



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI ŞİZOFRENİ  
HASTALARININ SOSYAL İŞLEVSELLİKLERİNİN  
İNCELENMESİ**

AYLİN OKUMUŞ

**Tez Danışmanı**

**Dr. Öğr. Üyesi Elçin BABAOĞLU**

**İSTANBUL-2019**

T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI ŞİZOFRENİ  
HASTALARININ SOSYAL İŞLEVSELLİKLERİNİN  
İNCELENMESİ**

**AYLİN OKUMUŞ**

**Tez Danışmanı**

**Dr. Öğr. Üyesi Elçin BABAOĞLU**

**İSTANBUL-2019**

**T.C.**  
**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Anabilim Dalı : Hemşirelik  
Program : Psikiyatri Hemşireliği  
Öğrenci No : 164204009  
Öğrenci Adı Soyadı : Aylin OKUMUŞ

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI ŞİZOFRENİ HASTALARININ SOSYAL İŞLEVSELLİKLERİNİN İNCELENMESİ isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 28.05.2019 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Prof. Dr. Besti ÜSTÜN  
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza 

Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Elçin BABAOĞLU  
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza 

Üye : Doç. Dr. Semra KARACA  
(Marmara Üniversitesi)

İmza 

**ONAY**

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

**Doç.Dr. Türker Tekin ERGÜZEL**  
**Enstitü Müdürü V.**

## ÖZET

Bu çalışma toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı şizofreni hastalarının sosyal işlevselliklerini incelemek amacıyla tanımlayıcı kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiştir. S.B.Ü Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma hastanesine bağlı Yıldırım ve Nilüfer Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM)' de Mayıs-Ağustos 2018 tarihleri arasında TRSM' ye kayıtlı olan toplam 150 şizofreni hastası ile yapılmıştır. Veriler literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan hasta tanımlayıcı bilgi formu, hastalık ve tedaviye ilişkin bilgi formu ile toplanmıştır. Hastaların sosyal işlevselliklerini ölçmek için Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) kullanılmıştır. Verilerin analizinde Kolmogorov-Smirnov normalite testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Dunn - Bonferroni post hoc testi kullanılmıştır.

Çalışmada elde edilen bulgulara göre; hastaların sosyal işlevsellik ölçeği toplam puan ortalamaları  $103,70 \pm 28,87$  (min=30,00 max=165,00)' dir. Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı hastaların tanımlayıcı özellikleri ile hastalık ve tedaviye ilişkin özelliklerinden olan cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyal güvence, sigara ve alkol kullanma durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü, düzenli poliklinik kontrolü, hastaneye yatış sayısı, ile sosyal işlevsellik arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Hastaların medeni durumu, birlikte yaşadıkları kişi, yaşadıkları yer, hastalık başlangıç yaşı, son bir yıldaki hastaneye yatış süreleri gibi değişkenler ile sosyal işlevsellik ölçeğinin alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Çalışan hastaların ve TRSM' ye katılım durumu olan hastaların Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyutları toplam puanları istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

Çalışma sonucunda elde edilen bilgiler ile şizofreni hastalarında sosyal işlevselliği etkileyen faktörlerin ortaya çıkarılması ve sosyal işlevsellikte riskli grupların belirlenmesi sonucunda TRSM' lerde bulunan şizofreni hastalarının sosyal işlevselliklerinin arttırılmasına yönelik bireyselleştirilmiş bakım planlarının oluşturulması, tedavi stratejilerinin planlanması ve uygulanması sosyal işlevsellikte önemli gelişmeler sağlayacaktır. Ayrıca şizofreni hastalarının sosyal işlevselliklerini yükseltmede önemli yere sahip olan TRSM' lere hastaların katılımlarının sağlanması önerilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Şizofreni, Sosyal işlevsellik, Toplum ruh sağlığı merkezi,  
Psikiyatri hemşireliği



## ABSTRACT

This study was conducted as a descriptive and cross-sectional study in order to examine the social functioning of schizophrenia patients enrolled in the Community Mental Health Center (CMHC) Sample selection was not made in the study. The study was conducted with 150 schizophrenia patients registered to CMHC between May-August 2018 in Yıldırım and Nilüfer Community Mental Health Center (CMHC) of S.B.U Bursa High Specialization Training and Research Hospital. Data were collected with patient descriptive information form, disease, and treatment information form provided by the researcher. Social Functioning Scale (SFS) was used to estimate the social functioning of the patients. Kolmogorov-Smirnov normality test, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test, Dunn - Bonferroni post hoc test was used for data analysis.

According to the findings; The mean score of social functioning scale of the patients was  $103,70 \pm 28,87$  (min = 30,00 max = 165,00). Gender, education level, social security, smoking alcohol status, family history of mental illness, regular outpatient control, number of hospitalizations, and social functioning, which are the detailed characteristics of the patients registered to the Community Mental Health Center and the characteristics related to the disease and treatment, were statistically significant. no relationship was found ( $p > 0.05$ ). A statistically significant relationship was found between the variables such as, marital status, coexistence, place of residence, age of onset of illness, length of hospital stay in the last year, and the sub-dimensions of the social functioning scale ( $p < 0.05$ ). The total scores of the Social Functioning Scale and subscales of working patients, patients with participation in CMHC were found to be significantly higher ( $p < 0.05$ ).

Finding the factors that affect social functionality in schizophrenia patients with the information obtained as a result of the study and identifying risky groups in social functioning as a result of the creation of individualized care plans to improve the social functionality of schizophrenia patients in CMHCs, planning and implementing treatment strategies are essential in social functionality. In addition, it was recommended to ensure the participation and continuity of the patients to CMHCs, which have an essential role in increasing the social functionality of schizophrenia patients.

**Keywords:** Schizophrenia, Social functioning, Community mental health center,  
Psychiatric nursing



## TEŞEKKÜR

Tez çalıőmamın her aşamasında bana destek ve cesaret vererek bilgi ve deneyimleriyle yoluma ışık tutan değerli danışman Hocam Dr. Öğretim Üyesi Elçin BABAÖĞLU' na,

Uzmanlık eğitimim boyunca kendilerinden mesleğe ve hayata dair çok őey öğrenme fırsatı bulduğum, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Sayın Prof. Dr. Besti ÜSTÜN ve Prof. Dr. Selma DOĞAN' a,

Güleryüzleri ve yardımsever davranıőlarıyla çalışma sürecini kolaylaőtıran, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi' ne bağlı Nilüfer ve Yıldırım Toplum Ruh Sağlığı Merkezi alıőanlarına,

Bu çalışmanın asıl var olma sebebi olan bana psikiyatri ve dünya hakkında çok őey öğreten kıymetli şizofreni hastası bireylere,

Tez çalıőmam boyunca destek ve anlayıőlarını eksik etmeyen Fatma Türkoğlu, Yeőim Cenal ve Yasemin Nazlı' ya,

Tez çalıőmam boyunca ve bu yaőıma kadar hep yanımda olan ve desteklerini hiç bir zaman esirgemeyen, varlıklarına her zaman őükrettiğim babam Hasan OKUMUŞ' a, annem Emine OKUMUŞ' a ve kardeőim Tolga OKUMUŞ' a,

Sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Aylin OKUMUŞ



## BEYAN FORMU

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Tarih

Aylin Okumuş

İmza



# İÇİNDEKİLER

	Sayfa
<b>ÖZET</b> .....	<b>i</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>iii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>v</b>
<b>BEYAN FORMU</b> .....	<b>vi</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>vii</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>x</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>xii</b>
<b>SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>xiii</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	7
1.3. Araştırma Soruları.....	8
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>9</b>
2.1. Şizofreni.....	9
2.2. Şizofreninin Epidemiyolojisi .....	10
2.3. Şizofreninin Etiyolojisi .....	11
2.3.1. Genetik yatkınlık.....	11
2.3.2. Doğumsal komplikasyonlar .....	12
2.3.3. Beynin Yapısal ve İşlevsel Bozuklukları.....	13
2.3.4. Biyokimyasal Etkiler .....	13
2.3.5. Çevresel ve sosyal faktörler .....	15
2.3.6. Evlat edinilme ve şizofreni .....	17
2.4. Şizofreni Tanı ve Sınıflandırma.....	17
2.4.1.Şizofreni için DSM-V kriterleri .....	17

2.5. Şizofreni Belirtileri .....	18
2.6. Şizofreni ve Kronikleşme .....	18
2.7. Şizofrenide Gidişat, Sonlanım ve Prognoz .....	19
2.8. Şizofreninin Tedavisi .....	22
2.8.1. Non-farmakolojik terapi .....	23
2.8.2. İlaç tedavisi .....	24
2.8.3. Elektrokonvulsif Terapi (EKT).....	26
2.9. Şizofreni ve Sosyal İşlevsellik.....	26
2.9.1. Şizofrenide sosyal işlevsellik ile ilişkili faktörler.....	32
2.10. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri .....	45
2.10.1.Hastane temelli model .....	45
2.10.2. Toplum temelli model.....	46
2.10.3. Toplum hastane denge modeli .....	46
2.11. Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevselliğinin Geliştirilmesinde Psikiyatri Hemşireliğinin Önemi.....	54
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>57</b>
3.1. Araştırmanın Şekli .....	57
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	57
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	57
3.4. Araştırmanın Evren ve Örnekleme .....	58
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri .....	58
3.6. Verilerin Toplanması .....	59
3.6.1. Veri toplama araçları .....	59
3.6.1.1. Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı hasta tanımlayıcı bilgiler formu.....	59
3.6.1.2. Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı hastaların hastalık ve tedaviye ilişkin bilgiler formu .....	59

3.6.1.3. Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ).....	59
3.7. Araştırmanın Uygulanması.....	61
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	62
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	62
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>63</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>84</b>
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>97</b>
<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>102</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>122</b>

## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo 1:</b> Birinci ve ikinci nesil ilaçların karşılaştırılması .....	25
<b>Tablo 2:</b> Sigara, alkol ve madde kullanımının şizofreni hastaları ve genel popülasyondaki oranları .....	41
<b>Tablo 3:</b> Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı şizofreni hastalarının tanımlayıcı bilgilerinin dağılımı .....	63
<b>Tablo 4:</b> Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı şizofreni hastalarına ait hastalık ve tedaviye ilişkin verilerin dağılımı .....	65
<b>Tablo 5:</b> Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları .....	66
<b>Tablo 6:</b> Sosyal işlevsellik ölçeği ve alt boyut puanlarının cinsiyet açısından karşılaştırılması .....	67
<b>Tablo 7:</b> Sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının ve alt boyutlarının medeni durum açısından karşılaştırılması .....	68
<b>Tablo 8:</b> Sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının ve alt boyutlarının eğitim düzeyi açısından karşılaştırılması .....	69
<b>Tablo 9:</b> Sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının ve alt boyutlarının çocuk sayısı açısından karşılaştırılması .....	70
<b>Tablo 10:</b> Sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının ve alt boyutlarının sosyal güvence açısından karşılaştırılması .....	71
<b>Tablo 11:</b> Sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının ve alt boyutlarının çalışma durumu açısından karşılaştırılması .....	72
<b>Tablo 12:</b> Sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının ve alt boyutlarının sigara kullanımı açısından karşılaştırılması .....	73
<b>Tablo 13:</b> Sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının ve alt boyutlarının alkol kullanımı açısından karşılaştırılması .....	74

<b>Tablo 14:</b> Sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının ve alt boyutlarının birlikte yaşanan kişi açısından karşılaştırılması .....	75
<b>Tablo 15:</b> Sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının yaşanan yer açısından karşılaştırılması .....	76
<b>Tablo 16:</b> Sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının ve alt boyutlarının ailedeki ruhsal hastalık öyküsü açısından karşılaştırılması .....	77
<b>Tablo 17:</b> Sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının ve alt boyutlarının hastalık başlangıç yaşı açısından karşılaştırılması .....	78
<b>Tablo 18:</b> Sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının düzenli poliklinik kontrolü açısından karşılaştırılması .....	79
<b>Tablo 19:</b> Sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının ve alt boyutlarının hastaneye yatış sayısı açısından karşılaştırılması .....	80
<b>Tablo 20:</b> Sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının ve alt boyutlarının son bir yıldaki hastaneye yatış süresi açısından karşılaştırılması .....	81
<b>Tablo 21:</b> Sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının ve alt boyutlarının TRSM' ye katılım açısından karşılaştırılması .....	82

## ŞEKİLLER DİZİNİ

	<b>Sayfa</b>
<b>Şekil 1:</b> Sosyal işlev bozukluğunu etkileyen etmenler .....	30
<b>Şekil 2:</b> Şizofreni başlama yaşının cinsiyete göre dağılımı .....	34



## SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>WHO</b>	: World Health Organization
<b>TRSM</b>	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
<b>CMHC</b>	: Community Mental Health Center
<b>COMT</b>	: Katekol-O-Metiltransferaz
<b>DRD2</b>	: Dopamin reseptörü D2
<b>BDN</b>	: Beyin Türevli Nörotrofik Faktör
<b>HINT1</b>	: Histidin Triad Nukleotid Bağlayıcı Protein 1
<b>D2R</b>	: Dopamin-D-2 Reseptörü
<b>BNA</b>	: Birinci Nesil Antipsikotikler
<b>İNA</b>	: İkinci Nesil Antipsikotikler
<b>EPS</b>	: Ekstrapiramidal Semptomlar
<b>EKT</b>	: Elektrokonvulsif Terapi
<b>APA</b>	: Amerikan Psikiyatri Birliği
<b>AKB</b>	: Alkol Kullanım Bozukluğu
<b>MKB</b>	: Madde Kullanım Bozukluğu
<b>ANA</b>	: Amerikan Hemşireler Birliği
<b>SIÖ</b>	: Sosyal İşlevsellik Ölçeği
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for the Social Sciences
<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>SGK</b>	: Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>GSS</b>	: Genel Sağlık Sigortası
<b>RUTBE</b>	: Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi



# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Şizofreni erken yaş dönemlerinde görülmeye başlayarak, yaşam boyu iyileşmelerin ve tekrarlamaların seyriyle ilerleyen, duygu, düşünce ve davranışlarda bozulmalarla birlikte, kişinin işlevsellik düzeyinde en az altı ay süreyle ciddi yıkımlara yol açan kronik ruhsal bir hastalıktır (Öztürk, 2011; APA, 2013).

Dünyada yeti yitiminin en önemli nedenlerinden birisi psikiyatrik bozukluklardır (Murray ve ark., 2012). Dünyada şizofreninin yaşam boyu yaygınlığının %0.48 olduğu belirtilmiştir (Simeone ve ark., 2015). Charlson ve ark. (2018), Avrupa' da yapmış oldukları geniş çaplı araştırmada ise 2016 yılında şizofreni prevalansının %0.28 olduğunu bildirmişlerdir. Szkulciecka-Debek ve ark. (2015), yaptıkları Orta ve Doğu Avrupa literatür taramasında şizofreninin yaşam boyu yaygınlığının %0.4 ile %1.4 olduğunu bildirmişlerdir. Ruhsal ve davranışsal bozukluklar grubunda yer alan şizofreninin, yeti yitimi ile geçirilen en fazla yıl sayısına neden olduğu bildirilmiştir (Vos ve ark., 2010).

Türkiye'de psikotik bozuklukların yaygınlığı üzerine yapılan geniş çaplı ilk çalışmada psikotik bozuklukların yaşam boyu yaygınlığı %1.42 olarak saptanmıştır (Binbay ve ark., 2012a). Binbay ve ark. (2010), yaptıkları bir sistematik gözden geçirmeye göre şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı genel toplumda 8.9/1000 olduğu bildirilmiştir. Binbay ve ark. (2012a), şizofreni ve psikotik bozuklukların yaşam boyu yaygınlığını araştırdıkları çalışmada, şizofreni yaygınlığı %0.74 bulunmuştur. Şizofreni yaygınlığı ve şizofreni için sağlık hizmetlerine başvuru kadınlara göre erkeklerde 1.4 kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Binbay ve ark., 2012b). TÜİK verilerine göre kadınlarda en sık başlangıç yaşı 25-35, erkeklerde 10-25 yaş arası olduğu saptanmıştır (TÜİK, 2010).

Şizofreni gelişmesindeki ve ilerlemesindeki risk faktörleri; genetik yatkınlık, doğumsal komplikasyonlar, beynin yapısal ve işlevsel bozuklukları, biyokimyasal etkiler, çevresel ve sosyal faktörlerdir (Janoutova, 2016; Patel ve ark., 2014).

Şizofrenide semptomları iyileştirmek, nüksleri önlemek, aile bireyleri, bakım vericileri ve hasta bireylerin baş etme stratejilerini güçlendirmek, aile ve toplum için kabul edilemeyen davranışları engellemek, bireyin bireysel işlevselliğini kazanması için sosyal hizmet ve toplumun desteğini sağlamak, tedavinin önemli basamaklarından (Addington, 2010).

Şizofreni kronik ve yeti yitiminin geliştiği bir hastalık olmasına rağmen uzun süreli izlem çalışmalarında hastalığa sahip bireylerin önemli bir kısmında iyileşme görüldüğü belirtilmiştir (Zipursky ve ark., 2013).

Ruhsal hastalıklarda iyileşme süreci, hastaların bağımsızlıklarını kazanması, günlük yaşam becerilerini yerine getirebilmesi, toplum ile bütünleşmesi, işlevsellik düzeylerinin yükselmesi ve yaşamdan doyum almasını içermektedir (Lieberman, 2008). İyileşme sürecinin adımları; bireylerin yeti yitimlerinin azaltılması, bağımsız yaşama becerilerinin geliştirilmesi, mesleki ve toplumsal işlevsellik düzeylerinin yükseltilmesiyle normal bir birey gibi yaşamlarını sürdürmeleri için kapsamlı ve uzun süreli destek ağlarının oluşturulmasıdır (Lieberman, 2011 ; Çam, 2014). Geleneksel tıbbi modelde şizofreni hastaları için iyileşme ölçütleri ise; hastaların sosyal işlevsellik düzeyinin iyi olması, bağımsız yaşama becerilerinin sürdürülmesi, çalışabilmesi, sosyal destek ağlarının olması, semptom remisyonunun sağlanması veya kontrol edilmesi olarak belirtilmiştir (Watkins, 2007; Lunt, 2002 ve Savaşan, 2015). Şizofreni tedavisinde iyileşmeyi, belirtilerin azalmasıyla değerlendiren geleneksel düşünceden farklı olarak toplum temelli çağdaş düşünce, hastanın sosyal işlevselliğinin artırılması, kişilerarası ilişkilerin düzeltilmesi, istihdamının ve bağımsız yaşama becerilerinin sağlanmasının iyileşmenin temel öğeleri olduğu bildirilmiştir (Whitley, 2012).

Şizofreni hastaları da, iyileşmeyi anlamlı aktivitelere katılımlarının olması, hastalık öncesi işlevselliklerine geri dönebilmeleri, bağımsız yaşama becerilerinin tekrar kazanılması ve kişilerarası ilişkilerini sürdürebilmeleri olarak tanımlamışlardır (Drake ve Whitley, 2014).

Kaewprom ve ark. (2011), Tayland' da yaptıkları çalışmada psikiyatri hemşirelerinin şizofreni hastalarında iyileşmeyi, hastalık semptomlarının düzelmesi, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme ve psikososyal fonksiyonlarını yerine getirebilmeleri olarak tanımladıklarını bildirmişlerdir.

Şizofreni hastaları kişilerarası ilişkilerini devam ettirebilmesi, bağımsız yaşayabilmesi, sosyal rollerini yerine getirebilmesi, çalışabilmesi ve özbakım ihtiyaçlarını karşılayabilmesi gibi işlevsellik alanlarında güçlükler yaşamaktadırlar (Eren, 2007; Patel ve ark., 2014). İşlevsellik, kişinin bedensel veya zihinsel kısıtlamaları olmadan sosyal yaşamdaki rollerini yerine getirebilme düzeyidir (Bowling, 1993). Sosyal işlevsellik ise bireylerin çevresiyle etkileşimini ve iş, sosyal aktiviteler, partner ve aile ile ilişkilerini gerektiği gibi yerine getirebilmesi olarak tanımlanmaktadır (Bosc, 2000). Şizofreni hastalarında, hastalık nedeniyle çalışabilme, kişilerarası ilişkiler kurabilme bağımsız yaşayabilme gibi erişkin yaşamın yeterlilikleri gelişemez veya var olan kapasiteleri zarar görür. Sosyal işlevsellikte bozulma olarak tanımlanan bu durum aynı zamanda şizofreninin tanısal ve hastalık boyunca süren bir özelliğidir (Kırpınar ve Oral, 2012).

Şizofreni hastalarının ciddi bir kısmı yaşamları boyunca kronik ya da dönemsel olarak kişisel, sosyal ve mesleki işlevsellik kaybı yaşamaktadırlar (Kawata ve Revicki, 2008). Sosyal işlevsellikte bozulma yaşayan şizofreni hastalarında yeniden nüksetme oranı daha yüksektir ve semptom şiddetinin artmasıyla prognoz kötüleşmektedir (Pinkham ve ark., 2003; Brown ve ark., 2012).

Şizofreni hastalarının işlevselliklerinin değerlendirilmesi, iyileşmenin değerlendirilmesi açısından önemli bir ölçüttür (Mantovani ve ark., 2015).

Söğütü ve ark. (2017), yapmış oldukları çalışmada sadece ilaç tedavisi alan, pskikososyal müdahale uygulanmayan şizofreni hastalarına uygulanan sosyal işlevsellik ölçeği sonuçlarına göre, hastaların sosyal işlevsellik düzeylerinin kötü olduğu saptanmıştır. Şizofreni hastalarında özbakım yetersizliklerinin özgüven kaybına yol açmasıyla toplumsal ilişkilerinden uzaklaşması sonucu işlevsellik düzeyleri olumsuz yönde etkilenmektedir (Saruç ve Kılıç, 2015).

Coşkun ve Altun, (2018), şizofreni hastalarının umut düzeyleri ile işlevsel iyileşme arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmalarında, şizofreni hastalarının işlevsellik düzeylerinin düşük olduğunu bildirmişlerdir. Şizofreni hastalarına klinikte uygulanan ruhsal eğitimin ve taburculuk sonrası yapılan izlem çalışmasının sosyal işlevselliğe olan etkisinin araştırıldığı karşılaştırılmalı çalışmada, ruhsal toplumsal eğitim almayan sadece farmakolojik tedavi uygulanan hastaların sosyal işlevsellik

düzelelerinin kötü olduğu ve üç yıllık izlem süresinde de giderek düştüğu belirtilmiştir (Özkan ve ark., 2013).

Brissos ve ark. (2011), 76 şizofreni hastasının sosyal işlevsellikleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri çalışmalarında ise, şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik düzelelerinin düşük olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca sosyal işlevsellik düzeyi düşük olan hastaların içgörülerinin olmadığı ve semptomlarının da daha şiddetli olduğu belirtilmiştir.

şizofreni hastalarında belirtilerin iyileştirilmesine rağmen sosyal işlevsellikteki bozulmanın devam etmesi, sosyal işlevselliğin değerlendirilmesi ve izlenmesinin önemini ortaya koymaktadır (Lambert ve ark., 2010; Karow ve ark., 2012).

Sosyal işlevsellik, hastalığın pozitif ve negatif semptomlarından, duygudurum bozukluklarından ve çevresel etmenlerden etkilenmektedir (Anlar, 2009). şizofrenide görülen negatif belirtiler, sosyal işlevsellikte bozulmanın hem toplumda hem de alt boyutlarında en önemli yordayıcısıdır (Robertson, 2014). şizofrenide sosyal işlevsellik ile ilişkili olan veya sosyal işlevselliği etkileyen bazı sosyodemografik özellikler ve hastalığa ait faktörler de bulunmaktadır. Bu faktörler; hastanın yaşı, cinsiyeti, hastanın medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, sigara, alkol, madde kullanımı, sosyal desteğinin olması, hastalık başlangıç yaşı, düzenli ilaç kullanımı, hastaneye yatış sayısı, hastaneye yatış süresi ve şizofreni hastasının toplum ruh sağlığı merkezlerindeki hizmetlerden yararlanma durumudur.

Caldioli ve ark. (2018), yapmış oldukları çalışmada erken yaşta hasta olan şizofreni hastalarının, daha zayıf işlevselliğe ve daha tehlikeli nöropsikolojik duruma sahip olduğunu saptamışlardır. Garza ve ark. (2016), yapmış oldukları çalışmada ise kadınların sosyal işlevselliğinin erkek hastalara göre daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Medeni durum açısından karşılaştırılan şizofreni hastalarında, bekar olan şizofreni hastalarının hastalıktan daha fazla etkilendikleri ve sosyal işlevselliklerinin daha kötü olduğu bildirilmiştir (Ran ve ark., 2017). Çalışma durumu açısından karşılaştırılan şizofreni hastalarında ise son altı ay içerisinde bir işte çalışan hastaların bir işte çalışmayan hastalara karşı negatif belirtilerinin anlamlı olarak düşük olduğu ve sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının çalışan hasta grubunda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Erol ve ark., 2009). Aylaz (2017), yapmış olduğu çalışmada sosyal destek

ağı olan Şizofreni hastalarının, tedaviye uyumunun daha iyi olduğunu bunun sonucu olarak da hastalık belirtilerinde belirgin azalma ve işlevsellik alanlarında iyileşmelerin olduğunu bildirmiştir.

Şizofreni hastalarının tedavisinde ve iyileşme s¼recinde farmakolojik tedavinin yanında, toplum temelli psikososyal tedavilerin erken d¼nemde sağlanmasının ve bu iki tedavi y¼nteminin birlikte uygulanmasının ¼nemli olduğu belirtilmiştir (Varga ve ark., 2018; Norman ve ark., 2017).

Farmakoterapide son yıllara dayanan geliŐmelere rağmen, Şizofreni hastalarının ¼ođunluđunun olumsuz etkilenmesi, zayıf sosyal d¼zenleme nedeniyle hastaneye yatıŐların artması, artan n¼ksler ve yetersiz yaşam kalitesi g¼zlenmektedir. Bu nedenle yeti yitiminin fazla olduğu Şizofreninin zarar veren sonu¼larının azaltılması ve işlevselliğin kazandırılması i¼in toplum temelli ¼ađdaŐ d¼Ő¼nce ile ¼ok y¼nl¼ bakım ve tedavi uygulanmalıdır (Pazvantoğlu ve ark., 2012). B¼t¼nc¼l bakım uygulanan Şizofreni hastalarının b¼y¼k bir kısmı tevabi edilebilmekte, ¼retken bir hayat s¼rebilmekte ve toplum ile b¼t¼nleŐmeleri sağlanabilmektedir (WHO, 2014).

Son yıllarda ruh sağlığı alanında toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri uygulamalarının yaygınlaŐması ile birlikte, toplum ruh sağlığı merkezleri a¼ılmaya başlanmıştır. Kronik psikiyatri hastalarında işlevsel iyileşmelerinin sağlanması ve yaşam kalitelerinin y¼kseltilmesi i¼in toplum temelli ruh sağlığı modeli ¼er¼evesinde a¼ılan TRSM 'lerde ¼ok boyutlu etkin ve kaliteli tedavi sunularak bakım gereksinimlerinin karŐılanması hedeflenmektedir (T.C Sağlık Bakanlığı, 2011; Doğan, 2016). T¼rkiye'de Mayıs 2008'de Bolu'da ilk TRSM'nin a¼ılmasının ardından g¼n¼m¼zde bu sayı 149 TRSM' ye ulaŐmıŐtır (TKHK, 2016). TRSM' lerede kronik ruhsal hastalığı bulunan hastalar i¼in; bireysel bakım planları, ev ziyaretleri, tedaviye uyumu arttırma, uyumlandırma, ruhsal eğitim, aile eğitimi, ruhsal toplumsal beceri eğitimi, ¼eŐitli uğraşı ¼alıŐmaları, ila¼ tedavisi ve rehabilitasyon ¼alıŐmaları, yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Psikososyal destek hizmetlerinin verilmesi amacıyla kurulan TRSM' ler, Ensari ve ark. (2013), yaptıkları ¼alıŐmada TRSM'de verilen hizmetlerin Şizofreni hastalarında yaşam kalitesini arttırmada, yeti kaybını azaltmada ve işlevselliklerini arttırmada yararlı olduğunu tespit etmişlerdir. ¼zdemir ve ark. (2017), yaptıkları ¼alıŐmada, poliklinikte

düzenli ilaç tedavisi alan 50 hasta grubu ile, TRSM'de buna ek olarak 100 hastaya ruhsal eğitim programı uygulanmış ve iki grubun karşılaştırmaları sonucu, TRSM 'de hizmet alan grubun hastalık belirtilerinde azalma ile birlikte işlevsellik düzeylerinin yükseldiği bildirilmiştir. Toplum ruh sağlığı merkezinde hizmet alan ve almayan psikiyatri hastalarının yaşam kalitesi, tedaviye uyum, içgörü ve işlevselliklerinin araştırıldığı çalışmada, TRSM hizmetlerinden yararlanan hastaların tedaviye uyumu, yaşam kalitesinin, içgörü, genel ve sosyal işlevselliğinin, TRSM' den hizmet almayan hasta grubuna göre anlamlı olarak arttığını, hastalık belirtilerinin önemli oranda azaldığı bildirilmiştir (Şahin ve Elboğa, 2019).

Arslan ve ark.(2015), gündüz hastanesi ve rehabilitasyon merkezine başvuran 60 şizofreni hastasıyla yapmış oldukları çalışmada hastalara altı ay uyguladıkları çok boyutlu psikososyal girişimler programının sonucunda, şizofreni hastalarında klinik belirtilerde düzelme olduğunun, sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının yükseldiğinin ve yaşam kalitesinde artış sağlandığının ve tüm bu olumlu sonuçların üçüncü yıl kontrol çalışmasında da devam ettiğini göstermiştir. Delice ve ark. (2014), Bakırköy Toplum Ruh Sağlığı Merkezi' nde yapmış olduğu çalışmada, merkezden hizmet alan şizofreni hastasına ilaç tedavisi ve psikososyal müdahalelerin bütüncül şekilde uygulanması ve kişiye özel bakım planı ile birlikte hastanın belirtileri kontrol altına alınarak içgörü kazandırılmış ve mesleki-sosyal işlevsellikte belirli bir artış gözlemlenmiştir.

Nave ark. (2016), TRSM hizmetlerinin hastalar üzerindeki etkilerini araştırdıkları çalışmada, hastaların sosyal ve mesleki işlevsellikleri ile klinik semptomlarında iyileşmeler olduğunu göstermiştir. Çalışmada toplam iyileşme oranı başlangıçta %24 iken altı ve on iki aylık takip sonuçlarında %85' e yükseldiği belirtilmiştir.

Ülkemizde toplum ruh sağlığı merkezlerinde ruh sağlığı ekibi; psikiyatri uzmanları psikologlar, hemşireler, ergoterapistler, sosyal hizmet uzmanları ve yardımcı personelden oluşan multidisipliner bir ekiptir (T.C Sağlık Bakanlığı, 2014). Toplum ruh sağlığı hizmet modeli kapsamında hemşirelerin rolü ekipteki diğer sağlık profesyonellerine göre hastayla doğrudan ve uzun süreli vakit geçirdiği için daha fazladır.

TRSM' lerde vaka yöneticisi olarak sağlık hizmetlerini planlayan, uygulayan ve denetleyen hemşirelerin etkisinin incelendiği araştırmada, bir yıl boyunca TRSM' de tedavi goren hastalarda hemşire destekli tedavi ile hemşire desteksiz tedavinin sonuçları karşılaştırılmış ve hemşire destekli tedavi alan hastaların pozitif ve negatif belirtilerinde azalma g6r6ld6đ6 bildirilmiştir (Miller, 2003).

Arslan ve ark. (2014), yaptıkları çalışmada, toplum ruh sağlığı merkezinde verilen ve hemşireler tarafından denetlenen at6lye çalışmalarına ve grup etkinliklerine katılımın hastaların sosyal işlevselliklerini ve yaşam kalitelerini artırdığı belirtilmiştir.

şizofreni hastaları ilaç tedavisine olumlu yanıt verse dahi, yaşam kalitesinde d6ř6ř, yeterlilik, bilişsel belirtiler gibi olumsuzluklarla sıklıkla karşılaşmaktadır. Bu nedenle ilaç tedavisinin yanı sıra farklı terapiler de uygulanarak hastanın semptomlarını minimuma indirmek amaçlanmaktadır. Psikiyatri hemşireleri, hastaların ilaç tedavisini takip ederken, bir yandan da bu terapiler ile sosyal işlevselliği geliştirip yaşam kalitesini y6kseltecek donanıma sahip profesyonellerdir (Yılmaz, 2016).

Bu alışma ile hastaların bireysel ve toplumsal işlevselliklerini artırmaya y6nelik tanılama, farkındalık ve m6dahale programlarının geliştirilmesine temel oluşturması planlanmaktadır. 6te yandan bireye 6zel bakım gereksinimlerini belirlemesi açısından da araştırma sonuçlarının katkı sağlayacağı d6ř6n6lmektedir. Ayrıca TRSM' lerde tam zamanlı çalışan psikiyatri hemşireleri de, sosyal işlevsellikle ilişkili fakt6rler doğrultusunda hastaya 6zel bakım planları oluşturarak, uygun psikososyal beceri eğitimleri uygulayarak, hastaların sosyal işlevselliklerinin artmasına katkıda bulunacaktır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu alışma, toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı şizofreni hastalarının sosyal işlevselliklerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

### 1.3. Araştırma Soruları

1. Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı Şizofreni hastalarının tanımlayıcı özellikleri nelerdir ?

2. Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı Şizofreni hastalarının hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri nelerdir ?

3. Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı Şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik puan ortalamaları nasıldır ?

4. Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı Şizofreni hastalarının tanımlayıcı özellikleri ile sosyal işlevsellik arasında anlamlı fark var mıdır ?

5. Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı Şizofreni hastalarının hastalık ve tedaviye ilişkin bilgileri ile sosyal işlevsellik arasında anlamlı fark var mıdır ?



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Şizofreni

Şizofreni erken yaş dönemlerinde görülmeye başlayarak, yaşam boyu iyileşmelerin ve tekrarlamaların seyriyle ilerleyen, duygu, düşünce ve davranışlarda bozulmalarla birlikte, kişinin işlevsellik düzeyinde en az altı ay süreyle ciddi yıkımlara yol açan kronik ruhsal bir hastalıktır (Öztürk, 2011; APA, 2013).

Şizofreni kompleks, heterojen davranışlara yol açan bilişsel bir sendrom olup altında yatan nedenler beyin gelişiminin genetik ve/veya çevresel faktörlerle bozulmasına dayanır. Dopaminerjik nörotransmisyonun psikotik semptomlara katkısı olduğu düşünülmektedir ancak kanıtlar aynı zamanda beynin farklı bölgelerine işaret etmektedir. Sinaptik fonksiyonların bozulması, internöronların yer aldığı sinirsel bağlantılarda anomalilere sebep olabilmektedir; ancak bu olayların doğası, yeri ve zamanı kesin değildir. Bu hastalık günümüzde antipsikotik ilaçların psikolojik terapilerle, sosyal destekler ve rehabilitasyon ile kombinasyonu kullanılarak tedavi edilmektedir, ancak bu alanda daha etkili tedavilere ve hizmetlere ihtiyaç vardır (Owen ve ark., 2016).

İsviçreli ruh hekimi Eugen Bleuler şizofreni hastalığının erken başlangıçlı olmasının ve bunama ile sonlanmasının yanlış olduğunu 1911 yılında yayınlanan "Dementia Praecox" (şizofreniler grubu) kitabında belirtmiştir. Bleuler şizofreni hastalığını bireyin ruhsal yaşamındaki yarılmaları, Yunanca aklın bölünmesi anlamındaki "şizofreni" terimini önermiştir ve günümüzde bu terim kullanılmaya devam edilmektedir (Kocal ve ark., 2017).

Şizofrenide tedavi sonuçları değişkendir. Bazı bireyler başarılı şekilde tedavi edilerek topluma kazandırılabilir. Bu alanda çalışan uzmanların çabasına rağmen, şizofreni hala relapsların olduğu, sosyal/mesleki fonksiyonlardaki dengesizliklere dayalı iyileşme bozukluğu olan ve yaşam süresini kısaltan bir hastalıktır. Kapsamlı bir tedavi, psikofarmakoloji, psikososyal etkinlikler, konaklama ve ekonomik destek gibi çok modelli bir yaklaşımı beraberinde getirir. Şizofreninin gelişiminde ve ilerlemesinde etkili risk faktörleri; genetik yatkınlık, doğumsal komplikasyonlar, beynin yapısal ve işlevsel bozuklukları, biyokimyasal etkiler, çevresel ve sosyal faktörlerdir (Janoutova ve

ark., 2016 ; Patel., 2014). Son yıllarda bu hastalığın anlaşılması konusunda genomik, epidemiyoloji ve nörobilim dalında büyük ilerlemeler kaydedilmiş olsa da, yine de birtakım zorluklarla karşılaşmaktadır (Owen ve ark., 2016).

## 2.2. Şizofreninin Epidemiyolojisi

Şizofreni her toplum ve coğrafi bölgede görülen ruhsal bozukluktur. Ruhsal ve davranışsal bozukluklar grubunda yer alan şizofreninin yeti yitimi ile geçirilen en fazla yıl sayısına neden olduğu bildirilmiştir (Vos ve ark., 2010).

Şizofreninin tüm dünyada 21 milyondan fazla insanı etkilediği belirtilmiştir (IHME, 2017). Türkiye' de ise bu sayı yaklaşık olarak 650 bin civarındadır (Durmaz ve Okanlı, 2014). Bu hastalığın erkekler 12 milyonunu oluştururken kadınlar 8 milyonunu oluşturmaktadır. Dünyada şizofreninin yaşam boyu yaygınlığının %0.48 olduğu belirtilmiştir (Simeone ve ark., 2015). Charlson ve ark. (2018), Avrupa' da yapmış oldukları geniş çaplı araştırmada ise, 2016 yılında şizofreni prevalansının %0.28 olduğunu bildirmişlerdir. Szkultecka -Debek ve ark. (2015), yaptıkları Orta ve Doğu Avrupa literatür taramasında şizofreninin yaşam boyu yaygınlığının %0.4 ile %1.4 olduğunu bildirmişlerdir. Çin' de şizofreni prevalansı ile kadın ve erkekler arasında şizofreni prevalansına etki eden faktörlerin araştırıldığı çalışmada ise Çin' de şizofreni prevalansının %0.41 olduğu saptanmıştır (Liu ve ark., 2015). Tüm toplumlarda ve coğrafi alanlarında görülen şizofreninin insidans ve prevalans oranları, dünyanın her yerinde yaklaşık olarak birbirine eşittir.(TÜİK, 2010; Simeone ve ark., 2015 ve Binbay ve ark., 2010).

Erkek şizofreni hastalarında kadın hastalara göre şizofreni yaygınlığı ve sağlık hizmetlerine başvurunun 1.4 kat yüksek olduğu saptanmıştır (Binbay ve ark.,2012b). Şizofreninin yıllık prevalansının kadınlarda 10/100.000 erkeklerde 15/100.000 olduğu bildirilmiştir (Esen-Danacı ve ark., 2018). TÜİK verilerine göre kadınlarda en sık başlangıç yaşı 25-35, erkeklerde 10-25 yaş arası olduğu saptanmıştır. (TÜİK, 2010). Şizofreni genellikle 25 yaşından önce başlar, 50 yaşından sonra görülme olasılığı nadirdir. Türkiye'de psikotik bozuklukların yaygınlığı üzerine yapılan geniş çaplı ilk çalışmada psikotik bozuklukların yaşam boyu yaygınlığının %1.42, şizofreni yaygınlığının ise %0.74 olduğu saptanmıştır (Binbay ve ark., 2012a).Binbay ve ark.

(2010), yapmış oldukları bir sistematik gözden geçirmeye göre şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı genel toplumda 8.9\1000 olarak bildirilmiştir.

Şizofreni hastaların yaşam süreleri normal topluma göre 20-30 yıl daha kısa olmaktadır (Stahl, 2015). İntihar şizofreni hastalarında yaygın ölüm nedenidir (Atmaca ve Durat, 2016).

### **2.3. Şizofreninin Etiyolojisi**

Yüz yılı aşkın bir araştırmaya rağmen, şizofreninin gerçek sebebi araştırmacılar tarafından henüz bulunamamıştır. Şizofreninin beyin hastalığı olarak kabul edilmesinin yanında hastalığın belirtilerinin çeşitli olması ve kişiden kişiye farklılık göstermesi şizofreninin tek bir hastalıktan çok bir sendrom olarak değerlendirilmesine neden olmuştur. Genetik yatkınlık ve çevresel etkiler gibi pek çok faktörün varlığı nedeniyle hastalığın farklı fenotiplerinin olduğu bilinmektedir (Patel ve ark., 2014).

#### **2.3.1. Genetik yatkınlık**

Şizofreni hastalığının etiyolojisini genetik faktörlerin etkileyip etkilemediğini, etkiliyorsa ne derece etki yaptığının belirlenmesi amacıyla birçok çalışma yapılmıştır. Şizofreninin etiyolojisinde nedenlerinin genetik olarak incelendiği aile çalışmasının, kontrol grubu ile karşılaştırıldığı çalışmada şizofreni hastalarının birinci derece akrabalarında, şizofreni ortaya çıkma riski %8-10 olduğu belirlenmiştir ve bu oran kontrol grubuna oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Mancini ve ark., 2005).

Şizofreni hastalığında birinci derece yakınların hastalığa yakalanma riski %10 iken ikinci derece akrabalarda oran %5'dir (Songur, 2015). Şizofrenide anne ve babanın ikisi de şizofreni hastasıysa çocukların hastalığa yakalanma riski %40'a ulaşabilmektedir. Tek yumurta ikizlerinde risk %50 orana çıkarken, çift yumurta ikizlerinde %15 olduğu ortaya çıkarılmıştır (Songur, 2015). Şizofreni hastalığı olan kişilerin genel toplumun hastalığa yakalanma riskinin oranına göre birinci derece akrabalarında 10 kat artmaktadır (Köroğlu, 2015).

