



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**EVDE BAKIM GÖREN ŞİZOFRENİ HASTALARI İLE BAKIM MERKEZİNDE
BAKIM GÖREN ŞİZOFRENİ HASTALARININ DEPRESYON VE İŞLEVSEL
İYİLEŞME DÜZEYLERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI**

Seda SANCAKTAR

154102033

YÜKSEK LİSANS

TEZİ

DANIŞMAN: YRD. DOÇ. DR. SEMRA BARİPOĞLU

İstanbul – 2017

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**EVDE BAKIM GÖREN ŞİZOFRENİ HASTALARI İLE BAKIM
MERKEZİNDE BAKIM GÖREN ŞİZOFRENİ HASTALARININ
DEPRESYON VE İŞLEVSEL İYİLEŞME DÜZEYLERİ AÇISINDAN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Seda Sancaktar

154102033

YÜKSEK LİSANS

TEZİ

DANIŞMAN: Yrd. Doç. Dr. Semra BARİPOĞLU

İstanbul – 2017



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 154102033
Öğrenci Adı Soyadı	: Seda SANCAKTAR
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji Anabilim Dalı
Tez Danışmanı	: Yrd. Doç. Dr. Semra BARIPOĞLU
Tezin Başlığı	: EVDE BAKIM GÖREN ŞİZOFRENİ HASTALARI İLE BAKIM MERKEZİNDE BAKIM GÖREN ŞİZOFRENİ HASTALARININ DEPRESYON VE İŞLEVSEL İYİLEŞME DÜZEYLERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 22.12.2017	Saati	: 11:30
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="checkbox"/> OY BIRLIGI <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU			
<input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. <i>(en fazla 3 ay)</i>			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi.	<input type="checkbox"/> Değişti.	
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="checkbox"/> OY BIRLIGI ile REDDEDİLMİŞTİR.			

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	YRD. DOÇ. DR. SEMRA BARIPOĞLU	
Üye	YRD. DOÇ. DR. BİRİM SUNGU TALU	
Üye	YRD. DOÇ. DR. TUĞBA ARZU ÖZAL İLDENİZ	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Evde Bakım Gören Şizofreni Hastaları İle Bakım Merkezinde Bakım Gören Şizofreni Hastalarının Depresyon Ve İşlevsel İyileşme Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması.” Adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

.../.../.....

Seda SANCAKTAR

İmza

TEŞEKKÜR

Tez yazım sürecinde maddi ve manevi olarak yanımda olan sevgili annem Emine Bayraktar, babam Hilmi Sancaktar ve ağabeyim Serdar Sancaktar'a çok teşekkür ederim. Her fırsatta her türlü yardımını ve desteğini esirgemeyen sevgili Özel Çınar 2 Engelli Bakım Merkezi'nde bulunan çalışma arkadaşlarıma ve son olarak hiçbir desteğini benden ve bu çalışmadan esirgemeyen engin tecrübeleri ile bu yolda bana ışık tutan sevgili danışman hocam Sayın **Yrd. Doç. Dr. SEMRA BARİPOĞLU**'na sonsuz teşekkürler.



(SANCAKTAR, Seda, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans, 2017)

Evde Bakım Gören Şizofreni Hastaları ile Bakım Merkezinde Bakım Gören Şizofreni Hastalarının Depresyon ve İşlevsel İyileşme Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması

ÖZET

Bu araştırmada, bakım merkezinde bakım gören şizofreni hastaları ile evde bakım gören 19 yaş üstü 100 şizofreni hastasının depresyon ve işlevsel iyileşme düzeyleri açısından karşılaştırılması yapılmıştır. Bu araştırma ile elde edilmiş olan veriler şizofreni tanısı almış olan bireyler ve yakınları için farkındalık düzeylerini arttıran bir çalışma olması amaçlanmıştır. Katılımcılara; Sosyo-Demografik Veri Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği ve Pozitif-Negatif Sendrom Ölçeği uygulanmıştır. Yapılmış olan bu araştırmada elde edilen veriler, Sosyal Bilimler İstatistik Paket Programı (SPSS) 21.0 kullanılarak çözümlenmiştir.

