi bir problemle başa çıkmak için hazırlıklı değildir.
2. Kısmen var: Hasta bazı problemlerle başa çıkabilir ama hemen bunalır.
3. Yeterince var: Hasta stresle başa çıkabilir ancak sorunlar tekrarladığında yada ciddi bir hal aldığı anda bunalır.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta, günlük hayattaki stres ve sorunlarla iyi bir biçimde başa çıkar ancak büyük ve beklenmedik strese karşı oldukça hassastır.
5. Mükemmel derecede var: Hastanın duygusal kontrolü iyidir ve her durumda etkili baş etme mekanizmaları kullanır.

4. MESLEKİ İŞLEVSELLİK

Ev işi etkinlikleri (Ev idaresi ile ilgili işler; toparlama, çamaşır, bulaşık, temizlik, çöpü dışarı çıkarma, genel bakım, mobilyanın durumu vb.)

1. Yok: Hasta evine hiç bakmaz (temizliği asla kendisi yapmaz, nevreşimleri değiştirmez, çöpü dışarı çıkarmaz.).
2. Kısmen var: Hasta çok az ev işi yapar ve sadece mutlaka gerekli olan şeyleri yapar.
3. Yeterince var: Hasta, içinde bulunduğu çevrenin sosyal kurallarını yerine getirme imkanı veren minimum düzeydeki ev işlerini ve temizlik işlerini yapar.

4. Neredeyse tamamen var: Hasta çoğu ev işini yapar ancak bu bazen düzensiz ve eksik olur.
5. Mükemmel derecede var: Hasta ev işlerini düzenli olarak ve iyi bir biçimde yapar.

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

1. Yok: Hasta herhangi bir profesyonel etkinlik yürütemez ya da okulunu tamamlayamaz görünür. İş aramak veya okula geri dönmek için adım atmaz.
2. Kısmen var: Hasta iş aramak veya okula geri dönmek için adım atar. Şu anda iş ya da okulla ilgili olarak bir etkinlikte bulunmaz
3. Yeterince var: Hastanın korunaklı bir ortamda düzensiz iş veya işleri vardır. Hasta aralıklı olarak okula gider.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta çalışır ya da okula gider. Entegrasyonu için çaba gerekir veya araya kısa aralıklar girer.
5. Mükemmel derecede var: Hasta düzenli bir biçimde çalışır veya (okuldaki) çalışmalarını gayretle sürdürür.

EK 4



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926

Konu : Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 18 ARALIK 2018 SALI
TOPLANTI NO : 2018/15
PROJE/ KARAR NO : 18/328 (Değerlendirilme Tarihi: 18.12.2018)

Üniversitemiz Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında görevli Dr. Öğr. Üyesi Emine ÖKSÜZ'ün sorumlu araştırmacı, Yük. Lis. Öğr. Aslı TEKAÜT'ün yardımcı araştırmacı olduğu, 18/327 kayıt numaralı, "**Şizofreni Hastalarında Algılanan Sosyal Desteğin İşlevsel İyileşme Üzerine Etkisi**" başlıklı yüksek lisans tezi önerisi, araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

BAŞKAN

Ahmet COŞAR
Prof. Dr.

ÜYE

Alper GÖZÜBÜYÜK
Prof. Dr.

ÜYE

Ayhan KILIÇ
Prof. Dr.ÜYE
TOPLANILMAZ KATILMADILevent KENAR
Prof. Dr.

ÜYE

Ömer Cumhur AYDIN
Prof. Dr.

ÜYE

Cemal Nuri ERÇİN
Prof. Dr.

ÜYE

Kazım Emre KARAŞAHİN
Prof. Dr.

ÜYE

Yusuf İZCI
Prof. Dr.

ÜYE

Murat ÇELİK
Doç. Dr.

ÜYE

Ali Kağan COŞKUN
Doç. Dr.

ÜYE

Ceyhan ALTUN
Doç. Dr.

ÜYE

Dilek YILDIZ
Doç. Dr.

ÜYE

Gülten GUVENÇ
Doç. Dr.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu
Etik-Ankara
Telefon: 0 (312) 304 6135



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK UYGULAMA ARAŞTIRMA MERKEZİ
TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU (TUEK)
KARAR DEFTERİ