Şizofreninin risk faktörlerinden olan genetiğin ilerleyen yıllarda %80'e kadar çıkabileceği bildirilmiştir (Hosak ve ark., 2013).

Şizofreni, genetik olan ve olmayan determinantların rol aldığı, çok faktörlü mod geçişlerinin olduğu kompleks bir biyolojik bozukluktur. Günümüzde, hastalığa küçük katkıları olan pek çok genin kombinasyonunun varlığı tespit edilmiştir. Bir başka deyişle, rastgele hastalık genlerinin ya da tek bir genin major bir etkisi yoktur, belirli genlerin birlikte hareket etmesi gerekir. Durumun karmaşıklığı, şüpheli genlerin tespitini zorlaştırmıştır. Pozisyonel ve fonksiyonel aday genlerin bulunduğu, şizofreninin moleküler genetiği üzerine yapılan çalışmaların sonuçları oldukça dikkat çekmektedir. Bu çalışmalara göre şizofreni ile ilişkili olabileceği düşünülen genler arasında neuregulin (NRG-1, 8p), dysbindin, (DTNBP1, 6p), G72 (13q) D-amino asit oksidaz (DAAO, 12q), prolin dehidrogenaz (PRODH-2, 22q), katekol-O-metiltransferaz (COMT, 22q), G proteini sinyal regülatörü (RGS-4), 5HT2A ve dopamin D3 reseptör (DRD3) genleri bulunmaktadır (Salleh, 2004). Son yapılan araştırmalara göre ise en güncel aday genler; a-1 nikotinik reseptör, DISC 1, GRM 3 ve G72 olduğu bildirilmiştir (Kaplan ve ark., 2016).

### **2.3.2. Doğumsal komplikasyonlar**

Doğumsal komplikasyonlar ile şizofreninin bağlantısı olduğunu gösteren çeşitli çalışmalar mevcuttur ancak bu çalışmalarda yararlanılan şizofreni ya da psikotik hasta sayısı azdır. Başka çalışmalar tarafından desteklenen önemli risk faktörlerinin sayısı 3'ü geçmemektedir. Önerilen risk faktörleri arasında preeklampsi, küçük kafa çapı, düşük doğum ağırlığı, Rh uyuşmazlığı, fetal problemler ve boya göre kilonun fazla olması bulunmaktadır (Dalman ve ark., 1999).

Erken dönem ve çocukluk çağında başlayan şizofrenilerde, fetal dönemde ortaya çıkan hipoksi, toksemi asfiksi sonucunda oluşan oksijen yetersizliği ve travmaların şizofreni riskini 1,3-2 kat arttırdığı belirtilmiştir (Kocal ve ark., 2017).

Daha fazla kronik seyir gösteren ve negatif belirtilerin belirgin olduğu şizofreni hastalarında obstetrik komplikasyon öyküsünün olduğu, hastalık başlangıç yaşının daha erken olduğu belirtilmiştir. Şizofreni hastalığı oluşumunda obstetrik anomalilerin genetik etmenlerle etkileşim içinde olduğu gösterilmiştir (Kotlicka-Antczak ve ark., 2001).

### **2.3.3. Beynin yapısal ve işlevsel Bozuklukları**

Şizofreni tanılı bireylerde yapısal beyin bozuklukları görülmektedir. Venriküllerde büyüme en yaygın bulgu olup sulkuslarda (sulci) büyüme ve beyincikte küçülme (serebellumda atrofi) de belirtilen anatomik değişikliklerdendir. MRI ile yapılan çalışmalar şizofreni hastalarında serebrumda ve intrakranial ölçülerde bir küçülme olasılığını ortaya çıkarmıştır (Gejman ve ark., 2010). Şizofreni hastalarının beyinde daha az gri maddeye sahip olduklarının ve beyin bazı alanlarının normal bireylere göre daha az veya daha çok aktive oldukları belirtilmiştir (Gejman ve ark., 2010).

### **2.3.4. Biyokimyasal etkiler**

Şizofreninin açıklanmasındaki en eski ve en kapsamlı biyolojik teori, anormal beyin biyokimyasındaki bozulmalara dayanmaktadır. Şizofreni hastalığında beyin biyokimyasını inceleyen araştırmalar nörotransmitterler ile açıklanmaktadır. Bu transmitterler; dopamin, norepinefrin, serotonin , glutamat ve GABA'dır (Kocal ve ark., 2017).

Şizofreni hastalığında en fazla etkisini gösteren transmitter dopamindir. Şizofrenide biyolojik teoriler arasında yer alan ve etiyolojinin önemli sebeplerinden birisi dopaminerjik sistemin düzensizliğinden kaynaklanmaktadır (Yang ve Tsai, 2017). Şizofrenide dopamin hipotezi ilk olarak 1960' larda klorpromazinin şizofreni hastalarında pozitif semptomlara etki etmesiyle ortaya çıkmıştır (Yang ve Tsai, 2017). Şizofreni belirtilerinin beyindeki dopamin kaynaklı nöronal aktivitedeki bir artışın sebep olabileceğini öne sürmektedir. Bu aşırı aktivite sinir uçlarındaki maddenin üretimi veya salgılanmasının artışı, reseptör hassasiyetinin artışı ile çok sayıdaki dopamin reseptörleri veya bu mekanizmaların bir karışımı ile ilişkili olabilmektedir (Sadock, 2009). Şizofreninin pozitif belirtilerinden olan sanrı ve halüsinasyonun oluşumunda dopaminerjik nöronların etkileşiminin fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Kocal ve ark., 2017). Pozitron emisyon tomografisine (PET) dayanan erken görüntüleme tetkiklerinde şizofreni hastalarında striatumda dopamin aktivitesinde artışın gözlemlendiği tespit edilmiştir (Laruelle ve ark., 1996). Günümüze kadar yapılan araştırmaların sonuçlarına göre dopamin düzensizliğinin hastalık belirtilerini oluşturduğunu göstermektedir (Stahl, 2015).

Gupta ve ark. (2009), yaptığı bir çalışmada, dopamin reseptörü D2 (DRD2), katekol-O-metiltransferaz (COMT) ve beyin türevli nörotrofik faktör (BDNF) genlerinin 16 farklı polimorfizmi incelenmiş, dopaminerjik yolda görevli bu genlerin şizofreni ile bağlantılı olabileceği ve antipsikotik terapiye yanıt verdiğini tespit etmişlerdir.

Serotonin transmitterinin azalması, şizofreni belirtilerini alevlendirmesinin şizofreni ile bağlantılı olduğunu göstermektedir (Işık, 2015). Serotonin transmitterinin antipsikotiklerin ekstraprimidal etkilerinin iyileştirdiğinin bilinmesiyle birlikte şizofreninin gelişmesinde doğrudan etkisinin olduğu çalışmalar mevcut değildir (Abi-Dargham, 2007).

Beyindeki inhibitör etkili ana nörotransmitter GABA'dır. GABA aktivite kaybı veya hücre yoğunluğundaki azalmanın, GABA'nın dopaminerjik ve glutamaterjik nöronlar üzerindeki düzenleyici ve inhibe edici etkisinin azalmasına sebep olmasıyla birlikte subkortikal dopamin hiperaktivitesi ile sonuçlanmakta ve dopamin artışı ve şizofreni belirtileriyle ilişkilendirilmektedir (Işık, 2015). GABA nörotransmitterleri beyin ritm üreten ağlarının merkezinde bulunur ve sinirsel salınımların senkronizasyonu hafıza, algı ve bilinç için temel mekanizmadır (Uhlhaas ve Singer, 2010). Yapılan klinik çalışmalarda GABA nörotransmitterinin şizofreni semptomlarının iyileştirilmesinde etkili olduğu gösterilmiştir (Wassef ve ark., 2003).

Glutamat beyinde en fazla bulunan ve uyarıcı etkiye sahip nörotransmitterlerden birisidir. Şizofreni ve glutamat nörotransmitterleri ile ilgili ilişki, yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarının beyin omurilik sıvısının glutamat düzeylerinin azaldığının gözlemlenmesiyle tespit edilmiştir. Glutamat nörotransmitterinin şizofreni patofizyolojisinde negatif semptomlar ve bilişsel bozulmalar üzerinde temel rolü olduğu için önemlidir (Yang ve Tsai, 2017).

Nörotransmitter sistemleri arasındaki etkileşimler şizofreninin patofizyolojisinde potansiyel olarak rol almaktadırlar (De Bartolomeis ve ark., 2013). Şizofrenide tek bir nörotransmittere dayanarak hastalık hakkında neden aramak doğru değildir. Dopaminerjik, glutamaterjik veya serotonerjik sistemler merkezi bir göbeğe bağlı düğümleri temsil ettiğini düşünürsek düğümlerden herhangi birinin içindeki dengesizlik tüm sistemi etkilemektedir (Steullet ve ark., 2016).

### 2.3.5. Çevresel ve sosyal faktörler

Çevresel ve sosyal faktörler, özellikle hastalığa duyarlı olan bireylerde şizofreni gelişiminde rol oynayabilir. Şizofreni ile ilişkili çevresel faktörler arasında çocukluk travması, etnik azınlık, kentte yaşamak ve sosyal izolasyon bulunmaktadır. Ayrıca ayrımcılık ve ekonomik zorluklar gibi sosyal stres kaynakları da bireyleri delüzyon ya da paranoyak düşünceler gibi durumlara sevk edebilmektedir (Patel ve ark., 2014).

*Çocukluk travması:* Cinsel, fiziksel, duygusal istismar ve ihmal edilmek gibi çocukluk travmalarının psikoza yol açtığına dair yapılan çalışmalar mevcuttur. Çocuk istismarının uzun süre acı çekmeye, bireyde stresin artmasına ve bunun sonucu olarak yetişkinlik döneminde psikotik mental hastalıklara hatta daha kötü sonuçlara yol açtığı bildirilmektedir. Çocukluk çağında duygusal veya cinsel olarak istismara uğrama, ihmal edilme gibi olumsuz olayların yaşanması şizofreni olma riskini arttırdığı bildirilmiştir (Bebbington ve Kuipers, 2008). Ayrıca erken yaşta anne- babadan ayrı kalmak, anne-baba kaybı yaşamak da şizofreni olma riskini üç kat arttırmaktadır (Varese ve ark., 2012; Clarke ve ark., 2013). Şizofreni hastalarında çocukluk çağı travmalarının yaygın olduğu ve hastalık başlangıç yaşında erkene çekerek semptomların daha şiddetli olmasına ve özkıyımına neden olduğu bildirilmiştir (Kılıçaslan, 2018).

*Etnik azınlık:* Batılı olmayan etnik azınlıklar arasında yapılan bir çalışma, bireylerin etnik kökeniyle ilgili yapılan negatif tanımlamaları şizofreni ile ilişkilendirmiştir (Veling ve ark., 2010). Şizofreni gelişen bireyler kendilerini, kendi etnik grupları içerisinde, hastalık başlamadan önceki yıla göre daha kötü hissettiklerini ifade etmişlerdir.

*Kentsel bölgede yaşamak:* Şizofreninin kentsel bir çevrede yaşama durumundan etkilendiğini gösteren çalışma sayısı fazladır. Bulgular, hastalık sebebin (kentte yaşamak), seleksiyondan (hastalık riski yüksek kişilerin kente taşınması) daha önemli olduğunu ve kentsel çevrenin genetik riske bağımlı olduğunu göstermektedir (Krabbendam ve Os, 2005). Kentselleşmeye maruz kalmanın şizofreni riskini artırdığı, büyük şehirlerden küçük şehirlere doğru gidildikçe şizofreni sıklığının azaldığı belirtilmiştir (Baskak ve Saka, 2009).

*Sosyal izolasyon ve ayrımcılık:* Genetik faktörler ve yaşamın erken evresinde yaşanan eksiklikler, şizofreninin etiolojisinde önemli rol oynamaktadır. Doğum sonrası

erken evrelerde gerçekleşen sosyal izolasyon farelerde, davranışsal anomaliler ve patopsikolojik özelliklerin gelişmesine, dolayısıyla insanlardaki nöropsikiyatrik hastalıkların temel semptomlarının oluşmasına yol açmıştır. Glutamat ve dopamin hipotezleri ile şizofreni oluşumu arasında kuvvetli bir bağ kurulmuştur. Glutamat N-metil-D-aspartik asit reseptörleri ve dopamin reseptörleri, farklı psikiyatrik hastalıklarla ilişkilendirilen histidin triad nukleotid bağlayıcı protein 1 (HINT1) ile bağlantılıdır. Sosyal izolasyonun şizofreni benzeri davranışlara etkisinin incelendiği bir çalışmada (Li ve ark. (2017), HINT1, N-metil-D—aspartik asit reseptörünün NR1 alt biriminin ve dopamin-D-2 reseptörünün (D2R) C57 farelerde ekspresyon düzeylerinin tespiti için enzim-bağlı immünosorbent assayler kullanılmıştır. Yapılan çalışma sonunda sosyal izolasyonun içe kapanıklık, anksiyete bozukluğu, bilişsel bozukluklar ve sensorimotor kapıda bozukluklara yol açtığı tespit edilmiştir. Bu anormal fenotipler HINT1, NR1, ve D2R'ye paralel olarak gelişmiştir (Li ve ark., 2017).

*Ekonomik zorluklar:* Akıl sağlığı problemleri ile yoksulluk arasında bağlantı kuran çalışmalar mevcuttur. Ekonomik zorluklar çeken pek çok insanda bu problemler görülmekte olup, yoksulluğun hem hastalık sebebi hem de sonucu olabileceği düşünülmektedir. İki doğrultuda da yapılan çalışmalar olsa da, bunların sonuçları birbiriyle çelişmektedir. Sosyal sürüklenme hipotezi akıl sağlığı problemlerini ekonomik güçlük sebebi olarak göstermekte, sosyal nedensellik hipotezi bu problemlerin gelişmesini ekonomik güçlüklerle bağlamaktadır. Bir başka hipotez ise, kültürel rollerden köken almaktadır. Buna göre yoksulluk, cinsiyet ve etnik kökene bağlı davranışlar psikiyatrik rahatsızlık semptomlarının gelişmesine yol açabilmektedir (Ljungqvist ve ark., 2015). Şizofreni ile ilgili yapılan çalışmalarda şizofreni belirtilerinin düşük sosyoekonomik gruplarda, yüksek sosyoekonomik gruplara göre daha fazla görüldüğünü göstermektedir. Buna ilişkin açıklamalarda stresli durumlarla baş etmek, enfeksiyon, yetersiz beslenme, perinatal bakımın olmaması şizofreni hastalığına yatkınlık oluşturduğu ve diğer bir açıklama ise şizofreninin kişinin sosyal ve iş yaşamını olumsuz etkilemesiyle bu hastaların daha alt sosyo ekonomik seviyelere kaymasıyla açıklanabilmektedir. (Aygün, 2005).

Donisi ve ark. (2013), sosyoekonomik durumu daha zor olan bireylerin psikiyatrik hastalıklara yakalanma ve psikiyatrik servisleri kullanma riskinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Bu servisler ayrıca ekolojik anlamda da sosyoekonomik



faktörlerden etkilenmektedir. Altı ay boyunca psikiyatri servisi ve hastanelerle kurulan irtibat ile sosyoekonomik karakteristikler arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmada, düşük sosyoekonomik durumun daha fazla servis irtibatı ile ilişkilendirildiği sonucu çıkarılmıştır.

### **2.3.6. Evlat edinilme ve şizofreni**

Evlat edinilen çocuklar üzerine yapılan çalışmalar, çocuklardaki şizofreni riskinin biyolojik ebeveynlerden mi yoksa çocuğun yetiştiği çevreden mi geldiğine karar vermek üzere tasarlanmıştır. Bu araştırmalar, çevresel değişimlerin, ebeveynlerinde hastalık olan çocuklarda şizofreni riskini etkilemediğini ortaya koymuştur. Şizofreninin genetik temelleri ise, aynı yaşta şizofreni tanısı konan kardeşlerle ilgili yapılan çalışmalar ile desteklenmiştir (Patel ve ark., 2014).

## **2.4. Şizofreni Tanı ve Sınıflandırma**

### **2.4.1. Şizofreni için DSM-V kriterleri**

A. Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri bir aylık (tedavi edilirse daha kısa) sürenin çoğunda mevcuttur. Bunlardan en az birinin sanrı (1) halüsinasyon (2) ya da darmadağınık konuşma (3) olması gerekmektedir:

1. Hezeyanlar (sanrılar)
2. Halüsinasyonlar (varsanılar)
3. Dağınık konuşma
4. Davranışlarda dağınıklaşma veya katatoni davranışı
5. Negatif belirtiler
  - A. Bu bozukluğun başlangıcından itibaren geçen zamanın çoğunluğunda iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi bir ya da daha fazla alanda işlevsellik düzeyi kötüdür veya bozukluğun başlangıcından önceki düzeyin çok altındadır.
  - B. Bu bozukluğun belirtileri en az 6 ay sürmektedir.
  - C. Şizoaffektif bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da iki uçlu (bipolar) bozukluk dışlanır.
  - D. Bu bozukluk bir maddenin kullanımına ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisi ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

- E. Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konulabilmesi için şizofreninin tanı kriterlerinden olan gerekli diğer belirtilerin yanında belirgin halüsinasyonlar ve hezeyanlarında en az bir aylık bir süre ile var olması gerekmektedir (APA, 2013).

## **2.5. Şizofreni Belirtileri**

Şizofreni düşümsel, davranışsal ve duygusal problemlere yol açan bir hastalıktır. Şizofrenide klinik belirtiler; gerçeği değerlendirme yetisinde bozulmalarla birlikte ortaya çıkan pozitif belirtiler, bireyin işlevsellik alanlarında düşme ile ortaya çıkan negatif belirtiler şeklinde iki gruba ayrılmaktadır (Sadock, 2009; Çetin, 2010).

Pozitif belirtiler; halüsinasyonlar, hezeyanlar, düşünce ve davranış bozukluklarıdır. Sanrılar şizofrenide görülen en önemli düşünce içeriği bozukluklarıdır. Şizofreninin alevlenme döneminde görülen aşırı hareketlilik, taşkınlık, uygunsuz ve tuhaf davranışlarda şizofreninin pozitif belirtileri arasında yer almaktadır (Köroğlu, 2015). Düşünce bozukluklarında ise hastalar karmaşık düşüncelerle birlikte dili mantıklı ve doğru şekilde kullanamamaları anlamsız konuşmalar sergilemektedirler.

Yeti yitimi ya da işlevlerin azalması olarak tanımlanan negatif belirtiler ise; iç kapanıklık, motivasyon eksikliği, kişisel bakımda yetersizlikler, toplumdan uzaklaşma, arkadaş ve aileden kendini soyutlama, küntlük ve hissizleşme gibi semptomları içermektedir (Kocal ve ark., 2017; Shives, 2008).

Negatif semptomlar günümüzde psikopatolojinin ayrı bir boyutu olarak düşünülmekte olup, kategorik diagnostik sınıflara nüfuz etmeye başlamıştır. Tek bir yapısal veya nörokimyasal anomaliden çok, günümüz bulguları vakalarda nöronal bağlantıların disfonksiyonuna işaret etmektedir (Mitra ve ark., 2016).

## **2.6. Şizofreni ve Kronikleşme**

Psikiyatrik sendromların ayrımını sağlayan psikolojik testler oluşturulurken, kronik şizofreni vakalarının net ayrımının sağlanması gerekir. 1957 yılında Drasgow tarafından yapılan bir araştırma, şizofreni tanısı konmuş hastaların hastanede yatma süresinin, şizofreninin “kronikleşmesi” için bir parametre olabileceği rapor edilmiştir.

Şizofrenide tekrarlayan ataklar geçiren bireylerde çalışma, sosyal bozukluklar ve kendine bakmama gibi rezidual semptomlar kronik olarak görülebilir. Ancak 1970-80'lerde yapılan araştırmalar, şizofreninin uzun dönemli çıktılarının önemli ölçüde heterojen olduğunu, bozuklukların herhangi bir kurala bağlı olmadığını göstermiştir. Kronikleşme ile ilgili yanlış anlaşılmalara ön yargılı örneklemeler, hasta çıktılarını etkileyen psikososyal ve çevresel faktörlerin yol açtığı düşünülmektedir (Harding ve ark., 1987).

Goldman ve ark. (1981), kronik ruhsal bozukluklar için yapılmış olan tanım kabul görmüştür. Buna göre kronik ruhsal bozukluk hastaları:

1. Belirli tipte bir ruhsal hastalığı (organik beyin sendromları, şizofreni,tekrarlayıcı depresif ya da manik depresif bozukluk, paranoid psikoz ve diğer psikozlar).
2. Günlük yaşamın temel özelliklerinden (kişisel temizlik ve bakım, kendini idare etme, kişilerarası ilişkiler, sosyal yükümlülükleri yerine getirme, öğrenme ve eğlenme) üç ya da daha fazlasına ilişkin işlevsel yeterliliğe zarar veren ya da gelişimini bozan başka bir ruhsal bozukluğu bulunan kişilerdir.

Günümüzde kronik ruhsal hastalıkları tanımlamak için kullanılan en sık 2 ölçüt ise;

- a. Şizofreni ya da majör bir duygudurum bozukluğu tanısı,
- b. Mali açıdan aileye ya da sosyal yardım ve güvenlik hizmetlerine bağlılıktır.

Ruhsal rahatsızlıklarda bireyin rol ve sorumluluklarını yerine getirememesi ve yeti yitiminin ortaya çıkması sonucu kişi engelli duruma gelmektedir. Bedensel engelliler gibi ruhsal engelli kişilerin de işlevsellik düzeylerini ve yaşam kalitelerini arttırmak için yardıma gereksinimleri vardır (Sönmez, 2009).

## **2.7. Şizofrenide Gidişat, Sonlanım ve Prognoz**

Şizofreni çoğunlukla yeti yitiminin olduğu, gidiş ve sonlanımı kişiden kişiye farklılık gösteren bir hastalıktır. Şizofreni hastalığı genel olarak alevlenme ve remisyonlarla devam etmektedir. Hastalığın uzun dönemde gidiş ve sonlanımını

belirlemek zor olmakla birlikte yapılan çalışmalarda iyileşme oranları %10-60 arasında olduğu, tüm hastaların yaklaşık %20-30' luk kesiminin normal yaşantısını sürdürebildiği varsayılmaktadır (Öztürk, 2008).

Şizofreni hastalık grubunda %20' lik grubun negatif belirtilerle pozitif belirtilerin birlikte başladığını belirtirken %6,5' lik grubunun da hastalık başlangıcının sadece pozitif belirtilerle başladığını belirtmiştir (Umut ve ark., 2012). Şizofreni, intihar ve fiziksel hastalıklara yatkınlık nedeniyle normal popülasyona göre 12-15 yıl kadar erken ölüme sebep olmaktadır. Ölümün çoğunun sebebi intihar iken diğer kısmı da beslenme yetersizliği, obezite, hareketsizlik ve sigara içmeye bağlı oluşmaktadır. (Saha ve ark., 2007)

Araştırmalar sonucunda şizofreni için 3 evre tanımlanmıştır: Prodromal, akut/aktif ve rezidual evre.

*Prodromal evre:* Prodrom, retrospektif (geçmişe dönük) bir konsept olup, hastalık tam anlamıyla oluşana kadar tanımlanamaz. Genellikle yavaş ve sinsi olarak ilerleyen, süresi kişiden kişiye farklılık gösteren prodromal evrede; içe kapanma, sosyal geri çekilme, depresif belirtiler, kendini ihmal etme ve garip düşünce ve davranışlar görülür. Psikotik hastalıklarda prodrom, ciddi psikotik özellikler ortaya çıkana kadar bireyin hastalık öncesi fonksiyonlarında değişiklik göstermesiyle karakterize bir dönemi ifade eder. Eğer prodrom şizofreninin başlangıcı ise, müdahale edilmediği durumlarda psikoz kaçınılmaz olacaktır. Öte yandan, eğer prodrom bir risk faktörü ise, bireylerin sadece belirli bir kısmı psikotik kısma geçecektir ki bu da psikozun kaçınılmaz olmadığını, abartılı bir hassasiyet unsuru olduğunu gösterir.

Şizofreni hastalarının %80-90' ı, psikotik evreye geçmeden önce algı, düşünce, bilişsel, ruh hali ve davranışsal değişiklikler geçirdiklerini ifade ederken, %10-20' si belirgin bir prodromal evre geçirmeden doğrudan psikotik semptomlar gösterdiklerini belirtmiştir. Öncelikle genelde spesifik olmayan semptomlar ve negatif semptomlar gelişir ve daha sonra pozitif semptomlar ortaya çıkar (Addington, 2003).

*Akut/Aktif evre:* Halüsinasyon, delüzyon ya da davranış bozukluğu gibi psikotik semptomlar sergileyen kişiler, şizofreninin akut/aktif evresindedir. Aktif evre, şizofreninin tam olarak geliştiği dönemi ifade eder. Hastalar aktif evrede psikotik özellikler gösterirler. Aktif evredeki şizofreni hastaları, semptomlarını hafifletmek için

sıklıkla antipsikotik ilaçlara ihtiyaç duyarlar. İlaç tedavisi ile şizofreni semptomlarının birçoğu kaybolur. İlaç tedavisi uygulanmaması durumunda semptomlar birkaç hafta ya da birkaç ay sürebilir.

*Rezidual evre:* Şizofreninin son evresi olup hasta bu aşamada şizofreninin önde gelen semptomlarını göstermez. Böyle durumlarda, şizofrenik semptomların şiddeti azalır. Halüsinasyonlar, delüzyonlar ve garip davranışlar hala varlığını sürdürebilir, ama bunların dışavurumu akut evreye göre oldukça hafiflemiştir. Negatif belirtilerin daha fazla görüldüğü sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulmaların olduğu dönemdir.

Şizofreni hastalarında sık relaps oldukça hastalık kronikleşir ve hastalıkta ilk beş yıl prognozla ilgili bilgi vermektedir (Wiersma ve ark., 1998; Kaplan ve Sadock, 2005).

Harrison ve ark. (2001), yapmış oldukları çalışmada şizofreni hastalarının %25'inin iyileştiği, %50'inin semptom remisyonu sağlanarak sosyal işlevselliklerinin iyi olduğu bildirilmiştir.

Şizofreni semptomları değişken olduğu kadar karmaşıktır. Farklı bozukluklar her hastanın hayatını farklı düzeylerde etkilemektedir. Bazı bireyler işlerine devam edip aile kurabilirken, bazılarının özel bakıma ihtiyaçları olmaktadır.

#### *Hastalıkta iyi prognoz belirtileri:*

- Paranoid şizofreni hastaları, diğer şizofreni alttürlerine göre tedaviye daha iyi cevap verir ve hastalarda fonksiyonellik düzeyi daha yüksektir.
- Kadın hastalar genellikle hastalığa daha geç yakalanırlar ve nöroleptiklere daha iyi cevap verirler,
- Evli olmak,
- Negatif semptom sayısının az olması,
- Ailede şizofreni geçmişinin olmaması,
- Hastalığın akut biçimde başlaması,
- Hastalığın geç yaşta başlaması,
- Hastalık belirtilerinin ego distonik olması,
- Hastaneye yatış sayısı ve süresinin az olması,
- Hastanın tedaviye uyumunun iyi olması,
- Hastalık öncesi yeterli işlevsellik göstermek,

- Yeterli destek almak,
- Aktif semptomların kısa sürmesi (Işık, 2008).

*Hastalıkta kötü prognoz belirtileri ise şunlardır:*

- Hastalığın erken yaşta başlaması,
- Erkek cinsiyet,
- Hastalık öncesi kişiliğin sağlıksız olması: Çevreye uyum sağlayamama, kişilerarası ilişkiler kuramama, şizotipal, şizoid kişilik özelliklerinin olması,
- Negatif semptom sayısının çok olması,
- Hastalık belirtilerinin sinsi şekilde başlaması,
- Tedaviye uyumunun olmaması,
- Ailede şizofreni öyküsü bulunması,
- Hastalık öncesi zayıf işlevsellik göstermek,
- Hiç evlenmemiş olmak,
- Düşük sosyoekonomik düzey,
- Hastanın sosyal izolasyonunun olması,
- Hastalık belirtilerinin ego sintonik olması,
- Obsesif kompulsif belirtilerin olması,
- Hastaneye yatış sayısı ve süresinin fazla olması,
- Yetersiz destek alıyor olmak veya destek almamak,
- Madde kullanım öyküsü (Işık, 2008).

## **2.8. Şizofreninin Tedavisi**

Şizofreni nedeni tam olarak açıklanamadığından tedavi hastalığın altta yatan nedenlerine göre, daha çok hastalık belirtilerini iyileştirmeye yönelik uygulanmaktadır.

Şizofrenide semptomları iyileştirmek, nöksleri önlemek, aile bireyleri, bakım vericileri ve hasta bireylerin baş etme stratejilerini güçlendirmek, aile ve toplum için kabul edilemeyen davranışları engellemek, bireyin bireysel işlevselliğini kazanması için sosyal hizmet ve toplumun desteğini sağlamak tedavinin önemli basamaklarıdır (Addington ve ark., 2010)

Hastayı tedavisi için etkin bir katılımcı olarak görmek ve tedavi planına dahil etmek psikiyatrik iyileştirimin en temel hedeflerindedir.

### **2.8.1. Non-farmakolojik terapi**

Şizofreni hastalarının tedavisi genel olarak hastanede belirtiler üzerine odaklanmış olsa da günümüzdeki tedavi yöntemleri psikososyal müdahaleleri, aileyi ve toplumu da içine alacak şekilde daha bütüncül hale getirilmiştir (Sönmez, 2009). Bu nedenle şizofreni tedavisi hasta ve çevresini içine alacak şekilde hastaların topluma entegrasyonlarını sağlayacak yönde holistik olarak planlanmalı ve uygulanmalıdır (Landolt ve ark., 2012).

Antipsikotik ilaçların negatif belirtiler üzerindeki etkinliğinin yeterli olmayışı ve ikincil negatif belirtilere yol açabilmesi sebebiyle, ilaçların yan etkileri nedeniyle ilaç kullanımına karşı olumsuz tutum, tedavi uyumsuzluğu nedeniyle nükslerin olabilmesi ve hastaların yaşam kalitelerinin düşük olması nedenleriyle psikososyal tedavi yöntemleri önem kazanmıştır (Delice ve ark., 2014). Şizofreni tedavisinde psikofarmakolojik ve psikososyal tedavi yöntemleri birlikte uygulanmalıdır. Birbirinden ayrı olarak veya birbirinin yerine kullanılmaması gereken bu iki tedavi yöntemi birlikte uygulandığında sinerjik etki yaratmaktadır (Sönmez, 2009). Şizofreni tedavisinde uygulanan psikososyal tedaviler; aile eğitimi, ruhsal eğitim, sosyal beceri eğitimi, ruhsal toplumsal beceri eğitimi, bilişsel davranışçı terapiler ve farkındalık temelli terapilerdir. Şizofreni tedavisinde psikofarmakolojik müdahaleler pozitif semptomları, negatif semptomları, dezorganize semptomları, duygudurum semptomları ve bilişsel semptomları hedef alırken, psikososyal müdahaleler ise; hasta bireyin kendisine bakım yetersizliklerini, kötü yaşam kalitesini, kişilerarası ilişki sorunlarını, tedaviye uyumsuzluğu, işlev bozukluklarını, toplumsal ve mesleki becerileri hedefleyerek üretkenliğe ve işlevselliğe temel hazırlamaktadır (Gabbard, 2000; Davis ve ark., 2015 ve Holmberg ve Kane, 2014).

20. yüzyılın en iyi yanı, delüzyonal inanışların “anlaşılmaz” olduğunun düşünülmesi ve bu semptomların açıklanması ve tedavi yaklaşımının ağırlıklı olarak biyolojik konseptlerden etkilenmesiydi. Ancak davranışsal, bilişsel ve sosyal araştırmalar, bilişsel ve psikolojik faktörlerin bu psikotik semptomların anlaşılması ve tedavi edilmesi için belirtmiştir. Aynı zamanda, tek başına uygulanan antipsikotik

tedavinin özellikle işlevsel iyileşme için yetersiz olduğu ortaya konmuştur (Andreou ve Moritz, 2016).

Şizofreni hastalarına ilaç tedavisine ek olarak uygulanan psikososyal müdahaleler sonucunda hastaneye yatış sayılarının azaldığı, sosyal ve mesleki işlevselliğin arttığı bildirilmiştir (Guo ve ark., 2010).

Şizofreni tedavisi semptom hedefli, atak önleyici ve adaptasyon fonksiyonlarını geliştirici ve bireyi topluma kazandırıcı nitelikte olmalıdır. Hastalar adaptasyon fonksiyonunu nadiren kazanabildiği için, farmakolojik ve non-farmakolojik tedaviler uzun vadede en iyi etkiyi verecek şekilde kullanılmalıdır. Farmakoterapi, şizofreni yönetiminin dayanak noktası olsa da, rezidual semptomlar devam etmektedir. Bu nedenle, psikoterapi gibi farmakolojik olmayan tedaviler oldukça önemlidir.

Psikoterapötik yaklaşım bireysel, grupsal ve bilişsel olarak 3 grupta incelenebilir. Psikoterapi sürekli gelişmekte olan terapötik bir alandır. Gelişmekte olan terapiler meta-bilişsel çalışmaları, anlatı terapilerini ve farkındalık terapilerini kapsar. Farmakolojik olmayan terapiler ilaç tedavisinin yerine değil, ona ek olarak kullanılmalıdır (Patel ve ark., 2014).

### **2.8.2. İlaç tedavisi**

Antipsikotik ilaçlar, klorpromazin ile şizofreni tedavisinin temel dayanağı olmuş, psikotik atakların şiddet ve sıklığının azalmasının yanı sıra şizofreni hastalarının fonksiyonel kapasitesini geliştirmek için de kullanılmıştır. Ancak birinci nesil antipsikotiklerin (BNA) meydana getirdiği yan etkiler, ikinci nesil antipsikotiklerin (İNA) geliştirilmesine yol açmış ve İNA'lar, 5HT-2A antagonistleri olmaları nedeniyle BNA' lara kıyasla ekstrapiramidal semptomları (EPS) azaltmışlardır. Günümüzde, BNA ve İNA' ların kategorize edilmesi ile ilgili farklı yaklaşımlar vardır. Literatürün bir kısmı EPS' lere yol açma özeliğine göre sınıflandırırken, diğer çalışmalar bu sınıflandırmayı dopamin-D-2 reseptör antagonizmine dayandırmaktadır (Haller ve ark., 2014).

BNA' lar, diğer adıyla tipik antipsikotikler (klorpomazin, flufenazin ve haloperidol), şizofreni tedavisi için ilk olarak 1950'lerde kullanılmaya başlanmıştır. İNA' lar, diğer adıyla atipik antipsikotikler (klozapin, olanzapin ve risperidon) ise son



30 yıldır tedavide kullanılmaya başlanmış olup BNA' lara göre daha etkili ve tolere edilebilir alternatiflerdir ve bunların bir kısmı eski BNA' ların yerini almış olup tedavide kullanılan standart reçeteler haline gelmiştir (Chien ve Yip, 2013) . BNA ve İNA' ların karşılaştırılması Tablo 1'de verilmiştir (Kane ve Correll, 2010).

**Tablo 1: Birinci ve ikinci nesil ilaçların karşılaştırılması**

	<b>Birinci jenerasyon</b>	<b>İkinci jenerasyon</b>
<b>Nörolojik yan etkiler</b>	Akut distonik reaksiyonlar, akatizi, parkinsonizm ve tardif diskinezi gibi nörolojik yan etkiler görülebilir.	Bu ilaçlar ile BNA'ların EPS'ye yol açma oranları arasında önemli bir fark vardır.
<b>Metabolik yan etkiler</b>	-	Kilo alımı, insülin direnci ve dislipidemi gibi metabolik yan etkileri mevcuttur.
<b>Rölatif etkinlik</b>	-	İNA' lar pozitif ve negatif semptomların giderilmesinde çok daha etkilidirler.

Antipsikotik ilaçlar belirtiler üzerine etkili olmakla birlikte ekstraprimidal yan etkilere neden olmaktadır. Antipsikotiklerin şizofreni belirtilerinin çoğunu azalttığı, alevlenme oranlarını uzun sürede düşürdüğü kanıtlanmış olsa da ilaçlara iyi yanıt veren hastalarda bile toplumsal ilişkilerde sınırlılık, yaşam kalitesinde kötüleşme, iş kaybı ve iş veriminde düşme ile birlikte sosyal işlevselliğin düştüğü görülmüştür (Wayne ve ark., 2007).

Vitamin desteği, özellikle folik asit, B12 ve D vitaminlerinin, şizofreninin bazı alt gruplarının tedavisinde etkili olabileceği düşünülmektedir. D vitamini eksikliği olan (koyu tenli ya da yeterli güneş ışığı almayan) bireylerde D vitamini takviyesi psikoza duyarlılığı azaltabilmektedir. Folat metabolik yolağında belirli genetik varyantları olan hastalar arasında, folat ve B12 takviyesi, özellikle negatif semptomlar üzerine etkili olabilmektedir. Diğer vitaminlerin tedaviye etkisi ile ilgili daha az kanıt olmasına, hatta bazı bulguların birbiriyle çelişmesine rağmen, vitaminlerin genellikle güvenli ve tolere

edilebilir olduğu düşünölmektedir. Bazı araştırmacılar yüksek dozda vitamin alımını kanser riskinin yükselmesiyle ilişkilendirse de, bazı çalışmalar tarafından reddedilmektedir (Brown ve Roffmann, 2014).

### **2.8.3. Elektrokonvulsif Terapi (EKT)**

EKT şizofreni hastalarının ilaç tedavilerine yanıt alınmadığında ve hastalık belirtilerinde hızlı düzelme beklendiğinde kullanılan alternatif bir tedavi yöntemidir. şizofreni tedavisinin ilk epizodunda tek başına antipsikotik ilaç tedavisine göre EKT-antipsikotik kombinasyonunda daha iyi sonuçlar elde edilmiştir. Yapılan çalışmalarda belirtilen görüşlere göre EKT' nin şizofreni hastalığında etkisinin, diğer tedavi yöntemlerine göre tedaviye yanıtı hızlandırdığı yönündedir (Soygür, 2007; Öztürk, 2008).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) 2010 yılında, yayınladığı "şizofreni Hastalarının Tedavisi İçin Uygulama Kılavuzu'nda" hastaların tedavisi için gösterilen çabaların bütüncül ve çok yönlü olması, hastanın bireysel yanıtına ve gidişine uygun olarak ayarlanmasının önemli olduğu vurgulanmaktadır. şizofreninin tedavisinde tam bir iyileşmenin olmaması toplumda tedavisi olmayan bir hastalık olarak görülmesine rağmen bu görüşün yanlış olduğu belirtilmiştir (Taşkın, 2007).

şizofreni tedavilerinin daha fazla bireyselleştirilerek, hastaya özel tedavi olanakları düzenlenip uygulanarak, birlikte yaşadığı ailesi, iş çevresi ve toplumla bir bütün halinde değerlendirilmesi, topluma daha fazla entegre hale getirilmesi ve bunun için ekip çalışması kapsamında tedavi ekibi yanında , hasta ve ailesi, kamu kurumları, sivil toplum kuruluşları ile iş birliği içerisinde psikososyal müdahaleler daha fazla kullanılarak çok yönlü ve kaliteli bakım sunulması iyileşmede süreklilik sağlanmalıdır (Aricioğlu, 2010; Arslantaş ve Adana, 2011).

### **2.9. şizofreni ve Sosyal İşlevsellik**

İşlevsellik, kişinin bedensel veya zihinsel kısıtlamaları olmadan sosyal yaşamdaki rollerini yerine getirebilme düzeyidir (Bowling, 1993). İşlevsellik genel anlamıyla bağımsız yaşayabilme becerisi, çalışabilme, kişilerarası ilişkilerini sürdürebilme, kişinin öz bakımını bağımsız yapabilmesi olarak belirtilmektedir. Sosyal

işlevsellik ise bireylerin çevresiyle etkileşimini ve iş, sosyal aktiviteler, partner ve aile ile ilişkilerini gerektiği gibi yerine getirebilmesi olarak tanımlanmaktadır (Bosc, 2000).

Şizofreni hastalarında, hastalık nedeniyle çalışabilme, kişilerarası ilişkiler kurabilme, bağımsız yaşayabilme gibi erişkin yaşamın yeterlilikleri gelişemez veya var olan kapasiteleri zarar görür. Sosyal işlevsellikte bozulma olarak tanımlanan bu durum aynı zamanda şizofreninin tanısal ve hastalık boyunca süren bir özelliğidir (Kırpınar ve Oral, 2012).

Sosyal işlevsellik teriminin son yıllarda yaygın olarak kullanılmasına rağmen tanımı hakkında fikir birliği sınırlıdır. Sosyal işlevsellik sıklıkla "sosyal performans", "sosyal uyum" (bireyin kişilerarası, sosyal ve kültürel kurallara uygun olarak yaşayabilme yeteneği) "sosyal yeterlilik" (bireyin sosyal çevresine olumlu davranış gösterme yeteneği) gibi çeşitli benzer ve örtüşen kavramlar birbirlerinin yerlerine kullanılmaktadır (Burns ve Patrick, 2007).

Şizofreninin hastalar için yarattığı en büyük engellerden birisi, sosyal işlevselliği zayıflatması ve toplum içinde yaşamı zorlaştırmasıdır. Şizofreni hastaları kişilerarası ilişkilerini devam ettirebilmesi, bağımsız yaşayabilmesi, sosyal rollerini yerine getirebilmesi, kişilerarası ilişkilerini sürdürebilmesi, çalışabilmesi ve özbakım ihtiyaçlarını karşılayabilmesi gibi işlevsellik alanlarında güçlükler yaşamaktadırlar (Eren, 2007; Patel ve ark., 2014). Corrigan ve ark. (2005), yapmış oldukları çalışmada da şizofreni hastaları; aile ilişkilerinde, kişilerarası ilişkilerini sürdürmede, bir işte çalışabilmelerinde, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede güçlükler yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Şizofreni hastalarının ciddi bir kısmı yaşamları boyunca kronik ya da dönemsel olarak kişisel, sosyal ve mesleki işlevsellik kaybı yaşamaktadırlar (Kawata ve Revicki, 2008). Sosyal işlevsellikte bozulma yaşayan şizofreni hastalarında yeniden nüksetme oranı daha yüksektir ve semptom şiddetinin artmasıyla prognoz kötüleşmektedir (Pinkham ve ark., 2003 ; Brown ve ark., 2012).