Elde edilen sonuçlara göre; evde bakım gören şizofreni hastalarının, yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarına göre; depresyon düzeylerinin, pozitif-negatif belirtilerinin yüksek olduğu ayrıca sosyal, mesleki, sağlık ve günlük yaşam becerileri gibi işlevselliklerinin ise düştüğü tespit edilmiştir.

Evde bakım gören şizofreni hastalarının depresyon düzeyleri, yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarının depresyon düzeylerinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik düzeyleri, evde bakım gören şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik düzeylerinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Genel olarak şizofreni hastalarında depresyon düzeyi arttıkça sosyal işlevsellik azalmaktadır, pozitif- negatif sendrom düzeyi artmaktadır. Şizofreni hastalarında sağlık ve tedaviye gösterilen özen arttıkça pozitif ve negatif sendrom düzeyleri düşmektedir.

Şizofreni hastalığında; hastanın herhangi bir gelişim göstermeden hastalığının yıllar boyu sürmesi, beraberinde işlevselliğinin büyük ölçüde bozulması bakım verenin yükünü arttırmaktadır. Sağlık sistemi içinde yatılı tedavi merkezinde bakımları süren şizofreni hastalarının işlevselliklerinin daha iyi olmasının sebebi bakım verenin duygusal yüküyle ortaya çıkan etkileşimsel tabloya maruz kalmamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: şizofreni, bakım merkezi, yatılı bakım, evde bakım, sosyal işlevsellik, depresyon

(SANCAKTAR, Seda, Clinical Psychology Master of Science, 2017)

Comparison of Depression and Functional Healing Levels of Schizophrenia Patients Treated at Home and Care Centers

ABSTRACT

In this research, 100 schizophrenic patients aged 19 and older who get special care at daycare center and at home are compared in the aspect of functional recovery degrees and depression. The aim of this research is to contribute to raising awareness in people diagnosed with schizophrenia and their inner circle. Socio-Demographic Data Form, Beck Depression Scale, Functional Recovery for Schizophrenia Scale and Assessment of Positive-Negative Symptoms were applied to participants. The data received from this research is solved by using Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 21.0.

Based on the results; depression levels and positive-negative symptoms are higher and functionality for daily activities such as working, maintaining health is lower in the schizophrenic patients that are under special care at home, compared to the patients at the daycare center.

The depression levels of patients at home are found to be relatively higher than those of the patients at daycare center. Social functionality levels of patients at daycare center are found to be relatively higher than those of patients at home.

Usually the higher depression level goes, the lower social functionality gets and the higher goes the positive-negative syndrome level in schizophrenic patients. The further care of health and cure for schizophrenic patients lowers the positive-negative syndrome levels.

For schizophrenia cases, illness being consistent in a patient with no development for years and corrupting the functionality becomes a burden to the care assistant. The reason why the functionality of a schizophrenic patient at daycare center becomes better is thought to be because of the care assistant's noninvolvement with the emotional interaction.

Key Words: Schizophrenia, care center, home care, social functioning, depression

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Schneider'in Şizofreni Tanımı ve Belirtileri	6
Tablo 2: DSM-V' e göre Şizofreni	9
Tablo 3 Evde Bakım Gören ve Yatılı Tedavi Merkezinde Bakım Gören Şizofreni Tanısı Almış Hastaların Demografik Dağılımları ve Ki-Kare Bulguları.....	26
Tablo 4 Evde Bakım Gören ve Yatılı Tedavi Merkezinde Bakım Gören Şizofreni Hastalarının Ölçeklerden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	28
Tablo 5 :Şizofreni hastalarının Depresyon, İşlevsellik ve Psikopatoloji Düzeyleri Arasındaki İlişkiler.....	31

KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
WHO	: World Health Organization
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
ŞİLÖ	: Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği
PANNS	: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği
DSM-III	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4
ICD	: International Classification of Diseases
APA	: American Psychiatric Association
EKT	: Elektro-Konvulsif Tedavi
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
MMPI	: Multiple Minnesota Personality Inventory
FROGS	: Functional Remission of General Schizophrenia Scale
SPSS	: Sosyal Bilimler İstatistik Paket Programı