KARAR TARİHİ: 24.01.2019
KARAR NO: 01

1. SBÜ GEAH Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde görev yapmakta olan **Uzm. Dr. Bülent Devrim AKÇAY**'ın 20.12.2018 tarihli, SAYI:50687469-799-E.19148 sayılı "Uygulama İzni Hk." konulu dilekçesi ve "**Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu Hastalarda CPAP/BPAP Tedavisinin Öfke, Dürtüsellik ve Saldırganlık Üzerine Etkisi**" başlıklı bireysel araştırma proje çalışması incelenmiş ve araştırma izin talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
2. SBÜ GEAH Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde görev yapmakta olan **Uzm. Dr. Bülent Devrim AKÇAY**'ın 20.12.2018 tarihli, SAYI:50687469-779-E.19149 sayılı "Uygulama İzni Hk." konulu dilekçesi ve "**Üniversite Öğrencilerinin Taşınabilir Elektronik Cihaz Kullanımının Sirkadiyen Uyku Ritmi ile İlişkinin Değerlendirilmesi**" başlıklı bireysel araştırma proje çalışması incelenmiş olup, çalışmanın yapılacağı örneklem ile ilgili izin belgesi bulunmamaktadır. Çalışma ile ilgili eksikliklerin giderilerek TUEK'e müracaat edilmesi halinde tekrar değerlendirilecektir.
3. SBÜ GEAH Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde görev yapmakta olan **Uzm. Dr. Bülent Devrim AKÇAY**'ın 20.12.2018 tarihli, SAYI:50687469-799-E.19148 sayılı "Uygulama İzni Hk." konulu dilekçesi ve "**Obstrüktif Uyku Apneli Hastalarda Medical Outcomes Study (MOS) Uyku Ölçeğinin Türkçe Güvenilirliği ve Geçerliliği**" başlıklı bireysel araştırma proje çalışması incelenmiş ve araştırma izin talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
4. SBÜ GEAH Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniğinde görev yapmakta olan **Araştırma Görevlisi Dr. Erol ÖZAN**'ın 21.12.2018 tarihli, SAYI:50687469-E.929.19191 sayılı "Akademik Çalışma Hk." konulu dilekçesi ve "**Psöriazis Hastalığında Ortalama Trombosit Hacminin Nötrofil Lenfosit Oranının ve Platelet Lenfosit Oranının Hastalık Şiddeti ve Tedavi Süresiyle Olası İlişkinin İncelenmesi**" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izin talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
5. SBÜ GEAH Radyoloji Kliniğinde görev yapmakta olan **Araştırma Görevlisi Dr. Deniz GÜVENİR**'in 04.01.2019 tarihli, SAYI:50687469-000-161 sayılı "Akademik Araştırma" konulu dilekçesi ve "**Karaciğerin Radyolojik Görüntüleme ve Raporlama Sisteminin (LI-RADS) Karaciğer Patolojilerindeki Diagnostik Performansının İncelenmesi**" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izin talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
6. SBÜ GEAH Radyoloji Kliniğinde görev yapmakta olan **Araştırma Görevlisi Dr. Ali KIRICI**'nin 04.01.2019 tarihli, SAYI:50687469-000-160 sayılı "Akademik Araştırma" konulu dilekçesi ve "**İntrakraniyal Anevrizmaların Endoluminal Nöroradyolojik Girişimsel Yöntemler ile Tedavi ve Sonuçlarının Değerlendirilmesi**" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izin talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
7. SBÜ GEAH Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniğinde görev yapmakta olan **Araştırma Görevlisi Dr. Halil İbrahim DURUK**'un 20.12.2018 tarihli, SAYI:50687469-469-19091 sayılı "Akademik Çalışma Hk." konulu dilekçesi ve "**Orta ve Şiddetli Akne Vulgaris Hastalarında İzotretinoin Fobisini Değerlendirme Ölçeği Validasyon Çalışması**" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izin talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**
8. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nün 28.12.2018 tarihli, SAYI: 90169164.799.E.2717 sayılı ve "Dr. Öğrt. Üyesi Emine ÖKSÜZ (Bireysel Araştırma Projesi)" konulu **Dr. Öğrt. Üyesi Emine ÖKSÜZ (Aslı TEKAÜT)**'ün "**Şizofreni Hastalarında Algılanan Sosyal Desteğin İşlevsel İyileşme Üzerine Etkisi**" başlıklı tez çalışması incelenmiş ve araştırma izin talebi oybirliği ile **uygun görülmüştür.**

(Handwritten signatures)

EK 6



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

29.11.2018

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK
KURULU BAŞKANLIĞINA

"Şizofreni Hastalarında Algılanan Sosyal Desteğin İşlevsel İyileşme Üzerine Etkisi" isimli araştırma şizofreni hastaları ile yapılacak olup, bu çalışmanın Gühane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde uygulanması uygundur.

Prof. Dr. K. Nahit ÖZMENLER
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.
Eğitim ve İdari Sorumlusu

ÖZGEÇMİŞ

İ- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Aslı TEKAÜT

Doğum yeri ve tarihi: Mersin - 14.06.1995

Uyruğu : T.C.

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi ve telefonu :05538 174 27 54

Yabancı dili : İngilizce 2018 YÖKDİL notu: 62,50

İİ- Eğitimi

2002-2009 : 19 Mayıs İ.Ö.O

2009-2013 : Mehmet Adnan Özçelik Anadolu Lisesi

2013-2016: GATA Hemşirelik Yüksek Okulu

2016-2017: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Yüksek Okulu

2017-2019 : Gülhane SBÜ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans

III- Ünvanları : -----

IV- Mesleki Deneyimi:

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar:-----

VI-Bilimsel İlgi Alanları: Makale okumak ve analiz etmek

Yayınları:

* 15. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi "Hemşirelik Öğrencilerinin Akıllı Telefon Bağımlılığı Riski ile Etkileşim Kaygıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi"

2016-Sözel Bildiri

* Hemşirelik ve Mizah Konulu Poster Çalışması (Sağlıkla dergisinde yayınlanmıştır).

Vİİ- Bilimsel Etkinlikleri

Aldığı burslar

Katıldığı paneller (panelist olarak)

Vİİİ- Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri

2013 Hipotez Geliştirme ve Araştırma Kursu

2015 GATA HYO Hemşirelik Eğitim Çalıştayı

2015 MEB İşaret Dili Programı

2016 MEB Diksiyon Programı

2016 Hızlı Okuma Kursu

2017 Ulusal Sağlık Bakım Hizmetleri Kongresi

2017 Preanalitik Hataların Azaltılması ve Kan Alma Teknikleri Eğitimi

2017 AFAD Olağanüstü Koşullarda Hemşirelik ve Arama- Kurtarma Tatbikatı