Şizofreni hastalarının işlevselliklerinin değerlendirilmesi, iyileşmenin değerlendirilmesi açısından önemli bir ölçüttür (Mantovani ve ark., 2015).

Söğütü ve ark. (2017), yapmış oldukları çalışmada sadece ilaç tedavisi alan psikososyal müdahale uygulanmayan şizofreni hastalarına uygulanan sosyal işlevsellik ölçeği sonuçlarına göre, hastaların sosyal işlevsellik düzeylerinin kötü olduğu saptanmıştır. Şizofreni hastalarında özbakım yetersizliklerinin özgüven kaybına yol açmasıyla toplumsal ilişkilerinden uzaklaşması sonucu işlevsellik düzeyleri olumsuz yönde etkilenmektedir (Saruç ve Kılıç, 2015).

Brissos ve ark. (2011), 76 şizofreni hastasının sosyal işlevsellikleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri çalışmalarında şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik düzeylerinin düşük olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca sosyal işlevsellik düzeyi düşük olan hastaların içgörülerinin olmadığı ve semptomlarında daha şiddetli olduğu belirtilmiştir.

Malezya' da 258 şizofreni hastasının yaşam kalitesi ve sosyal işlevsellik düzeylerinin araştırıldığı çalışmada, hastaların sosyal işlevsellik düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin düşük olduğu bildirilmiştir (Mubarak, 2005).

Coşkun ve Altun, (2018), şizofreni hastalarının umut düzeyleri ile işlevsel iyileşme arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmalarında şizofreni hastalarının işlevsellik düzeylerinin düşük olduğunu bildirmişlerdir. Şizofreni hastalarına klinikte uygulanan ruhsal eğitimin ve taburculuk sonrası yapılan izlem çalışmasının sosyal işlevselliğe olan etkisinin araştırıldığı karşılaştırılmalı çalışmada, ruhsal eğitim almayan kontrol grubu hastaların sosyal işlevsellik düzeylerinin kötü olduğu ve izlem süresinde de giderek düştüğü belirtilmiştir (Özkan ve ark., 2013).

Şizofrenide yapılan çalışmalarda farmakolojik tedavinin semptomların belirgin olarak ortadan kalkmasını sağlamasıyla birlikte sosyal işlevsellikteki kalıcı bozulmaların devam ettiğini göstermektedir (Schennach-Wolff ve ark., 2009).

Şizofrenili bireyde işlevsel iyileşmenin sağlanması; semptom kontrolünün yanında bilişsel performans ve sosyal işlevselliğinde iyileşmesi sonuçlarını içermektedir (Emiroğlu, 2009). Sosyal işlevsellik kavramı iki temel unsurdan oluşmaktadır:

- Bireyin kendisine bakabilmesi ve günlük faaliyetlerini sürdürebilme becerisi,

- Bireyin sosyal yaşama uyum sağlayabilmesi için gerekli tüm sosyal becerilerin kazanılmasıdır (Velligan ve ark., 2000).

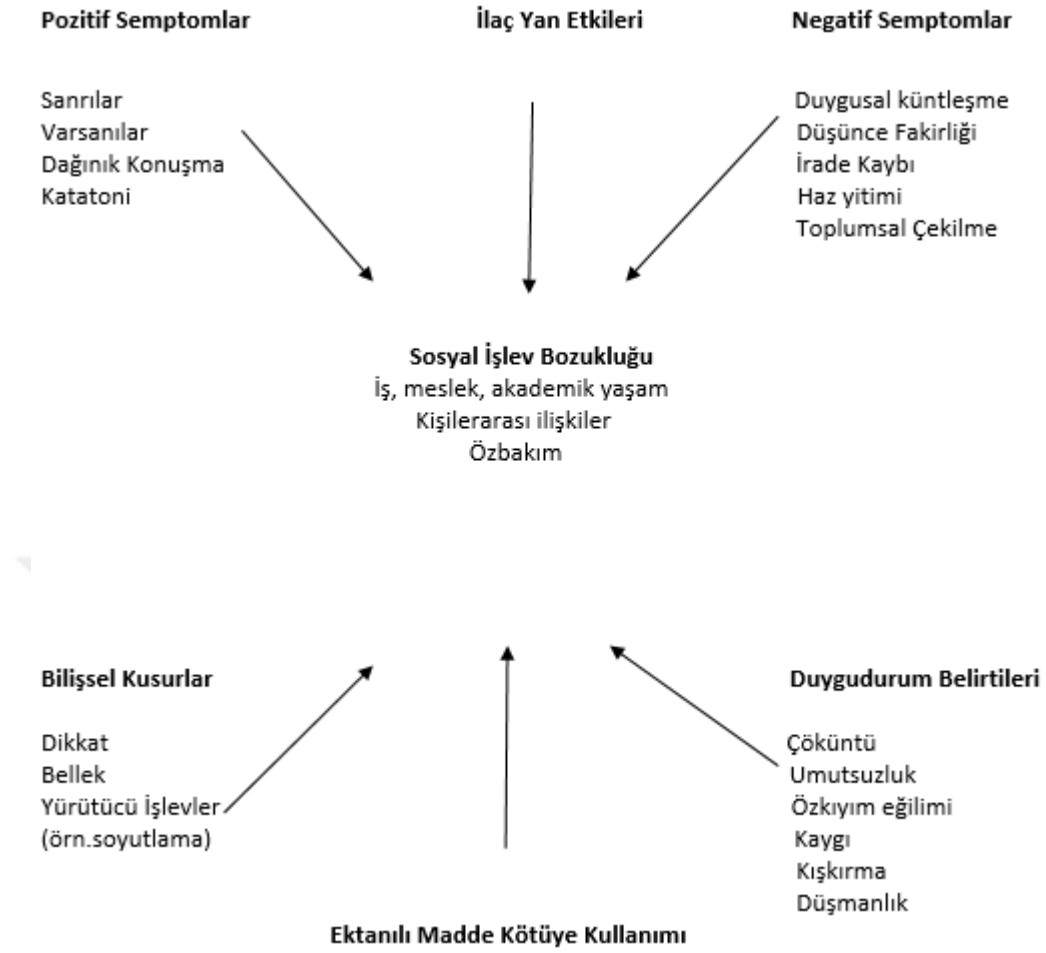
Şizofrenide sosyal işlevsellikte bozulmanın olması hastalığın tanımlayıcı ve hastalık boyunca süren özelliklerinden birisidir (Erbaydar, 2010). Klinisyenler psikotik rahatsızlıklarda tanı konusunda emin olamadıklarında hastalığın bireydeki genel işlevselliği üzerindeki etkilerine bakmaktadırlar. Şizofreni tanısı konulabilmesi için hastanın işlevselliğinde gerileme, iş, toplumsal ilişkiler, akademik yaşantı ve kendine bakım gibi bazı alanlarda hastalık öncesine göre bir gerileme ve yıkım olması gerekmektedir (Öztürk, 2008; Yıldız, 2005).

Şizofreni hastalığının başlangıcında ilk olarak; okul başarısında düşme, arkadaş ilişkilerinin bozulması, öz bakımının bozulması, bireyin iç dünyasına kapanması ve kendi oluşturduğu dünyasında yaşamaya başlaması ile olur ve giderek hastanın işlevsellik alanlarında bozulmalar meydana gelmektedir (Shives, 2008; Gülseren, 2010). Bu bozulmaların olması bireyin bağımsız yaşamasını engellemekte ve yaşam kalitesini azaltmaktadır (Kaya, 2013).

Şizofreni hastasının kişilerarası ilişkilerde tutumları, günlük ve sosyal aktivitelere katılımı, bağımsız yaşama becerilerini gerçekleştirmeleri, mesleki sorumluluk ve rollerini yerine getirme durumu, hastaların sosyal işlevselliklerini değerlendirmede önemli faktörlerdir (Kaya, 2013). Sosyal işlevselliğin temel unsurlarından olan bu alanlarda bozukluğun olması hastanın sosyal işlevselliğinin kötüye gittiğinin göstergesidir (Gülseren, 2010; Shives, 2008).

Sosyal işlevsellik, hastalığın pozitif ve negatif semptomlarından, duygudurum bozukluklarından ve çevresel etmenlerden etkilenmektedir (Anlar, 2009). Şizofrenide görülen negatif belirtiler, sosyal işlevsellikte bozulmanın hem toplumda hem de alt boyutlarında en önemli yordayıcısıdır (Robertson, 2014).

**Şekil 1: Sosyal işlev bozukluğunu etkileyen etmenler**



Şekil 1’de görüldüğü gibi şizofreni hastalığında görülen klinik semptomlar hastanın işlevselliğinde azalma ve bozulmalara neden olmaktadır. Hastalıkta görülen pozitif, negatif semptomlarla birlikte hastanın yaşadığı bilişsel kusurlar ve duygudurum bozulmalarının olması, ilaç yan etkileri ve madde kullanımı ile birlikte hastanın işlevsellik alanı önemli ölçüde etkilenmektedir. Hastanın işlevselliğinde ortaya çıkan bozukluklar sonucu kişinin iş, meslek hayatı, akademik başarısı, özbakımı, kişilerarası ilişkilerinde bozulma ve iletişim yetersizliği gibi sorunlara neden olarak sosyal işlevselliği bozulmaktadır (Lieberman, 2011).

Şizofreni kronik ve yeti yitiminin geliştiği bir hastalık olmasına rağmen uzun süreli izlem çalışmalarında hastalığa sahip bireylerin önemli bir kısmında iyileşme görüldüğü belirtilmiştir (Zipursky ve ark., 2013).

Ruhsal hastalıklarda iyileşme süreci, hastaların bağımsızlıklarını kazanması, günlük yaşam becerilerini yerine getirebilmesi, toplum ile bütünleşmesi, işlevsellik

düzeylelerinin yükselmesi ve yaşamdan doyum almasını içermektedir (Lieberman, 2008). İyileşme sürecinin adımları; bireylerin yeti yitimlerinin azaltılması, bağımsız yaşama becerilerinin geliştirilmesi, mesleki ve toplumsal işlevsellik düzeylerinin yükseltilmesiyle normal bir birey gibi yaşamlarını sürdürmeleri için kapsamlı ve uzun süreli destek ağlarının oluşturulmasıdır (Lieberman, 2011 ; Çam, 2014). Geleneksel tıbbi modelde şizofreni hastaları için iyileşme ölçütleri ise; hastaların sosyal işlevsellik düzeyinin iyi olması, bağımsız yaşama becerilerinin sürdürülmesi, çalışabilmesi, sosyal destek ağlarının olması, semptom remiyonunun sağlanması veya kontrol edilmesi olarak belirtilmiştir (Watkins, 2007; Lunt, 2002 ve Savaşan, 2015). Şizofreni tedavisinde iyileşmeyi, belirtilerin azalmasıyla değerlendiren geleneksel düşünceden farklı olarak toplum temelli çağdaş düşünce, hastanın sosyal işlevselliğinin artırılması, kişilerarası ilişkilerin düzeltilmesi, istihdamının ve bağımsız yaşama becerilerinin sağlanmasının iyileşmenin temel öğeleri olduğu bildirilmiştir (Whitley, 2012).

Şizofreni hastaları da, iyileşmeyi anlamlı aktivitelere katılımlarının olması, hastalık öncesi işlevselliklerine geri dönebilmeleri, bağımsız yaşama becerilerinin tekrar kazanılması ve kişilerarası ilişkilerini sürdürebilmeleri olarak tanımlamışlardır (Drake ve Whitley, 2014).

Kaewprom ve ark. (2011), Tayland' da yaptıkları çalışmada psikiyatri hemşirelerinin şizofreni hastalarında iyileşmeyi, hastalık semptomlarının düzelmesi, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme ve psikososyal fonksiyonlarını yerine getirebilmeleri olarak tanımladıklarını bildirmişlerdir.

Şizofrenide iyileşme kavramı, yapılan çalışmaların sonuçlarına göre belirtilerin varlığında bile gerçekleşen küçük adımların yolculuğu olarak belirtilmiştir (Mancini ve ark., 2005).

Şizofreni tedavisinde bireyin işlevsellik düzeyinin yükseltilmesi tedavinin temel hedeflerinden birisi haline gelmiştir (Pazvantoğlu, 2014). Şizofreni hastalarında belirtilerin iyileştirilmesine rağmen sosyal işlevsellikteki bozulmanın devam etmesi, sosyal işlevselliğin değerlendirilmesi ve izlenmesinin önemini ortaya koymaktadır (Lambert ve ark., 2010; Karow ve ark., 2012).

### 2.9.1. Şizofrenide sosyal işlevsellik ile ilişkili faktörler

Şizofrenide sosyal işlevsellik ile ilişkili olan veya sosyal işlevselliği etkileyen bazı sosyodemografik özellikler ve hastalığa ait faktörler de bulunmaktadır. Bu faktörler aşağıdaki başlıklarda incelenmiştir.

#### *Yaş*

Ruh sağlığı ve anksiyete bozukluklarının başlama yaşı, diğer tıbbi durumlara göre daha erken yaşta kendini göstermektedir. Bu hastalıklar psikolojik ve sosyal gelişim için oldukça kritik tablolar göstermekte olup eğitimin yarım kalması, kariyer yapamama ve ilişki kuramama gibi durumlara sebep olmaktadır (Patten, 2017).

Şizofreni nörogelişimsel bir hastalık olarak düşünülse de, dejeneratif bir proses ya da statik bir ensefalopati olmadığı hala kesinleşmemiştir. Bazı araştırmacılar şizofreninin, özellikle ileri yaşta, erken evrede görülen dejeneratif benzeri proseste, kısmen stabil nöropsikolojik bozukluklarla karakterize olduğunu ileri sürmektedir. Bir başka grup araştırmacı ise hastalık öncesi dönemden hastalığın kronikleşmesine kadar devam eden, bilişsel fonksiyonlar, öğrenme gibi farklı konularda görülen bir nöropsikolojik bir yıkımdan söz etmektedir. İleri yaşlarda ise motor fonksiyonlarda konuşma bozukluğu, geç hatırlama gibi bozukluklar görülürken yaşam boyu sosyal bilişsellik sabit kalmaktadır.

Hastalığın başlama yaşı da şizofrenide bilişsel bozukluklarda önemli bir determinanttır. Erken yaşta şizofreni görülen hastaların bilişsel domainleri daha zayıf olup, geç yaşta hasta olan bireylere kıyasla farklı bir klinik tablo göstererek beyinlerinde parietal gri madde kaybı görülmektedir (Linke ve ark., 2015).

Caldiroli ve ark. (2018), sosyal bilişsel bozuklukları değerlendirmek ve hastalığın başlama yaşına ilişkin klinik değişkenleri belirleyebilmek için 35 şizofreni hastasıyla yapmış oldukları çalışmada, erken yaşta hasta olan grubun, daha zayıf işlevselliğe ve daha tehlikeli bir nöropsikolojik duruma sahip olduğunu bildirmişlerdir.

316 şizofreni hastasının uzun dönem işlevsel sonuçlarının değerlendirildiği çalışmada, şizofreni hastalarının sosyodemografik özelliklerinden olan yaş ile sosyal işlevsellik arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (Kebede ve ark., 2019)



Immonen ve ark. (2017), hastalığın başlangıç yaşının, şizofreni üzerindeki etkilerini inceledikleri sistematik derlemede, hastalığın başlangıç yaşının erken olduğu şizofreni hastalarının sosyal/mesleki işlevselliklerinin daha kötü olduğunu bildirmişlerdir.

Sosyal işlevsellik ölçeğinin Almanca geçerlik güvenirlik araştırmasının yapıldığı çalışmada katılımcıların 101'i şizofreni hastası 101 tanesi de toplum örnekleminde sağlıklı bireyler seçilerek kontrol grubu oluşturulmuştur. Yürütülen çalışmanın sonuçlarına göre hastaların yaşının sosyal işlevselliği etkilemediği bildirilmiştir (Iffland ve ark., 2015).

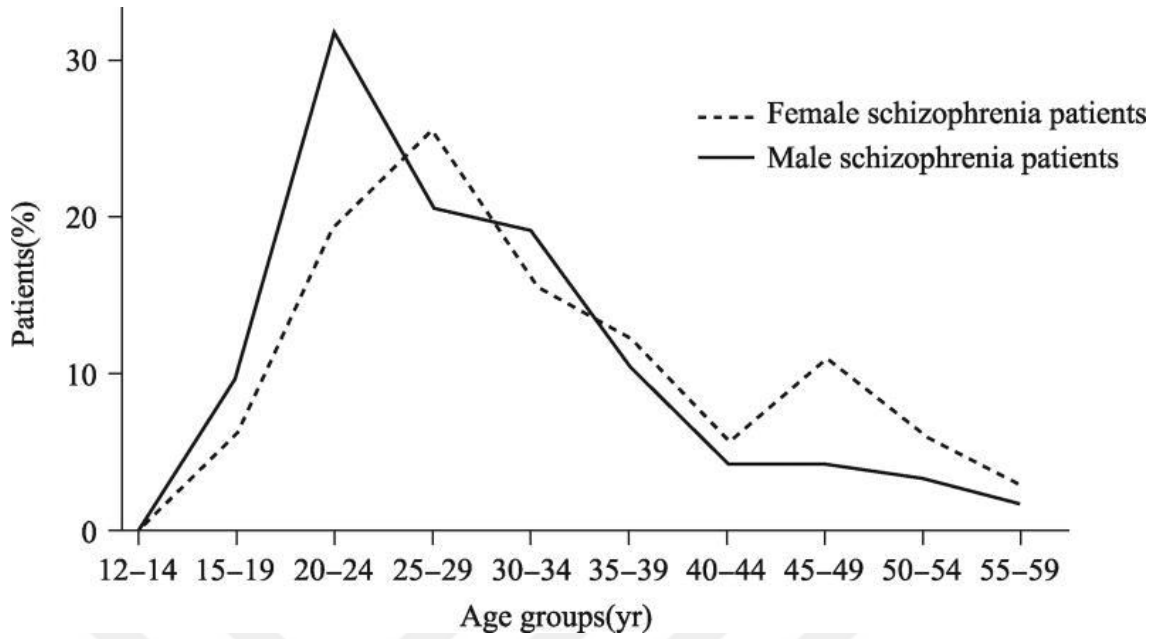
Martin ve ark. (2015), yaptıkları bir çalışmada, duygusal olan ve olmayan psikozların sosyal işlevsellik bozukluklarıyla alakalı olduğu, ancak bu işlevsellik türlerinin yaşa bağımlı olarak ne kadar çeşitlendiğinin kesin olarak ortaya konamadığı belirtilerek şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve psikotik bipolar bozukluk hastalarında sosyal işlevsellik ve yaş arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Çalışma sonucunda, şizofreni hastaları en düşük sosyal işlevselliği gösterirken, psikotik bipolar bozukluğu olan bireyler en yüksek işlevselliğe sahip olduğu raporlanmıştır. Ayrıca ileri yaşlardaki bireylerde, sosyal işlevselliğin daha az olduğu tespit edilmiştir.

### ***Cinsiyet***

Akıl hastalıklarında cinsiyet farkı, psikiyatride en ilgi çekici konulardan biridir. Örneğin, prevalans, semptomatoloji, risk faktörleri ya da hastalığın gidişatı, cinsiyete göre farklılık gösteren konulardır. Günümüzde, anksiyete bozukluklarının ömürlük prevalansının erkeklerde daha düşük olduğu, şizofreniye yakalanma yaşının ise kadınlarda daha yüksek olduğu bilinmektedir (Rössler, 2017).

Li ve ark. (2016), yaptığı bir çalışmada, şizofreninin başlama yaşı, semptomları ve tedavisinin cinsiyet ile etkileşimi ele alınmıştır. Şizofreninin erkeklerde ve kadınlardaki prevalansı benzer olsa da, kadınların hastalığa yakalanma yaşı erkeklerden 3-5 yıl sonradır. Hastalığın başlama yaşının cinsiyete göre dağılımı Şekil 2'de verilmiştir (Li ve ark., 2016).

Şekil 2: Şizofreni başlama yaşının cinsiyete göre dağılımı



Şizofreni semptomlarında cinsiyet farkı da tespit edilmiştir. Örneğin, şizofreni hastası erkeklerin daha fazla negatif semptom gösterdiği ve içe kapanma, madde kullanımı, duygu karmaşası gibi semptomları kadınlara kıyasla, daha ciddi bir şekilde yaşadığı belirtilmiştir. Kadınlarda görülenler ise daha çok ruh halinde dengesizlik, depresif ve duygusal semptomlardır. Ayrıca, hastalığa ileri yaşta yakalanan kadınların daha az negatif semptom gösterdiği bildirilmiştir.

Cinsiyet farkının ilaç tedavisine verilen cevaba etkisini bilmek ilacın dozu ve yan etkilerinin anlaşılması açısından önemlidir. Yapılan çalışmada kadınların ilaç tedavisine daha iyi yanıt verdiği, %50 oranla daha az hastaneye yattığı belirtilmiştir. Erkeklerde karaciğerden enzimatik atılım daha fazla olduğu için, erkeklerde daha yüksek dozlara ihtiyaç duyulmuştur.

Şizofreni hastalığı olan kadınların sosyal ölçek puanlarının daha iyi olduğunun ve sosyal işlevselliklerinin erkek hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Kadın hastaların sosyal işlevselliklerinin daha iyi olmasının; kadınların hastalık başlangıç yaşının daha yüksek olmasıyla bağlantısı olabileceği belirtilmiştir (Ochoa ve ark., 2012).

Şizofreni hastalarında cinsiyet farklılıkları ve cinsiyet farklılıklarına etki eden psikososyal faktörlerin araştırıldığı sistematik derlemede, erkek şizofreni hastalarının

sosyal işlevselliklerinin kadın şizofreni hastalarından daha düşük olduğu saptanmıştır (Rössler ve ark., 2018).

Turkmen ve ark. (2018), 170 Psikiyatri hastasında sosyodemografik özellikler, içsel damgalama ve sosyal işlevsellik arasındaki ilişkiyi belirlemek için yaptıkları çalışmada sosyal işlevsellik kadın hastalarda, erkek hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Şizofreni hastalarının fonksiyonel iyileşmeleriyle sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmada, kadın şizofreni hastalarının sosyal işlevselliğinin erkek hastalardan daha iyi olduğu bildirilmiştir (Spellmann ve ark., 2012).

Galderisi ve ark. (2012), şizofreni ve şizoaffektif bozukluğu olan 295 hastanın cinsiyet farklılıklarının sosyal işlevselliğe etkisinin araştırıldığı çalışmada, cinsiyetin sosyal işlevselliği etkilemediği bildirilmiştir.

Şizofrenide sosyal işlevselliği yordayan etmenlerin araştırıldığı çalışmada, hastaların cinsiyeti ile sosyal işlevsellik arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanamadığı belirtilmiştir (Erol ve ark., 2009).

44 şizofreni tanısı olan hastalarda semptomatolojinin sosyal işlevsellik üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmada, hastaların sosyodemografik özelliklerinden olan cinsiyet ile sosyal işlevsellik arasında bir ilişki saptanamamıştır (Tatlıdil ve ark., 2009).

316 şizofreni hastasının uzun dönem işlevsellik sonuçlarının değerlendirildiği çalışmada da hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi sosyodemografik özellikleri ile sosyal işlevsellik arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanamadığı bildirilmiştir (Kebede ve ark., 2019).

### *Medeni durum*

Evlilik sosyal bir kurum olup akıl sağlığı üzerindeki etkisi toplumdan topluma değişmektedir. Evliliğe önem verilen topluluklarda evli olmak, depresyon, aksiyete, intihar riski ve madde kullanımı ortalamasını düşüren bir faktör olarak değerlendirilir. Akıl sağlığı ile medeni durum arasındaki ilişkiyi açıklamak için iki model kullanılır: Nedensellik ve seleksiyon. Seleksiyon modeli, sağlıklı ve sosyal ortamlarda daha çok kabul gören bireylerin evlenmeye ve evli kalmaya daha yatkın olduğunu öne sürmektedir. Nedensellik modeline göre ise evlilik, taraflara belirli faydalar sağlar. Kısa süre içinde boşanıp tekrar evlenmek akıl sağlığına zararlıdır. Yeniden evlenmek akıl sağlığını olumlu yönde etkiler; ancak bu etki ilk evlilikten daha azdır. Hiç evlenmemiş ve birlikte yaşayan bireyler, sosyal normlar ve seleksiyon faktörleri açısından ilgi odağı olmuşlardır. Sosyal destek, ilişkilerin akıl sağlığını etkileme mekanizmasını oluşturmaktadır (Spiker, 2014).

Li ve ark. (2015), 817 şizofreni hastası üzerinde yaptıkları bir araştırmada, şizofreni hastalarındaki sosyal işlevselliğin medeni durum ile ilişkisini incelemişlerdir. Yapılan çalışma sonucunda evli bireylerin sosyal işlevselliğinin, boşanmış ya da hiç evlenmemiş bireylerden önemli ölçüde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Eş müdahalesi ve desteği olan şizofreni hastalarının toplumsal işlevselliklerinin ve yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Çin'de 510 şizofreni hastası üzerinde yapılan bir çalışmada evlilik hayatının sosyal desteği (aile desteğini) teşvik ettiğini, evli olmayan erkeklerin hastalıktan daha çok etkilendiğini ortaya koymuştur. Ayrıca evli olan şizofreni hastalarının tam veya kısmi remisyona sahip olduğu, istihdam düzeylerinin daha iyi olduğu ve daha düşük psikiyatrik semptomatolojilerinin olduğu bildirilmiştir (Ran ve ark., 2017).

Abdel-Baki ve ark. (2011) 142 şizofreni hastasıyla yapmış oldukları çalışmada hiç evlenmemiş hastaların, evli veya boşanmış hastalara göre sosyal işlevsellik düzeylerinin daha kötü olduğu bildirilmiştir.

Şizofreni tanılı hastalarda semptomatolojinin sosyal işlevsellik üzerine etkisinin araştırılışı çalışmada hastaların medeni durumu ile sosyal işlevsellik arasında bir ilişkiye rastlanmadığı bildirilmiştir (Tatlıdil ve ark., 2009).

Turkmen ve ark. (2018), yaptıkları çalışmada 170 kronik psikiyatri hastasında sosyodemografik özellikler, işsel damgalama ve sosyal işlevsellik arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre sosyal işlevselliğin medeni durumdan etkilendiği, evli olan hastaların sosyal işlevselliğinin bekar veya boşanmış hastalara göre daha iyi olduğu tespit edilmiştir.

Sosyal işlevsellik ölçeğinin Almanca geçerlik güvenirlik araştırmasının yapıldığı çalışmada medeni durumu evli olan hastaların, boşanmış veya bekar olan hastalardan sosyal işlevselliğinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (Iffland ve ark., 2015)

### ***Çalışma durumu***

Ruhsal hastalıklara karşı sosyal farkındalığın olmayışı ve damgalamanın olması resmasyon aşamasındaki hastalar için iş bulmada zorluklara neden olmaktadır (Zaprutka ve ark., 2015). Çalışma durumu ve çalışma koşulları ile mesleki hastalıklar, bireyin kendini sağlıklı hissetmesi, yetersiz fizik ve ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi kanıtlayan çalışmalar mevcuttur (Blanquet ve ark., 2017).

Şizofreni hastalarında istihdam oranı %4,5 ile %50 arasında değişmektedir (Bouwman ve ark., 2015). DSM şizofreni tanı ölçütlerinde toplumsal/mesleki işlev bozukluğunun bulunması hastalığın çalışma yaşamını etkilediğinin önemli bir göstergesidir. Avrupa' da şizofreni hastalarının işsizlik oranının araştırıldığı çalışmada, işsizlik oranının %40-93 arasında olduğu, yaşam boyu hiç çalışmamış şizofreni hastalarının ise %1-39 oranında olduğu saptanmıştır (Marwaha ve ark., 2007). Şizofreni hastalarında işsizlik oranının yüksek olması durumu destekler niteliktedir (Marwaha ve Johnson, 2004).

Yıldız ve ark. (2010), şizofreni hastalarının nüfus ve klinik özelliklerini araştırdığı çok merkezli kesitsel bir çalışmada, hastaların %56' sının çalışmadığını bildirmişlerdir. Şizofreni ve şizoaffektif hastalık tanısı almış 100 hastanın çalışma yaşamının incelendiği araştırmada hastaların %14' ünün yaşamları boyunca iş deneyimine sahip olmadıkları, % 39 hastanın hastalık öncesi hiçbir iş deneyiminin olmadığı saptanmıştır (Kaytaç ve ark., 2017).

Şizofreni hastalarının çalışabilme durumları sosyal işlevsellikle ilişkili olmasının yanında, bazı çalışmalarda işlevselliğin değerlendirilmesinde tek ölçüt olarak kabul edilmektedir (Carmona ve ark., 2017).

Çalışma durumu olan şizofreni hastalarının, negatif ve depresif belirtilerinde azalma görülürken, kişilerarası ilişkilerini geliştirmesi, sosyal rollerini yerine getirmesi, boş zamanlarını iyi değerlendirerek yaşam kalitelerini arttırdığı belirlenmiştir (Öz ve Barlas, 2017).

Şizofreni hastalarında çalışma durumunun yaşam kalitesine etkisinin incelendiği çalışmada, bilişsel fonksiyonlar, fonksiyonel kapasite, çalışma durumu, psikiyatrik semptomlar ve yaşam kalitesinin birbiriyle ilişkisi ele alınmıştır. Bulgulara göre çalışma durumu şizofreni hastalarında sosyal işlevselliğin bir domaini olan fonksiyonel kapasite için önemli bir parametre olduğu belirtilmiştir. Sosyal işlevsellik düzeyinin düşük olması hastaların günlük aktivitelere katılımında zorluklar yaşamasına ve iş hayatında verimsizliğe yol açtığı bildirilmiştir (Fujino ve ark., 2016).

Üçok ve ark. (2012), Avrupa'da 11 farklı merkezde 295 şizofreni hastasıyla yaptığı çalışmada hastaların istihdam düzeyi ve çalışma durumunun hastalığın semptomları, işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini incelemişlerdir. Araştırmanın sonucunda, çalışma durumunun işlevselliği olumlu yönde etkilediği ve istihdamın işlevselliğin önemli bir bileşeni olduğunu bildirmişlerdir.

Çin' de 90 şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanısı alan hastaların destekli istihdam kapsamında işe alımlarının işlevsellikle ilişkisinin değerlendirildiği çalışmada, işe başlamadan önce genel işlevsellik düzeyleri düşük olan hastaların, işe başladıktan sonra uygulanan ölçek değerlendirmeleri sonucu sosyal ve mesleki işlevsellik puanlarında anlamlı bir artış saptandığı bildirilmiştir (Au ve ark., 2015).

Brissos ve ark. (2011), 76 şizofreni hastasının yaşam kalitesi ve sosyal işlevsellikleri arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri çalışmada bir işte çalışmayan hastaların, çalışan hastalara göre sosyal işlevsellik düzeylerinin daha kötü olduğunu bildirmişlerdir.

1993-2013 yılları arasında şizofreni hastalarına sağlanan istihdamın hastalığın iyileşme süreçlerine etkisinin araştırıldığı çalışmaların incelendiği literatür taramasında

şizofreni hastalarına sağlanan istihdam sonucu, hastaların sosyal işlevselliklerinde ve yaşam kalitelerinde anlamlı artış sağlandığı bildirilmiştir (Charzynska ve ark., 2015).

Anlar ve ark. (2009), hastaneden 343 şizofreni hastasının ruhsal durumlarının, işlevsellik düzeylerini ve etkileyen faktörleri araştırdıkları çalışmada, çalışan hastaların işlevselliğinin daha iyi olduğunu bildirmişlerdir.

Erol ve ark. (2009,) şizofreni hastalarında sosyal işlevselliği yordayan etmenleri araştırdıkları çalışmada, son altı ay içerisinde bir işte çalışan hastaların, bir işte çalışmayan hastalara göre negatif belirtilerinin anlamlı olarak düşük olduğu ve sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının çalışan hastalarda daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

### ***Sigara, alkol, madde kullanımı***

Ulusal Ekonomik Araştırma Bürosu, ruh sağlığı bozukluğu ile tanılanan bireylerin hayatlarının en azından bir bölümünde madde kullandığını açıklamıştır. Bu oranlardan bazıları %69 alkol, %84 kokain ve %68 sigara şeklindedir. Bu durum, madde kullanımı ve akıl hastalıkları arasında bağlantı olduğunu göstermektedir (Dual, 2018).

Şizofreni hastalarında sigara kullanımının yaygınlığı, genel popülasyona göre yüksektir. Yıldız ve ark. (2010), yapmış oldukları çalışmada şizofreni hastalarının sigara kullanım yaygınlığının %57 oranında olduğunu bildirmişlerdir. Sigara kullanımının şizofreni hastalarında yüksek olmasının sebebi olarak, sigaranın beyindeki dopaminerjik aktiviteyi kısmen de olsa arttırması gösterilmektedir. Sonuç olarak, stimulan etkiler nedeniyle sigara tüketimi sonucu davranışlar güçlenmektedir. Buna göre sigara, dopamin salınımını indükleyip yıkımını inhibe ederek dopaminerjik aktiviteyi güçlendirmektedir. Öte yandan sigara tüketen bireylerde antipsikotiklerin atılımının daha hızlı olduğu, bu nedenle sigara içenlerde ilaç dozajını arttırmanın önemi vurgulanmıştır (Sagud ve ark., 2009).

Sigara içiminin mesleki ve toplumsal işlevsellikte bozulmalar sonucu ortaya çıkan öfke ve yalnızlıkla başa çıkmanın bir yolu olduğu belirtilmiştir (Ziedonis ve ark., 2003)

Iasevoli ve ark. (2013), yaptıkları çalışmada tedaviye dirençli şizofreni hastalarında tütün kullanımının, semptom şiddetinin arttığını, problem çözme becerilerini azalttığını ve sosyal işlevselliklerini kötüleştirdiğini bildirmişlerdir.

Şizofreni, şizoaffektif ve sanrılı bozuklukta sigara tüketimi ve ilişkili etmenlerin araştırıldığı çalışmada, sigara içen şizofreni hastalarının hastaneye yatış sayısı, süresi ve şiddet eğiliminin fazla olmasıyla işlevsellik düzeylerinin kötü olduğu bildirilmiştir (Boşgelmez ve Yıldız, 2017).

Bipolar bozukluk ve şizofreni hastalarında sigara içmenin işlevsellikle ilişkisinin araştırıldığı çalışmada geçmişte sigara içmiş ve şimdi içmeye devam eden hastaların işlevselliğinin, yaşamları boyunca sigara içmemiş hastalardan daha kötü olduğu bildirilmiştir. Ayrıca şizofreni hastalarında sigara içme oranının, bipolar bozukluğu olan hasta grubundan iki kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Depp ve ark., 2015).

Sigara kullanan şizofreni hastaları ile sigara kullanmayan şizofreni hastalarının karşılaştırıldığı çalışmada, sigara kullanan hastaların negatif belirtilerinin, sosyal ve kognitif fonksiyonlarının sigara kullanmayan hastalardan daha iyi olduğu bildirilmiştir (Karayılan, 2015).

Wing ve ark. (2011), şizofreni yapmış oldukları karşılaştırmalı çalışmada ise sigara için grubun, sigara içmeyen gruba göre bilişsel yeterliliklerinin ve sosyal performans düzeylerinin daha iyi olduğunu bildirmişlerdir.

Alkol kullanım bozukluğu (AKB) da şizofrenide yaygın bir durumdur. Şizofreni hastalarında AKB'yi önemli kılan birkaç sebep vardır. Hastalarda AKB; daha fazla psikotik semptom, daha ciddi depresif belirtiler, tedaviye uyumun azalması, hücre ölümünün artması, şiddete, suça ve intihara eğilim gibi klinik tabloları kötüleştirmekte; bu da boşanma, işsizlik, hastanede daha uzun süre yatma gibi negatif psikososyal durumları arttırmaktadır (Koskinen ve ark., 2009).

Şizofreni hastalarının neredeyse yarısında madde kullanım bozukluğu (MKB) görülmektedir. MKB'nin şizofreni hastalarında klinik tabloyu ağırlaştırdığı ve ölümü hızlandırdığı bilinmektedir. Ayrıca MKB'nin genel popülasyonda yayılmasının da şizofreniye yakalanma riskini arttırdığı düşünülmektedir. Madde kullanım bozukluğu olan bir bireyde sağlıksız yaşam, yeti yitimi, eğitimini yarıda bırakma, çalıştığı işten



atılma gibi olumsuz sonuçlarla bağlantılı olarak sosyal işlevselliği de bozulmaktadır (Karataşoğlu, 2009; Bayram, 2013).

Şizofreni hastalarında yaşam boyu alkol-madde kullanım bozukluğu oranı %19 olarak saptanmıştır. Ayrıca yapılan çalışmada alkol madde kullanım bozukluğu olan şizofreni hastalarının, alkol madde kullanım bozukluğu olmayanlara göre işlevsellik ölçeğinden daha düşük puanlar almışlardır (Uludağ ve Güleç,2016).

Sigara, alkol ve madde kullanımının şizofreni vakalarında ve diğer yetişkinlerdeki oranlarına ilişkin karşılaştırması Tablo 2'de verilmiştir (Volkow, 2009).

**Tablo 2: Sigara, alkol ve madde kullanımının şizofreni hastaları ve genel populasyondaki oranları**

	<b>Şizofreni hastaları</b>	<b>Genel yetişkin popülasyonu</b>
<b>Kullanılan madde</b>	Bildirilen kullanım oranı (Farklı çalışmalardan derlenmiştir.)	18 yaş üstü kullanım oranı (SAMHSA, 2008)
<b>Nikotin</b>	%60,0 - %90,0	%25,9
<b>Kenevir</b>	%17,0 - %80,3	%5,8 - %16,4
<b>Alkol</b>	%21,0 - %86,0	%2,9 - %17,9
<b>Kokain</b>	-	%0,7 - %1,7

### ***Sosyal destek (aile bireyleri ile yaşamak)***

Aile, onu oluşturan bireylerin bütünlüğünü koruyan temel birimdir. Aile üyeleri birbirlerine duygusal, sosyal ve ekonomik destek sağlarlar. İşlevselliği yüksek aileler iletişim boyutunda, duygusallığın ve davranış kontrolünün sağlanmasına, problem çözme ve üyelerinin birbiriyle davranışıyla ilgili konularla baş edilmesine yardımcı olurlar. Şizofreni hastalığı, aile üyelerine duygusal ve ekonomik yük getirmektedir (Sawant ve Jethwani, 2010).

Bireyin sosyal destek kaynaklarını ilk sırada aile olmak üzere, arkadaşları, akrabaları, komşuları oluşturmaktadır. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerde sosyal destek, hastalığın prognozunda ve tedaviye uyumda önemlidir.

Şizofreni hastalarının sosyal desteklerinin olması, umutsuzluk ve çaresizlik duygularını azaltarak, problem çözme becerilerini arttırarak, stres faktörleriyle başa çıkabilmesini kolaylaştırmaktadır (Muslu, 2010).

Aylaz (2017), yaptığı çalışmada aile desteği, özel kişi desteği, arkadaş desteği gibi sosyal destek alanı bulunan şizofreni hastalarının tedaviye uyumunun daha iyi olduğunu bunun sonucu olarak da hastalık belirtilerinde belirgin azalma ve işlevsellik alanlarında iyileşmelerin olduğunu belirtmiştir.

Şizofreni hastalarının sosyal destek ağının olmaması, daha düşük yaşam kalitesiyle ve sosyal işlevsellik düzeyinin kötü olmasıyla ilişkilendirilmiştir (Rüesch ve ark., 2004).

Mas-Exposito ve ark. (2013), Fonksiyonel Sosyal Destek Ölçeği geçerlilik güvenilirlik çalışmasında sosyal destek sistemleri iyi olan şizofreni hastaları bir yıl süreyle izlenmiştir ve yaşam kaliteleri ile genel işlevsellik düzeyleri yüksek bulunmuştur.

Şizofreni hastalarının psikososyal işlevsellik düzeylerinin değerlendirildiği çalışmada, sosyal destek kaynakları içinde en büyük desteği ailelerinden alan şizofreni hastalarının aile desteği ile işlevsellik arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmadığı bildirilmiştir (Soylu, 2018).

Şizofreni tanısı almış 44 hastanın semptomatolojisinin sosyal işlevsellik üzerine etkisinin incelendiği çalışmada hastaların ailesiyle veya tek başına yaşamalarının sosyal işlevselliği etkilemediği belirtilmiştir (Tatlıdil ve ark., 2009)

### ***Ailede ruhsal hastalık öyküsü***

Şizofreninin aile içinde geçiş yatkınlığı yüksek olup, bunun ancak bir kısmı allel genlerle açıklanabilmektedir. Hastalığın fenotipik varyantına hem genetik hem de çevresel faktörler katkıda bulunmaktadır.

Şizofrenide ailesel birikimin etkisi sıklıkla bildirilse de, akrabalarda şizofreni ya da şizofreni ile bağlantılı hastalıkların gelişme riskinin yüksek olduğu belirtilmiştir (Chou ve ark., 2017).

Ran ve ark. (2017), şizofreni hastalarıyla yapmış oldukları çalışmada, şizofrenide aile hikayesinin etkisini incelemiştirlerdir. 15 yaş üstü 510 hastadan, ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olanların daha erken yaşta hastalığa yakalandığı ve bu bireylerde

evsizlik oranının yüksek olmasıyla birlikte işlevsellik düzeylerinin kötü olduğunu bildirmişlerdir.