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
TABLolar LİSTESİ	v
KISALTMALAR	vi
GİRİŞ	1
Araştırmanın Amacı ve Önemi	2
BÖLÜM I - LİTERATÜR	4
1.1. Şizofreni Nedir?	4
1.1.1. Şizofreni Tarihi	4
1.1.2. Şizofreni Nedenleri	7
1.1.3. Şizofreni Tanı Kriterleri ve Çeşitleri.....	8
1.1.4. Şizofreninin Klinik Görünüm ve Bulguları.....	10
1.1.5. Şizofreni Tedavisi	11
1.1.6. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Yükü	13
1.1.7. Şizofreni ve Sosyal İşlevsellik	15
1.2. Depresyon Nedir?.....	17
1.2.1. Depresyon ve Şizofreni	19
1.3. Ruhsal Engelli Tanımı	20
1.4. Türkiye’de Ruhsal Engelli Bakımı.....	21
BÖLÜM II - GEREÇ ve YÖNTEM	22
2.1. Araştırmanın Türü	22

2.2. Araştırmanın Örneklemi.....	22
2.3. Veri Toplama Araçları	22
2.3.1. Sosyo-demografik Bilgi Formu	22
2.3.2. Beck Depresyon Ölçeği.....	23
2.3.4. Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği.....	23
2.3.5. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği	24
2.4. Verilerin Analizi.....	24
2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	24
BÖLÜM III - BULGULAR	25
3.1. Evde Bakım Gören ve Yatılı Tedavi Merkezinde Bakım Gören Şizofreni Tanısı Almış Hastaların Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımlar.....	25
3.2. Evde Bakım Gören ve Yatılı Tedavi Merkezinde Bakım Gören Şizofreni Hastalarının Ölçeklerden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	28
3.3. Şizofreni Hastalarının Ölçeklerden Aldıkları Puanlar Arasındaki Korelasyonlar	31
BÖLÜM IV - TARTIŞMA VE SONUÇ	35
4.1. Tartışma.....	35
4.2. Sonuç ve Öneriler.....	37
KAYNAKLAR	39
EKLER	50
ÖZGEÇMİŞ	67

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); engelli olma kavramını “yeti yitimi” kavramı olarak tanımlamaktadır. DSÖ, engelli bireyi fiziksel, ruhsal, zihinsel ve sosyal olarak bir bütün olarak ele almaktadır. Engellilik; bireyin vücudunda, duyuşal, zihinsel, işlevsel ve ruhsal farklılıkları öne sürerek; yaşamanın bir çok alanında çeşitli derecede kısıtlanma ve engellerle karşılaşabilme durumunu ifade etmektedir (Engelliler, 2015; WHO, 2011).

“Resmi Gazetede 4 Kasım 2016’da yayınlanan; Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği’nde; Bakıma ihtiyacı olan engelli tanımı; Engellilik sınıflandırmasına göre engelliler için sağlık kurulu raporu ile ağır engelli olduğu belgelendirilenlerden günlük hayatın alışılmış, tekrar eden gereklerini önemli ölçüde yerine getirememesi nedeniyle hayatını başkasının yardımı ve bakımı olmadan devam ettiremeyecek durumda olduğu sosyal inceleme raporu ile belirlenen ve 2828 sayılı Kanununun ek 7 nci maddesine göre ücreti Bakanlık tarafından karşılanan kişidir” (Resmi Gazete Sayı: 29878).

Ülkemizde “engelli” kavramı genellikle zihinsel ve fiziksel engelliler için kullanılmaktadır (Kurt, 2008). Dünya Sağlık Örgütü (WHO)’nün, 1991 yılında yaptığı tanıma göre; ruhsal rahatsızlık şu şekilde tarif edilmektedir: “Kişinin algılama veya davranışlarının hastalık derecesine varacak oranda normalden farklı olması durumudur.” (Temel, 2012).