Şizofreni hastalarının ailelerinde ruhsal hastalık öyküsü bulunmasıyla mesleki-sosyal işlevsellik arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışmada, ailesinde ruhsal hastalık öyküsü bulunan hastaların uzun vadede sosyal işlevsellik düzeylerinin daha kötü olduğu bildirilmiştir (Kakela ve ark., 2014).

### ***Düzenli ilaç kullanımı***

Şizofrenide halüsinasyon ve delüzyon gibi rahatsız edici semptomlar hastayı gerçeklikten koparır ve toplum içerisinde işlevselliğin azalmasına yol açar. Uygun tedavi ile bu semptomlar kontrol altına alınarak fonksiyon bozuklukları tedavi edilebilmektedir.

Şizofreni hastalarında ilaç kullanımlarının düzensiz olması yaygın olarak görülmekte ve önemli ölçüde sorun oluşturmaktadır. Bazı durumlarda da, tedavi başladıktan sonra semptomlar azaldığı için hastalar daha fazla ilaç almaya ihtiyaç duymayarak ilaçlarını düzensiz kullanmaya başlamaktadırlar. Ya da istenmeyen yan etkileri yüzünden ilacı bırakmaktadırlar (Okanagan Clinical Trials, 2014).

Düzenli ilaç kullanımı olmayan hastalarda nüks riski 3 ile 7 kat arasında artmaktadır (Soylu, 2018). Hastaların ilaç uyumlarının olmaması veya düzensiz olması, hastalığın nüks etmesine, hastaneye yatış sıklığında artışa neden olmasıyla sosyal işlevsellikte bozulmalar görülmektedir (Ascher-Svanum ve ark., 2006)

Şizofreni hastalarının tedaviye uyumlarının iyi olması sonucunda semptomlarda azalma görülürken sosyal işlevsellikte artış olduğu bildirilmiştir (Mohamed ve ark., 2009).

Rossi ve ark. (2009), şizofreni hastalarıyla yapmış oldukları çalışmada, düzenli ilaç tedavisi olan hastaların hastalık seyrinin iyi olduğunu, bilişsel ve sosyal işlevsellik düzeylerinin yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Cortesi ve ark. (2013), 661 şizofreni hastasıyla yapmış oldukları izlem çalışmasında hastaların tedaviye uyumlarının iyi olmasının ve sürekliliğin

sağlanmasının hastalıkta olumlu prognozla ve yüksek sosyal işlevsellikle ilişkili olduğunu bildirmişlerdir.

Canas ve ark. (2013), yapmış oldukları çalışmada şizofreni hastalarında ilaç uyumunun iyi olması sonucunda klinik belirtilerin düzelmesi ve nüks riskinin azalmasıyla birlikte sosyal işlevselliğin yükseldiğini bildirmişlerdir.

### ***Hastaneye yatış sayısı(ve süresi)***

Ruhsal rahatsızlıklarda hastaların %80'i yeniden hastaneye yatmaktadır. Bu durum aileleri, hastaları ve sağlık sistemini olumsuz etkilemektedir. Yeniden hastaneye yatış durumunu arttıran bir takım faktörler vardır.

Gonzalez ve ark. (2014), 361 hasta üzerinde yaptığı çalışmada bu faktörler incelenmiştir. Çalışma sonucunda hastaların %60'ının yeniden hastaneye yattığı ortaya çıkmıştır. Hastaneye dönüşü etkileyen değişkenler arasında eşten ayrı yaşama, boşanma, bekar olma, ayrıca madde kullanımı, bipolar bozukluk ve depresyonun bulunduğunu bildirmişlerdir.

Uzun süre hastanede kalma oranı şizofrenide azalmış olsa da, hala çok sayıda birey bu durumu yaşamaktadır. Buna ek olarak, şizofrenide akut atakların süresinin azalmasına rağmen, akut ataklara yol açan psikotik durumların beyin yapısında değişime yol açtığı, bilişsel ve fonksiyonel kayıplara neden olduğuna dair belirtiler vardır (Harvey ve ark., 2013).

Şizofrenide hastaneye yatış, çeşitli davranışsal, sosyal ve psikososyal faktörlerin bir sonucudur. Yaygın bir etmenin, yaşlanmaya ve erken evrede psikoz görülmesine bağlı bilişsel değişimler olduğu düşünülmektedir. Tekrar da etse, kalıcı da olsa, yüksek psikoz dozlarının klasik antipsikotiklerle tedavi edilmesi durumunda, işlevsel bozukluklarla ilişkilendirilen kortikal sorunlara yol açabildiği düşünülmektedir. Bu durum, uzun süre hastanede yatan hastalarda bilişsel ve işlevsel kayıplar görülmesinin sebebi olarak da gösterilmektedir.

Odes ve ark. (2011), hastanede yatan 71 şizofreni hastasıyla (37 erkek ve 34 kadın) yaptıkları çalışmada, şizofreni hastalarının hastaneye yatış sayılarının sosyal ve bilişsel etkilerini incelemişlerdir. Çalışma sonucunda yatış sayısı fazla olan hastaların işlevsellik düzeylerinin düşük olduğu bildirilmiştir.

Spellman ve ark. (2012), serviste yatışı olan şizofreni hastalarıyla yapmış oldukları çalışmada hastaneye yatış sayısı fazla olan hastaların işlevsel iyileşmelerinin kötü olduğu ve bir yıllık izlem sonrasında da düşük işlevsellik düzeyinin devam ettiği bildirilmiştir.

Şizofreni hastalarının psikososyal işlevsellik düzeylerinin değerlendirildiği çalışmada, yatış sayısı fazla olan hastaların sık relaps sonucu hastalık belirtilerinden daha fazla etkilenmeleri nedeniyle, sosyal işlevselliklerinin kötü olduğu belirtilmiştir (Soylu, 2018).

Gorna ve ark. (2014), yapmış oldukları çalışmada son bir yıl içerisinde nüks olmayan ve iyileşme seyreden şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik ölçeği ve yaşam kalitesi puanlarının, son bir yılda hastane yatışı olan hastalara göre anlamlı derecede yüksek bulunduğunu bildirmişlerdir.

Yapılan çalışmada üç tane toplum ruh sağlığı merkezinden şizofreni tanısı almış 64 hasta iki gruba ayrılmıştır. Bir grup son bir yıl içinde hastane yatışı olan, diğer grup ise son bir yıl içinde hastane yatışı olmayan gruptur. Çalışma sonuçlarına göre hastane yatışı olmayan grubun sosyal işlevsellik ölçeğinin alt boyutlarından olan sosyal uğraşı/sosyal çekilme, kişilerarası işlevsellik, öncül sosyal etkinlikler, bağımsızlık düzeyi-yetkinlik, bağımsızlık düzeyi-performans puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Varlık, 2014)

## **2.10. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri**

Toplum ruh sağlığı "ruh sağlığı ve zihinsel sağlık sorunlarını tanıtmak, korumak ve tedavi etmek için tanımlanmış bir grup insan için programların geliştirilmesini ve sunulmasını gerektirir" (Ritter ve Lampkin, 2011). Ruh sağlığı hizmetlerini sunmak için dünyada 3 farklı model geliştirilmiştir; hastane temelli model, toplum temelli model ve toplum-hastane denge modelidir (T.C Sağlık Bakanlığı, 2011).

### **2.10.1. Hastane temelli model**

Hastane temelli model şehir merkezlerinde uzak yerlere kurulan yatak sayısı fazla olan büyük psikiyatri hastanelerinin; uzun yatış sürelerinin olmasına rağmen hastalıkların iyileşmemesi, hijyenin olmaması ve hasta haklarının korunmaması

nedeniyle 1800' lü yıllarla 1960' lı yıllarda yaygın olan model terk edilmeye başlanmıştır (T.C Sağlık Bakanlığı, 2011).

Hastane temelli sunulan hizmet döneminde alevlenme döneminde olan hasta toplumdan izole edilerek uzun yıllar hastanede yatışı sağlanır. Hastaların ihtiyacı olan psikososyal bakımları, işlevsellikleri ve yaşam kaliteleri göz ardı edilerek sadece pozitif belirtilerinin iyileştirilmesine önem verilen bir bakım sağlanmaktadır. Hastaların çoğunluğunun içgörüsü olmaması taburculuk sonrasında ilaç kullanımını bırakmaları ve kontrole gelmemeleri sonucu yeni ve şiddetli alevlenme dönemleriyle kısa aralıklarla tekrar hastaneye yatışları sağlanır ve döner kapı fenomeni oluşur (Aydın ve ark., 2014).

### **2.10.2. Toplum temelli model**

Kronik ruhsal bozukluğu olan hastalar, hastaneye yatışı sık ve uzun süreli olan hastalar toplum ruh sağlığı modelinin hedef kitlesini oluşturmaktadır. Kronik ruhsal bozukluğu olan bu hastaların tedavi kontrolünden farklı olarak, sosyal ekonomik, hukuki ve tıbbi boyutlarıyla bir bütün halinde bireye özel etkin bakım verilmesinin önerildiği ve DSÖ' nün de tavsiye ettiği bir modeldir (T.C Sağlık Bakanlığı, 2011).

Hastane yatışlarını azaltmak ve bireyi topluma kazandırmak amacıyla geliştirilen toplum temelli hizmet modelinde ise, hastaları toplumdan izole edip kurumlara kapatmak yerine, toplum içinde rehabilite olmaları amaçlanmaktadır. Yine büyük kurumlar yerine, yatışın zorunlu olduğu durumlarda hastanelerin psikiyatri polikliniklerinden yararlanılmaktadır (Özden ve Çoban, 2018).

### **2.10.3. Toplum hastane denge modeli**

Ülkemizde toplum ruh sağlığı, 2000'li yıllara kadar toplum temelli değil, hastane temelli olmuştur. Bu uygulama, bireyleri iyileştirme ve hastalıkların tekrar nüksetmesini engelleme konusunda son derece yetersiz kaldığı için uzmanlar, yeni ve daha etkili modellerin geliştirilmesi için arayışa girmişlerdir (Bilge ve ark., 2016).

Toplum ruh sağlığı modeli 1961 yılında ruh sağlığı reformu ile İtalya'da başlayarak son 30 yılda bütün Avrupa ülkelerinde yaygınlaşarak uygulanmaya başlamıştır (Ulaş, 2008).

Psikiyatri hastanelerinin tamamen kapatılmasının insan kaynakları maliyetini önemli ölçüde yükselteceği ve iyileşme süresini çok uzatacağı düşünülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011). Bu nedenle, hastanın psikiyatri hastanelerinden yararlanırken toplumdaki izole olmamasını hedefleyen toplum-hastane denge modeli geliştirilmiştir.

Depo hastanelerinin kapatılarak yatak kapasitesi az olan hastanelerin açılması, hizmetlerin toplum temelli model anlayışıyla ve psikiyatri kliniklerinin genel hastanelerin içine entegrasyonlarının sağlanması, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' nün ruh sağlığı hizmetleri için bulunduğu önerilerdendir (Yanık, 2007). Sağlık Bakanlığı tarafından 2009 tarihinde toplum temelli modele geçişin ilk basamağı olarak Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) açma ve yaygınlaştırma kararı alınmıştır (Alataş ve ark., 2009)

Bu uygulama henüz bazı ülkelerde başlamamış olup, hastanelerin olumlu fonksiyonlarının tamamen desteklenmesi; negatif etkilerinin ise tamamen elimine edilmesi büyük önem taşımaktadır. Gelişmekte olan denge modelinin önemli unsurlarından birisi, personelin tutumunun yararlı şekilde yeniden yönlendirilmesidir. Denge modeli yaklaşımı ile, aşağıdaki özelliklere sahip tedavi ve bakım amaçlanmaktadır:

- a) Akut durumlar için modern hastane bakımından toplum içinde uzun süren yataklı tedavilere kadar, eve yakın hizmet sağlamak,
- b) Semptomlara ek olarak yetersizlikler için de müdahalede bulunulması,
- c) Her bireyin tanısına ve ihtiyaçlarına yönelik tedavi ve bakım sağlanması,
- d) Hizmetten yararlanan kişiye verilen önceliğin yansıtılması,
- e) Verilen hizmetin ruh sağlığı uzmanları ile kurumlar arasında koordine edilmesi,
- f) Evde tedaviye olanak veren taşınabilir hizmetlerin sağlanması (Thornicroft ve Tansella, 2002).

Toplum temelli ruh sağlığı modeli 3 öge üzerine kurulmuştur. Bunlar:

1. Hizmetin coğrafi temelli oluşturulması,
2. Hizmetin multidisipliner ekip düşüncesiyle çok yönlü verilmesi

3. Her tanımlanmış bölgeye; sorumlu toplum ruh sağlığı merkezi, bakım merkezleri, koruyucu evler, korumalı iş yerleri ve genel hastaneler içinde psikiyatri yataklarının açılmasıdır (T.C Sağlık Bakanlığı, 2011).

TRSM'lerin yapıları ne olursa olsun bu işlevleri yerine getirirken hedefledikleri ortak amaçlar:

- Ruh sağlığı sorunları bulunan bireylerin durumlarını, işlevlerini ve iyilik hallerini geliştirmek,
- Ruh sağlığı sorunu bulunan yakınları ile birlikte yaşayan ailelerin destek verme kapasitelerini güçlendirmek,
- Ruh sağlığı hizmetlerinin koordinasyon içinde yürütülmesi için işbirliği ve ikincil konsültasyon yoluyla birinci basamak sağlık çalışanlarının kapasitelerini güçlendirmektir (T.C Sağlık Bakanlığı, 2013).

Toplum ruh sağlığı merkezinin faaliyetleri: TRSM' ler merkezden hizmet alanlar, aileleri ve bakım verenler ile ilgili hedeflerine ulaşmak için bir takım etkinlikler yürütürler. Bu etkinlikler içerisinde merkezin ve ekip üyelerinin işlevleri; hizmet alanlara, ailelerine ve bakım verenlere yönelik müdahaleler ve ayrıca merkezlerle diğer sağlık ve sosyal hizmet sistemi arasında koordinasyonun sağlanması bulunmaktadır (T.C Sağlık Bakanlığı, 2013).

Toplum ruh sağlığı merkezinde verilen hizmetler:

- Aile desteği
- İlaç tedavisi
- Fiziksel sağlık hizmeti
- Psikososyal müdahaleler
  1. Psikoeğitim
  2. Rehabilitasyon
    - a) Uğraşı aktiviteleri ve eğitim ihtiyaçları
    - b) Gündelik yaşam aktiviteleri
    - c) Sosyal içerme
    - d) Alevlenmenin önlenmesi
- Psikolojik Terapiler (T.C Sağlık Bakanlığı, 2014).



Sosyal çalışmacıların, psikologların ve hemşirelerin ortak görevleri:

- Hizmet alanlara ve ziyaretçilere TRSM'nin amacı ve çalışmaları ile ilgili bilgi vermek,
- Hizmet alanlara ve ailelerine yönelik psikososyal müdahaleleri yürütmek,
- Gezici ekip faaliyetlerine katılmak,
- Yataklı tedavi gerektirecek bir kötüye gitme durumunda hastanın ilgili kliniğe nakline destek vermek,
- Veri formlarını doldurmak ve ölçekleri izlemek,
- İstatistik/veri toplamak ve değerlendirmek,
- Merkeze devam etmeyen hastaların aileleriyle temasa geçmek ve gerektiğinde merkezden taburculuk süreçlerini yürütmek,
- Kamuoyu farkındalığını artırma ve damgalamayla mücadele faaliyetleri yürütmektir (T.C Sağlık Bkanlığı, 2014)

Hemşirenin görev ve sorumlulukları:

- Hizmet alanların genel sağlık durumunu izlemek ve yazılı kayıtlarını tutmak,
- Gerektiğinde hizmet alanların genel sağlık tedavilerini uygulamak (T.C Sağlık Bakanlığı, 2014).

TRSM personelinin önemli görevlerinde bir diğeri ise hastaların merkeze katılımını ortak bir şekilde sağlamaktır. Katılımında güçlük olan hastalar için ev ziyaretleri önemli bir araç olarak kullanılabilir. Kuruma kabulü sağlanan her hasta için demografik özellikleri ve becerileri göz önünde bulundurularak aile ile bağlantılı ve ekip ile işbirliği içerisinde birey merkezli bakım planları oluşturulmalıdır. Bakım planının amacı; ağır ruhsal hastalığa bağlı gelişen primer ve sekonder komorbiditenin ve engelliliğin incelenerek hastanın düzelmesini ve işlevlerini bağımsız olarak yerine getirmesi sağlanmalıdır (Donyağı, 2016).

Toplum ruh sağlığı merkezlerinin işlevleri şu şekilde belirtilebilir:

- Psikososyal müdahaleler ile ciddi ruh hastalıkları olan bireylerde hastaneye yatış oranını azaltmak ve işlevselliği arttırmak,
- Hasta yakınlarına destek ve eğitim hizmeti sunmak,
- Bireyin toplum içinde daha uzun vakit geçirmesi ve artan sosyal işlevselliğin kalıcı hale gelmesi,
- Birinci basamak sağlık kurumları ve hastanelerle işbirliği sağlamak,
- Toplum hizmeti veren diğer kuruluşlarla irtibata geçerek hasta yakınlarına daha fazla destek verilmesini sağlamak.
- Toplumda ruhsal hastalıklara sahip bireylere yönelik ayrımcılığı azaltmak için çalışmalar yapmak (zden ve oban, 2018).

TRSM' ler belirli bir coğrafı alanda 150.000-250.00 arasındaki nüfusa hitap eden ağır ruhsal hastalığı bulunan birey ve ailelerinin eğitim verilerek desteklendiği, ayaktan tıbbi tedavilerinin ve takiplerinin yapıldığı, iyileştirim, ruhsal eğitim, iş uğraş terapisi, grup veya bireysel terapi gibi tedavilerin uygulandığı, böylece toplum içinde çalışan ve gerektiğinde hareketli gezici ekiple hastanın yaşadığı yerde takibini yapan birimler olarak tanımlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011). Türkiye'de Mayıs 2008'de Bolu'da ilk TRSM' nin aılmaştır. 2017'de bu sayı 149 TRSM 'ye ulaşmıştır (TKHK, 2016). Merkezde alışan ruh sağlığı ekibi psikiyatri uzmanı, hemşire, psikolog, sosyal çalışmacı, ergoterapist, uğraşı terapisti ve diğer yardımcı personelden oluşur (T.C Sağlık Bkanlığı, 2014).

Bu faaliyetleri sürdürmenin yönetimi ve çalışma esasları incelendiğinde; personelin beceri çeşitliliği, ekip ile uyumlu başvurulabilecek danışman psikiyatri personeli, birinci basamak sağlık personeli ve toplum destek kuruluşları ile güçlü bağlantılar kurma, tek ve erişilebilir bir doküman sisteminin hazırlanması önemlidir. TRSM' lerin çalışma saatleri Pazartesi – Cuma 08:30 – 17:00 arasındır. Mesai sonrası hizmetler TRSM' nin bağlı olduğu yerel hastane tarafından verilir. TRSM ekibinin stratejiler geliştirdiği risk yönetimi planları mevcuttur. Risk yönetiminin doğru ve zamanında yapılması hastaya, aileye ve topluma ciddi anlamda fayda sağlar. Aile eğitimlerinde amaç aileyi de tedaviye katarak ailelerin hastalığı tanınması ve olası risk durumlarında erken müdahale etmesini sağlayarak aile yükünü ve toplum yükünü hafifletmektedir (T.C Sağlık Bkanlığı, 2011).

Zanin ve ark. (2015), İspanya’da psikotik rahatsızlıkları olan bireylerde sosyal işlevsellik ile ruh sağlığı hizmetlerinin kullanım oranı arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Hastası toplum ruh sağlığı merkezinde yatmış olan 172 hasta yakını ile sosyal işlevsellik skalası yapılmış ve bireylerin sosyal işlevsellik düzeylerinin iyileştiği bildirilmiştir.

Arslan ve ark. (2015), şizofreni hastaları üzerine yapmış oldukları bir çalışmada, psikososyal girişimin hastalar üzerindeki etkisi ve programı izleyen üç yıl sonunda meydana gelen değişiklikler incelenmiştir. Çalışmada 18-65 yaş arası 60 şizofreni hastasına altı aylık psikososyal girişim programı uygulanmıştır. Programın başında, bitiminde ve üç yıl sonrasında pozitif-negatif sendrom ölçeği, sosyal işlevsellik ölçeği gibi çeşitli testler yapılmıştır. Programdan sonraki altıncı ay ve üçüncü yılda negatif ölçek puanlarında önemli bir miktarda azalma olduğu bildirilmiştir. Rehabilitasyonun sosyal işlevselliği geliştirdiği ve bağımsız yaşama becerileri ile yaşam kalitesinde artışa yol açtığı gözlenmiştir.

Farmakolojik tedavi ile toplum temelli ruh sağlığı hizmeti alan 22 şizofreni hastasının karşılaştırıldığı çalışmada, toplum temelli ruh sağlığı hizmeti alan hastaların özbakımlarının daha iyi olduğu, sosyal faaliyetlere katılımlarının artarak sosyal işlevsellik düzeylerinin yükseldiği bildirilmiştir (Macpherson ve ark., 2009).

Na ve ark. (2016), TRSM' de bulunan hastaların bir yıllık izlemleri sonucu, TRSM hizmetlerinin hastalar üzerindeki etkilerinin araştırıldığı çalışmada hastaların sosyal ve mesleki işlevsellikleri ile klinik semptomlarında iyileşmeler olduğunu göstermiştir. Çalışmada sonuçlarına göre hastaların toplam iyileşme oranı başlangıçta %24 iken altı ve on iki aylık takip sonuçlarında %85'e yükseldiği bildirilmiştir.

Psikososyal bakım merkezine katılım gösteren şizofreni hastalarıyla bireysel görüşmelerin yapıldığı nitel çalışmada; hastalar merkezi sohbet ettikleri, eğlendikleri, sosyal hayatı deneyimledikleri, kendilerini özgür hissettikleri ve ayrımcılığa uğramadan kabul edildikleri yer olarak tanımlamışlardır. Hastalara verilen hizmetlerle günlük yaşamlarını sürdürmelerinde, sosyal aktivitelere katılımlarında ve kişilerarası ilişkilerini geliştirmelerinde etkili olduğu belirtilmiştir. Merkezdeki hizmetler sonucunda hastaların hastalıklarını anlayarak, baş etmelerinin kolaylaştığı ve verilen hizmetlerin

işlevsellikleri üzerinde de olumlu etkilerde bulunduğu bildirilmiştir (Salles ve ark., 2016).

Ensari ve ark. (2013), yapmış oldukları çalışmada, bir yıl boyunca Bolu'daki İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'ne bağlı toplum ruh sağlığı merkezine düzenli olarak katılım sağlayan 30 şizofreni hastasına verilen hizmetin hastaların sosyal işlevsellik düzeylerinde önemli bir artış sağladığını bildirmişlerdir.

Toplum ruh sağlığı merkezinde uygulanan beceri eğitimlerinin günlük yaşam aktiviteleri ve bilişsel fonksiyonlara etkisinin incelendiği çalışmada, TRSM' de düzenli olarak sosyal beceri programına katılan hastaların programa başlangıçta ve altı ay sonra uygulanan ölçek sonuçlarına göre günlük yaşam aktiviteleri ile sosyal ve mesleki işlevselliklerinin iyileştiği bildirilmiştir (Elboğa ve ark., 2019).

Özdemir ve ark. (2017), yaptıkları çalışmada, poliklinikte düzenli ilaç tedavisi alan 50 hasta grubu ile, TRSM' de buna ek olarak 100 hastaya ruhsal eğitim programı uygulanmıştır. Bu iki grubun karşılaştırılması sonucunda TRSM 'de hizmet alan grubun hastalık belirtilerinde azalma, işlevsellik düzeyinde artışla birlikte, içgörü, tedavi uyumu gibi alanlarda önemli katkı sağladığını tespit etmişlerdir. Akı ve ark. (2014), yapmış olduğu çalışmada TRSM' de uygulanan ergoterapi çalışmalarıyla, bireylerin aktiviteyi yaparken yaşadıkları zorluklar ve yeti yitiminin azaldığını, aktiviteye katılımların artarak işlevselliklerin iyileştiğini saptamışlardır.

Valencia ve ark. (2007), Meksika'da yapmış oldukları bir çalışmada ruhsal ve toplumsal beceri eğitimi uygulanan ve uygulanmayan remisyondaki şizofreni hastalarını karşılaştırdıklarında, ruhsal toplumsal beceri eğitimi alan grubun hastalık bulgularında, ruhsal toplumsal ve genel işlevsellikte istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düzelmeye olduğu görülmüştür.

Callozos ve ark. (2002), Meksika'da şizofreni hastalarıyla yapmış oldukları çalışmada ilaç tedavisi gören hastalarla, ilaç tedavisine ek olarak toplumsal tedavi gören şizofreni hastalarının karşılaştırmışlar ve toplumsal tedavi gören hastaların belirtilerinde azalma ile birlikte işlevsellik düzeylerinin yükseldiği bildirilmiştir.

Delice ve ark. (2014), Bakırköy Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde yapmış oldukları çalışmada, merkezden hizmet alan şizofreni hastasına ilaç tedavisi ve

psikososyal müdahalelerin bütüncül şekilde uygulanması sonucunda hastanın belirtileri kontrol altına alınmış ve mesleki-sosyal işlevsellik alanlarında belirli bir artış gözlemlendiği bildirilmiştir.

Yılmaz (2018), yılında yapmış olduğu çalışmada toplum ruh sağlığı merkezindeki şizofreni hastalarına TRSM hizmetlerine ek olarak uygulanan yapılandırılmış psikososyal beceri eğitimi eklenmiş ve eğitimin bitiminde uygulanan sosyal işlevsellik ölçeğinde hastaların sosyal işlevselliklerinde artış ve hastalık belirtilerinde azalma görüldüğünü bildirmiştir.

Aydın ve ark. (2014), TRSM' lerin hastaneye yatış sıklığı üzerine etkilerinin araştırdıkları çalışmada TRSM' lere devam eden hastaların hastaneye yatış sayılarında azalmaların olmasıyla birlikte sosyal işlevsellikte de düzelme gerçekleştiğini bildirmişlerdir.

Şükrü ve ark. (2018), Bolu TRSM' de 60 şizofreni hastasıyla yapıdığı çalışmada hastaları üç gruba ayırmıştır. Rastgele seçilen 20 hasta altı ay süreyle haftada bir kez olmak üzere grup terapisine alınmış, 20 şizofreni hastası TRSM rehabilitasyon hizmetlerinden olan resim terapisine alınmış, kalan 20 kişide bekleme listesine alınıp kontrol grubunu oluşturmuştur. Altı ay sonunda grup terapisi alan hastaların resim çalışmasına katılan ve bekleme listesinde olan hastalardan işlevselliklerindeki düzelmenin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Grup terapisi alan hastaların kontrol grubuna göre daha fazla düzelme gözlenen alanların sosyal işlevsellik ölçeğinin alt boyutlarından olan özerklik, kişilerarası ilişkiler, boş zamanları değerlendirme olduğu bildirilmiştir.

Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan ve almayan psikiyatri hastalarının yaşam kalitesi, tedaviye uyum, içgörü ve işlevselliklerinin araştırıldığı çalışmada, TRSM hizmetlerinden yararlanan hastaların tedaviye uyumu, yaşam kalitesinin, içgörü, genel ve sosyal işlevselliğinin TRSM' den hizmet almayan hasta grubuna göre anlamlı olarak arttığının, hastalık belirtilerinin önemli oranda azaldığı bildirilmiştir (Şahin ve Elboğa, 2019).

## 2.11. Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevselliğinin Geliştirilmesinde Psikiyatri Hemşiliğinin Önemi

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA)'ya göre Psikiyatri hemşireliği; sanat olarak kendiliğın amaçlı kullanımı, bilim olarak ise psikososyal ve nörobiyolojik kuramların araştırma bulgularının ve hemşireliğin çeşitli rollerinin kullanımı ile hizmet veren ruh sağlığı profesyoneli (Özbaş, 2011; Varcolaris, 2009).

Toplum ruh sağlığı hizmet modeli kapsamında psikiyatri hemşirelerinin rolü ekipteki diğer sağlık profesyonellerine göre hastayla doğrudan ve uzun süreli vakit geçirdiği için daha fazladır. Psikiyatri hemşirelerinin ANA tarafından tanımlanan; danışmanlık, eğitim, hasta hakları savunuculuğu, terapötik girişimler, sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik girişimler, psikobiyolojik girişimler, konsültasyon, terapi ve araştırma rolleri bulunmaktadır. Ülkemizde 2011 yılında hemşirelik yönetmeliğinde eklenen maddelerde ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliğinin görev, yetki ve sorumlulukları da açıklanmıştır. Hemşirelik yönetmeliğine göre (2011), psikiyatri hemşiresinin eğitim ve danışmanlık görevi başlığı altında yapabileceği görevler arasında; grup terapisi görüşmelerine katılma, hastayı ve aileyi destekleme, damgalama ile mücadele, kişilerarası ilişkiler, farkındalık ve girişkenliği artırma, problem çözme becerileri kazandırma, sosyal beceri eğitimi gibi konularda psikoeğitim programlarını planlar ve uygular (Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü, 2011). Ciddi ruh sağlığı bozuklukları, oldukça sakıncalı ve hayatı değiştiren tecrübelerdir. Hastalığın yol açtığı yeti kayıpları, günümüzde önemli ölçüde düzeltilmektedir. Psikiyatri hemşireleri bireylerin sahip olduğu potansiyele ve güce inanarak onları desteklemeli, hastaların yaşadıklarını yargılamadan dinlemeli, yaşadıkları yetersizlikleri ve geri dönüşleri iyileşme prosesinin bir parçası olarak görmeli ve güçlü bir iletişim kurabilmek için bütünsel bir yaklaşım benimsemelidir (Çam ve Yalçın, 2018).

Psikiyatri hemşireleri hastaların toplumsal rollerine ve günlük aktivitelerine geçişini kolaylaştırmak için bilgi verme, amaç ve hedefleri birlikte planlama, becerileri geliştirme, anksiyete ile baş etme, sorun ile karşılaşıldığında danışmanlık etme, destek gruplarına yönlendirme, yasal çerçeve doğrultusunda yol gösterme gibi girişimlerde bulunmalıdır.

Birey, aile ve toplumun ruh sağlığını geliştirmek ve ruhsal hastalıkları önlemek, ruhsal hastalıklarla baş etme becerilerini arttırmak psikiyatri hemşireliğinin amaç ve hedeflerindedir (Arslan ve Buldukoğlu, 2018).

şizofreni hastaları genellikle toplum içinde işlev gösterebilmeleri için profesyonellerin sağladığı özel sosyal becerilere ihtiyaç duyarlar. Psikiyatri hemşireleri, psikiyatrik hastaların sosyal becerileri üzerine çalışmasında önemli bir role sahiptir. Hemşireler, sosyal ilişkiler başlatmak üzere gruplar kurmak ve hastaların sosyal işlevselliğini geliştirmek için gerekli becerilere sahip profesyonellerdir (Yadav, 2015).

şizofreni hastaları ilaç tedavisine olumlu yanıt verse dahi, yaşam kalitesinde düşüş, yeterlilik, bilişsel belirtiler gibi olumsuzluklarla sıklıkla karşılaşmaktadır. Bu nedenle ilaç tedavisinin yanı sıra farklı terapiler de uygulanarak hastanın semptomlarını minimuma indirmek amaçlanmaktadır. Psikiyatri hemşireleri, hastaların ilaç tedavisini takip ederken, bir yandan da bu terapiler ile sosyal işlevselliği geliştirip yaşam kalitesini yükseltecek müdahaleler planlamalıdır (Yılmaz, 2016).

Psikiyatri hemşireleri, cinsiyete bağlı yanıtın fizyolojisi ve farklı tedavi yöntemlerine ilişkin sahip oldukları bilgi ve becerilerle kaliteli bir hasta bakımı sağlayabilir ve böylece şizofreni hastalarının sosyal işlevselliğinin geliştirilmesine katkı sağlayabilirler. Hemşireler, bireylere yardımcı olabilecek bütünsel bir tedavi planlayıp sosyal işlevselliklerini ve yaşam kalitesini geliştirecek bir destek ağı oluşturabilirler. Hastalara iş entegrasyonu, mesleki alıştırmalar ve günlük programlar düzenleyerek hastalara daha bağımsız bir hayat sağlayabilecek konumdadır. Ayrıca hemşireler, şizofreni hastalarına uygun sosyal aktiviteler sağlayarak çevrenin de huzur ve güvenliğini sağlamaya katkıda bulunurlar (McDonald ve Badger, 2002).

TRSM' lerde hemşirelerin rolünün incelendiği bir çalışmada; örnek olarak incelenen İngiliz sağlık sisteminde TRSM' lerin hastane yatış sıklığını azaltmada yararlı olduğu ve bakım yöneticisi olarak çalışan toplum ruh sağlığı hemşiresinin hastanın yaşadığı ortamda tedavi ve bakımını üstlenmesinin doğrudan koruyucu etkisinin olduğu gerçeğine vurgu yapılmıştır. Bu başarılı model uygulamaları, ülkemizdeki henüz emekleme aşamasında olan TRSM ve toplum ruh sağlığı hemşireliği uygulamaları için iyi bir model oluşturacaktır ( Bağ, 2012).

Toplum ruh sağlığı merkezinde hemşireler tarafından 183 kronik psikiyatri hastasına uygulanan sosyal beceri eğitimi ve bütüncül bakım planı sonrası, hastaların belirtilerinin azaldığı, öz yeterliliklerinin ve işlevselliklerinin artarak iyileşmelerinin sağlandığı ve üç yıllık izlem sonrasında da devam ettiği belirtilmiştir (Stephen ve ark., 2014).

Gale ve Marshall-Lucette, (2012), yaptıkları çalışmada toplum ruh sağlığı hemşirelerinin, hastaların iyileşme süreçlerinde önemli olan umudu desteklemede en fazla güvenilen kişi olduğunu ve hastaların sosyal hayata katılımlarında uyguladıkları bakım planlarının etkili olduğunu bildirmişlerdir.

Arslan ve ark. (2014), yapmış oldukları çalışmada TRSM' de uygulanan ve hemşireler tarafından denetlenen atölye çalışmalarına ve grup etkinliklerine katılımın hastaların sosyal işlevselliklerini ve yaşam kalitelerini artırdığını bildirmişlerdir.

Psikiyatri hemşireleri kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin çalışmalarının öneminin bilincinde olarak hastalar için mesleki rehabilitasyonlar düzenlemeli, hastaların tüketici durumdan üretici duruma geçmelerini destekleyerek toplum içinde sosyal rollerini yerine getirerek, kişilerarası ilişkiler kurmalarına ve sürdürmelerine yardımcı olabilirler (Yılmaz, 2016).

Psikiyatri hemşireleri umutlu tutumları ile hastaları destekleyerek ve öz yeterliliklerini geliştirerek, bağımsız yaşama becerilerinin etkinleştirilmesiyle yaşamlarını olabildiğince doyum alarak yaşamalarını sağlamalıdır (Çam ve Yalçiner, 2018).

Psikiyatri hemşireleri hastalarla etkileşim halinde olan, iyileşme sürecinde engel durumları fark ederek müdahalelerde bulunan ve iyileştirmeyi amaç edinen profesyonellerdir. Ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin iyileşmeleri için önemli bir ölçüt olan sosyal işlevsellik düzeylerinin yükseltilmesi ve sosyal işlevsellikle ilişkili olan faktörlerin belirlenerek, sosyal işlevsellikte riskli gruplara yönelik bireyselleştirilmiş bakım planları ve özel tedavi stratejilerinin geliştirilmesi psikiyatri hemşireleri için önemlidir.



### **3. GEREÇLER VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Araştırma toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı şizofreni hastalarının sosyal işlevselliklerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Çalışma, 21.05.2018 ile 21.08.2018 tarihleri arasında Bursa'da yer alan iki toplum ruh sağlığı merkezinde yapılmıştır. Bursa merkezde iki tane toplum ruh sağlığı merkezi bulunduğundan, bu iki merkezin tümü araştırma uygulama yeri olarak seçilmiştir. Araştırmanın yapıldığı merkezler; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Nilüfer ve Yıldırım Toplum Ruh Sağlığı Merkezleridir.

#### **3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Yıldırım Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Ocak 2016 yılında hastalar için toplum temelli ruh sağlığı modeli kapsamında ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara psiko-sosyal sağlık hizmetlerinin verilmesi, takip ve tedavilerinin yapılması, gerektiğinde evde sağlık hizmetlerinin sunulabilmesi amacıyla açılmıştır. Merkez tek katlı, bahçeli ve hastaneden bağımsız bir bina olarak faaliyet göstermektedir. TRSM' ye şizofreni, bipolar ve şizoaffektif bozukluğu olan hastalar kabul edilmektedir. Kaydı yapılan hastalar merkezdeki sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirildikten sonra hastaya özel bakım olanı ve program oluşturulmaktadır. Merkezde yapılan rehabilitasyon programlarına katılmayan veya katılma engelli olan hastalar için ev ziyaretleri yapılmaktadır. Merkezde psiko eğitim, sosyal beceri eğitimi, günaydın toplantısı, bireysel terapi, grup terapileri uğraşı terapileri, müzik, resim, drama, film izleme etkinlikleri, sanat terapisi, mutfak ve bahçe etkinlikleri, aile psiko eğitimi ve sosyal etkinlik programları gibi uygulamalar yer almaktaydı. Merkezde bu planların uygulanmasını sağlayan bir psikiyatri uzmanı, bir psikolog, bir sosyal hizmet uzmanı, bir ergoterapist, iki hemşire ve halk eğitimden gelen beş etkinlik öğretmeni bulunmaktadır. Merkezde belirtilen uygulamalar dışında yılda iki kez üçer aylık periyotlarda Ruhsal ve Toplumsal Beceri Eğitimi uygulanmaktadır. Merkezde haftanın

üç günü merkeze katılmayan veya katılmayan hastalar için ev ziyaretleri düzenlenmektedir.

Nilüfer Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Nisan 2016' dan beri hizmet vermektedir. Merkeze şizofreni, bipolar ve şizoaffektif tanısı almış hastalar kabul edilmektedir. Merkez iki katlı bahçeli ve spor salonu bulunan hastaneden bağımsız bir bina olarak hizmet vermektedir. Nilüfer Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ekibinde bir psikiyatri uzmanı, iki psikolog bir sosyal hizmet uzmanı ve iki hemşire ve altı halk eğitim öğretmeni bulunmaktadır. Nilüfer TRSM' de verilen hizmetler: Bireysel danışmanlık hizmetleri, grup psikoterapileri, hasta ve ailesine psikoeğitim, psikososyal beceri eğitimi, farmakolojik tedavilerin düzenlenmesi, ev ziyaretleri, resim terapisi, müzik terapisi, ahşap ve seramik boyama gibi sanatsal etkinlikler, film gösterimi, hobi mutfağı, hobi bahçesi gibi etkinlikler gerçekleştirilmektedir. Merkezde haftanın iki günü merkeze katılmayan veya katılmayan hastalar için ev ziyaretleri düzenlenmektedir. Ev ziyaretlerinin bir günü bakım merkezinde bulunan ve TRSM' ye katılmayan hastalara yapılmaktadır.

### **3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Yıldırım ve Nilüfer Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'ne kayıtlı 500 şizofreni hastası oluşturmaktadır. Araştırmanın planlama aşamasında evrenin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak hastaların kayıtlı olmasına rağmen toplum ruh sağlığı merkezine gelmemeleri nedeniyle 21.05.2018 ile 21.08.2018 tarihleri arasındaki 150 hastaya ulaşılabilmektedir.

### **3.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri**

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- DSM-5' e göre şizofreni tanısı almış olmak.
- Okur- yazar olması.
- Hastalığın alevlenme döneminde olmamak.

### **3.6. Verilerin Toplanması**

Veriler araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak ve uzman görüşü alınarak oluşturulan şizofreni tanısı almış hastaların bilgilerini içeren "Hasta Tanımlayıcı Bilgi Formu", "Hastalık ve Tedaviye İlişkin Bilgi Formu" ve hastaların sosyal işlevselliklerini ölçmek için "Sosyal İşlevsellik Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır.

#### **3.6.1. Veri toplama araçları**

##### **3.6.1.1. Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı hasta tanımlayıcı bilgiler formu (EK-2)**

Bu form araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak (Söğütlü ve ark., 2017; Aydın ve ark., 2018; Rössler ve ark., 2018; Ensari ve ark., 2013; Iffland ve ark., 2013 ve Özdemir ve ark., 2017) formun maddeleri oluşturulmuş ve uzman görüşü alınarak formun tutarlılığına bakılmıştır. Form, hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sahibi olma, sosyal güvence, çalışma durumu, sigara kullanımı, alkol kullanımı, madde kullanımı birlikte yaşadığı kişiler ve yaşadığı yer gibi soruları içeren 12 maddeden oluşmaktadır.

##### **3.6.1.2. Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı hastaların hastalık ve tedaviye ilişkin bilgiler formu (EK-2)**

Bu form araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak (Özkan ve ark., 2013; Na ve ark., 2016; Immonen ve ark., 2016; Kakela ve ark., 2014; Gorna ve ark., 2014; Turkmen ve ark., 2018; Spellman ve ark., 2012 ve Erol ve ark., 2009) formun maddeleri oluşturulmuş ve uzman görüşü alınarak tutarlılığına bakılmıştır. Form merkeze kayıtlı şizofreni hastalarının hastalık ve tedavisine ilişkin; ailede ruhsal hastalık öyküsü, hastalık başlangıç yaşı, düzenli ilaç kullanımı, kullandıkları ilaç ve dozaj, düzenli poliklinik kontrolü, hastaneye yatış sayısı, son bir yıldaki hastaneye yatış süresi ve toplum ruh sağlığı merkezine katılım durumu gibi soruları içeren 8 maddeden oluşmaktadır.

##### **3.6.1.3. Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) (EK-3)**

Birchwood ve ark. (1990), geliştirilmiş olan Sosyal İşlevsellik Ölçeği'nin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirliği Yaprak Erakay tarafından yapılmıştır (Erakay,

2001). Ölçek hastayla birlikte yaşayan bir aile bireyi veya araştırmacı tarafından doldurulmaktadır.Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ), bireyin bütün sosyal rolüne (işçi, ebeveyn vb.) yapılan yargıyı gerektiren, bireyin rol işlevlerini değerlendiren bir araçtır. SİÖ temel yetileri, sosyal davranışı nicelik yönünden değerlendirir ve aynı zamanda performans eksikliğini, yeterlilik eksikliğinden ayırt edebilmektedir.

Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) ' nin içeriği, başarılı bulunan psikososyal girişim programlarından alınan bilgilerden ve yeti yitimi değerlendirme ölçeği ile değerlendirilen bozukluk ve yeti yitimi durumlarından oluşturulmuştur. Ölçeğin yedi alt alanı bulunmaktadır. Ölçeğin yedi alt boyutu:

**1. Sosyal uğraşı/sosyal çekilme:** Yalnız geçirilen zaman, karşılıklı konuşmayı başlatabilme, evden dışarı çıkmayı, sosyal kaçınmayı ve yabancıların varlığındaki davranışları ölçmektedir. Toplam beş maddeden oluşmaktadır, her madde 0-3 arasında puanlanır ve bu alt ölçekten 0-15 arası puan alınabilmektedir.

**2. Kişilerarası işlevsellik:** Arkadaş sayısı, heteroseksüel ilişki ve iletişim kalitesini ölçmektedir. Toplam dört madde vardır. Birinci ve ikinci madde birleştirilir, her madde 0-3 arasında puanlanır ve bu alt ölçekten 0-9 arası puan alınabilmektedir.

**3. Öncül sosyal etkinlikler:** Bireyin çeşitli yaygın sosyal aktivitelere (örn: spor, sinema, arkadaşlarla görüşme, akraba ziyareti) ne sıklıkta katıldığını ölçer. Toplam yirmi iki etkinlik maddesi vardır ve son üç ayda ne sıklıkta yapıldığına göre puanlama yapılır. Her madde 0-3 arasında puanlanır ve bu alt ölçekten 0-66 arası puan alınabilmektedir.

**4. Boş zamanları değerlendirme:** Bireyin hobilerini, ilgi alanlarını, uğraşlarını (örn: kitap okuma, televizyon izleme, yemek yapma, yüzme, resim yapma) değerlendirerek ne sıklıkta yaptığını ölçer. Toplam on beş etkinliğin son üç ayda ne sıklıkta yapıldığına dair puanlama yapılır. Her madde 0-3 arasında puanlanır ve bu alt ölçekten 0-45 arası puan alınabilmektedir.

**5. Bağımsızlık düzeyi-yetkinlik:** Bireyin bağımsız yaşamı için gerekli becerileri (örn: toplu ulaşım kullanabilme, parasının hesabını yapabilme, kişisel temizliğini yapabilme, iş arama)gerçekleştirebilme yeteneğini ölçer. Toplam on üç etkinliğin son üç

ayda ne sıklıkta yapıldığına dair puanlama yapılır. Her madde 0-3 arasında puanlanır ve bu alt ölçekten 0-39 arası puan alınabilmektedir.

**6. Bağımsızlık düzeyi-performans:** Bireyin bağımsız yaşamı için gerekli olan becerileri (alışveriş yapma, düzenli olarak banyo yapma, yemek hazırlama, evden tek başına ayrılabilme) yapma performansını ölçer. Toplam on üç etkinliğin son üç ayda ne sıklıkta yapıldığına dair puanlama yapılır. Her madde 0-3 arasında puanlanır ve bu alt ölçekten 0-39 arası puan alınabilmektedir.

**7. İş/meslek:** Bireyin üretken bir işle uğraşması veya günlük faaliyetlerini yapılandığı programlarda yer almalarına göre puanlanmaktadır. İş/Meslek alt boyutunun puanlanmasında tam gün gelir getiren bir işte çalışma ya da tam gün öğrenci olma 10 puan, yarım gün gelir getiren bir işte çalışma veya ebeveynlik yapabilme 9 puan, yakın zamana kadar bir işte çalışmış olma ve işten çıkarılma sonucu aktif iş arama 8 puan, rehabilitasyon programı veya meslek edindirme programına devam etme 7 puan olarak değerlendirilmektedir. Toplam puan 0-10 aralığındadır. İş/meslek alanı için kişi uygunsa iki madde doldurulur, ama son altı ay içinde çalışmamışsa ya da iş aramıyorsa bu alt boyut atlanır.

Bu çalışmada (tüm hasta yakınlarına ulaşamadığından) yalnızca hasta tarafından doldurulan form hesaba alınmıştır. Alt boyutlardan alınan puanların yüksek olması işlevsellikte olumluya doğru gidişin olduğunu göstermektedir. Ölçeğin toplam standartları hesaplanmamıştır. Ölçeğin güvenirlik analizinde Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.807, değerlendirmeciler arası güvenirlik katsayısı hastanın iki yakını için 0.94 ve hasta ile hasta yakını arasında ise 0.95 olarak elde edilmiştir. Ölçeğin geçerlilik analizinde eş zamanlı olarak değerlendirilen diğer ölçeklerden Pozitif Belirti Değerlendirme Ölçeği ile -0.37, Negatif Belirti Değerlendirme Ölçeği ile -0.67 ve Kısa Yeti Yitimi Anketi ile -0.57 korelasyon göstermiştir ve hepsi anlamlıdır.

### **3.7.Araştırmanın Uygulanması**

Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı şizofreni hastaları grup olarak toplanıp araştırmanın konusu, amacı ve olası yararları hakkında detaylı bilgi verilerek gönüllü olur formunu okumaları istendi. Gönüllü olur formunu okuyan ve gönüllü olan hastalardan onam alınarak, görüşme odasında yaklaşık yirmi dakikalık sürelerle araştırmacı tarafından hazırlanan Hasta Tanımlayıcı Bilgiler Formu, Hastalık ve

Tedaviye İlişkin Bilgiler Formu ve hastaların sosyal işlevselliklerini ölçmek için Sosyal İşlevsellik Ölçeği araştırmacı tarafından yüz yüze uygulanmıştır. Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı olup düzenli devam etmeyen hastalara da, ev ziyaretleri aracılığıyla ulaşılmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan hastalara araştırma hakkında bilgi verildikten sonra, bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır. Evde görüşme için uygun bir odada, araştırmacı tarafından oluşturulan formlar ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği yaklaşık 20 dakikalık sürelerle yüz yüze uygulanmıştır.

### **3.8.Verilerin Değerlendirilmesi**

Tüm istatistiksel analizler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences versiyon 24.0.0; SPSS Inc., Chicago, IL, ABD) programı ile yapılmıştır. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler frekans (n), yüzde (%), ortalama, standart sapma, ortanca, çeyreklikler arası genişlik, minimum ve maksimum değerler olarak belirtilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile kontrol edilmiştir. Normal dağılıma uymayan bağımsız iki grup sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla gruplu sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis H testi, istatistiksel olarak anlamlı farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için ise Dunn-Bonferroni post hoc testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için tip 1 hata değeri 0,05'in altında olan ( $p < 0,05$ ) durumlar anlamlı kabul edilmiştir

### **3.9. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırma yapılmaya başlanmadan önce, Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul onayı 23/03/2018 tarihinde yapılan 03 No.lu toplantısında alındı. Daha sonra araştırmanın uygulanacağı Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi' ne bağlı olan Nilüfer ve Yıldırım TRSM' lerin bağlı olduğu Bursa İl Sağlık Müdürlüğü' nden 02.05.2018 tarihli 19832 sayılı dilekçe ile araştırmanın yapılacağı kurumdan kurum izni alındı.

Araştırma kapsamındaki hastaların haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce hastalara araştırmanın yapılma amacı ve araştırma süreci hakkında bilgi verilerek araştırmaya katılımın gönüllü olduğu açıklanarak kendilerinden bilgilendirilmiş onam formu için imza alındı.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde, toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı şizofreni hastalarının tanımlayıcı bilgilerinin dağılımı, hastalık ve tedaviye ilişkin bilgilerinin dağılımı ve hastaların sosyal işlevsellik ölçeği toplam puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

**Tablo 3: Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı şizofreni hastalarının tanımlayıcı bilgilerinin dağılımı**

		<b>n=150</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	63	42,0
	Erkek	87	58,0
<b>Medeni Durum</b>	Evli	14	9,3
	Bekâr	94	62,7
	Boşanmış	42	28,0
<b>Eğitim Durumu</b>	Okur Yazar	13	8,7
	İlköğretim	86	57,3
	Ortaöğretim	41	27,3
	Üniversite	10	6,7
<b>Çocuk Sayısı</b>	Yok	107	71,3
	1 çocuk	21	14,0
	2 çocuk	15	10,0
	3 çocuk ve üzeri	7	4,7
<b>Sosyal Güvence</b>	SGK	77	51,3
	Emekli Sandığı	7	4,7
	Genel Sağlık Sigortası	45	30,0
	Yeşil Kart	21	14,0
<b>Çalışma Durumu</b>	Çalışıyor	103	68,7
	Çalışmıyor	47	31,3
<b>Sigara Kullanımı</b>	Evet	108	72,0
	Hayır	42	28,0
<b>Alkol Kullanımı</b>	Evet	15	10,0
	Hayır	135	90,0
<b>Madde Kullanımı</b>	Evet	1	,7
	Hayır	149	99,3
<b>Birlikte Yaşanılan Kişi</b>	Anne-Baba	107	71,3
	Eş-Çocuklar	17	11,3
	Evde Yalnız	12	8,0
	Arkadaş	14	9,3
<b>Yaşanılan Yer</b>	Ev	135	90,0
	Bakım Merkezi	15	10,0

Tablo 3’de yer alan toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı Şizofreni hastalarının tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde;

Hastaların %58’ inin (n=87) erkek, %42’ sinin (n=63) ise kadın olduğu, görölmektedir. Hastaların büyük çoğunluğunun %62’ sinin (n=94) bekar olduğu %9,3’ ünün (n=14) ise evli olduğu, görölmektedir. Hastaların, çoğunluğunun %57,3’ ünün (n=86) ilköğretim mezunu, %6,7’ sinin (n=10) ise üniversite mezunu olduğu görölmektedir. Araştırmaya dahil edilen hastaların, büyük çoğunluğunun %71,3’ ünün (n=107) çocuğunun olmadığı, hastaların, yarısından biraz fazlasının %51,3’ ünün (n=77) SGK’lı olduğu, Hastaların %68,7’ inin (n=103) bir işte çalışıyor olduğu görölmektedir. Hastaların, büyük çoğunluğunun %72’ sinin (n=108) sigara kullandığı, hastaların çok büyük çoğunluğunun ise %90’ ının (n=135) alkol kullanmadığı görölmektedir. Araştırmaya dahil edilen hastaların tamamına yakınının %99,3’ ünün (n=149) madde kullanmadığı, hastaların büyük çoğunluğunun ise %71,3’ ünün (n=107) anne-babası ile yaşadığı görölmektedir. Hastaların, büyük çoğunluğunun %90’ ının (n=135) evde, %10’ unun (n=15) ise bakım merkezinde yaşadığı görölmektedir.



**Tablo 4: Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı şizofreni hastalarına ait hastalık ve tedaviye ilişkin bilgilerinin dağılımı**

		<b>n=150</b>	<b>%</b>
<b>Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü</b>	Var	84	56,0
	Yok	66	44,0
<b>Hastalık Başlangıç Yaşı</b>	25 yaş ve altı	90	60,0
	26 yaş ve üzeri	60	40,0
<b>İlaç Kullanımı</b>	Düzenli	147	98,0
	Aralıklı	3	2,0
<b>Antipsikotik İlaç Kullanımı</b>		150	100,0
<b>Antiparkinson İlaç Kullanımı</b>	Var	119	79,3
	Yok	31	20,7
<b>Antideprasan İlaç Kullanımı</b>	Var	10	6,7
	Yok	140	93,3
<b>Anksiyolitik İlaç Kullanımı</b>	Var	2	1,3
	Yok	148	98,7
<b>Diğer İlaçlar (Tansiyon,diyabet, vb)</b>	Var	4	2,7
	Yok	146	97,3
<b>Düzenli Poliklinik Kontrolü</b>	Var	127	84,7
	Yok	23	15,3
<b>Hastaneye Yatış Sayısı</b>	1-5 kez	94	62,7
	6-10 kez	38	25,3
	11-15 kez	18	12,0
<b>Son Bir Yıldaki Hastaneye Yatış Süresi</b>	1-3 ay	35	23,3
	Yatmamış	115	76,7
<b>TRSM'ye Katılım</b>	Evet	100	66,7
	Hayır	50	33,3

Tablo 4’de yer alan toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı şizofreni hastalarının hastalık ve tedaviye ilişkin bilgileri incelendiğinde;

Araştırmaya katılan hastaların yarısından fazlasının %56’sının (n=84) ailesinde ruhsal hastalık öyküsünün bulunduğu, hastaların %60’ının (n=90) hastalık yaşının 25yaş ve altı olduğu görülmektedir. Hastaların, tamamına yakının %98’inin (147) düzenli ilaç kullandığı ve %84,7’sinin (n=127) düzenli olarak poliklinik kontrolüne gittiği görülmektedir. Hastaların çoğunluğunun %62,7’sinin (n=94) hastaneye 1-5 kez yattığı, %76,7’sinin (n=115) son bir yıl içinde hastanede yatmadığı %23,3’ünün (n=30) ise 1-3 ay süreyle son bir yılda hastanede yattığı görülmektedir. Hastaların yarısından fazlasının %66,7’sinin (n=100) TRSM'ye katılım gösterdiği, hastaların %33’ünün (n=50) TRSM'ye katılım göstermediği görülmektedir.

**Tablo 5: Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları**

<b>Ölçekler</b>	<b>Ortalama±SS</b>	<b>Ortanca (ÇAG)</b>	<b>Min; Max</b>	<b>P</b>
<b>SİÖ</b>	103,70±28,87	107,00 (41,00)	30,00; 165,00	
<b>Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme</b>	9,29±2,51	10,00 (4,00)	1,00; 14,00	
<b>Kişilerarası İşlevsellik</b>	5,93±1,75	6,00 (2,00)	1,00; 9,00	
<b>Öncül Sosyal Etkinlikler</b>	13,89±6,77	14,00 (9,00)	0,00; 33,00	
<b>Boş Zamanları Değerlendirme</b>	14,29±5,29	14,00 (6,00)	2,00; 30,00	,021
<b>Bağımsızlık Düzeyi Yetkinlik</b>	33,39±5,85	35,00 (9,00)	18,00; 39,00	
<b>Bağımsızlık Düzeyi Performans</b>	19,96±9,64	20,00 (14,00)	0,00; 39,00	
<b>İş/Meslek</b>	6,95±3,61	9,00 (7,00)	0,00; 10,00	

\*Not: SS, standart sapma değerini, ÇAG Çeyrekler Arası Genişlik (Inter Quartile Range) değerini, P ise Kolmogorov-Smirnov normalite testi anlamlılık değerini ifade etmektedir.

Sosyal İşlevsellik Ölçeğinin (SİÖ) toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı şizofreni hastalarına uygulanması neticesinde elde edilen toplam değer verileri hasta sayısı 150 kişi olduğu için Kolmogorov-Smirnov normalite testi yapılmıştır. Yapılan normalite testinde; verilerin normal dağılmadığı ( $K(150) = ,080$ ,  $p=0,021$ ) saptanmıştır. Bu yüzden yapılan analizlerde parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Hastalara uygulanan Sosyal İşlevsellik Ölçeğine (SİÖ) verilen cevapların; toplam puan ortalaması  $103,70 \pm 28,87$ , ortancası  $107,00$  ( $\text{ÇAG}=41,00$ ), minimum toplam puanı  $30,00$ , maksimum toplam puanı  $165,00$  olarak tespit edilmiştir. Hastaların sosyal işlevsellik ölçeği puanlarına bakıldığında minimum ve maximum değerler aralığında maksimum değere yakın olduğu görülmektedir.

Bu bölümde, toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı şizofreni hastalarının tanımlayıcı bilgileri ile sosyal işlevsellik ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular incelenmiştir.

**Tablo 6: Sosyal işlevsellik ölçeği ve alt boyut puanlarının cinsiyet açısından karşılaştırılması**

	Cinsiyet		Z
	Kadın (n=63) Ort; ÇAG	Erkek (n=87) Ort; ÇAG	
<b>Sosyal İşlevsellik Toplam Puanı</b>	113,00; 37,00	102,00; 41,00	-1,097
<b>Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme</b>	10,00; 3,00	9,00; 4,00	-0,910
<b>Kişilerarası İşlevsellik</b>	6,00; 2,00	6,00; 2,00	-0,610
<b>Öncül Sosyal Etkinlikler</b>	14,00; 7,00	13,00; 10,00	-0,797
<b>Boş Zamanları Değerlendirme</b>	15,00; 7,00	13,00; 7,00	-1,460
<b>Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik</b>	37,00; 9,00	34,00; 10,00	-1,044
<b>Bağımsızlık Düzeyi-Performans</b>	22,00; 16,00	19,00; 15,00	-1,172
<b>İş/Meslek</b>	2,00; 4,00	10,00; 1,00	-0,147

$p>0.05$ ; Not: Ort; Ortanca değerini, ÇAG; Çeyrekler Arası Genişlik (Inter QuartileRange) değerini, z ise Mann Whitney U testi istatistik değerini ifade etmektedir.

Hastaların cinsiyetleri ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyutları toplam puanlarının karşılaştırılması sonucunda, hastaların cinsiyeti ile; sosyal işlevsellik toplam puanları, sosyal uğraşı/sosyal çekilme puanları, kişilerarası işlevsellik puanları, öncül sosyal etkinlik puanları, boş zamanları değerlendirme puanları, bağımsızlık düzeyi-yetkinlik puanları, bağımsızlık düzeyi-performans puanları ve iş/meslek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

**Tablo 3: Sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının ve alt boyutlarının medeni durum açısından karşılaştırılması**

	Medeni Durum			$\chi^2$
	Evli (n=14) Ort; ÇAG	Bekar (n=94) Ort; ÇAG	Boşanmış (n=42) Ort; ÇAG	
<b>Sosyal İşlevsellik Toplam Puanı</b>	110,00; 45,00	104,00; 39,00	112,50; 42,00	0,830
<b>Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme</b>	10,50; 9,00	9,50; 4,00	10,00; 3,00	2,802
<b>Kişilerarası İşlevsellik</b>	7,00; 1,00	6,00; 2,00	6,00; 2,00	<b>7,855*</b>
<b>Öncül Sosyal Etkinlikler</b>	12,50; 7,00	13,00; 9,00	14,00; 8,00	0,181
<b>Boş Zamanları Değerlendirme</b>	14,00; 8,00	14,00; 7,00	16,00; 8,00	2,197
<b>Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik</b>	38,00; 9,00	34,50; 9,00	36,00; 10,00	1,857
<b>Bağımsızlık Düzeyi-Performans</b>	21,00; 17,00	19,00; 15,00	20,00; 16,00	0,985
<b>İş/Meslek</b>	9,50; 7,00	9,00; 6,00	7,00; 7,00	0,714

\*P<0,05;Not: Ort; Ortanca değerini, ÇAG; Çeyrekler Arası Genişlik (Inter QuartileRange) değerini,  $\chi^2$  ise Kruskal Wallis H testi istatistik değerini ifade etmektedir.

Hastaların medeni durumu ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyutları toplam puanlarının karşılaştırılması sonucunda, hastaların medeni durumu ile; sosyal işlevsellik toplam puanları, sosyal uğraşı/sosyal çekilme puanları, öncül sosyal etkinlik puanları, boş zamanları değerlendirme puanları, bağımsızlık düzeyi-yetkinlik puanları, bağımsızlık düzeyi-performans puanları ve iş/meslek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Hastaların medeni durumunun kişilerarası işlevsellik puanlarını istatistiksel olarak etkilediği saptanmıştır ( $\chi^2(2) = 7,855, p = 0.020$ ). Ayrıca bu istatistiksel olarak anlamlı farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan Dunn-Bonferroni post hoc testleri sonucunda;

Evli hastaların kişilerarası işlevsellik puan ortalamasının (Ortanca: 7,00), bekar hastaların kişilerarası işlevsellik puan ortalamasından (Ortanca: 6,00) daha fazla olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p = 0.005$ ).

**Tablo 4: Sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının ve alt boyutlarının eğitim düzeyi açısından karşılaştırılması**

	<b>Eğitim Düzeyi</b>				$\chi^2$
	<b>Okuryazar</b> (n=13) Ort; ÇAG	<b>İlköğretim</b> (n=86) Ort; ÇAG	<b>Ortaöğretim</b> (n=41) Ort; ÇAG	<b>Üniversite</b> (n=10) Ort; ÇAG	
<b>Sosyal İşlevsellik Toplam Puanı</b>	81,00; 33,00	108,50; 32,00	110,00; 47,00	115,00;75,00	4,596
<b>Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme</b>	9,00; 2,00	10,00; 3,00	9,00; 4,00	8,50; 4,00	3,272
<b>Kişilerarası İşlevsellik</b>	6,00; 4,00	7,00; 1,00	5,00; 3,00	6,50; 1,00	7,114
<b>Öncül Sosyal Etkinlikler</b>	12,00; 7,00	14,00; 7,00	12,00; 12,00	17,00; 15,00	3,414
<b>Boş Zamanlarını Değerlendirme</b>	12,00; 8,00	13,50; 7,00	15,00; 8,00	13,50; 8,00	2,183
<b>Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik</b>	30,00; 12,00	35,50; 9,00	35,00; 9,00	38,50; 15,00	6,642
<b>Bağımsızlık Düzeyi-Performans</b>	12,00; 10,00	20,00; 12,00	21,00; 16,00	23,50; 7,00	4,314
<b>İş/Meslek</b>	7,00; 7,00	9,00; 6,00	9,00; 6,00	5,00; 10,00	5,263

\*p>0,05: Not;Ort; Ortanca değerini, ÇAG; Çeyrekler Arası Genişlik (Inter QuartileRange) değerini, z; Mann Whitney U testi istatistik değerini,  $\chi^2$  ise Kruskal Wallis H testi istatistik değerini ifade etmektedir.

Hastaların eğitim düzeyi ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyutları toplam puanlarının karşılaştırılması sonucunda, hastaların eğitim düzeyleri ile; sosyal işlevsellik toplam puanları, sosyal uğraşı/sosyal çekilme puanları, kişilerarası işlevsellik puanları, öncül sosyal etkinlik puanları, boş zamanlarını değerlendirme puanları, bağımsızlık düzeyi-yetkinlik puanları, bağımsızlık düzeyi-performans puanları ve iş/meslek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

**Tablo 5: Sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının ve alt boyutlarının çocuk sayısı açısından karşılaştırılması**

	<b>Çocuk Sayısı</b>				$\chi^2$
	<b>Yok</b> (n=107) Ort; ÇAG	<b>1 Çocuk</b> (n=21) Ort; ÇAG	<b>2 Çocuk</b> (n=15) Ort; ÇAG	<b>3 Çocuk+</b> (n=7) Ort; ÇAG	
<b>Sosyal İşlevsellik Toplam Puanı</b>	102,00; 40,00	112,00; 35,00	116,00; 48,00	130,00; 23,00	5,800
<b>Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme</b>	9,00; 4,00	10,00; 4,00	11,00; 5,00	10,00; 3,00	5,285
<b>Kişilerarası İşlevsellik</b>	6,00; 2,00	7,00; 2,00	7,00; 2,00	6,00; 3,00	5,998
<b>Öncül Sosyal Etkinlikler</b>	13,00; 10,00	14,00; 7,00	13,00; 9,00	18,00; 6,00	4,484
<b>Boş Zamanları Değerlendirme</b>	14,00; 7,00	15,00; 5,00	15,00; 8,00	18,00; 4,00	6,356
<b>Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik</b>	34,00; 11,00	36,00; 11,00	37,00; 9,00	39,00; 2,00	5,681
<b>Bağımsızlık Düzeyi-Performans</b>	19,00; 15,00	21,00; 16,00	20,00; 12,00	32,00;12,00	5,666
<b>İş/Meslek</b>	9,00; 7,00	10,00; 6,00	9,00; 7,00	7,00; 5,00	1,043

\*p>0,05;Not:Ort; Ortanca değerini, ÇAG; Çeyrekler Arası Genişlik (Inter QuartileRange) değerini,  $\chi^2$  ise Kruskal Wallis H testi istatistik değerini ifade etmektedir.

Hastaların sahip olduğu çocuk sayısı ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyutları toplam puanlarının karşılaştırılması sonucunda hastaların çocuk sayısı ile; sosyal işlevsellik toplam puanları, sosyal uğraşı/sosyal çekilme puanları, kişilerarası işlevsellik puanları, öncül sosyal etkinlik puanları, boş zamanları değerlendirme puanları, bağımsızlık düzeyi-yetkinlik puanları, bağımsızlık düzeyi-performans puanları ve iş/meslek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

**Tablo 6: Sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının ve alt boyutlarının sosyal güvence açısından karşılaştırılması**

	<b>Sosyal Güvence</b>				$\chi^2$
	<b>SGK</b> (n=77) Ort; ÇAG	<b>Emekli Sandığı</b> (n=4) Ort; ÇAG	<b>GSS</b> (n=45) Ort; ÇAG	<b>Yeşil Kart</b> (n=21) Ort; ÇAG	
<b>Sosyal İşlevsellik Toplam Puanı</b>	111,00; 45,00	97,50; 83,00	48,00; 156,00	96,00; 41,00	0,812
<b>Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme</b>	10,00; 4,00	9,00; 7,00	10,00; 4,00	9,00; 3,00	1,035
<b>Kişilerarası İşlevsellik</b>	6,00;2,00	6,50; 2,00	7,00; 2,00	6,00; 2,00	1,311
<b>Öncül Sosyal Etkinlikler</b>	14,00; 9,00	14,50; 21,00	14,00; 7,00	13,00; 10,00	1,162
<b>Boş Zamanları Değerlendirme</b>	14,00; 8,00	15,00; 10,00	14,00; 6,00	15,00; 5,00	2,385
<b>Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik</b>	35,00; 10,00	36,50; 16,00	37,00; 9,00	34,00; 12,00	2,157
<b>Bağımsızlık Düzeyi-Performans</b>	20,00; 13,00	10,50; 31,00	20,00; 13,00	14,00; 19,00	3,479
<b>İş/Meslek</b>	9,00; 7,00	7,00; 8,00	9,00; 7,00	10,00; 8,00	1,549

\*p>0,05;Not:Ort; Ortanca değerini, ÇAG; Çeyrekler Arası Genişlik (Inter QuartileRange) değerini,  $\chi^2$  ise Kruskal Wallis H testi istatistik değerini ifade etmektedir.

Hastaların sosyal güvencesi ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyutları toplam puanlarının karşılaştırılması sonucunda, hastaların sahip olduğu sosyal güvence türü ile; sosyal işlevsellik toplam puanları, sosyal uğraşı/sosyal çekilme puanları, kişilerarası işlevsellik puanları, öncül sosyal etkinlik puanları, boş zamanlarını değerlendirme puanları, bağımsızlık düzeyi-yetkinlik puanları, bağımsızlık düzeyi-performans puanları ve iş/meslek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

**Tablo 11: Sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının ve alt boyutlarının çalışma durumu açısından karşılaştırılması**

	Çalışma Durumu		Z
	Çalışıyor (n=103) Ort; ÇAG	Çalışmıyor (n=47) Ort; ÇAG	
<b>Sosyal İşlevsellik Toplam Puanı</b>	117,00; 29,00	79,00; 37,00	<b>-7,418*</b>
<b>Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme</b>	10,00; 2,00	8,00; 4,00	<b>-4,792*</b>
<b>Kişilerarası İşlevsellik</b>	7,00; 2,00	6,00; 3,00	<b>-3,435**</b>
<b>Öncül Sosyal Etkinlikler</b>	15,00; 8,00	10,00; 9,00	<b>-5,626*</b>
<b>Boş Zamanlarını Değerlendirme</b>	16,00; 7,00	11,00; 5,00	<b>-5,578*</b>
<b>Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik</b>	37,00; 6,00	30,00; 11,00	<b>-5,905*</b>
<b>Bağımsızlık Düzeyi-Performans</b>	22,00; 14,00	11,00; 11,00	<b>-6,222*</b>
<b>İş/Meslek</b>	10,00; 1,00	2,00; 3,00	<b>-9,779*</b>

\*P<0,001; \*\*P<0,05; Not:Ort; Ortanca değerini, ÇAG; Çeyrekler Arası Genişlik (Inter QuartileRange) değerini, z iseMann Whitney U testi istatistik değeriniifade etmektedir.

Hastaların çalışma durumu ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) ve alt boyutları toplam puanlarının karşılaştırılması sonucunda, çalışan hastaların SİÖ toplam puan ortalamasının (Ortanca: 117,00), çalışmayan hastaların SİÖ toplam puan ortalamasından (Ortanca: 79,00) fazla olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (z = -7,418, p<0.001).

Çalışan hastaların, Sosyal İşlevsellik Ölçeğinin alt boyutlarından olan sosyal uğraşı/sosyal çekilme toplam puan ortalamasının (Ortanca: 10,00), çalışmayan hastaların sosyal uğraşı/sosyal çekilme toplam puan ortalamasından (Ortanca: 8,00) daha fazla olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (z = -4,792, p<0.001). Çalışan hastaların Sosyal İşlevsellik Ölçeğinin alt boyutlarından olan kişilerarası işlevsellik toplam puan ortalamasının (Ortanca: 7,00), çalışmayan hastaların kişilerarası işlevsellik toplam puan ortalamasından (Ortanca: 6,00) daha fazla olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır (z = -3,435, p=0.001). Çalışan hastaların Sosyal İşlevsellik Ölçeğinin alt boyutlarından olan öncül sosyal etkinlikler toplam puan ortalamasının (Ortanca: 15,00), çalışmayan hastaların öncül sosyal etkinlikler toplam puan ortalamasından (Ortanca: 10,00) daha fazla olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır(z = -5,626, p<0.001). Çalışan hastaların Sosyal İşlevsellik Ölçeği alt boyutlarından olan boş zamanları değerlendirme toplam puan ortalamasının (Ortanca: 16,00), çalışmayan hastaların boş zamanları



değerlendirme toplam puan ortalamasından (Ortanca: 11,00) daha fazla olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ( $z = -5,578$ ,  $p < 0.001$ ). Çalışan hastaların Sosyal İşlevsellik Ölçeği alt boyutlarından olan bağımsızlık düzeyi-yetkinlik toplam puan ortalamasının (Ortanca: 37,00), çalışmayan hastaların bağımsızlık düzeyi-yetkinlik toplam puan ortalamasından (Ortanca: 30,00) daha fazla olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ( $z = -5,905$ ,  $p < 0.001$ ). Çalışan hastaların Sosyal İşlevsellik Ölçeği alt boyutlarından olan bağımsızlık düzeyi-performans toplam puan ortalamasının (Ortanca: 22,00), çalışmayan hastaların bağımsızlık düzeyi-performans toplam puan ortalamasından (Ortanca: 11,00) daha fazla olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ( $z = -6,222$ ,  $p < 0.001$ ). Çalışan hastaların iş/meslek toplam puan ortalamasının (Ortanca: 10,00), çalışmayan hastaların iş/meslek toplam puan ortalamasından (Ortanca: 2,00) çok daha fazla olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ( $z = -9,779$ ,  $p < 0.001$ ).

**Tablo 12: Sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının ve alt boyutlarının sigara kullanımı açısından karşılaştırılması**

	Sigara Kullanımı		Z
	Evet (n=108) Ort; ÇAG	Hayır (n=42) Ort; ÇAG	
<b>Sosyal İşlevsellik Toplam Puanı</b>	105,50; 41,00	110,50; 35,00	-0,634
<b>Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme</b>	10,00; 4,00	10,00; 3,00	-0,076
<b>Kişilerarası İşlevsellik</b>	7,00; 2,00	6,00; 2,00	-1,14
<b>Öncül Sosyal Etkinlikler</b>	13,00; 9,00	14,00; 9,00	-0,75
<b>Boş Zamanlarını Değerlendirme</b>	14,00; 7,00	15,00; 7,00	-1,112
<b>Bağımsızlık Düzeyi-Etkinlik</b>	35,00; 10,00	35,00; 7,00	-0,587
<b>Bağımsızlık Düzeyi-Performans</b>	19,00; 15,00	20,00; 14,00	-0,618
<b>İş/Meslek</b>	9,00; 7,00	9,00; 7,00	-0,113

\* $p > 0,05$ ; Not: Ort; Ortanca değerini, ÇAG; Çeyrekler Arası Genişlik (Inter QuartileRange) değerini, z ise Mann Whitney U testi istatistik değerini ifade etmektedir.

Hastaların sigara kullanımı ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyutları toplam puanlarının karşılaştırılması sonucunda, hastaların sigara kullanma durumları ile; sosyal işlevsellik puanları, sosyal uğraşı/sosyal çekilme puanları, kişilerarası işlevsellik puanları, öncül sosyal etkinlik puanları, boş zamanlarını değerlendirme puanları, bağımsızlık düzeyi yetkinlik puanları, bağımsızlık düzeyi-performans puanları ve iş/meslek puanları ile istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir.

**Tablo 13: Sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının ve alt boyutlarının alkol kullanımı açısından karşılaştırılması**

	Alkol Kullanımı		Z
	Ev (n=15) Ort; ÇAG	Hayır (n=135) Ort; ÇAG	
<b>Sosyal İşlevsellik Toplam Puanı</b>	88,00; 43,00	110,00; 41,00	-1,002
<b>Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme</b>	7,00; 4,00	10,00; 3,00	-1,504
<b>Kişilerarası İşlevsellik</b>	6,00; 2,00	6,00; 2,00	-0,409
<b>Öncül Sosyal Etkinlikler</b>	13,00; 14,00	14,00; 9,00	-0,169
<b>Boş Zamanlarını Değerlendirme</b>	11,00; 9,00	15,00; 6,00	-1,221
<b>Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik</b>	33,00; 11,00	36,00; 9,00	-0,679
<b>Bağımsızlık Düzeyi-Performans</b>	16,00; 17,00	20,00; 14,00	-0,796
<b>İş/Meslek</b>	7,00; 7,00	9,00; 6,00	-0,343

\*p>0,05;Not:Ort; Ortanca değerini, ÇAG; Çeyrekler Arası Genişlik (Inter QuartileRange) değerini, z ise Mann Whitney U testi istatistik değerini ifade etmektedir.

Hastaların alkol kullanımı ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyutları toplam puanlarının analizi sonucunda hastaların alkol kullanım durumları ile; sosyal işlevsellik puanları, sosyal uğraşı/sosyal çekilme puanları, kişilerarası işlevsellik puanları, öncül sosyal etkinlik puanları, boş zamanları değerlendirme puanları, bağımsızlık düzeyi-yetkinlik puanları, bağımsızlık düzeyi-performans puanları ve iş/meslek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Madde kullanan hasta sayısı bir kişi olduğundan istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilemeyeceği için madde kullanım durumunun Sosyal İşlevsellik Ölçeği'ne (SİÖ) ve alt boyutlarına etkisi test edilmemiştir.

**Tablo 7: Sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının ve alt boyutlarının birlikte yaşanan kişi açısından karşılaştırılması**

	<b>Birlikte Yaşanılan Kişi</b>				$\chi^2$
	<b>Anne-Baba</b> (n=107) Ort; ÇAG	<b>Eş-Çocuklar</b> (n=17) Ort; ÇAG	<b>Evde Yalnız</b> (n=12) Ort; ÇAG	<b>Arkadaş</b> (n=14) Ort; ÇAG	
<b>Sosyal İşlevsellik Toplam Puanı</b>	110,00; 43,00	93,00; 50,00	114,00; 39,00	103,50; 73,00	0,475
<b>Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme</b>	10,00; 3,00	10,00; 5,00	9,50; 4,00	10,00; 3,00	0,429
<b>Kişilerarası İşlevsellik</b>	6,00; 2,00	7,00; 2,00	6,00; 2,00	7,00; 2,00	<b>10,530*</b>
<b>Öncül Sosyal Etkinlikler</b>	14,00; 7,00	12,00; 8,00	14,00; 16,00	10,50; 7,00	3,714
<b>Boş Zamanlarını Değerlendirme</b>	14,00; 6,00	12,00; 9,00	14,50; 10,00	15,00; 6,00	0,481
<b>Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik</b>	34,00; 9,00	34,00; 12,00	38,00; 9,00	36,00; 12,00	1,486
<b>Bağımsızlık Düzeyi-Performans</b>	20,00; 16,00	19,00; 19,00	20,00; 18,00	18,50; 8,00	0,454
<b>İş/Meslek</b>	9,00; 8,00	7,00; 8,00	8,00; 8,00	10,00; 1,00	5,068

\*P<0,05; Not:Ort; Ortanca değerini, ÇAG; Çeyrekler Arası Genişlik (Inter QuartileRange) değerini,  $\chi^2$  ise Kruskal Wallis H testi istatistik değerini ifade etmektedir.

Hastaların birlikte yaşadıkları kişi ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyutları toplam puanlarının karşılaştırılması sonucunda hastaların birlikte yaşadıkları kişi ile; sosyal işlevsellik puanları, sosyal uğraşı/sosyal çekilme puanları, öncül sosyal etkinlik puanları, boş zamanları değerlendirme puanları, bağımsızlık düzeyi-yetkinlik puanları, bağımsızlık düzeyi-performans puanları ve iş/meslek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Hastaların birlikte yaşadıkları kişinin Sosyal İşlevsellik Ölçeğinin alt boyutlarından olan kişilerarası işlevselliği istatistiksel açıdan anlamlı olarak etkilediği saptanmıştır ( $\chi^2(3) = 10,530, p = 0.015$ ). Bu istatistiksel olarak anlamlı farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan Dunn-Bonferroni post hoc testleri sonucunda; eş-çocuklarla birlikte yaşayan hastaların kişilerarası işlevsellik puan ortalamalarının (Ortanca: 7,00), anne-babayla birlikte yaşayan hastaların kişilerarası işlevsellik puan ortalamalarından (Ortanca: 6,00)

daha fazla olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p = 0.001).

**Tablo 8: Sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının yaşanılan yer açısından karşılaştırılması**

	Yaşanılan Yer		Z
	Ev (n=135) Ort; ÇAG	Bakım Merkezi (n=15) Ort; ÇAG	
<b>Sosyal İşlevsellik Toplam Puanı</b>	107,00; 45,00	104,00; 26,00	-0,031
<b>Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme</b>	10,00; 3,00	10,00; 4,00	-0,344
<b>Kişilerarası İşlevsellik</b>	6,00; 2,00	7,00; 2,00	-0,679
<b>Öncül Sosyal Etkinlikler</b>	14,00; 9,00	11,00; 6,00	-1,311
<b>Boş Zamanlarını Değerlendirme</b>	14,00; 8,00	16,00; 6,00	-0,760
<b>Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik</b>	34,00; 10,00	36,00; 8,00	-0,352
<b>Bağımsızlık Düzeyi-Performans</b>	20,00; 17,00	19,00; 10,00	-0,191
<b>İş/Meslek</b>	8,00; 7,00	10,00; 1,00	<b>-3,076*</b>

\*P<0,05; Not:Ort; Ortanca değerini, ÇAG; Çeyrekler Arası Genişlik (Inter QuartileRange) değerini, z ise Mann Whitney U testi istatistik değerini ifade etmektedir.

Hastaların yaşadığı yer ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyutları toplam puanlarının karşılaştırılması sonucunda, hastaların yaşadığı yer ile; sosyal işlevsellik puanları, sosyal uğraşı/sosyal çekilme puanları, kişilerarası işlevsellik puanları, öncül sosyal etkinlik puanları, boş zamanları değerlendirme puanları, bağımsızlık düzeyi-yetkinlik puanları ve bağımsızlık düzeyi-performans puanları ile istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Bakım merkezinde yaşayan hastaların iş/meslek toplam puan ortalamasının (Ortanca: 10,00), evde yaşayan hastaların iş/meslek toplam puan ortalamasından (Ortanca: 8,00) daha fazla olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır (z = -3,076, p=0.002).

Bu bölümde, toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı şizofreni hastalarının hastalık ve tedaviye ilişkin bilgileri ile sosyal işlevsellik ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular incelenmiştir.

**Tablo 9: Sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının ve alt boyutlarının ailedeki ruhsal hastalık öyküsü açısından karşılaştırılması**

	<b>Ailedeki Ruhsal Hastalık Öyküsü</b>		<b>Z</b>
	<b>Var</b> (n=84) Ort; ÇAG	<b>Yok</b> (n= 66) Ort; ÇAG	
<b>Sosyal İşlevsellik Toplam Puanı</b>	105,00; 45,00	109,00; 39,00	-0,138
<b>Sosyal Uğraş/Sosyal Çekilme</b>	10,00; 4,00	10,00; 3,00	-0,603
<b>Kişilerarası İşlevsellik</b>	6,00; 2,00	6,00; 2,00	-0,200
<b>Öncül Sosyal Etkinlikler</b>	13,50; 9,00	14,00; 7,00	-0,129
<b>Boş Zamanlarını Değerlendirme</b>	14,00; 8,00	14,00; 6,00	-0,281
<b>Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik</b>	34,50; 9,00	36,00; 10,00	-0,479
<b>Bağımsızlık Düzeyi-Performans</b>	19,50; 16,00	20,00; 13,00	-0,275
<b>İş/Meslek</b>	8,50; 7,00	9,00; 7,00	-0,535

\*p>0,05;Not:Ort; Ortanca değerini, ÇAG; Çeyrekler Arası Genişlik (Inter QuartileRange) değerini, z iseMannWhitney U testi istatistik değerini ifade etmektedir.