Şizofreni hastalığı ise genellikle 25 yaşın altında başlayan ve toplumun %1’ini etkileyen çok yönlü bir hastalıktır (Kaplan, 2005). Şizofreni hastalığı bir çok sosyal sınıfta görülmektedir ve kişiler arası ilişkiler bozan aynı zamanda mesleki işlevselliği de bozan, uzun seyirli ve çok yönlü bir hastalıktır (Kaplan, 2005). Şizofreni hastalığının en belirgin genel özelliği ise kişiliğin tümünde mevcut olan düzensiz olmak, dağınık olmak ve parçalanmalardır ayrıca hastanın duygularını ifade etmesinde, davranışlarında, konuşmalarında ve düşüncelerinde, yüz ifadelerinde, yürüyüşlerinde, sosyal ilişkilerinde ise düzensizlik, tuhaflık ve dağınıklık vardır (Dinçmen, 1981).

Zihinsel ve ruhsal engellilerin tedavilerinde aynı zamanda topluma yeniden kazandırılmalarında, güvenliklerinin-özgürlüklerinin sağlanması ve bu sağlanan şartların korunması önemlidir. Bu nedenle yapılan bu araştırma; özellikle ruhsal engeli bulunan şizofreni tanılı bireylerin sağlanan bakım olanaklarıyla ne düzeyde hayata

kazandırıldıkları araştırılacaktır. Şizofreni tanısı almış olan bireylerin, tedaviye başladıktan sonra işlevsellik düzeyleri ve depresyon ile tecrübe ettikleri semptomlarının karşılaştırılmasının yapılacak olması, bu tanıyı almış olan bireylerin hem farkındalıklarını arttırmak için hem de şizofreni hastalığı olan bireylerin bakımını üstlenen bireyler için farkındalık düzeyini arttıracacağı bir çalışma olacaktır.

Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu araştırmada, bakım merkezinde bakım gören şizofreni hastaları ile evde bakım gören şizofreni hastalarının depresyon ve işlevsel iyileşme düzeyleri açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır. Karşılaştırmalı araştırma olan bu çalışmada; Evde ve Bakım Merkezinde bakım gören şizofreni hastalarına; Sosyodemografik veri formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) ve Pozitif – Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) uygulanacaktır. Veriler elde edildiğinde önce iki grup kendi içerisinde değerlendirilecektir. Ardından iki grup ve sonuçları birbiriyle karşılaştırılacaktır ve istatistiğe çevrilecektir. Böylece tez konusuna verilerle bilgi sağlanacaktır. Ayrıca diğer kaynaklar (literatür) kullanılarak konuyla ilgili kapsamlı araştırma yapıp tüm bilgiler toplanılacaktır ve tez yazımına katkı sağlayacaktır. Bu araştırma ile elde edilecek olan veriler şizofreni tanısı almış olan bireyler ve yakınları için farkındalık düzeylerini arttıracacağı bir çalışma olacaktır. Araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranacaktır:

1. Bakım merkezinde bakım gören şizofreni hastaları ile evde bakım gören şizofreni hastalarının depresyon düzeyleri arasında fark var mıdır?
2. Bakım merkezinde bakım gören şizofreni hastaları ile evde bakım gören şizofreni hastalarının işlevsel iyileşme düzeyleri açısından aralarında fark var mıdır?

Araştırmanın Hipotezi:

H1: Evde bakım gören şizofreni hastalarının, bakım merkezinde yatılı bakım gören şizofreni hastalarına göre depresyon skorları daha düşük, sosyal işlevsellik skorları daha yüksektir

H0: Evde bakım gören şizofreni hastalarının, bakım merkezinde yatılı bakım gören şizofreni hastalarına göre depresyon skorları daha yüksek, sosyal işlevsellik düzeyleri daha düşüktür



BÖLÜM I - LİTERATÜR

1.1. Şizofreni Nedir?

Şizofreni hastalığı, yıllar boyunca görülmüş olan, hemen hemen her toplumda ve her sosyo-ekonomik katmanda yaklaşık %1 oranında görülen ve tedavi edilmemesi durumunda hastalarda sosyal, mesleki, ruhsal ve ekonomik alanda bozulmalara neden olmakla birlikte ciddi yeti yitimine yol açabilen ruhsal bozukluklardan birisidir (Çetin, 2005, 2010; Ceylan, 2005).