Hastaların ailedeki ruhsal hastalık öyküsü ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyutlarının karşılaştırılması sonucunda, hastaların ailelerinde ruhsal hastalık öyküsü durumu ile; sosyal işlevselliği puanları, sosyal uğraş/sosyal çekilme puanları, kişilerarası işlevsellik puanları, öncül sosyal etkinlik puanları, boş zamanları değerlendirme puanları, bağımsızlık düzeyi-yetkinlik puanları, bağımsızlık düzeyi-performans puanları ve iş/meslek puanları ile istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

**Tablo 10: Sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının ve alt boyutlarının hastalık başlangıç yaşı açısından karşılaştırılması**

	Hastalık Başlangıç Yaşı		Z
	25 yaş ve altı (n=90) Ort; ÇAG	26 yaş ve üstü (n=60) Ort; ÇAG	
<b>Sosyal İşlevsellik Toplam Puanı</b>	100,00; 40,00	113,00; 38,00	-1,441
<b>Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme</b>	9,00; 4,00	10,00; 3,00	<b>-2,444*</b>
<b>Kişilerarası İşlevsellik</b>	6,00; 2,00	6,50; 2,00	-0,717
<b>Öncül Sosyal Etkinlikler</b>	13,00; 8,00	14,50; 8,00	-1,377
<b>Boş Zamanları Değerlendirme</b>	13,00; 6,00	15,00; 7,00	<b>-2,438*</b>
<b>Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik</b>	34,00; 9,00	36,00; 10,00	-0,188
<b>Bağımsızlık Düzeyi-Performans</b>	19,00; 15,00	22,00; 15,00	-1,545
<b>İş/Meslek</b>	9,00; 7,00	9,00; 6,00	-0,264

\*P<0,05; Not:Ort; Ortanca değerini, ÇAG; Çeyrekler Arası Genişlik (Inter QuartileRange) değerini, z iseMannWhitney U testi istatistik değerini ifade etmektedir.

Hastaların hastalık başlangıç yaşı ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyutları toplam puanlarının karşılaştırılması sonucunda, hastaların hastalık başlangıç yaşı ile; sosyal işlevsellik puanları, kişilerarası işlevsellik puanları, öncül sosyal etkinlik puanları, bağımsızlık düzeyi-yetkinlik puanları, bağımsızlık düzeyi-performans puanları ve iş/meslek puanları ile istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Bununla birlikte, hastalık başlangıç yaşı 26 yaş ve üstü olan hastaların sosyal uğraşı/sosyal çekilme toplam puan ortalamasının (Ortanca: 10,00), hastalık başlangıç yaşı 25 yaş ve altı olan hastaların sosyal uğraşı/sosyal çekilme toplam puan ortalamasından (Ortanca: 9,00) daha fazla olduğu ve bunun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (z = -2,444, p= 0.015). Hastalık başlangıç yaşı 26 yaş ve üstü olan hastaların boş zamanları değerlendirme toplam puan ortalamasının (Ortanca: 15,00), hastalık başlangıç yaşı 25 yaş ve altı olan hastaların boş zamanları değerlendirme toplam puan ortalamasından (Ortanca: 13,00) daha fazla olduğu ve bu durumun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (z = -2,438, p=0.015).

**Tablo 11: Sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının düzenli poliklinik kontrolü açısından karşılaştırılması**

	Düzenli Poliklinik Kontrolü		Z
	Var (n=127) Ort; ÇAG	Yok (n=23) Ort; ÇAG	
<b>Sosyal İşlevsellik Toplam Puanı</b>	107,00; 43,00	103,00; 46,00	-0,741
<b>Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme</b>	10,00; 4,00	10,00; 5,00	-0,424
<b>Kişilerarası İşlevsellik</b>	6,00; 2,00	7,00; 2,00	-0,405
<b>Öncül Sosyal Etkinlikler</b>	14,00; 9,00	13,00; 7,00	-0,995
<b>Boş Zamanlarını Değerlendirme</b>	14,00; 8,00	15,00; 6,00	-0,188
<b>Bağımsızlık Düzeyi-Etkinlik</b>	35,00; 10,00	35,00; 8,00	-0,513
<b>Bağımsızlık Düzeyi-Performans</b>	20,00; 14,00	20,00; 15,00	-0,830
<b>İş/Meslek</b>	9,00; 6,00	9,00;8,00	-0,242

p>0,05;Not:Ort; Ortanca değerini, ÇAG; Çeyrekler Arası Genişlik (Inter QuartileRange) değerini, z iseMannWhitney U testi istatistik değerini ifade etmektedir.

Hastaların düzenli poliklinik kontrolü ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyutları toplam puanlarının karşılaştırılması sonucunda düzenli poliklinik kontrolü durumu ile; sosyal işlevsellik puanları, sosyal uğraşı/sosyal çekilme puanları, kişilerarası işlevsellik puanları, öncül sosyal etkinlik puanları, boş zamanları değerlendirme puanları, bağımsızlık düzeyi-yetkinlik puanları, bağımsızlık düzeyi-performans puanları ve iş/meslek puanları ile istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir.

İlaçlarını aralıklı olarak kullanan hasta sayısı 3 kişi olduğundan istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilemeyeceği için, ilaç kullanımının Sosyal İşlevsellik Ölçeğine (SİÖ) ve alt boyutlarına etkisi test edilmemiştir.

**Tablo 12: Sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının ve alt boyutlarının hastaneye yatış sayısı açısından karşılaştırılması**

	Hastaneye Yatış Sayısı			$\chi^2$
	1-5 kez (n=94) Ort; ÇAG	6-10 kez (n=38) Ort; ÇAG	11-15 kez (n=18) Ort; ÇAG	
<b>Sosyal İşlevsellik Toplam Puanı</b>	107,00; 45,00	111,00; 26,00	91,00; 52,00	2,487
<b>Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme</b>	10,00; 3,00	10,00; 2,00	9,00; 4,00	3,679
<b>Kişilerarası İşlevsellik</b>	6,00; 2,00	6,00; 2,00	7,00; 2,00	1,578
<b>Öncül Sosyal Etkinlikler</b>	14,00; 9,00	14,00; 7,00	10,00; 14,00	2,229
<b>Boş Zamanlarını Değerlendirme</b>	14,00; 6,00	15,00; 6,00	11,00; 10,00	1,247
<b>Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik</b>	36,00; 11,00	34,50; 8,00	33,00; 9,00	1,998
<b>Bağımsızlık Düzeyi-Performans</b>	20,00; 17,00	21,50; 11,00	13,00; 20,00	4,079
<b>İş/Meslek</b>	9,00; 7,00	9,00; 4,00	6,00; 8,00	6,198

$p>0,05$ ;Not:Ort; Ortanca değerini, ÇAG; Çeyrekler Arası Genişlik (Inter QuartileRange) değerini,  $\chi^2$  ise Kruskal Wallis H testi istatistik değerini ifade etmektedir.

Hastaların hastaneye yatış sayısı ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyutları toplam puanlarının karşılaştırılması sonucunda, hastaların hastaneye yatış sayısı ile; sosyal işlevsellik puanları, sosyal uğraşı/sosyal çekilme puanları, kişilerarası işlevsellik puanları, öncül sosyal etkinlik puanları, boş zamanları değerlendirme puanları, bağımsızlık düzeyi-yetkinlik puanları, bağımsızlık düzeyi-performans puanları ve iş/meslek puanları ile istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.



**Tablo 13: Sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının son bir yıldaki hastaneye yatış süresi açısından karşılaştırılması**

	Son Bir Yıldaki Hastaneye Yatış Süresi		Z
	1-3 ay (n=35) Ort; ÇAG	Yatmamış (n=115) Ort; ÇAG	
<b>Sosyal İşlevsellik Toplam Puanı</b>	96,00; 46,00	110,00; 38,00	-1,491
<b>Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme</b>	9,00; 3,00	10,00; 3,00	<b>-2,129*</b>
<b>Kişilerarası İşlevsellik</b>	6,00; 3,00	7,00; 2,00	<b>-2,210*</b>
<b>Öncül Sosyal Etkinlikler</b>	14,00; 10,00	14,00; 6,00	-0,874
<b>Boş Zamanlarını Değerlendirme</b>	11,00; 8,00	15,00; 6,00	-1,866
<b>Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik</b>	33,00; 13,00	36,00; 9,00	-0,774
<b>Bağımsızlık Düzeyi-Performans</b>	18,00; 17,00	20,00; 13,00	-1,214
<b>İş/Meslek</b>	7,00; 7,00	9,00; 6,00	-0,883

\***P<0,05; Not:** Ort; Ortanca değerini, ÇAG; Çeyrekler Arası Genişlik (Inter QuartileRange) değerini, z iseMannWhitney U testi istatistik değerini ifade etmektedir.

Hastaların son bir yıldaki hastaneye yatış süresi ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyutları toplam puanlarının karşılaştırılması sonucunda, hastaların son bir yıldaki hastaneye yatış süresi ile; sosyal işlevsellik puanı, öncül sosyal etkinlik puanı, boş zamanları değerlendirme puanı, bağımsızlık düzeyi-yetkinlik puanı ve iş/meslek puanı ile istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Son bir yılda hastaneye yatmamış hastaların Sosyal İşlevsellik Ölçeği alt boyutlarından olan sosyal uğraşı/sosyal çekilme toplam puan ortalamasının (Ortanca: 10,00), son bir yılda 1-3 ay hastaneye yatışı olan hastaların sosyal uğraşı/sosyal çekilme toplam puan ortalamasından (Ortanca: 9,00) daha fazla olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır (z = -2,129, p=0.033). Son bir yılda hastaneye yatmamış hastaların Sosyal İşlevsellik Ölçeği alt boyutlarından olan kişilerarası işlevsellik toplam puan ortalamasının (Ortanca: 7,00), son bir yılda 1-3 ay hastane yatışı olan hastaların kişilerarası işlevsellik toplam puan ortalamasından (Ortanca: 6,00) daha fazla olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (z = -2,210, p=0.027).

**Tablo 14: Sosyal işlevsellik ölçeği puanlarının ve alt boyutlarının TRSM'ye katılım açısından karşılaştırılması**

	TRSM'ye Katılım		Z
	Evet (n=100) Ort; ÇAG	Hayır (n=50) Ort; ÇAG	
<b>Sosyal İşlevsellik Toplam Puanı</b>	117,50; 30,00	79,50; 39,00	<b>-7,341*</b>
<b>Sosyal Uğraşı/Sosyal Çekilme</b>	10,00; 3,00	8,00; 4,00	<b>-4,329*</b>
<b>Kişilerarası İşlevsellik</b>	7,00; 2,00	6,00; 3,00	<b>-3,367**</b>
<b>Öncül Sosyal Etkinlikler</b>	15,00; 9,00	10,50; 9,00	<b>-5,737*</b>
<b>Boş Zamanlarını Değerlendirme</b>	16,00; 6,00	11,00; 5,00	<b>-5,890*</b>
<b>Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik</b>	37,00; 6,00	30,00; 11,00	<b>-5,624*</b>
<b>Bağımsızlık Düzeyi-Performans</b>	22,50; 14,00	11,00; 10,00	<b>-6,113*</b>
<b>İş/Meslek</b>	10,00; 1,00	2,00; 4,00	<b>-9,080*</b>

\*P<0,001; \*\*P<0,05; Not:Ort; Ortanca değerini, ÇAG; Çeyrekler Arası Genişlik (Inter QuartileRange) değerini, z ise MannWhitney U testi istatistik değerini ifade etmektedir.

TRSM'ye katılım gösteren hastaların Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) toplam puan ortalamasının (Ortanca: 117,50), TRSM'ye katılım göstermeyen hastaların SİÖ toplam puan ortalamasından (Ortanca: 79,50) çok daha fazla olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (z = -7,341, p<0.001).

TRSM'ye katılım gösteren hastaların sosyal uğraşı/sosyal çekilme toplam puan ortalamasının (Ortanca: 10,00), TRSM'ye katılım göstermeyen hastaların sosyal uğraşı/sosyal çekilme toplam puan ortalamasından (Ortanca: 8,00) daha fazla olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (z = -4,329, p<0.001). TRSM'ye katılım gösteren hastaların kişilerarası işlevsellik toplam puan ortalamasının (Ortanca: 7,00), TRSM'ye katılım göstermeyen hastaların kişilerarası işlevsellik toplam puan ortalamasından (Ortanca: 6,00) daha fazla olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (z = -3,367, p=0.001). TRSM'ye katılım gösteren hastaların öncül sosyal etkinlikler toplam puan ortalamasının (Ortanca: 15,00), TRSM'ye katılım göstermeyen hastaların öncül sosyal etkinlikler toplam puan ortalamasından (Ortanca: 10,50) daha fazla olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (z = -5,737, p<0.001). TRSM'ye katılım gösteren hastaların boş zamanları değerlendirme toplam puan ortalamasının (Ortanca: 16,00), TRSM'ye katılım göstermeyen hastaların boş zamanları değerlendirme toplam puan ortalamasından (Ortanca: 11,00) daha fazla olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (z = -5,890, p<0.001). TRSM'ye katılım gösteren hastaların

bağımsızlık düzeyi-yetkinlik toplam puan ortalamasının (Ortanca: 37,00), TRSM' ye katılım göstermeyen hastaların bağımsızlık düzeyi-yetkinlik toplam puan ortalamasından (Ortanca: 30,00) daha fazla olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğusaptanmıştır ( $z = -5,624$ ,  $p < 0.001$ ). TRSM' ye katılım gösteren hastaların bağımsızlık düzeyi-performans toplam puan ortalamasının (Ortanca: 22,50), TRSM' ye katılım göstermeyen hastaların bağımsızlık düzeyi-performans toplam puan ortalamasından (Ortanca: 11,00) daha fazla olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğusaptanmıştır ( $z = -6,113$ ,  $p < 0.001$ ). TRSM' ye katılım gösteren hastaların iş/meslek toplam puan ortalamasının (Ortanca: 10,00), TRSM' ye katılım göstermeyen hastaların iş/meslek toplam puan ortalamasından (Ortanca: 2,00) çok daha fazla olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $z = -9,080$ ,  $p < 0.001$ ).



## 5. TARTIŞMA

Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı Şizofreni hastalarının sosyal işlevselliklerinin incelendiği çalışmada, hastaların tanımlayıcı bilgileri, hastalık ve tedaviye ilişkin elde edilen bilgiler ile sosyal işlevsellik puan ortalamalarına ilişkin bulgular literatür eşliğinde tartişılmıştır.

Şizofreni hastalarında hastalığın başlangıcından itibaren geçen zaman içerisinde iş, kişilerarası ilişkiler, kendine bakım, bağımsız yaşama becerileri gibi birden çok alanda işlevsellik düzeyleri önemli ölçüde etkilenmektedir (Emiroğlu, 2009; Eren, 2007). Araştırmanın sonucuna göre; Sosyal İşlevsellik Ölçeği toplam puan ortalamasının  $103,70 \pm 28,87$  (min= 30,00, max= 165,00) olduğu bulunmuştur (Tablo 5). Elde edilen toplam puan ortalamasının maksimum değere yakın olması ile hastaların sosyal işlevselliklerinin orta/iyi düzeyde olduğu söylenebilir.

Literatürde Şizofreni hastalarıyla Sosyal İşlevsellik Ölçeği uygulanarak yapılan ve Şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik düzeylerinin daha kötü olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Söğütlü ve ark. (2017), Şizofreni hastalarıyla yapmış oldukları ve Sosyal İşlevsellik Ölçeğini kullandıkları çalışmada, hastaların sosyal işlevsellik toplam puan ortalamalarının  $67.9 \pm 29.4$  olduğunu bildirmişlerdir.

Özkan ve ark. (2013), sadece farmakolojik tedavi alan Şizofreni hastalarıyla yaptıkları ve sosyal işlevsellik ölçeğini kullandıkları çalışmada hastaların sosyal işlevsellik toplam puanlarının,  $57.75 \pm 17.85$  olduğunu bildirmişlerdir.

Bu araştırmada hastaların sosyal işlevsellik düzeylerinin diğer çalışmalardan farklı olarak yüksek olmasının nedeni, çalışmanın toplum ruh sağlığı merkezinde yapılmış olması ve hastaların çoğunluğunun TRSM' ye katılım göstererek bütüncül tedaviden yararlanıyor olmaları olabilir.

Bu bölümde toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı Şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik puan ortalamaları ile hasta tanımlayıcı bilgileri karşılaştırılarak tartişılmıştır.

Tablo 6' da hastaların cinsiyetleri ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyut puanları karşılaştırıldığında, hastaların cinsiyetleri ile sosyal işlevsellik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir ( $p > 0.05$ ).

Literatürde bu araştırmanın sonucu ile uyumluluk gösteren Erol ve ark. (2009), şizofreni hastalığında sosyal işlevselliği yordayan etmenleri araştırdıkları çalışmalarında kadın ve erkek şizofreni hastalarında sosyal işlevsellik açısından bir fark bulunmadığını belirtmişlerdir. Yine çalışma sonuçlarıyla uyumlu çalışmalardan birisi olan Galderisi ve ark. (2012), şizofreni ve şizoaffektif bozukluğu olan 295 hastanın cinsiyet farklılıklarının sosyal işlevselliğe etkisinin araştırdıkları çalışmalarında, cinsiyetin sosyal işlevselliği etkilemediğini bildirmişlerdir. Ayrıca Kebede ve ark. (2019), 316 şizofreni hastasının uzun dönem işlevsellik sonuçlarını değerlendirdikleri çalışmada hastaların cinsiyetleri ile sosyal işlevsellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmadığını bildirmişlerdir.

Literatürde bu çalışmayla uyumlu çalışmaların yanında, farklılık gösteren çalışmalar da vardır. Şizofreni hastalarında cinsiyet farklılıkları ve cinsiyet farklılıklarına etki eden psikososyal faktörlerin araştırıldığı sistematik derlemede, erkek şizofreni hastalarının sosyal işlevselliklerinin, kadın şizofreni hastalarından daha düşük olduğu bildirilmiştir (Rössler ve ark., 2018). Turkmene ve ark. (2018), 170 Psikiyatri hastasında sosyodemografik özellikler, içsel damgalama ve sosyal işlevsellik arasındaki ilişkiyi belirlemek için yaptıkları araştırmada da sosyal işlevselliğin kadın hastalarda, erkek hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Spellmann ve ark. (2012), yapmış oldukları çalışmada da kadın şizofreni hastalarının sosyal işlevselliklerinin erkek hastalardan daha iyi olduğunu bildirilmiştir. Erkek şizofreni hastalarında sosyal işlevselliğin daha kötü olduğunu bildiren bu çalışmaların ortak sonuçlarına göre; erkek hastaların madde kötüye kullanım öyküsünün daha fazla olması, sosyal çekilmenin ve iletişim eksikliğinin daha yaygın olması, erkeklerde işlevselliğin daha kötü olmasının sebepleri olarak gösterilmiştir. Kadın şizofreni hastalarında sosyal işlevselliğin daha iyi olmasının ise, kadınların hastalık başlangıç yaşının daha geç olması, tedaviye uyumlarının ve kişilerarası ilişkilerinin daha iyi olmasıyla açıklanmıştır.

Araştırmanın sonucuna göre cinsiyet ile sosyal işlevsellik arasında anlamlı bir farklılık olmamasının nedeni, hastaların çoğunluğunun toplum ruh sağlığı merkezine katılım göstermesi, buradaki hizmetlerden ve bütüncül tedaviden yararlanması, tedaviye uyumlarının ve ilaç kullanımlarının cinsiyet farketmeksizin iyi olmasıdır. Ayrıca

araştırmaya katılan erkek hastalarda sosyal işlevselliği etkileyen alkol-madde kötüye kullanımlarının ve öykülerinin olmaması ile açıklanabilir.

Hastaların medeni durumu ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 7' de karşılaştırıldığında, hastaların medeni durumu ile sosyal işlevsellik toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir ( $p>0.05$ ). Ancak Tablo 7' de Sosyal İşlevsellik Ölçeği' nin kişilerarası işlevsellik alt boyutunda evli hastaların kişilerarası işlevselliğinin, bekar hastalara göre daha fazla olduğu istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0.005$ ). Literatürde şizofreni tanılı hastalarda semptomatolojinin sosyal işlevsellik üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmada, hastaların medeni durumu ile sosyal işlevsellik arasında bir ilişkiye rastlanmadığı bildirilmesine karşın (Tatlıdil ve ark., 2009) medeni durumu evli olan şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik puanlarının bekar hastalara oranla daha yüksek olduğu tespit edilen çalışmalar da mevcuttur. Li ve ark. (2015), 817 şizofreni hastası ile yaptıkları çalışmada, şizofreni hastalarının sosyal işlevselliğinin medeni durum ile ilişkisini incelemişler ve evli bireylerin sosyal işlevselliğinin, boşanmış ya da hiç evlenmemiş bireylerden önemli ölçüde yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Ayrıca eş desteğinin veya müdahalesinin bağımsız yaşama becerilerini arttırdığını, sosyal rollerini yerine getirebilmiş olmalarından dolayı toplumda kabul edilmesini kolaylaştırdığını belirtmişlerdir. Benzer şekilde Çin'de 510 şizofreni hastası üzerinde yapılan bir çalışmada da evlilik hayatının sosyal desteği (aile desteğini) teşvik ettiğini, evli olmayan erkeklerin hastalıktan daha çok etkilendiği bildirilmiştir (Ran ve ark., 2017). Abdel-Baki ve ark. (2011), 142 şizofreni hastasıyla yapmış oldukları çalışmada hiç evlenmemiş hastaların evli veya boşanmış hastalara göre sosyal işlevsellik düzeylerinin daha kötü olduğunu bildirmişlerdir. Erol ve ark. (2009), yapmış oldukları çalışmada evli olan hastaların sosyal işlevsellik puanları ve ölçeğin alt boyutlarından olan kişilerarası işlevsellik, sosyal çekilme, bağımsızlık-yetkinlik puanlarının, evli olmayan hastalardan anlamlı olarak yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Araştırma sonucuna göre medeni durumun sosyal işlevselliği etkilememiş olmasının nedeni, evli olmayan hastaların da çoğunluğunun ailesiyle birlikte veya bakım merkezlerinde arkadaşlarıyla yaşaması dolayısıyla, sosyal destek ağlarının olmasıyla açıklanabilir. Bu çalışmada evli olan hastaların kişilerarası işlevselliğinin daha iyi olması, hastaların düzen çerçevesinde, dengeli bir ilişkisinin olması ve daimi bir

arkadaşının olmasıyla kişilerarası ilişkilerini yönetmede daha başarılı olmalarıyla açıklanabilir.

Hastaların eğitim düzeyi ile Sosyal işlevsellik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Bu çalışmanın sonucuyla paralellik gösteren Tatlıdil ve ark. (2009), yapmış oldukları çalışmada hastaların eğitim düzeyi ile sosyal işlevsellik toplam puanları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmadığı bildirilmiştir. Araştırma sonucundan farklı olarak, Xiang ve ark. (2010), şizofreni hastalarıyla yapmış oldukları çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olan hastaların negatif belirtilerinin daha az olduğunu ve işlevsellik puanlarının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Yine Ensari ve ark. (2013), yapmış oldukları çalışmada araştırmaya katılan şizofreni hastalarının %60' ının ilköğretim mezunu olduğunu bildirerek, şizofreni hastalığının erken yaşlarda başlamasıyla kısa sürede yeti yitimine neden olması sonucu eğitim hayatlarına başlayamadıklarını, sürdüremediklerini veya yarıda bıraktıklarını bildirmişlerdir. Eğitim düzeyleri düşük olan şizofreni hastaları kendilerini yeterli ve başarılı hissetmemesi sonucu sosyal çekilmelerinin fazla olmasıyla sosyal rollerini yerine getiremeyerek işlevsellik düzeylerinin düştüğü bildirilmiştir (Ensari ve ark., 2013). Kaya (2013), yaptığı çalışmada da üniversite mezunu olan şizofreni hastalarının, sosyal işlevsellik puanlarının daha iyi olduğunu bildirmiş ve eğitim yılının uzun olmasının işlevselliği olumlu yönde etkilediğini belirtmiştir. Bu araştırmanın sonucuna göre eğitim düzeyi ile sosyal işlevsellik arasında anlamlı bir ilişkinin olmamasının nedeni, çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun (%93,3) eğitim düzeylerinin düşük olmasının sonucu etkilememiş olmasıyla açıklanabilir (Tablo 8).

Hastaların sahip olduğu çocuk sayısı ile sosyal işlevsellik toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 9). Literatürde yapılan çalışmaların incelenmesi sonucunda şizofreni hastalarının çocuk sayısı ve sosyal işlevsellikle ilgili karşılaştırma yapılacak bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Tablo 10' da hastaların sosyal güvencesi ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Bu çalışmaya katılan şizofreni hastalarının tamamının sosyal güvencesi vardır. Literatürde ise hastaların sosyal güvencesinin olmaması, tedavi olamamaları, tedaviyi sürdürememeleri, ilaçlarını temin edememeleri sonucu sık relapslarının olması ve

tekrarlı yatışlar sonucu prognozun kötüleşmesiyle sosyal işlevselliklerinin bozulduğunu bildiren çalışmalar vardır (Cortesi ve ark., 2013; Ascher-Svanum ve ark., 2006). Fakat sosyal güvencelerinin farklılığı ile sosyal işlevsellik arasında ilişki olan bir çalışmaya rastlanmamıştır

Tablo 11'de bir işte çalışan hastaların, çalışmayan hastalara göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği puan ortalamaları ve tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Şizofreni hastalarının bir işte çalışmaları, hastalık belirtilerini azaltması, kişilerarası ilişkilerini geliştirmesi, sosyal rollerini yerine getirmesi, boş zamanlarını değerlendirerek yaşam kalitelerinin artmasını sağlamaktadır (Öz ve Barlas, 2017). Şizofreni hastalarının çalışabilmesi bazı araştırmalarda işlevselliğin değerlendirilmesinde tek ölçüt olarak kabul edilmektedir (Carmona ve ark., 2017).

Literatürde şizofreni hastalarının çalışma durumlarının sosyal işlevselliği anlamlı olarak etkilediğini bildiren, bu çalışma sonuçlarıyla uyumlu birçok çalışma mevcuttur. Üçok ve ark. (2012), Avrupa'da 11 farklı merkezde 295 şizofreni hastasıyla yaptıkları çalışmada, istihdam düzeyi ve çalışma durumunun hastaların işlevsellikleri üzerindeki etkisini incelemişler ve çalışan hastaların sosyal işlevsellik puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğunu ve istihdamın, işlevselliğin önemli bir bileşeni olduğunu bildirmişlerdir. Çin'de 90 şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanısı olan hastalarla yapılan bir başka çalışmada ise; destekli istihdam kapsamında işe alınan hastalara işe başlamadan önce uygulanan işlevsellik ölçeğinde genel işlevsellik düzeylerinin düşük olduğunu, işe başladıktan sonra uygulanan ölçek değerlendirme sonuçlarına göre sosyal ve mesleki işlevsellik puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış sağlandığı bildirilmiştir (Au ve ark., 2015). Charzynska ve arkadaşlarının 1993-2013 yılları arasında şizofreni hastalarına sağlanan istihdamın hastalığın iyileşme süreçlerine etkisinin araştırıldığı çalışmaları inceledikleri literatür taramasında, şizofreni hastalarına sağlanan istihdam sonucu, hastaların sosyal işlevselliklerinin ve yaşam kalitelerinin anlamlı olarak arttığını tespit etmişlerdir (Charzynska ve ark., 2015). Sosyal İşlevsellik Ölçeği'nin Almanca geçerlilik güvenirlik araştırmasının yapıldığı çalışmada da, hastaların istihdamının sağlanması ve bir işte çalışıyor olması sosyal işlevsellik puanlarının, çalışmayan gruba göre yüksek olduğu bildirilmiştir (Iffland ve ark., 2015). Şizofreni hastalarının çalışma durumu ve sosyal işlevsellikle arasındaki ilişki ile ilgili



yapılan birçok araştırmada bu çalışmanın sonuçlarıyla uyumluluk olduğu görülmektedir. Bunun nedeni olarak da, bir işte çalışan hasta grubunun kişilerarası ilişkilerini sürdürerek ve sosyal rollerini yerine getirerek, yaşamlarına üretken ve aktif bir şekilde devam etmeleri olduğu düşünülmektedir. Böylece hastaların sosyal işlevsellik düzeylerinde iyileşmeler olduğu görülmektedir.

Hastaların sigara kullanımı ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyutları toplam puanları karşılaştırıldığında, hastaların sigara kullanma durumu ile, sosyal işlevsellik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 12).

Literatürde Iasevoli ve arkadaşlarının (2013), yaptıkları çalışmada tedaviye dirençli şizofreni hastalarında tütün kullanımının, semptom şiddetini arttırdığını, bilişsel işlevleri kötüleştirdiğini, problem çözme becerilerini azalttığını bildirmişlerdir. Şizofreni, şizoaffektif ve sanrılı bozuklukta sigara tüketimi ve ilişkili etmenlerin araştırıldığı çalışmada da, sigara içen şizofreni hastalarının hastaneye yatış sayısı, hastaneye yatış süresi ve şiddet eğiliminin fazla olduğu ve işlevsellik düzeylerinin düşük olduğu bildirilmiştir (Boşgelmez ve Yıldız, 2017). Araştırma sonucuna göre hastaların sigara kullanma durumlarının, sosyal işlevsellik üzerinde doğrudan etkileyici bir faktör olmaması sebebiyle Sosyal İşlevsellik Ölçeği puan ortalamalarını etkilememiş olabilir.

Tablo 13' de hastaların alkol kullanımı ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyutları toplam puanları karşılaştırıldığında hastaların alkol kullanma durumu ile, sosyal işlevsellik puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Uludağ ve Güleç (2016), şizofreni hastalarında yaşam boyu alkol madde kullanım bozukluğu oranını %19 olarak bildirmişlerdir. Bununla birlikte alkol madde kullanım bozukluğu olan şizofreni hastalarının, tedaviye uyumlarının kötü olduğunu, hastalık belirtilerinin daha şiddetli olduğunu ve sosyal işlevsellik düzeylerinin düşük olduğunu tespit etmişlerdir (Uludağ ve Güleç, 2016). Bu çalışmada alkol kullanım durumu ile sosyal işlevsellik arasında anlamlı bir farklılık olmamasının nedeni, çalışmaya katılan hastaların alkol kullanım oranlarının düşük olmasıyla (%10) açıklanabilir (Tablo 13). Şizofreni hastalarında alkol kullanım oranının düşük olması dinin etkisine, kültürel etkiye, gelenek ve göreneklere bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Hastaların birlikte yaşadıkları kişi ile sosyal işlevsellik ölçeği ve alt boyut puanları karşılaştırıldığında, hastaların birlikte yaşadıkları kişi ile sosyal işlevsellik puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir (Tablo 14). Bireyin sosyal destek kaynaklarını ilk sırada aile olmak üzere, arkadaşları, akrabaları, komşuları oluşturmaktadır. Şizofreni hastalarında sosyal destek ağlarının olmaması, hastaların umutsuzluk ve çaresizlik duygularını arttırmasıyla, sosyal çekilmelerinin olması sonucu daha düşük yaşam kalitesiyle birlikte işlevsellik düzeylerinin kötüleşmesine neden olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Muslu, 2010; Rüesch ve ark., 2004).

Literatürde bu çalışma sonuçlarından farklı olarak, Aylaz (2017), yaptığı çalışmada aile desteği, özel kişi desteği, arkadaş desteği gibi sosyal destek alanı bulunan şizofreni hastalarının tedaviye uyumunun daha iyi olduğunu, bunun sonucu olarak da hastalık belirtilerinde belirgin azalma ve işlevsellik alanlarında iyileşmelerin olduğunu belirtmiştir. Mas-Exposito ve ark. (2013), Fonksiyonel Sosyal Destek Ölçeği geçerlilik güvenilirlik çalışmasında, sosyal destek sistemleri iyi olan şizofreni hastalarını bir yıl süreyle izlemişler ve yaşam kaliteleri ile genel işlevsellik düzeylerini yüksek bulduklarını bildirmişlerdir.

Bu araştırmanın sonucuyla uyumlu olarak; Soylu' nun bildirdiğine göre, aile desteği olan şizofreni hastaları ile sosyal işlevsellik arasında anlamlı ilişkinin bulunmadığı görülmektedir (Soylu, 2018). Yine bu çalışmanın sonuçlarıyla paralel olan bir başka çalışmada şizofreni tanısı almış 44 hastanın ailesiyle veya tek başına yaşamalarının sosyal işlevselliği etkilemediği belirtilmiştir (Tatlıdil ve ark., 2009). Fakat araştırma sonucuna göre eş-çocuklarla birlikte yaşayan hastaların kişilerarası işlevsellik puanlarının, anne-babayla birlikte yaşayan hastaların kişilerarası işlevsellik puanlarından daha fazla olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p= 0.001$ ). Sosyal İşlevsellik Ölçeğinin alt boyutu olan kişilerarası işlevsellik bireyin arkadaş sayısını, heteroseksüel ilişkisinin olmasını ve iletişimin kalitesini ölçmektedir. Araştırma sonucuna göre eş-çocuklarla birlikte yaşayan hastaların kişilerarası işlevselliklerinin daha iyi olmasının nedeni; hastaların sosyal ve toplumsal rollerinden olan eş-ebeveyn rolünü üstlenmesiyle kişilerarası ilişkilerini sürdürmede daha başarılı olduğu düşünülmektedir.

Hastaların yaşadığı yer ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyut puanları karşılaştırıldığında hastaların yaşadığı yer ile sosyal işlevsellik puan ortalamaları

arasında anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir (Tablo 15). Fakat bakım merkezinde yaşayan hastalarınış/meslek toplam puan ortalamasının evde yaşayan hastaların iş/meslek toplam puan ortalamasından daha fazla olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0.002).

Sosyal İşlevsellik Ölçeğinin alt boyutu olan iş/meslek; bireyin üretken bir işle uğraşması veya günlük faaliyetlerini yapılandığı programlarda yer almalarına göre puanlanmaktadır. Hastanın bir işte çalışmasının yanında, rehabilitasyon programı veya meslek edindirme programlarına katılım göstermesiyle de bu alt boyuttan puan alınabilmektedir. Araştırma sonucuna göre bakım merkezinde yaşayan hastaların iş/meslek puan ortalamalarının evde yaşayan hastalardan daha fazla olmasının nedeni, bakım merkezlerinde toplum ruh sağlığı merkezlerine benzer mesleki rehabilitasyon çalışmalarının yürütülmesi, iş-uğraş terapilerinin yapılması ve hastaların hem toplum ruh sağlığı merkezinde hem de bakım merkezinde bu faaliyetlere katılım göstermesinden kaynaklanıyor olabilir.

Bu bölümde toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik puan ortalamaları ile hastaların hastalık ve tedaviye ilişkin bilgileri karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Hastaların ailedeki ruhsal hastalık öyküsü ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyut puanları karşılaştırıldığında ailedeki ruhsal hastalık öyküsü ile sosyal işlevsellik puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir (Tablo 16).

Bu çalışmanın sonucundan farklı olarak, Ran ve ark. (2017), şizofreni hastalarının ailelerinde ruhsalhastalık öykülerini inceledikleri çalışmada, ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olan hastaların, daha erken yaşta hastalığa yakalandığı ve bu bireylerde evsizlik oranının yüksek olmasıyla birlikte işlevsellik düzeylerinin kötü olduğunu bildirmişlerdir.

Araştırma sonucuna göre ailede ruhsal hastalık öyküsü ile sosyal işlevsellik arasında anlamlı bir ilişkinin olmamasının nedeni, Ran ve ark. (2017), yapmış oldukları çalışma sonucundan farklı olarak, hastaların ailelerinde ruhsal hastalık öyküsü olsa da evsizlik sorunu yaşamamaları, çoğunluğunun aileleriyle birlikte yaşamaları ve aile desteklerinin iyi olmasıyla açıklanabilir.

Hastaların, hastalık başlangıç yaşı ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyutları toplam puanları karşılaştırıldığında hastaların hastalık başlangıç yaşı ile sosyal işlevsellik puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 17). Bununla birlikte, hastalık başlangıç yaşı 26 yaş ve üstü olan hastaların sosyal uğraşı/sosyal çekilme puanlarının, hastalık başlangıç yaşı 25 yaş ve altı olan hastalardan daha fazla olduğu ve bunun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0.015). Sosyal İşlevsellik Ölçeğinin alt boyutu olan sosyal uğraşı/sosyal çekilme; yalnız geçirilen zaman, karşılıklı konuşmayı başlatabilme, sosyal kaçınmayı ve yabancıların varlığındaki davranışları değerlendirmektedir. Bu alt boyuttan alınan puan yükseldikçe hastaların sosyal çekilmelerinin daha az, sosyal uğraşlarının daha iyi olduğu görülmektedir. Araştırma sonucuna göre hastalık başlangıç yaşı 26 yaş ve üstü olan hastaların sosyal uğraşı /sosyal çekilme puanlarının daha yüksek olmasının nedeni, hastalığın daha geç başlangıçlı olması sonucu hastalık prognozunun daha iyi olması ve sosyal çekilmelerinin daha az olmasıyla açıklanabilir.

Hastalık başlangıç yaşı 26 yaş ve üstü olan hastaların boş zamanları değerlendirme puanlarının, hastalık başlangıç yaşı 25 yaş ve altı olan hastalardan daha fazla olduğu ve bu durumun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0.015). Sosyal İşlevsellik Ölçeğinin alt boyutu olan boş zamanları değerlendirme; bireyin hobilerini, ilgi alanlarını, uğraşlarını (örn: kitap okuma, televizyon izleme, yemek yapma, yüzme, resim yapma) değerlendirerek ne sıklıkta yaptığını ölçmektedir. Bu alt boyuttan alınan puanın yüksek olması hastaların boş zamanlarını değerlendirme durumlarının daha iyi olduğunu göstermektedir. Araştırma sonucuna göre boş zamanları değerlendirme puan ortalamasının 25 yaş ve altı olan hastalarda daha kötü olmasının nedeni, hastalığı erken başlayan hastalarda hastalık seyrinin kötü olması negatif belirtilerin erken yaşlarda ortaya çıkmasıyla birlikte sosyal çekilmenin ve depresif belirtilerin daha fazla görülmesinin, hastaların boş zaman etkinliklerine katılımlarını engelliyor olabilir (Caldiroli ve ark., 2018; Brown ve ark., 2012).

İlaçlarını düzenli kullanmayan hasta sayısı 3 kişi olduğundan Sosyal İşlevsellik Ölçeği' ne ve alt boyutlarına etkisi test edilememiştir. Hastaların düzenli poliklinik kontrolü ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyutları karşılaştırıldığında, hastaların düzenli poliklinik kontrolü ile sosyal işlevsellik puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir (Tablo 18).

Literatürde bu çalışmanın sonuçlarından farklı olarak Cortesi ve ark. (2013), 661 şizofreni hastasıyla yapmış oldukları izlem çalışmasında hastaların tedaviye uyumlarının iyi olmasının ve sürekliliğin sağlanmasının hastalıkta olumlu prognozla ve yüksek sosyal işlevsellikle ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Yine Rossi ve ark. (2009), şizofreni hastalarıyla yapmış oldukları çalışmada, düzenli ilaç tedavisi olan hastaların hastalık seyrinin iyi olduğunu, bilişsel ve sosyal işlevsellik düzeylerinin yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Şizofreni hastalarının tedaviye uyumlarının iyi olması sonucunda semptomlarda azalma görülürken sosyal işlevsellikte artış olduğu bildirilmiştir (Mohamed ve ark., 2009). Araştırma sonuçlarının literatürdeki çalışmalardan farklılık göstermesinin nedeni, toplum ruh sağlığı merkezine katılım gösteren hastaların tedavi ve takiplerinin düzenli bir şekilde yapılması ve hastaların tamamına yakınının (%98) ilaçlarını düzenli kullanmalarındır. Ayrıca hastaların kontrol ve tedavi düzenlemelerinin toplum ruh sağlığı merkezi hekimi tarafından yapılması nedeniyle büyük çoğunluğunun poliklinik kontrollerinin düzenli olması (%84,7) olabilir (Tablo 18).

Hastaların hastaneye yatış sayısı ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyut puanları karşılaştırıldığında hastaneye yatış sayısı ile sosyal işlevsellik puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir (Tablo 19). Bu çalışmanın sonucundan farklı olan bir diğer çalışmada da Spellman ve ark. (2012), serviste yatışı olan şizofreni hastalarıyla yaptıkları çalışmada, hastaneye yatış sayısı fazla olan hastaların işlevsel iyileşmelerinin kötü olduğu ve bir yıllık izlem sonrasında da düşük işlevsellik düzeyinin devam ettiğini bildirmişlerdir. Şizofreni hastalarının psikososyal işlevsellik düzeylerinin değerlendirildiği çalışmada, yatış sayısı fazla olan hastaların sık relaps sonucu hastalık belirtilerinden daha fazla etkilenmeleri nedeniyle sosyal işlevselliklerinin kötü olduğu belirtilmiştir (Soylu, 2018).

Hastaların son bir yıldaki hastaneye yatış süresi ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyutları toplam puanları karşılaştırıldığında ise, hastaların son bir yıldaki hastaneye yatış süresi ile sosyal işlevsellik puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır (Tablo 20). Fakat son bir yılda hastaneye yatmamış hastaların Sosyal İşlevsellik Ölçeği alt boyutlarından olan sosyal uğraşı/sosyal çekilme toplam puanlarının, son bir yılda 1-3 ay hastane yatışı olan hastaların sosyal uğraşı/sosyal çekilme puanlarından daha fazla olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğu

saptanmıştır (p=0.033). Son bir yılda hastaneye yatmamış hastaların Sosyal İşlevsellik Ölçeği alt boyutlarından olan kişilerarası işlevsellik puanlarının da son bir yılda 1-3 ay hastane yatışı olan hastaların kişilerarası işlevsellik puanlarından daha fazla olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 18). Bu çalışmanın sonuçlarını destekleyen başka bir çalışmada ise; son bir yıl içinde hastane yatışı olmayan hastaların hastane yatışı olan hastalara göre, sosyal uğraşı/sosyal çekilme, kişilerarası işlevsellik, öncül sosyal etkinlikler, bağımsızlık düzeyi-yetkinlik, bağımsızlık düzeyi-performans gibi sosyal işlevsellik ölçeği alt boyutlarından daha yüksek puan aldıkları bildirilmiştir (Varlık, 2014).