Psikiyatrik hastalıklarda ‘adı’ en korkutucu olan klinik tablo şizofrenidir (Üçok, 1999). Şizofreni hastalığının başlangıç ve seyri diğer psikiyatrik hastalıklara göre daha kötü olduğu gibi bir genel inanişin olmasının yanında, toplum tarafından şizofreni tanısının neden olduğu bir “etiketlenme, damgalanma” durumunun varlığı şizofreni hastalığının adı en korkutucu hastalık olduğu görüşünü doğurmaktadır. Etiketlenme durumu sadece hasta bireyi değil, onunla ilişkisi olan herkesi ve her şeyi olumsuz etkilemektedir. Şizofreni hastalarının etiketlenmesi bireyleri bir çok hak ve yararlardan mahrum bırakmaktadır (Üçok, 1999).

1.1.1. Şizofreni Tarihi

Şizofreni hastalığının geçmişi insanlık tarihine kadar dayanmaktadır. Şizofreni hastalığının belirtisini konu almış olan ilk metinler Milattan Önce 15. Yüzyıla kadar bulunmaktadır. Eski dönemlere ait Çince metinlerde, Tevrat’ta ve Talmut’ta eski Yunan metinlerinde de şizofreni hastalığına özgü davranışlardan söz edildiği görülmektedir (Erkoç, 1998). Grandiyöz (büyüklük) ve persekütar (kötülük görme) hezeyanlarının yanında bilişsel işlevlerde ve kişilik yıkılmasıyla giden ruhsal bozukluklar M.S. 1. ve 2. Yüzyıllarda tanımlanmıştır (Köroğlu ve Güleç, 2007).

Ortaçağ devrine yaklaşıldığında ise psikotik bireylerin şeytan, cadı, kötü ruhların esiri olduğu, tanrının gazabına uğramış varlıklar olarak tanımlanmış oldukları ve toplumdan dışlanıp işkence ve ölüm gibi cezalara çarptırılmışlardır ve bu durum neredeyse 18. Yüzyıla kadar bu şekilde devam etmiştir (Işık, 2006).

Ortaçağ Avrupa’sına doğru ilerlenen zamanda şizofreni hastalarına karşı yardımdan ziyade korku ve düşmanca duygu ve davranışların yer aldığı görülmektedir

(Mete 1998). Bu dönemde kiliseler tarafından cezalandırılmış ve şeytanın etkisi altında olduğuna inanılan insanlar için yapılmış olan tanımlamalar, şizofreni hastalığının semptomlarıyla büyük oranda örtüşmektedir (Sadock, 2000). Ortaçağ Avrupa'sından sonraki dönemlerde tanımlanmış olan davranışların günümüzde şizofreni olarak adlandırılan rahatsızlıkla ilişkili olduğu kesinleşmemiştir bu sebeple şizofreni tarihçesiyle ilgili çeşitli görüşlerin ortaya atılmasına sebep olmuştur. Londra'da Bethlem Royal Hastanesi doktorlarından olan Hare; Şizofreni hastalığının yeni bir hastalık olduğunu savunarak, 1800'lerin öncesinde de benzer rahatsızlıklarla ilgili tanımlamaların azlığından bahsetmiştir bu sebeple Hare'ye göre delilik sıklığı, Avrupa Bölgesinde 19'uncu yüzyıllarda diğer toplumlarda ise 20'inci yüzyılda artmaya başlamıştır ve bu fikir şizofreni hastalığının batı uygarlığının ürünü olduğu görüşüyle tutarlılık göstermektedir (Lieberman ve ark., 2006).

Bir çok yazar şizofreninin yeni dönemde ortaya çıkmış bir akıl hastalığı olduğu düşüncesini desteklemekteydi ancak şizofreninin araştırılmasını ve tedavi edilmeye değer bir hastalık olduğu düşüncesi Avrupa Kilise otoritesinin zayıflamaya başladığı ve aydınlanma devrinin hızlanmaya başladığı dönemde gerçekleşmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2011; Higgins ve Kose, 2007).