Araştırma sonucuna göre son bir yılda hastane yatışı olan hastaların, Sosyal İşlevsellik Ölçeğinin alt boyutlarından olan sosyal uğraşı/sosyal çekilme puanlarının düşük olması, hastane yatışı olması sonucu hastalığın alevlenmesinin, sosyal yıkıma neden olmasıyla sosyal çekilmelerini etkilemiş olabileceği düşünülmektedir (Gorna ve ark., 2014). Kişilerarası işlevsellik puanlarının son bir yılda hastaneye yatışı olan hastalarda daha az olmasının sebebi ise; hastalığın nüks etmesiyle birlikte hastalarda görülen depresif belirtilerin artması, içe çekilmenin gerçekleşmesi, sosyal rollerini yerine getirememesi ile kişilerarası ilişkilerinde düşmenin görülmüş olabilmesiyle açıklanabilir.

Tablo 21' de TRSM' ye katılım gösteren hastaların Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyutları puan ortalamalarının, TRSM'ye katılım göstermeyen hastalardan istatistiksel açıdan anlamlı olarak çok daha fazla olduğu elde edilmiştir (p<0,05) (p<0.001).

Literatürde bu çalışmanın sonuçlarını destekleyen çalışma sayısı fazladır. Na ve ark. (2016), TRSM' ye katılım gösteren şizofreni hastalarında TRSM hizmetlerinin hastalar üzerindeki bir yıllık etkilerini inceledikleri çalışmada, hastaların sosyal ve mesleki işlevsellik düzeylerinin yükseldiğini bildirmişlerdir. Ensari ve ark. (2013), yapmış oldukları çalışmada, bir yıl boyunca Bolu'daki İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'ne bağlı toplum ruh sağlığı merkezine düzenli olarak katılım sağlayan 30 şizofreni hastasına verilen hizmetin sosyal işlevsellik üzerine etkisi araştırılmış ve çalışma sonucunda hastaların yaşam kalitesinde ve sosyal işlevselliğinde önemli bir artış saptandığı bildirilmiştir. Toplum ruh sağlığı merkezinde uygulanan beceri eğitimlerinin günlük yaşam aktiviteleri ve bilişsel fonksiyonlara etkisinin

incelendiği çalışmada, TRSM' de düzenli olarak sosyal beceri programına katılan hastaların programa başlangıçta ve altı ay sonra uygulanan ölçek sonuçlarına göre günlük yaşam aktiviteleri ile sosyal ve mesleki işlevselliklerinin iyileştiği bildirilmiştir (Elboğa ve ark.,2019). Özdemir ve ark. (2017), yaptıkları çalışmada, poliklinikte düzenli ilaç tedavisi alan 50 hasta grubu ile, TRSM'de buna ek olarak 100 hastaya ruhsal eğitim programı uygulanmış ve iki grubun karşılaştırmaları sonucu, TRSM 'de hizmet alan grubun hastalık belirtilerinde azalma, işlevsellik düzeylerinde artış olduğunu bildirmişlerdir. Callozos ve ark. (2002), Meksika'da şizofreni hastalarıyla yapmış oldukları çalışmada ilaç tedavisi gören hastalarla, ilaç tedavisine ek olarak toplumsal tedavi gören şizofreni hastalarını karşılaştırmışlar ve toplumsal tedavi gören hastaların belirtilerinde azalma ile birlikte işlevsellik düzeylerinin yükseldiği bildirilmiştir. Delice ve ark. (2014), Bakırköy Toplum Ruh Sağlığı Merkezi' nde yapmış olduğu çalışmada merkezden hizmet alan şizofreni hastasına ilaç tedavisi ve psikososyal müdahalelerin bütüncül şekilde uygulanması sonucunda mesleki ve sosyal işlevsellikte belirgin bir artış gözlemlendiği bildirilmiştir.

Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan ve almayan psikiyatri hastalarının yaşam kalitesi, tedaviye uyum, içgörü ve işlevselliklerinin karşılaştırıldığı çalışmada, TRSM hizmetlerinden yararlanan hastaların tedaviye uyumlarının, yaşam kalitelerinin, içgörülerinin, genel ve sosyal işlevsellik düzeylerinin daha iyi olduğunu bildirmişlerdir (Şahin ve Elboğa, 2019). Psikososyal bakım merkezine katılım gösteren şizofreni hastalarıyla bireysel görüşmelerin yapıldığı nitel çalışmada; hastalar merkezi sohbet ettikleri, eğlendikleri, sosyal hayatı deneyimledikleri, kendilerini özgür hissettikleri ve ayrımcılığa uğramadan kabul edildikleri yer olarak tanımlamışlardır. Hastalara verilen hizmetlerle günlük yaşamlarını sürdürmelerinde, yeni aktivitelere katılımlarında ve kişilerarası ilişkilerini geliştirmelerinde etkili olduğu belirtilmiştir. Toplum ruh sağlığı merkezindeki hizmetler sonucunda hastaların hastalıklarını anlayarak, baş etmelerinin kolaylaştığı ve verilen hizmetlerin işlevsellikleri üzerinde de olumlu etkilerde bulunduğu bildirilmiştir (Salles ve ark., 2016).

Literatürde şizofreni hastalarının toplum ruh sağlığı merkezine katılım durumu ve sosyal işlevsellikle arasındaki ilişki ile ilgili yapılan birçok araştırmada çalışmanın sonuçlarıyla uyumluluk olduğu görülmektedir. Bunun nedeni olarak da, toplum ruh sağlığı merkezlerinde bütüncül hizmetlerin sunulması, sosyal becerilerin kazandırılması,

bağımsız yaşama becerilerinin kazandırılması, boş zamanların etkin olarak kullanılmasının sağlanması ve hastaların topluma entegrasyonlarının sağlanmasının sosyal işlevselliği olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir. Böylece hastaların sosyal işlevsellik düzeylerinde iyileşmeler olduğu görülmektedir.





## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde, toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı şizofreni hastalarının sosyal işlevselliklerinin incelenmesi amacıyla yapılan araştırmaya ait elde edilen sonuçlar paylaşılmıştır.

1. Çalışmaya katılan hastaların %58' inin erkek, %42' sinin kadın olduğu, hastaların büyük çoğunluğunun %62 bekar, %9,3'ünün evli olduğu, hastaların çoğunluğunun %57,3'ü ilköğretim mezunu, %6,7'si üniversite mezunu olduğu, hastaların, %71,3'ünün çocuğunun olmadığı, yarısından biraz fazlasının %51,3'ünün SGK'lı olduğu, %68,7'sinin çalışma durumunun olduğu, %72' sinin sigara kullandığı, büyük çoğunluğunun %90'ının alkol kullanmadığı ve %71,3'ünün anne-babasıyla yaşadığı,
2. Çalışmaya katılan hastaların %56' sının ailesinde ruhsal hastalık öyküsünün bulunduğu, hastaların %60' ının hastalık başlangıç yaşının 25 ve altı olduğu, hastaların tamamına yakınının %98' inin düzenli ilaç kullandığı, %94,7'sinin düzenli poliklinik kontrolüne gittiği, %62,7' sinin hastaneye 1-5 kez yattığı, %12' sinin ise 11-15 kez hastane yatışı olduğu, hastaların büyük çoğunluğunun %76,7' sinin son bir yıl içinde hastaneye yatmadığı, %23,3'ünün 1-3 ay süreyle son bir yılda hastaneye yattığı ve hastaların yarısından fazlasının %66,7' sinin TRSM'ye katılım gösterdiği,
3. Çalışmaya katılan hastaların sosyal işlevsellik ölçeği toplam puan ortalamaları  $103,70 \pm 28,87$  (min=30,00, max=165,00) olduğu,
4. Çalışmaya katılan hastaların cinsiyetleri ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyutları toplam puanları ile sosyal işlevsellik arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmediği ( $p > 0.05$ ),
5. Çalışmaya katılan hastaların medeni durumu ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyutları toplam puanları ile sosyal işlevsellik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmediği, ancak hastaların medeni durumunun evli olmasının sosyal işlevselliğin alt boyutlarından olan kişilerarası işlevsellik ile istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu ( $p < 0.05$ ),

6. Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumu ile sosyal işlevsellik ölçeği ve alt boyutları karşılaştırıldığında sosyal işlevsellik ile arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmediği ( $p>0.05$ ),

7. Çalışmaya katılan hastaların çocuk sayısı ve sosyal güvenceleri ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyutları toplam puanları karşılaştırıldığında, sosyal işlevsellikle arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmediği ( $p>0.05$ ),

8. Çalışmaya katılan hastaların çalışma durumu ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyutları toplam puanları karşılaştırıldığında, çalışan hastaların Sosyal işlevsellik ölçeği toplam puan ortalamasının çalışmayan hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu ( $p<0.05$ ),

9. Çalışmaya katılan hastaların sigara ve alkol kullanım durumları ile Sosyal İşlevsellik ölçeği ve alt boyutları toplam puanları ile sosyal işlevsellik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmediği ( $p>0.05$ ),

10. Çalışmaya katılan hastaların birlikte yaşadıkları kişi ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyutları toplam puanları ile sosyal işlevsellik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmediği, ancak eş çocuklarla yaşayan hastaların sosyal işlevselliğin alt boyutlarından olan kişilerarası işlevsellik puanlarının, anne-babayla birlikte yaşayan hastaların kişilerarası işlevsellik puanlarından istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu ( $p<0.05$ ),

11. Çalışmaya katılan hastaların yaşadığı yer ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyutları toplam puanları ile sosyal işlevsellik arasında anlamlı bir farklılık görülmediği, fakat bakım merkezinde yaşayan hastaların sosyal işlevselliğin alt boyutlarından olan iş/meslek puanları, evde yaşayan hastalardan istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu ( $p<0.05$ ),

12. Çalışmaya katılan hastaların ailede ruhsal hastalık öyküsü ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyutları toplam puanları ile sosyal işlevsellik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmediği ( $p>0.05$ ),

13. Çalışmaya katılan hastaların hastalık başlangıç yaşı ile sosyal işlevsellik toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı, ancak Sosyal işlevsellik ölçeğinin alt boyutlarından olan sosyal uğraşı/sosyal çekilme ve

boş zamanları değerlendirme toplam puanları, hastalık başlangıç yaşı 26 yaş ve üstü olan hastalarda, 25 yaş ve altı olan hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu( $p<0.05$ ),

**14.** Çalışmaya katılan hastaların düzenli poliklinik kontrolü ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyutları toplam puanları ile sosyal işlevsellik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmediği ( $p>0.05$ ),

**15.** Çalışmaya katılan hastaların hastaneye yatış sayısı ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyutları toplam puanları ile sosyal işlevsellik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmediği ( $p>0.05$ ),

**16.** Çalışmaya katılan hastaların son bir yıldaki hastaneye yatış süreleri ile sosyal işlevsellik toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı, fakat Sosyal İşlevsellik Ölçeğinin alt boyutlarından olan sosyal uğraşı/sosyal çekilme ve kişilerarası işlevsellik toplam puanlarının son bir yılda hastaneye yatışı olmayan hastalarda, son bir yılda hastaneye yatışı 1-3 ay olan hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu ( $p<0.05$ ),

**17.** Toplum Ruh Sağlığı Merkezine (TRSM) katılım gösteren hastalar ile katılım göstermeyen hastaların Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve alt boyutları toplam puanları karşılaştırıldığında, katılım gösteren hastaların Sosyal işlevsellik ölçeği puan ortalamaları, katılım göstermeyen hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda;

- 1.** Bu çalışmayla şizofreni hastalarının sosyal işlevselliklerinde etkisi olan, çalışmayan hastalar, hastalık başlangıç yaşı 25 yaş ve altı olan hastalar, son bir yılda hastaneye yatışı olan hastalar ve toplum ruh sağlığı merkezine katılım göstermeyen hastalar riskli gruplar olarak belirlenmiştir. Toplum ruh sağlığı merkezlerindeki şizofreni hastalarının sosyal işlevselliklerinin artırılması yönünde riskli gruplara yönelik bireyselleştirilmiş bakım planlarının oluşturulması, tedavi stratejilerinin planlanması ve uygulanması,
- 2.** Çalışan şizofreni hastalarının sosyal işlevselliklerinin daha iyi olması sebebiyle, çalışabilecek hastalar için destekli istihdamın sağlanması ve iş

verenlerin şizofrenili bireylere yönelik yanlış inanç ve tutumlarının değişmesi için eğitimler düzenlenerek, farkındalık çalışmaları yapılması, korumalı işyerlerinin açılarak, hastaların istihdamının sağlanması,

3. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde mesleki rehabilitasyon çalışmalarına daha fazla önem verilerek sürelerinin arttırılması,
4. Hastalık başlangıç yaşı 25 yaş ve altı olan hastaların Sosyal İşlevsellik Ölçeğinin alt boyutlarından olan sosyal uğraşı/sosyal çekilme puanlarının 26 yaş ve üstü hastalık başlangıcı olan hastalardan düşük olduğunun bulunması sebebiyle, TRSM'lerde 25 yaş ve altı hastalık başlangıcı olan hastaların tespit edilerek, sosyal çekilmelerinin düzeltilmesi için bireye özel psikososyal terapiler ve grup terapilerine katılımlarının sağlanması,
5. Hastalık başlangıç yaşı 25 yaş ve altı olan hastaların Sosyal İşlevsellik Ölçeğinin alt boyutlarından olan boş zamanları değerlendirme puanlarının, 26 yaş ve üstü hastalık başlangıcı olan hastalardan düşük olduğunun bulunması sebebiyle, hastaların boş zamanlarını değerlendirmelerinin iyileştirilmesinde, hobilerini, ilgi alanlarını keşfetmesinin sağlanması için resim terapisi, müzik terapisi gibi iş-uğraş terapilerine katılımlarının sağlanması,
6. Son bir yılda hastaneye yatışı olan hastaların Sosyal İşlevsellik Ölçeğinin alt boyutlarından olan sosyal uğraşı/sosyal çekilme ve kişilerarası işlevsellik puanlarının son bir yılda hastane yatışı olmayan hastalardan düşük olması sebebiyle, hastaların hastaneye yatışlarını önlemek için TRSM' lerde düzenli takip ve tedavilerinin yapılması, ruhsal toplumsal destek tedavileri sunularak bireye özel ve gereksinime dayalı tedavilerin uygulanması ve TRSM' lerde son bir yılda hastane yatışı olan hastalar için öncelikli olarak, sosyal çekilmelerinin ve kişilerarası işlevselliklerinin iyileşmesi için grup tedavileri, sosyal beceri eğitimleri, iş-uğraş terapilerine katılımlarının sağlanması,
7. TRSM' ye katılım gösteren hastaların sosyal işlevselliğinin TRSM' ye katılım göstermeyen hastalardan daha iyi olması sebebiyle, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılmasında büyük önemi olan TRSM' lerin açılma sayılarına önem vermeden bölgesel bazda ihtiyaca yönelik planlamalar yapılarak sayılarının arttırılması,
8. Toplum ruh sağlığı merkezleri ve verilen hizmetlerinin daha iyi tanıtılması için çeşitli reklamlar kamu spotu vb. çalışmalarla birlikte aile hekimleri ile

koordinasyon sağlanarak seminerler dñzenlenmesi, hasta ve ailelerine TRSM'den yñrñtñlen ev ziyaretleri sırasında TRSM'lerin ³nemi anlatılarak merkeze gelmelerinin teşvik edilmesi ³nerilmektedir.



## 7. KAYNAKLAR

- ABDEL -BAKİ. LESAGE A. NİCOLE L. Schizophrenia, an illness with bad outcome: myth or reality? *Can J Psychiatry*, 2011; 56:2: 92-101.
- ABİ-DARGHAM A. Alterations of serotonin transmission in schizophrenia. *International Review of Neurobiology*, 2007; 78, 133–164.
- ADDINGTON J. The prodromal stage of psychotic illness: Observation, detection or intervention? *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 2003; 28:2: 93–97.
- ADDİNGTON J, PİSKULİC D, MARSHALL C. Psychosocial Treatments for Schizophrenia. *Current Directions in Psychological Science*, 2010, 19: 260-263.
- AKI E, TANRIVERDİ N, ŞAFAK Y. Şizofrenili Bireylerde Birey Merkezli Ergoterapi Programının Günlük Yaşam Aktiviteleri Katılımına Etkisi, *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 2014; 2: 89-90.
- ALATAŞ G, KARAOĞLAN A, ARSLAN M, YANIK M. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi, *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*, 2009; 46:25-29.
- AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan Çev. Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, 2014, Ankara.
- ANDREOU C ve MORITZ S. Non-pharmacological Interventions for Schizophrenia: How Much Can Be Achieved and How?, *Frontiers in Psychology*, 2016; 7: 1289
- ANLAR L. Sivas'ta bir psikiyatri kliniğinden taburcu olan hastaların ruhsal durumları, işlevsellik düzeyleri ve ilgili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10: 293-300.
- ARICIOĞLU F, ÇETİN M. Personalized drug therapy in psychiatry: maybe a little old or a little new, but the treatment of future. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni - Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 2010;20:4:269- 71.
- ARSLAN M, KURT E, ERYILDIZ D, YAZICI A, CAN A, EMUL M. Effects of a Psychosocial Rehabilitation Program in Addition to Medication in Schizophrenic Patients: A Controlled Study, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2014; 24:360-367.
- ARSLAN M., YAZICI A., YILMAZ T., COŞKUN S., Rehabilitasyon programının şizofreni hastalarının kliniği, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerindeki uzun dönem etkileri: İzleme çalışması, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2015; 16:4:238-246.

- ARSLAN BŞ. BULDUKOĞLU K. Ruhsal Hastalık Deneyiminden Büyüme Mümkün müdür ?  
Psikiyatri Hemşireliği Bakış Açısından Bir Değerlendirme, *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 2018;1:1:16-27.
- ARSLANTAŞ H. ve ADANA F. Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011; 3:2:251-277.
- ASCHER SVANUM H. FARİES ED. ZHU B. ERNST FR. SWARTZ MS. SWANSON JW. Medication Adherence on Long-Term Functional Outcomes in the Treatment of Schizophrenia in Usual Care, *J Clin Psychiatry*, 2006; 67:3:453-460.
- ATMACA GD. DURATG. Şizofreni Hastalarında İntihar ve Depresyon, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*,2016;6:1:51-55.
- AU D. TSANG H. SO W. BELL MD. CHEUNG U. YIU M. TAM KL. LEE GT. Effects Of İntegrated Supported Employment Plus Cognitive Remediation Training For People With Schizophrenia And Schizoaffective Disorders, *Schizophrenia Research*, 2015;166:297-303.
- AYDIN E, TABO A, KARAMUSTAFALIOĞLU KO, ALATAŞ G, YİĞİT S, ERKUŞ GH. Döner kapı olgusu: Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçişin psikiyatri servisine yatış üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2014; 15:185-191.
- AYDIN M, İLHAN BÇ, ÇALIŞIR S, GÖKTAŞ D, KÜRKÇÜ A, KOCAGÖZ K, EREN İ. BirEğitim ve Araştırma Hastanesinde Yatarak Tedavi Alan Şizofreni Hastalarının Sosyodemografik, Ailevi ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Klinik Tıp Bilimleri Dergisi*,2018;6:1:13-20.
- AYGUN E. Şizofreni Etiyolojisi. *Türkiye Klinikleri*, 2005; 1 :12:6-14.
- AYLAZR. ve KILINÇ G. The Relationship Between Treatment Adherence and Social Support in Psychiatric Patients in The East of Turkey. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2017;31:157-163.
- BAĞ B. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Hemşirenin Rolü: İngiltere örneği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2012; 4:4:465-85.
- BASKAK BBC ve SAKA MC. Şizofreni Etiyolojisinde Psiko-Sosyal Etmenlerin Rolü: Antipsikiyatriden Gen Çevre Etkileşimine. *Nöropsikiyatri Arsivi*, 2009; 46 Özel Sayı:1-9.
- BAYRAM M. İnsan Hakları Açısından Madde Bağımlılığının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İnsan Hakları Anabilim Dalı, İstanbul, 2013.
- BEBBİNGTON P. ve KUIPERS E. Psychosocial Factors, *Clinical Handbook of Schizophrenia*, 2008:74

- BİLGE A, MERMER G, ÇAM MO, ÇETİNKAYA A, ERDOĞAN E ve ÜÇKUYU N. Türkiye'deki Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin 2013-2015 Yıllarının Profili, *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016; 2 (2): 1-5.
- BİNBAY T., ULAŞ, H., ELBİ, H., ALPTEKİN, K. Türkiye'de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistematik Bir Gözden Geçirme. *Türk psikiyatri Dergisi*, 2010; 2:1:40-52.
- BİNBAY T, ALPTEKİN K, ELBİ H İzmir Kent Merkezinde Şizofreni Ve Psikotik Belirtili Bozuklukların Yaşam Boyu Yaygınlığı ve İlişkili Oldukları Sosyodemografik Özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2012a; 23; 149-160.
- BİNBAY T, DRUKKER M, ELBİ H. Testing The Psychosis Continuum: Differential Impact of Genetic And Nongenetic Risk Factors And Comorbid Psychopathology across The Entire Spectrum of Psychosis. *Schizophr Bulletin*, 2012b; 38: 992-1002.
- BİRCHWOOD M, SMİTH J, COCHRANE R, WETTON S, COPESTAKES. The Social Functioning Scale. The Development and Validation of a New Scale of Social Adjustment for use in Family Intervention Programmes with Schizophrenic Patients. *Br J Psychiatry*. 1990; 157:853-859.
- BLANQUET M, LOBERTREAU EL, SASS C, BERGER D ve GERBAUD L. Occupational Status As a Determinant of Mental Health Inequities in French Young People: Is Fairness Needed? Results of a Cross-Sectional Multicentre Observational Survey, *International Journal for Equity in Health*, 2017; 16:142.
- BOUWMANS C. SONNEVILLE C. MULDER CL. HAKKAART L. Employment and the Associated Impact on Quality of Life in People Diagnosed with Schizophrenia, *Dove Press Journal*, 2015;11:2125-2142.
- BOSC M. Assessment of Social Functioning in Depression. *Comprehensive Psychiatry*, 2000; 41:1: 63-69.
- BOŞGELMEZ Ş. YILDIZ M. Şizofreni, Şizoaffektif Bozukluk ve Sanrılı Bozukluk' ta Sigara Tüketimi ve İlişkili Etmenler, *Düşünen Adam Dergisi*, 2017;30:233-242.
- BOWLING A. Measuring Health: a Review Of Quality Of Life Measurements Scales. Buckingham UK, *Open University Press*, 1993.
- BRİSSOS S. MARTİNEZ BU. DİAS VV. CARİTA AI, FİGUEİRA ML. Is Personal and Social Functioning Associated With Subjective Quality Of Life İn Schizophrenia Patients Living in The Community? *European Archives Of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2011;261:7:509-517.
- BROWN HE, ROFFMAN. Vitamin Supplementation in the Treatment of Schizophrenia, *CNS Drugs*; Jul 2014; 28:7: 611-622.



- BROWN EC, TAS C, BRUNE M. Potential Therapeutic Avenues to Tackle Social Cognition Problems in Schizophrenia. *Exp Rev Neurother*, 2012;12:1:71-81.
- BURNS T, PATRICK D. Social Functioning as an Outcome Measure in Schizophrenia Studies. *Acta Psychiatr Scand*, 2007; 116:403-418.
- CALDIROLI A, SERATI M, ORSENIGO G, CALETTI E ve BUOLI M. Age at Onset and Social Cognitive Impairment in Clinically Stabilized Patients with Schizophrenia: An Ecological Cross-Sectional Study, *Iranian Journal of Psychiatry*, 2018; 132: 84–93.
- CANAS F, ALPTEKİN K, AZORÍN JM, DUBOÍS V, EMSLEY R, GARCÍA GA, GORWOOD P, HADDAD PM, NABER D, OLÍVARES JM, PAPAGEORGIU G, ROCA M, Improving Treatment Adherence in Your Patients with Schizophrenia, *Clinical Drug Investigation*, 2013;33:97-107.
- CARMONA VR, GOMEZ-BENÍTO J, HUEDO-MEDINA TA, ROJO JE. Employment Outcomes For People With Schizophrenia Spectrum Disorder: A Meta-Analysis Of Randomized Controlled Trials, *International Journal Of Occupational Medicine and Environmental Health*, 2017;30:3:345-366.
- CHIEN WT ve YIP ALK. Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part I: an overview and medical treatments, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2013; 9: 1311–1332.
- CHARLSON FJ, FERRARÌ AJ, SANTOMAURO DF, DÌMÌNÌC S, CORAPLARI E, SCOTT JG, McGRATH JJ, WHITEFORD H. Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016, *Schizophrenia Bulletin*, 2018;44:6:1195-1203.
- CHARZYNSKA K, KUSHARSKA K, MORTIMER A. Does Employment Promote the Proces of Recovery From Schizophrenia? A Review of the Existing Evidence, *International Journal of Occupational Medicine and Enviromental Health*, 2015; 28:3:407-418.
- CHOU I,KUO CF, HUANG YS, GRAINGE MJ, VALDES AM,SEEL C, YUK. H,LUOS F, HUANG LS, TSENG WY,ZHANG W,DOHERTY M. Familial Aggregation and Heritability of Schizophrenia and Co-aggregation of Psychiatric Illnesses in Affected Families, *Schizophrenia Bulletin*, 2017; 43:5:1070-1078.
- CLARKE MC, TANSKANEN A, HUTTUNEN M, CANNON M. Sudden Death of Father or Sibling in Early Childhood Increases Risk for Psychotic Disorder, *Schizophrenia Research*, 2013; 143:2-3:363-366

- COLLAZOS MV, SOTO HO, GASCA MR, Caudillo LG. Evaluation Of The Combination Of Psychosocial And Pharmacological Treatment in Schizophrenic Patients. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 2002; 30: 358-369.
- CORRIGAN PW, SLOPEN N, GRACIA G, PHELAN S, KEOGH CB, KECK L. Some Recovery Processes in Mutual-Help Groups for Persons with Mental Illness; II: Qualitative Analysis of Participant Interviews. *Community Ment Health J*. 2005;41:721-735.
- CORTESI PA, MENCACCI C, LUIGI F, PIRFO E, BERTOP STURKENBOOM M, LOPES FL, GIUSTRA MG, MANTOVANI LG. Compliance Persistence, Costs and Quality of Life in Young Patients Treated with Antipsychotic Drugs: Results from the COMETA study, *BMC Psychiatry*, 2013;13:2:2-16
- COŞKUN E, ALTUN ÖŞ. The Relationship Between The Hope Levels of Patients With Schizophrenia And Functional Recovery. *J Psyc Nurs*, 2018; 32:98-102.
- ÇAM O. Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına Genel Bakış. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı Kitabı. Editörler; Çam O, Engin E. İstanbul Tıp Kitapevi 1. Baskı, 2014; 5-19.
- ÇAM O. VE YALÇINER N. Mental İllness And Recovery, *Journal Of Psychiatric Nursing*, 2018; 9:1:55-60.
- ÇETİN M. Şizofreni Özel Sayısı, Türkiye Klinikleri Psychiatry Special Topics. 2010;3:38-80.
- DALMAN C, ALLEBECK P, CULLBERG J, GRUNEWALD C ve KÖSTER M. Obstetric Complications and the Risk of Schizophrenia: A Longitudinal Study of a National Birth Cohort, *Archives of General Psychiatry*, 1999; 56:3:234-240.
- DAVIS LW, LYSAKER PH, KRISTELLER JL, SALYERS MP, KOVACH AC, WOLLER S. Effect of mindfulness on vocational rehabilitation outcomes in stable phase schizophrenia. *Psychological Services*, 2015, 12: 303-312.
- DE BARTOLOMEIS A, BUONAGURO EF, IASEVOLI F. Serotonin-Glutamate And Serotonin-Dopamine Reciprocal Interactions As Putative Molecular Targets For Novel Antipsychotic Treatments: From Receptor Heterodimers to Postsynaptic Scaffolding And Effector Proteins. *Psychopharmacology*, 2013; 225, 1-19.
- DELİCE MA, AKGÜL MS, YILDIZ M. Toplum Ruh Sağlığı Merkez'inden Hizmet Alan Bir Şizofrenili Olguda Bütüncül Yaklaşımın Hastalığın Gidişine Etkisi, *Clinical and Experimental Health Science*, 2014; 42:122-125
- DEPP CA, BOWIE CR, MAUSBACH B, WOLYNIEC P, THOR-NQUIST MR, LUKE JR, MCGRATH JA, PULUER AE, PATTERSON TL, HARVEY PD. Current Smoking is Associated With Worse

- Cognitive and Adaptive Functioning in Serious Mental Illness, *Acta Psychiatr Scand*, 2015;131:5:333-341.
- DOĞAN O. Social Psychiatry Practices in Turkey From Yesterday to Today. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2016; 17:136-142.
- DONISI V, TEDESCHI F, PERCUDANI M, FIORILLO A, CONFALONIERI L, ROSA C, SALAZZARI D, TANSELLA M, THORNICROFT G ve AMADDEO F. Prediction of Community Mental Health Service Utilization by Individual and Ecological Level Socio-Economic Factors, *Psychiatry Research*, 2013; 2093:691-698.
- DONYAĞI ND. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine Devam Eden Ve Devam Etmeyen Şizofreni Hastalarında Aile Yükünün İncelenmesi, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2016.
- DRAKE RE ve WHITLEY R. Recovery and Severe Mental Illness: Description and Analysis, *The Canadian Journal Of Psychiatry*., 2014;59:5:236-242
- DRASGOW J. A Criterion For Chronicity in Schizophrenia., *Psychiatr Q*. 1957; 31:3:454-7.
- DSM-V; Ruhsal Bozukluklara İlişkin Tanı ve İstatistik Rehberi, Amerikan Psikiyatri Derneği, APA, 2013
- DUAL DIAGNOSIS. The Connection Between Mental Illness and Substance Abuse, <https://www.dualdiagnosis.org/mental-health-and-addiction/the-connection/> Son Erişim Tarihi: 23.10.2018
- DURMAZ H, OKANLI A. Investigation of the Effect of Self-Efficacy Levels of Caregiver Family Members of the Individuals with Schizophrenia on Burden of Care, *Archives of Psychiatric Nursing*, 2014; 28:4:290-294.
- ELBOĞA G, ŞAHİN ŞK, ALTINDAĞ A. Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki Beceri Eğitimlerinin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Bilişsel Fonksiyonlara Etkisi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2019; 11:1:1-8.
- EMİROĞLU B. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2009; 46: 15-24
- ENSARİ H, GÜLTEKİN BK, KARAMAN D, KOÇ A ve BEŞKARDEŞ AF. Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2013; 14:108-14.
- ERBAYDAR NP, ÇİLİNGİROĞLU N. Tıp Eğitimi Geleceğın Hekimlerinin Ruh Sağlığı Sorunu Olan Bireylere Yönelik Tutumlarını Ekilemekte Midir? *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010; 21: 114-125.

- ERAKAY YS. Şizofreni Tanılı Hastalarda Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirliğinin Araştırılması, Uzmanlık Tezi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İzmir, 2001.
- EREN İ. Şizofreni Hastalarında Yetiyitimi Ve Belirti Şiddetinin Yaşam Kalitesine Etkisi. *Düşünen Adam*, 2007; 20:2: 68-78
- EROL A, ÜNAL EK, AYDIN ET, METE L. Şizofrenide Sosyal İşlevselliği Yordayan Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi.*, 2009; 20:4: 313-321.
- ESEN-DANACI A, BÖKE Ö, SAKA MC, EROL A, KAYMAK SU. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar 2. Baskı, 2018, s: 32-35
- FUJINO H, SUMIYOSHI C, SUMIYOSHI T, YASUDA Y, YAMAMORI H, OHI K, FUJIMOTO M, HASHIMOTO R, TAKEDA M ve IMURA O. Predicting Employment Status and Subjective Quality Of Life in Patients With Schizophrenia, *Schizophrenia Research: Cognition*, 2016; 3: 20–25.
- GABBARD GO. Combined Psychotherapy and Pharmacotherapy. Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th ed. Vol. II. Philadelphia: *Lippincott Williams&Wilkins*, 2000; 2225-34
- GALDERİSİ S, BUCCİ P, UÇOK A, PEUSKENS J. No Gender Differences in Social Outcome in Patients Suffering From Schizophrenia. *European Psychiatry*. In press, 2012;27:406-408.
- GALE J, MARSHALL-LUCETTE S. Community Mental Health Nurses Perspectives of Recovery Oriented Practice, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* , 2012; 19:4:348-353.
- GARZA PR, FIGUEROA GV ve FLORES REU. Sex Differences in Severity, Social Functioning, Adherence to Treatment, and Cognition of Adolescents with Schizophrenia, *Schizophrenia Research and Treatment*, 2016; ID 1928747.
- GEJMAN. SANDERS AR, DUAN J. The Role of Genetics in The Etiology of Schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 2010; 33:35-66
- GOLDMAN HH, GATTTOZZI AA, TAUBE CA: Defining and Counting the Chronically Mentally ill. *Hosp Community Psychiatry*, 1981;32:22.
- GONZALEZ LEJ, PEDRAZA RS, HERAZO MI. The Frequency of Rehospitalization And Associated Factors in Colombian Psychiatric Patients: A Cohort Study, *BMC Psychiatry*, 2014; 14:161.
- GUO X, ZHAI J, LIU Z, FANG M, WANG B, WANG C, ve ark. Effect of Antipsychotic Medication Alone vs Combined with Psychosocial Intervention on Outcomes of Early-Stage Schizophrenia: A Randomized, 1-year Study. *Arch Gen Psychiatry*, 2010; 67:895-904.

- GUPTA M, CHAUHAN C, BHATNAGAR P, GUPTA S, GROVER S, SINGHP K, PURUSHOTTAM M, MUKHERJEE O, JAIN S, BRAHMACHARI SK, KUKRETI R. Genetic Susceptibility to Schizophrenia: Role of Dopaminergic Pathway Gene Polymorphisms, Pharmacogenomics, Feb 2009;10:2:277-91.doi: 10.2217/14622416.10.2.277.
- GÜLSEREN L, ÇAM B, KARAKOÇ B, YİĞİT T, DANACI AE, ÇUBUKÇUOĞLU Z, TAŞ C, GÜLSEREN Ş, METE L. Şizofrenide Ailenin Yükünü Etkileyen Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010; 21: 3:203-212.
- HALLER CS, PADMANABHAN JL, LIZANO P, TOROUS J, KESHEVAN M. Recent Advances in Understanding Schizophrenia, *F1000 Prime Reports*, 2014;6:57:1-11.
- HARDING CM, ZUBIN J, STRAUSS JS. Chronicity in Schizophrenia: Fact, Partial Fact, or Artifact?, *Hospital & Community Psychiatry*; May 1987; 38:5:477-86.
- HARRISON G, HOPPER K, CRAIG T, LASKA E. Recovery From Psychotic Illness: A 15-and 25-Year International Follow-Up Study. *The British Journal of Psychiatry*, 2001; 178:6: 506-517.
- HARVEY PD, LOEWENSTEIN DA ve CZAJA SJ. Hospitalization and Psychosis: Influences on the Course of Cognition and Everyday Functioning in People with Schizophrenia, *Neurobiology of Disease*, 2013; 53: 18–25.
- HOLMBERG SK, KANE C. Health and self-care practices of persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 2014, 50: 827-829.
- HOSAK L. New findings in the genetics of schizophrenia. *World J Psychiatry*, 2013;22; 3:3: 57–61.
- IASEVOLI F, BALLETTA R, GILARDI V, GIORDANO S ve BARTOLOMEIS A. Tobacco Smoking in Treatment-Resistant Schizophrenia Patients is Associated with impaired cognitive functioning, more severe negative symptoms, and poorer social adjustment, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2013; 9: 1113–1120.
- IFFLAND RJ, LOCKHOFEN D, GRUPPE H, GALLHOFER B, SAMMER G, HANEWALD B. Validation Of The German Version Of The Social Functioning Scale (SFS) For Schizophrenia. *Plos One*. 2015;10:4:0121807.
- INSTITUTE for HEALTH METRICS and EVALUATION. Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results, Seattle , United States : Institute fo Health Metrics and Evaluation (IHME), 2017.
- IMMONENT J, JAASKELAINEN E, KORPELA H, MIETTUNEN J. Age at Onset And The Outcomes Of Schizophrenia: A Systematic Review And Meta-Analysis, *Early Intervention in Psychiatry*, 2017;11:453-460.

- IŞIKE, IŞIK U. Şizofreni. Işık E, Işık U, Taner E (Ed). Güncel Klinik Psikiyatri içinde. Golden Print Matbaası, Ankara, 2008, 83–114.
- IŞIK E, COŞKUNOL H, EVREN C, IŞIK U. Şizofreni ve Alkol Madde Bağımlılığı. *İstanbul, Sigma Publishing*, 2015.
- JANOUTOVA J, JANACKOVA P, SERY O, ZEMAN T, AMBROZ P, KOVALOVA M, VARECHOVA K, HOSAK L, JIRIK V, JANOUT V. Epidemiology And Risk Factors Of Schizophrenia. *Neuroendocrinology Letters*, 2016; 37:1 : 1-8..
- KAEPROM C, CURTIS J, DEANE FP. Factors involved in recovery from schizophrenia: a qualitative study of Thai mental health nurses. *Nurs Health Sci* 2011;13:323–7.
- KAKELA J. PANULA J. OINAS E. HIRVONEN N. JAASKELAINEN E. MIETTUNEN J. Family History Of Psychosis and Social Occupational And Global Outcome in Schizophrenia: A Meta-Analysis, *Acta Psychiatrica Scandinica*, 2014;130:4:269-278.
- KANE JM, CORRELL CU. Pharmacologic treatment of schizophrenia, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2010; 12:3: 345–357.
- KAPLANS. ve SADOCK B. Comprehensive Handbook of Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, 2005.
- KAPLAN BJ. Kaplan ve Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 2016; 58:1:78-79.
- KARATAŞOĞLU S. Yerel sosyal politikalar çerçevesinde madde bağımlısı gençlerin sosyal rehabilitasyonu (Karapürçek İlçesi Sosyal Rehabilitasyon Merkezi Projesi). Yüksek Lisans Tezi, Sakarya: Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Sosyal Siyaset Bölümü, 2009
- KARAYILAN S. Sigara Kullanan ve Kullanmayan Şizofreni Hastalarının Duygu Tanıma Kabiliyetlerinin, Kognitif Sistem Fonksiyonlarının ve Sosyal Kognisyonlarının Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Sakarya, 2015.
- KAROW A, MORITZ S, LAMBERT M, SCHÖTTLE D, NABER D. Remitted But Still Impaired? Symptomatic Versus Functional Remission in Patients with Schizophrenia. *Eur Psychiatry*, 2012; 27:6: 401-405.
- KAYA Y. Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yükü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.

- KAYTAZ BN, ABUT FB, YILDIZ M. Şizofreni ve Şizoaffektif Bozukluk Tanısı Almış Hastalarda Çalışma Yaşamının İncelenmesi: Bir Pilot Çalışma, *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017;3:3:13-17.
- KAWATA, A.K. ve D.A. REVICKÍ, Psychometric properties of the Personal and Social Performance scale (PSP) among individuals with schizophrenia living in the community. *Qual Life Res*, 2008;17:10:1247-1256.
- KEBEDE D, FEKADU A, KELKİLE ST, MEDHİN G, HANLON L, MAYSTON R, ALEM A. The 10 Year Functional Outcome Of Schizophrenia in Butajira, Ethiopia. *Published by Elsevier*, 2019; 1272.
- KILIÇASLAN EE. Şizofreni Hastalarında Çocukluk Çağı Travmasının Şizofreni Hastalık Başlangıç YaşınaEtkisi, Uzmanlık Tezi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İzmir, 2018.
- KIRPINAR İ, ORAL M. Yatarak Tedavi Gören Psikiyatri Hastalarında İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi ve İlişkili Etkenler: Geriye Dönük Bir Çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2012; 13:198-204.
- KOCAL Y, KARAKUŞ G, SERT D. Şizofreni Etiyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2017; 26:2: 251-267
- KOSKINEN J, LÖHÖNEN J, KOPONEN H, ISOHANNI M ve MIETTUNEN J. Prevalence of alcohol use disorders in schizophrenia – a systematic review and meta-analysis, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2009; 120(2):85-96.
- KOTLİCKA-ANTCZAK M, GMÍTROWÍCZ A, SOBOW TM, RABE JOBLONSKA J. Obstetric complications and Apgar score in early-onset schizophrenic patients with prominent positive and Prominent Negative Symptoms. *J Psychiatry Res.*, 2001; 35:249-57
- KÖROĞLU E. Klinik Psikiyatri. Ankara, HYB Basım Yayın, 2015.
- KRABBENDAM L ve OS JV. Schizophrenia and Urbanicity: A Major Environmental Influence Conditional on Genetic Risk, *Schizophrenia Bulletin*, 2005; 31:4:795-799.
- KUIPERS L. Family Burden in Schizophrenia: Implication for Service. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1983; 28:207-210
- LAMBERT M, DE MARİNİS T, PFEİL J, NABER D, SCHREİNER A. Establishing Remission and Good Clinical Functioning in Schizophrenia: Predictors of Best Outcome with Long-Term Risperidone Long-Acting Injectable Treatment. *Eur Psychiatry*, 2010, 25:4:220-229.

- LANDOLT K, RÖSSLER W, BURNS T, AJDACIĆ-GROSS V, GALDERISI S, LIBIGER J, NABER D, DERKS EM, KAHN RS, FLEISCHHACKER WW, EUFEST STUDY GROUP. Unmet Needs in Patients with First-Episode Schizophrenia: a Longitudinal Perspective. *Psychol Med*, 2012;42(7):1461-13.
- LI R, MA X, WANG G, YANG J ve WANG C. Why Sex Differences in Schizophrenia?.,*Journal of Translational Neuroscience*, 2017; 1(1): 37–42.
- LI X, WU J, LIU J, LI K, WANG F, SUN X ve MA S. The Influence of Marital Status on the Social Dysfunction of Schizophrenia Patients in Community, *International Journal of Nursing Sciences*, 2015; 2:2:149-152.
- LIB J, LIU P, CHU Z, SHANG Y, HUAN MX, DANG YH ve GAO CG. Social Isolation Induces Schizophrenia-Like Behavior Potentially Associated with HINT1, NMDA receptor 1, and dopamine receptor 2, *Neuroreport*, 2017 ; 24:28:8: 462–469.
- LINKE M, JANKOWSKI KS, CIOLKIEWICZ A, JEDRASIK SM, PARNOWSKA D, GRUSZKA A, DENISIUK M, JAREMA M ve WICHNIAK A. Age or age at onset? Which of them really Matters for Neuro and Social Cognition in Schizophrenia?.,*Psychiatry Research*, 2015; 225:1-2:197-201.
- LİBERMAN RP. Yeti Yitiminden İyileşmeye- Psikiyatrik İyileştirim El Kitabı, *American Psychiatric Publishing*, 2011; 154-155.
- LİBERMAN RP. Recovery from Disability: Manual of Psychiatric Rehabilitation. Washington DC, American Psychiatric Publishing. 2008.
- LİU T. ZHANG L. PANG L. Lİ N. CHEN G. ZHENG X. Schizophrenia-Related Disability in China: Prevalence, Gender and Geographic Location, *Psychiatric Services*, 2015;66:249-257.
- LJUNGQVIST I, TOPOR A, FORSSELL H, SVENSSON I, DAVIDSON L. Money and Mental Illness: A Study of the Relationship Between Poverty and Serious Psychological Problems, *Community Mental Health Journal*, 2015;52:7:842-850. LUNT AA. Theory of recovery. *J Psychosoc Nurses Mental Health Service* 2002;40:32–39.
- LUCIANO A, BOND GR, DRAKE RE. Does Employment Alter the Course and Outcome of Schizophrenia and Other Severe Mental Illnesses? A Systematic Review of Longitudinal Research, *Schizophrenia Research*, 2014; 159:312-321.
- LUNT A. A Theory of Recovery, *Psychosoc Nurs Ment Health serv*, 2002; 40:32-39.
- MACPHERSON R, EDWARDS TR, CHILVERS R, DAVID C, ELLIOT HJ. Twenty -Four Hour Care of Schizophrenia, 2009,<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004409.pub2>



- MANCINI MA, HARDIMAN ER, LAWSON HA. Making sense of it all: consumer providers' theories about factors facilitating and impeding recovery from psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J*, 2005; 29:48–55.
- MARTIN EA, ONGUR D, COHEN BM ve LEWANDOWSKI KE. Social Functioning and Age Across Affective and Non-Affective Psychoses, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2015; 203:1: 37–42.
- MARWAHA S. JOHNSON S. Schizophrenia and Employment, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2004;39:5:337-349.
- MARWAHA S, JOHNSON S, BEBBINGTON P, STAFFORD M, ANGERMEYER MC, BRUGHA T, AZORIN JM, KILIAN R, HANSEN K, TOUMI M. Rates and Correlates of Employment in People with Schizophrenia in the UK, FRANCE and GERMANY, *British Journal of Psychiatry*, 2007;191:30-37.
- MANTOVANI LM, TEIXEIRA AL, SALGADO JV. Functional Capacity: A New Framework For The Assessment Of Everyday Functioning in Schizophrenia Brazilian, *Journal Of Psychiatry*, 2015;37:3:249-255.
- MAS-EXPOSITO L, AMADOR-CAMPOS JA, GOMEZ-BENITO J, LALUCAT JL. Validation of the Modified Duke-Unc Functional Social Support Questi Onnaire in Patients with Schizophrenia, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2013; 48: 10:1675-1685.
- MCDONALD J ve BADGER TA. Social Function of persons with Schizophrenia, *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 2002; 40(6):42-50.
- MITRA S, MAHINTAMANI T, KAVOOR AR ve NIZAMIE SH. Negative symptoms in schizophrenia, *Industrial Psychiatry Journal*, 2016 Jul-Dec; 25(2): 135–144.
- MILLER C ve MARTINEZ R. Shifting Physical Health Care Responsibilities at a Community Mental Health Center. *Issves in Mental Health Nursing*, 2003;24:441-456.
- MOHAMED S. ROSENHECK R. MCEVOY J. SWARTZ M. STROUP S. LIBERMAN A. Cross-Sectional and Longitudinal Relationships Between Insight and Attitudes Toward Medication and Clinical Outcomes in Chronic Schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 2009; 35:2:336-346.
- MUBARAK RA. Social Functioning and Quality Of Life People With Schizophrenia in The Northern Region Of Malaysia, *Journal For The Advancement Of Mental Health*, 2005;4:3200:209.
- MURRAY CJ, VOS T, LOZANO R, NAGHAVI M, FLAXMAN AD, MICHAUD C, EZZATI M, SHIBUYA K, SALOMAN JA, ABDALLA S, ABOYANS V, ABRAHAM J, ACKERMAN I, AGGARWAL R, AHN SY, ALI MK, ALVARADO M, ANDERSON HR, ANDERSON LM, ANDREWS KG, ATKINSON C, BADDOUR LM, BAHALIM AN, BAARKER-LOLLO S.

- Disability -Adjusted Life Years (DALYs) for 291 Diseases and Injuries 21 Regions , 1990-2010: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study, *The Lancet*, 2012;380:2197-2223.
- MUSLU S. Şizofrenide Sosyal Desteğin ve Aile Tutumunun Hastanın Tedaviye Uyumu Üzerindeki Etkisinin Araştırılması. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010.
- NA EJ, KANG NI, KİM MY, CUI Y, CHOİ HE, JUNG AJ, CHUNG YC. Effects of Community Mental Health Service in Subjects With Early Psychosis One-Year Prospective Follow-up, *Community Mental Health Journal*, 2016;52:724-730.
- NORMAN R, LECOMTE T, ADDINGTON D, ANDERSON E. Canadian Treatment Guidelines on Psychosocial Treatment of Schizophrenia in Adults, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2017;62:9:617-623.
- OCHOA S, USALL J, COBO J, LABAD X, KULKARNÍ J. Gender Differences in Schizophrenia and First-Episode Psychosis: A Comprehensive Literature Review. *Schizophr Res Treatment*. 2012; 2012: 916198.. <http://doi.org/10.1155/2012/916198>.
- ODES H, KATZ N, NOTER E, SHAMIR Y, WEIZMAN A ve VALEVSKI A. Level of Function at Discharge as a Predictor of Readmission Among Inpatients With Schizophrenia, *The American Journal of Occupational Therapy*, 2011; 65:314-319.
- OKANAGAN CLINICAL TRIALS, Medication compliance critical in schizophrenia, <http://www.okanaganclinicaltrials.com/psychiatry-column-article-detail.php?id=416> (Son Erişim Tarihi: 23.10.2018)
- OWEN MJ, SAWA A ve MORTENSEN PB. Schizophrenia, *Lancet*. 2016 July 2; 388(10039): 86–97. doi:10.1016/S0140-6736(15)01121-6.
- ÖZBAŞ D, BUZLU S. Geçmişten günümüze psikiyatri hemşireliği. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2011; 19:3:187-193.
- ÖZDEMİR İ, ŞAFAK Y, ORSEL S, KARAOĞLAN-KAHILOĞULLARI A, KARADAĞ H. Bir toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına uygulanan ruhsal-toplumsal uyumlandırma etkinliğinin araştırılması: Kontrollü çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2017; 18(5):419-427.
- ÖZDEN S.A. ve ÇOBAN A.İ. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan profesyonellerin gözünden toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2018; 9:3:186-194.
- ÖZ YC, BARLAS GÜ. Şizofrenili Bireylerde İstihdamın Önemi. Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, *JAREN* 2017;3 (ek sayı): 46-50.

- ÖZKAN B, ERDEM E, ÖZSOY SD, ZARARSIZ G. Şizofreni Hastalarına Verilen Ruhsal Eğitim ve Telepsikiyatrik İzlemenin Hasta İşlevselliği ve İlaç Uyumuna Etkisi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2013;14:192-199.
- ÖZTÜRK O, ULUŞAHİN A (2011). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Kitabı 1. Cilt. Yenilenmiş 11. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi;. S:1-16.
- ÖZTÜRK MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları: Nobel Tıp Kitapları; 2011; 242-428.
- ÖZTÜRK O, ULUŞAHİN A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım 2008;11:242-316.
- PATEL KR, CHERIAN J, GOHIL K ve ATKINSON D. Schizophrenia: Overview and Treatment Options, *Pharmacy and Therapeutics.*, 2014; 39:9: 638-645.
- PATTEN SB. Age of Onset of Mental Disorders, *The Canadian Journal of Psychiatry*,2017; 62(4): 235-236.
- PAZVANTOĞLU O, ŞİMŞEK ÖF, AYDEMİR Ö, SARISOY G, KORKMAZ IZ, MOR S. Reliability of Subjective Well Being Under Neuroleptics Scale-Short Form-Turkish Version. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 2012;22:3:235-243.
- PAZVANTOĞLU O, SARISOY G, BÖKE Ö, AKER AA, ÖZTURAN DD, ÜNVERDİ E. Şizofrenide Bakım Veren Yükünün Boyutları: Hastaların İşlevselliğinin Rolü, *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 2014; 27:53-60.
- PINKHAM AE, PENN D, PERKINS DO, LIEBERMAN J. Implications for the Neural Basis of Social Cognition for the Study of Schizophrenia. *Am J Psychiatry*,2003; 16:5:815-824
- RAN MS, WONG YLI, YANG SY, HO PSY, MAO WJ, LI J, CHAN CLW. Marriage and Outcomes of People with Schizophrenia in Rural China: 14-year follow-up study, *Schizophrenia Research*, 2017; 182:49-54.
- ROBERTSON RB, PRESTIA D, TWAMLEY EW, PATTERSON TL, BOWIE CR, HARVEY PD, Social Competence Versus Negative Symptoms As Predictors Of Real World Social Functioning in Schizophrenia, *Schizophrenia Research*, 2014;160:136-141.
- ROSSI A, PACIFICO R, STRATTA P. Attitudes Toward Medication and The Clinical Variables in Schizophrenia: Structural Equation Models, Patient Preference and Adherence, 2009; 3: 305-309.
- RÖSSLER AR. Sex and Gender Differences in Mental Disorders, *The Lancet Psychiatry*,2017; 4:1:8-9.
- RÖSSLER AR, BUTLER S, KULKARNI J. Sex and Gender Differences in Schizophrenic Psychoses -a Critical Review. *Archives of Women's Mental Health*, 2018;21:6:627-648.

- RÜESCH P, GRAF J, MEYER CP, RÖSSLER W. Occupation Social Support and Quality of Life in Persons with Schizophrenic or Affective Disorders, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2004;39:9:686-694.
- SADOCK BJ, SADOCK BA (2009). Kaplan & Sadock's klinik psikiyatri el kitabı (Dördüncü Baskı). Ankara: Güneş Tıp Kitapevi, 112-117.
- SADOCK BJ, SADOCK VA (2009). Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri (Çev. Ed. A Bozkurt). İstanbul, Güneş Tıp Kitapevleri, 2009.) (Çetin M. Şizofreni Özel Sayısı, *Türkiye Klinikleri Psychiatry Special Topics*. 2010;3:38-80
- SAGUD M, MIHALJEVIĆ-PELES A, MÜCK-SELER D, PIVAC N, VUKSAN-CUSA B, BRATALJENOVIĆ T, JAKOVLJEVIĆ M. Smoking and schizophrenia, *Psychiatria Danubina*, 2009; 21:3:371-5.
- T.C SAĞLIK BAKANLIĞI. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, İdari Faaliyet Raporu, Ankara. Sağlık Bakanlığı. 2017
- SAHA S, CHANT D, DAVİT C, JOHN MA. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Archives Of General Psychiatry*, 2007; 64: 1123-1131
- SALLES MM, BARROS S, MATSUKURA TS. The Brazilian Community Mental Health Care Services: Social İnclusion and Psychosocial Rehabilitation, *Journal Of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 2016; 3: 2: 89-94.
- SARUÇ S KILIÇ AK. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Hastaların Sosyal Profili ve Merkezde Verilen Hizmetler, *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 2015;2:53-71.
- SAVAŞAN A. Etkisiz Bireysel Baş Etme ve Benlik Kavramında Bozulma Hemşirelik Tanısı Alan Alkol Bağımlılarında TİDAL (Gel-Git) Model'e Dayalı Psikiyatri Hemşireliği Yaklaşımının Etkisi. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir: 2015.
- SAWANT NS ve JETHWANI KS. Understanding family functioning and social support in unremitting schizophrenia: A study in India, *The Indian Journal of Psychiatry*, 2010 ;52:2: 145–149.
- SCHENNACH-WOLFF R, JÄGER M, SEEMÜLLER F, OBERMEIER M, MESSER T, LAUX G, PFEIFFER H, NABER D, SCHMİDT LG, GAEBEL W, HUFF W, HEUSER I, MAIER W, LEMKE MR, RÜTHER E, BUCHKREMER G, GASTPAR M, MÖLLER HJ, RIEDEL M. Defining and predicting functional outcome in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res.*, 2009; 113:2-3: 210-217.
- SHİVES REBRECA L. Basic Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing (7. Bs.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

- SIMEONE JC, WARD AJ, ROTELLA P, COLLINS J, WINDISCH R. An Evaluation of Variation in Published Estimates of Schizophrenia Prevalence From 1990-2013: A Systematic Literature Review, *BMC Psychiatry*, 2015; 15:193
- SPELLMANN I, RIEDAL M, SCHENNACH R, MÜLLER F, OBERMEIER M, MUSIL R, JAGER M, LAUX G, PFEIFFER H, NABER D, LUTZ G, GAEBEL W, HEVSEER I. One-Year Functional Outcomes of Naturalistically Treated Patients with Schizophrenia, *Psychiatry Research*, 2012; 3: 198: 378-385.
- STAHL SM. Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi. Sinirbilimsel Temelli ve Pratik Uygulaması. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2015.
- STEPHEN B, PRATT SI, MUESER KT, FORESTER PB, WOLFE R, CATHER C, XIE H, MCHUGO GJ, BIRD B, ASCHBRENNER KA, NASLUN JA, FELDMAN MD. Long-Term Outcomes Of a Randomized Trial Of Integrated Skills Training And Preventive Healthcare For Older Adults With Serious Mental Illness. *The American Journal Of Psychiatry*, 2014;22:11:1251-1261.
- SONGUR E. Çocukluk çağı başlangıçlı şizofreni (Seminer). Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat. 2015.
- SOYGÜR H, ALPTEKİN K, ATBAŞOĞLU CE, HERKEN H. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Ankara, *Türkiye Psikiyatri Derneği*, 2007.
- SÖĞÜTLÜ L. ÖZEN S. VARLIK C. GÜLER A. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Şizofreni Hastalarına Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi Uygulanması ve Sonuçları, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2017;18:2:121-128.
- SÖNMEZ S. Şizofreni Hastalarında Psikoeğitim Grup Çalışmasının Pozitif ve Negatif Belirtiler, Sosyal İşlevsellik, Yeti Yitimi, İçgörü ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, 2009.
- SOYLU S. Psikiyatri Kliniğinde Yatarak Tedavi Gören Şizofreni ve Şizofreni Spektrum Bozukluğu Tanılı Hastaların 10 Yıl Sonraki Psikososyal İşlevsellik Düzeyinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir, 2018.
- SPIKER RL. Mental Health and Marital Status, Wiley Online Library, 2014.
- STEULLET P, CABUNGAL JH, MONIN A, DWIR D, O'DONNELL P, CUENOD M, DO KQ. Redox dysregulation, neuroinflammation, and NMDA receptor hypofunction: A "central hub" in schizophrenia pathophysiology? *Schizophr. Res.*, 2016; 176, 41-51.
- SZKULTECKA-DEBEK M, WALCZOK J, AUGUSTYNSKA J, MIERNIK K, STELMACHOWSKI J, PIENIAZE K. Epidemiology and Treatment Guidelines of Negative Symptoms in Schizophrenia

- in Central and Eastern Europe: *A Literature Review Clin Pract Epidemiol Ment Health.*, 2015; 11:158-165.
- ŞAHİN Ş, ELBOĞA G. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Yararlanan Hastaların Yaşam Kalitesi, Tıbbi Tedaviye Uyumu, İçgörü ve İşlevsellikleri, *Çukurova Medical Journal*, 2019;44:23:1
- ŞÜKRÜ F, ÖZTÜRK M, KILIÇ Ö, GÜNEYTEPE Sİ, ÜÇÖK A. Altı Aylık Kişilerarası Grup Terapisinin Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki Şizofreni Hastalarının İşlevselliği Üzerine Etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*,2018;19:6:559-566.
- TAŞKIN EO. İçselleştirilmiş damga ve damgalanma algısı. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama. 1. Baskı, Taşkın EO(ed), İzmir, Meta Basım Matbaacılık: 2007; 31-40.
- TATLIDİL E. YILMAZ A. GÖĞÜŞ AK. Şizofreni Tanılı Hastalarda Semptomatolojinin Sosyal İşlevsellik Üzerine Etkisi, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2009;19:1:111-116.
- T.C SAĞLIK BAKANLIĞI, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023, Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı, 2011
- T.C SAĞLIK BAKANLIĞI, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge, 2014, Ankara, T.C Sağlık Bakanlığı.
- T.C SAĞLIK BAKANLIĞI, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi, Ankara, T.C Sağlık Bakanlığı, 2013.
- T.C SAĞLIK BAKANLIĞI. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, İdari Faaliyet Raporu, Ankara. Sağlık Bakanlığı.2017
- THORNICROFT G ve TANSELLA M. Balancing Community-Based and Hospital-Based Mental Health Care, *World Psychiatry*, 2002; 1:2: 84–90.
- THORUP A, PETERSEN L, JEPPESEN P, OHLenschlaeger J, CHRISTENSEN T, KRARUP G, JORGENSEN P, NORDENTOFT M. Gender differences in young adults with first-episode schizophrenia spectrum disorders at baseline in the Danish OPUS study, *J Nerv Ment Dis*, 2007; 195 (5): 396-405.
- TURKMEN NS, YORULMAZ M, KOZA E, ÖZDEMİR GS. Internalized Stigmatization and Social Functioning in Psychiatric Patients, *Journal Turgut Ozal Med Cent*,2018;25:1:7-12.
- TÜİK, Özürlülerin Sorun Ve Beklentileri Araştırması. Ankara.Türkiye İstatistik Kurumu. 2010
- UHLHAAS PJ, SİNGER W. Abnormal neural oscillations and synchrony in schizophrenia. *Nat. Rev.*, 2010; 11, 100–113.

- ULAŞ, H. Batı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye’de Psikiyatrik Hizmetler. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 2008; 11:2:2-12.
- ULUDAĞ VT. GÜLEÇ G. Şizofreni Tanısı Almış Hastalarda Madde Kullanım Yaygınlığı, *Arch Neuropsychiatr*, 2016;53:4:11.
- UMUT G, ALTUN ZÖ, DANIŞMANT BS, KÜÇÜKPARLAK İ, KARAMUSTAFAOĞLU N. Bir eğitim hastanesinde yatarak tedavi gören şizofreni hastalarında tedavi uyumu, içgörü ve agresyon ilişkisi. *Dusunen Adam Dergisi*, 2012; 25:212-20.
- ÜÇOK A, GORWOOD P, KARADAYI G. Employment and its Relationship With Functionality and Quality Of Life in Patients With Schizophrenia EGOFORs Study. *European Psychiatry*, 2012;27:422-425.
- VALENCIA M, RASCON ML, JUAREZ F, MUROW E. A Psychosocial Skills Training Approach in Mexican Out-Patients with Schizophrenia. *Psychol Med.*, 2007;37. 1393-1402.
- VARASE F, SMEETS F, DRUKKER M, LIEVERSE R, LATASTER T, VIECHTBAUER W, READ J, OS J, BENTALL RP. Childhood Adversities Increase The Risk of Psychosis: A Meta-Analysis of Patient-Control, Prospective-and Cross-Sectional Cohort Studies, *Schizophrenia Bulletin*, 2012; 38:4:661-671
- VARCAROLIS EM, HALTER MJ. Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: A Communication Approach to EvidenceBased Care. *Saunders Elseiver*, 2009; China:3.
- VARGA E. ENDRE S. BUGYA T. TENYİ T. HEROUD R. Community-Based Psychosocial Treatment Has an Impact on Social Processing and Functional Outcome in Schizophrenia, *Frontiers in Psychiatry*, 2018;9:247:1-11.
- VARLIK DS. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Takip Edilen Şizofreni Hastalarında Hastane Yatışlarını Belirleyen Faktörler, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul,2014.
- VELING W, HOEK HW, WIERSMA D ve MACKENBACH JP. Ethnic Identity and the Risk of Schizophrenia in Ethnic Minorities: A Case-Control Study, *Schizophrenia Bulletin*, 2010 Nov; 36(6): 1149–1156.
- VELLIGAN DI, BOW-THOMAS C, MAHURİN RK HALGUNSETH LC. Do Specific Neurocognitive Deficits Predict Specific Domains of Community Function in Schizophrenia? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2000; 188:518-24.
- VOLKOW ND. Substance Use Disorders in Schizophrenia-Clinical Implications of Comorbidity, *Schizophrenia Bulletin*, 2009; 35:3: 469–472.

- VOS T, FLAXMAN AD, NAGHAVI M, LOZANO R, MICHAUD C, EZZATI M ve ark.. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990– 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 2010;380:2163-2196.
- WASSEF A, BAKER J, KOCHAN LD. GABA and schizophrenia: A review of basic science and clinical studies. *Journal Clinic Psychopharmacol*, 2003; 23, 601–640.
- WATKINS PN. Recovery: A guide for mental health practioners. 1st ed. UK: Elsevier Science; 2007.
- WAYNE S, FENTON MD, SADOCK B, SADOCK V. Comprehensive Textbook of. *Psychiatry*, 2007:1329-1559.
- WHITLEY R, STRICKLER D, DROKE RE. Recovery Centers for People With Severe Mental İllness: A Survey of Programs. *Community Mental Health Journal*. 2012; 48:547-556
- WIERSMA D, FOKKO J, NIENHUIS MA, SLOOFF CJ, GIEL R. Natural Course of Schizophrenic Disorders: A 15-Year Followup of a Dutch İncidence Cohort. *Schizophrenia bulletin*, 1998; 24:1:75-85.
- WING VC, BACHER I, SACCO KA, GEORGE TP. Neuropsychological Performance in Patients with Schizophrenia and Controls as a Function of Cigarette Smoking Status. *Psychiatry Research*, 2011;188:3: 320–326.
- WORLD HEALTH ORGANİZATION, Social Determinants of Mental Health. Geneva, World Helath Organization and Colouste (CALOUSTE) Gulbenkian Foundation, 2014.
- XIANG YT, SHUM D, CHIU HK, TANG WK, UNGUARI GS. Association of Demographic Characteristics, Symptomatology, Retrospective and Prospective Memory, Executive Functioning and İntelligence with Social Functioning in Schizophrenia, *Ausralianand New Zealand Journal of Psychiaty*, 2010; 44:1112-1117.
- YADAV BL. Impact of Group Social Skills Training by Psychiatric Nurses on Social Skills of Chronic Schizophrenic Patients, *Research Gate*., 2015; DOI: 10.13140/RG.2.1.1315.7280.
- YANG CA, TSAI JS. New Targets For Schizophrenia Treatment Beyond the Dopamine Hypothesis, *International Journal of Moleculer Sciences* 2017; 18, 1689.
- YANIK M. Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirme ve Öneriler, Ruh Sağlığı Eylem Planı, *Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar*, Ekim Özel Sayı, 2007:1-80
- YILDIZ M. Şizofreni Hastalığı Anlamak ve Onunla Yaşamayı Öğrenmek (2.Bs.). İstanbul: Okuyan Us Yayıncılık, 2005.



- YILDIZ M. YAZICI A. BÖKE Ö. Şizofrenide Nüfus ve Klinik Özellikler: Çok merkezli Kesitsel Bir Olgu Kayıt Çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010; 21:3:213-224.
- YILMAZ E. Şizofreni Hastalarında Farkındalık Temelli Psikososyal Beceri Eğitiminin İşlevsel İyileşme ve İçgörü Düzeyine Etkisi, Doktora Tezi, 2016
- YILMAZ G. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Günlük Etkinliklere Katılan Şizofreni Hastalarında İlave Psikososyal Beceri Eğitimi Almanın Öznel ve Nesnel Sosyal İşlevsellik Üzerine Etkisinin Araştırılması: Kontrollü Klinik İzlem Çalışması, Uzmanlık Tezi, 2018.
- ZANIN GB, ÁNGELES M, GREGORIO PS, RODRIGUEZ AM, MOREJÓN AJ. Social functioning as a predictor of the use of mental health resources in patients with severe mental disorder, *Psychiatry Research*, 2015; 230: 189–193.
- ZAPRUTKA T, KUSK. BİLOBRYVKA R, RAKHMAN L, GÖDER R, MÍCHALAK M, PAGŁODZİNSKÍ A, NOWAKOWSKA E. Schizophrenia and Employment: Evalvation From Professionals Point Of View. *Psychiatr Quarterly*, 2015;86:569-579.
- ZİPURSKY RB, REİLLY TJ, MURRAY RM. The Myth of Schizophrenia as A Progressive Brain Disease. *Schizophr Bull*. 2013; 39:6:1363–1372
- ZİEDONÍS D, WILLİAMS JM, SMELSON D. Serious Mental İllness and Tobacco Addiction: A Model Program to Address This Common But Neglected İssue. *Am J Med Sci* 2003; 326:223-230.

## 8. EKLER

### EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

**ÇALIŞMANIN ADI:**Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Kayıtlı Şizofreni Hastalarının Sosyal işlevselliklerinin İncelenmesi.

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, Çalışmaya Katılma Onayı Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığımız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.

**ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:** Çalışmanın sonucunda şizofreni hastalarında sosyal işlevsellikleri incelenecek ve hastaların sosyal işlevselliklerinin yükseltilmesi için gerekli önlemler alınarak bütüncül tedavi yöntemleri belirlenip uygulanacaktır. Ayrıca TRSM' lerde tam zamanlı çalışan psikiyatri hemşireleri de, sosyal işlevsellikle ilişkili faktörler doğrultusunda hastaya özel bakım planları oluşturarak, uygun psikososyal beceri eğitimleri uygulayarak, hastaların sosyal işlevselliklerini arttırarak, sosyal yaşama katılımlarını destekleyerek iyileşme süreçlerini sağlamalarında yol gösterici olacaktır.

Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı şizofreni hastalarının sosyal işlevselliklerinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

**ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:** Hasta Tanımlayıcı Bilgi formu sizin kişisel özelliklerinize yönelik 12 sorudan oluşmaktadır. Hastalık ve tedaviye ilişkin bilgiler formu 8 maddeden oluşmaktadır. Aynı zamanda sosyal işlevselliğinizi ölçen Sosyal İşlevsellik Ölçeği bulunmaktadır.

## ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çalışmaya katılmanız durumunda literatüre bu konu hakkında destek sağlayarak veri eklememize yardımcı olacaksınız.

## KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

İsim, soy isim veya şahsınızı deşifre edebilecek hiçbir bilgi kullanılmayacak ve açıklanmayacaktır.

## SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:

Araştırmacı Aylin OKUMUŞ

## Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		
<i>Vasi (var ise ) Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		
<i>Araştırmacı Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

## EK 2. Anket Formları

### EK. 2.1.Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı hasta tanımlayıcı bilgi formu

1. Yaş:.....

2. Cinsiyet

Kadın ( ) Erkek( )

3. MedeniDurum

Evli ( ) Bekar ( ) Boşanmış( )

4. Eğitim Durumu:

Okur yazar ( ) İlköğretim ( ) Ortaöğretim ( ) Lisans ( )

5. Çocuk Sahibi Olma :

Var ( ) (Var ise ).....taneYok ( )

6. Sosyal Güvence

SGK ( ) Emekli Sandığı ( )GSS (genel sağlık sigortası ( ) Yeşil Kart ( )

7. Çalışma Durumu:

Var ( )Yok( )

10. Sigara Kullanımı:

Var ( )Yok ( )

11. Alkol Kullanımı:

Var ( ) Yok ( )

12. Madde Kullanımı:

Var ( )Yok ( )

13. Birlikte Yaşadığı Kişiler:

Anne-baba ( ) Eş-Çocuklar ( ) Yalnız ( ) Arkadaş ( )

**EK 2.2. Toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı hastaların hastalık ve tedaviye ilişkin bilgiler formu**

1. Ailede Ruhsal hastalık öyküsü:

Var ( ) Yok ( )

2. Hastalık Başlangıç yaşı :

25 yaş ve altı ( ) 26 ve üstü ( )

3. İlaç Kullanımı:

Düzenli ( ) Aralıklı ( )

4. Kullandıkları ilaç ve dozaj.....

5. Düzenli poliklinik kontrolü :

Var ( ) Yok ( )

6. Hastaneye yatış sayısı:

1-5 kez ( )

6-10 kez ( )

11-15 kez ( )

7. Son bir yıldaki hastaneye yatış süresi:

Yatmamış( ) 1-3 ay ( )

8. Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Katılma Durumunuz ?

Evet ( ) Hayır ( )

### EK 3. Sosyal İşlevsellik Ölçeği

#### HASTA FORMU

RUMUZ:.....

1.Nerede yaşıyorsunuz ?

Cevap.....

2.Kiminle birlikte yaşıyorsunuz ?

Cevap:.....

	Ç	KAİ	ÖSE	BZD	B-y	B-p	İ/M
Ham Puan							
Dönüştürülmüş Puan							

## SOSYAL UĞRAŞI/SOSYAL ÇEKİLME

1. Her gün kaçta kalkıyorsunuz ?

Hafta içi ortalama .....

Hafta sonu ortalama .....

(eğer farklıysa)

2. Günün kaç saatini yalnız geçiriyorsunuz ?

Örn. Odada tek başına ,

Tek başına dolaşarak,

Radyo dinleyerek ya da televizyon izleyerek vb.

Lütfen kutularından birini işaretleyin :

Tek başınıza geçirdiğiniz saatler

0-3 Tek başına geçirdiği süre çok az

3-6 Zamanın bir kısmı

6-9 Zamanın önemli bir kısmı

9-12 Zamanın büyük bir kısmı

12-hemen hemen Zamanın hepsi

3. Evde ne kadar sıklıkla bir sohbeti başlatıyorsunuz?

Hemen hemen hiç/ nadiren / bazen / sık sık

4. Evden ne sıklıkla çıkıyorsunuz? (herhangi bir nedenle)

Hemen hemen hiç/ nadiren / bazen / sık sık

5. Yabancıların varlığına nasıl tepki gösterirsiniz?

Onlardan kaçınma

Huzursuz olma

Onları kabul etme

Onlardan hoşlanma

### **KİŞİLERARASI İŞLEVSELLİK**

1.Şu anda kaç arkadaşınız var ?

(düzenli olarak görüştüğü, birlikte etkinliklerde bulunduğu vb.)

2. Karşı cinsten bir arkadaşınız var mı ? (eğer evli değilseniz )

Evet/Hayır

3.Anlamli veya mantıklı konuşmayı ne sıklıkla başarıyorsunuz ?

Lütfen kutuyu işaretleyiniz.

Hemen hemen hiç

Nadiren

Bazen

Sık sık

4. Şu sıralar insanlarla konuşmak size ne kadar zor ya da ne kadar kolay geliyor?

Çok kolay

Oldukça kolay

Orta

Oldukça zor

Çok zor



## ÖNCÜL SOSYAL ETKİNLİKLER

Son üç ay içinde aşağıdaki etkinliklerin her birine ne sıklıkta katıldığınızı göstermek üzere uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Sinema				
Tiyatro/konser				
Kapalı salon sporunu izleme (örneğin masa tenisi)				
Açık alan sporunu izleme(örneğin futbol)				
Sanat galerisi/müze				
Sergi				
İlgi duyulan yerleri gezme				
Toplantı, konuşma ve benzeri				
Gece okulu				
Akrabaları evlerinde ziyaret etme				
Akrabaların ziyarete gelmesi				
Arkadaşlarını ziyaret etme (erkek/kız arkadaşı dahil)				
Arkadaşlar tarafından ziyaret edilme (erkek kız arkadaşı dahil)				
Partiler				
Resmi toplantılar				
Disko vb.				
Gece kulübü/sosyal kulüp				
Kapalı salon sporu yapmak				
Açık alan sporu yapmak				
Kulüp/dernek				
Kahve/cafelere gitmek				
Dışarıda yemek yemek				
Dini etkinliklere katılmak				

## BOŞ ZAMANLARI DEĞERLENDİRME

Lütfen son üç ay içinde aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Müzik aleti çalma				
Dikiş nakış-örgü				
Bahçe işleri				
Okuma				
Televizyon izleme				
Teyp ya da radyo dinleme				
Yemek pişirme				
Kendi başına yapılan etkinlikler (maket uçak yapma vb.)				
Tamir işleri (araba,bisiklet,ev vb)				
Yürüyüş, dolaşma				
Araba kullanma/bisiklete binme (hobi olarak)				
Yüzme				
Hobi (örneğin koleksiyon yapma)				
Alışveriş yapma				
Sanatsal etkinlikler (resim yapma, el sanatları vb)				

## BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ – YETKİNLİK

Lütfen son üç ay içinde aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Yeterli	Yardım gerekir	Yapamaz	Bilinmiyor
Toplu ulaşım				
Parayı doğru biçimde değerlendirme				
Parasının hesabını yapma				
Kendisi için yemek pişirme				
Haftalık alışveriş				
İş arama				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
Kişisel temizlik				
Yıkama,düzenli olma vb.				
Dükkanlardan alışveriş yapma				
Evden tek başına çıkma				
Kendisi için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşe özen gösterme				

## BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ – PERFORMANS

Lütfen son üç ay içinde yakınınızın aşağıdakilerden her birini ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Alışveriş yapma(yardım almadan)				
Bulaşık yıkama, yerleştirme vb.				
Düzenli olarak yıkanma, banyo yapma vb.				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
İş arama(eğer işsizseniz)				
Gıda alışverişi yapma				
Yemek hazırlama ve pişirme				
Evden tek başına ayrılma				
Otobüs, tren vb. binme				
Para harcama				
Parasının hesabını yapma				
Kendisi için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özen gösterme				

## İŞ/MESLEK

Düzenli bir işiniz var mı ? (Rehabilitasyon ya da yeniden eğitim kursları dahil)

Evet/Hayır

(altını çiziniz)

1. EĞER YANITINIZ EVETSE:

Ne tür bir iş ?.....

Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?....

Ne zamandır bu işte çalışıyorsunuz...?

2. EĞER YANITINIZ HAYIRSA:

En son ne zaman bir işte çalıştınız.....?

Ne tür bir işti.....?

Haftada kaç saat çalışırdınız..... ?

Özürlü olduğunuza ilişkin bir belge verildi mi ?

EVET/HAYIR (altını çiziniz)

Ayaktan tedavi için hastaneye gidiyor musunuz ?

EVET/HAYIR (altını çiziniz)

Herhangi bir işte çalışabileceğinizi düşünüyor musunuz ?

Kesinlikle evet/ Zorlanırım/ Kesinlikle hayır

Ne sıklıkla yeni iş bulma girişiminde bulunuyorsunuz ? (örneğin: İş ve İşçi Bulma Kurumu'na başvurma, gazete ilanlarına bakma)

Hemen hemen hiç/ nadiren/ sık sık

## EK 4. ETİK KURUL İZİNİ



www.uskudar.edu.tr

Altunizade Mahallesi Haluk Türksoy Sokak No:14 34662 Üsküdar/İSTANBUL  
T: 0216 400 22 22 F: 0216 474 12 56 bilgi@uskudar.edu.tr

T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

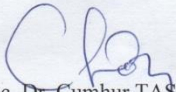
SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2018/454

23/03/2018

Yrd.Doç.Dr.Elçin BABAĞLU  
(Aylin OKUMUŞ)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 23/03/2018 tarihinde yapılan 03 No.lu toplantısında “**Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Kayıtlı Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri İle İlişkili Faktörlerin İncelenmesi**” adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

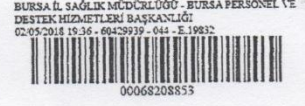
  
Doç. Dr. Cumhuriyet TAŞ  
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik  
Kurulu Başkanı

## EK 5. KURUM İZİNİ



İl Sağlık Bakanlığı

T.C.  
BURSA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 60429939-044  
Konu : Aylin OKUMUŞ'un Anket İzni Talebi

### MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünün 25.04.2018 tarih ve E.1909 sayılı yazısında Enstitüsünün Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Aylin OKUMUŞ'un "Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Kayıtlı Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ile İlişkili Faktörlerin İncelenmesi" konulu anket çalışmasını birliğimize bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nilüfer Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Yıldırım Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde anket sorularını uygulamak isteği Başkanlığımızca uygun görülmüş olup;

Makamınızca da uygun görüldüğü takdirde olurlarınıza arz ederim.

e-İmzalıdır.  
Dr. Efrail ATICI  
Personel ve Destek Hizmetleri  
Başkanı

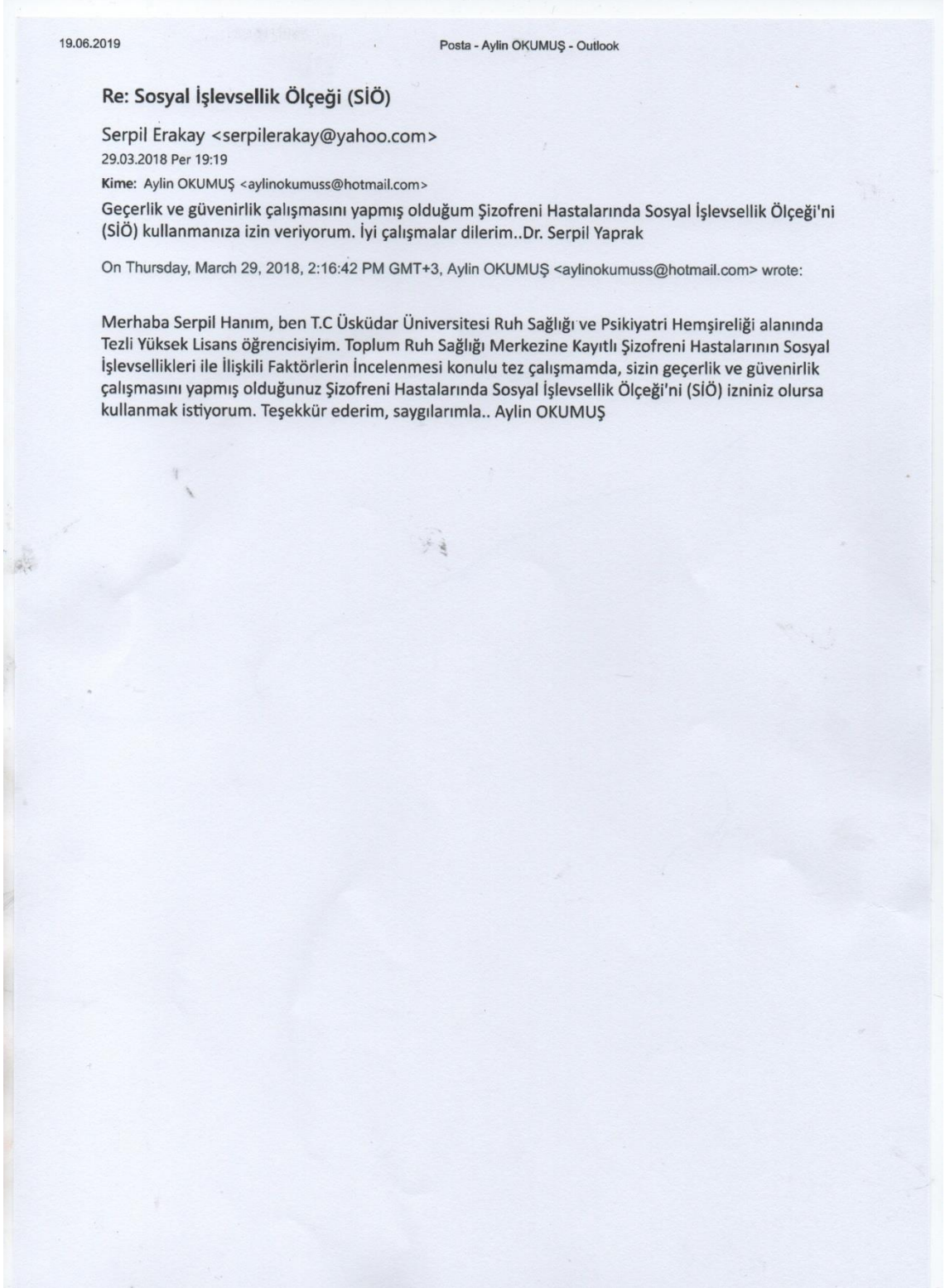
**OLUR**  
.../05/2018  
e-İmzalıdır.  
Dr. Özcan AKAN  
İl Sağlık Müdürü

Dikkaldırım Mah. Hat Caddesi No:4 Osmangazi, BURSA  
Faks No:  
e-Posta: Aynur.Sen2@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://bursaism.saglik.gov.tr

Bilgi için: Aynur ŞEN  
Unvan: HEMŞİRE  
Telefon No: 0224 295 60 00 / 6079

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-beige.saglik.gov.tr> adresinden ad33d58b-5e5e-4099-8508-9fa20a3c8b7c kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## EK 6. ÖLÇEK İZİNİ:





## **EK 7. ÖZGEÇMİŞ**

**Adı Soyadı :**Aylin OKUMUŞ

**Doğum Yeri ve Tarihi :**12.09.1994 Mustafakemalpaşa

**Yabancı Dili :**İngilizce

**İletişim :**aylinokumuss@hotmail.com

**Eğitim Durumu:**

**Lise :**Mustafakemalpaşa Sağlık Meslek Lisesi 2008-2012

**Lisans :**Maltepe Üniversitesi SYO İstanbul 2012-2016

**Yüksek Lisans:**Üsküdar Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği

**Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl :** Maltepe Özel Bölge Hastanesi 2014