Fransız Psikiyatrist Benedict Augustin Morel ilk olarak 1860 yılında "Dementia Praecox" (erken bunama) kavramını kullanmıştır. 1871 yılında Ewald Hecker "hebefreni"yi, 1874 yılında ise Karl Kahlbaum yeni bir terim olarak "katatoni"yi tanımlamıştır. Daha sonra ünlü Alman psikiyatrist Kraepelin; bu iki hastalık çeşidine paranoid ve bir başka basit çeşitleri ekleyerek "dementia praecox" adı altında toplamıştır (Öztürk, 1997). Klinik görünümlerin dışında söz konusu olan şizofreni hastalığına eşlik eden zihinsel süreçleri tanımlayan ilk araştırmacı İsviçreli Eugen Bleuler olmuştur. Bleuler'in (1911) yayınladığı "Dementia Praecox veya Şizofreniler Grubu" isimli yayınında, hastalığın erken başlangıçlı ve mutlak bunama ile sonuçlanmasının zorunlu olmadığını öne sürmüştür. Şizofreni hastalığında kişinin ruhsal yaşamının yarılmasının (schisme) önemini vurgulayarak "schizophrenia", yani zihnin bölünmesi-yarılması adını önermiştir. Şizofreni hastalığının etyolojisine Kraepelin kadar önem atfetmemiştir ve Bleuler'e göre şizofreni hastalığının temel sorununun çağrışım bozukluğudur ve varsanı-sanrılar ikincil bozukluklar olarak ortaya çıkmaktadır (Ceylan, 2001). 20. yüzyılın ortalarında Kurt Scheineler, şizofreniye dair

bir belirti listesi oluşturmuştur. Bu belirtiler şizofreni hastalığına has değildir ancak güncel sınıflandırma sisteminde özel bir önem taşımaktadır. Schiner'in Şizofreni tanımı "birinci sıra belirtiler" ve "ikinci sıra belirtiler"den oluşmaktadır (Işık, 2006).

Tablo 1: Schneider'in Şizofreni Tanımı ve Belirtileri

Birinci Sıra Belirtiler	Kendi düşüncelerinin yüksek sesle söylendiğini işitme, kendisine emir veren, yönlendiren seslerin işitilmesi, kendisiyle kavga eden, tartışan seslerin işitilmesi, somatik edilgenlik, düşünce çalınması, düşünce yayınlanması, düşünce sokulması, sanrısız algılar, duygu, düşünce ve davranışta kontrol edilme ve etkilenme hezeyanları (Işık 2006).
İkinci Sıra Belirtiler	Diğer hallüsinasyon şekilleri, depresif veya öforik duygudurum değişiklikleri, duygusal küntleşme, zihin bulanıklığı / şaşkınlık, ani sanrılı düşünceleri içerir (Işık 2006).

1960'lı yıllara gelindiğinde ise Avrupa'da yaygın olarak Schneider'in belirtileri kullanılıyordu ancak Amerika'da ise Beuler'in ölçütleri kullanılmaktaydı. DSM-III'ün yayınlanması ile Amerikan psikiyatrisinde Blueuler yerini Kraepelin'in deskriptif yaklaşımına bırakmıştır ve tanımlayıcı kriterlerde sınırlı bir tanım kavramı ortaya çıkmıştır. Bu yıllarda Timothy Crow'un (1980) yayımladığı makalesi ilgi görmüştür, makalede şizofreninin pozitif-negatif olmak üzere iki tipi olduğunu belirtmiştir (Köroğlu 2007). Bleuler'in kavramları DSM-III tanı ölçütleri kitabında dışarı itilmiş olsa da ayrıntılı tanımlamalar ile araştırma ölçeklerine dönüştürülerek klinik değerlendirme sürecine geri dönmüştür ve 1994 yılında yayımlanmış olan DSM-IV tanı ölçütleri, negatif semptomlara da yer vererek bu dönüşü resmi olarak belirtmişlerdir (Kaplan ve Sadock, 1998; Ceylan, 2001; Stefan ve ark., 2002; Ebert ve ark., 2003;

Vanier 2004; Işık, 2006; Kaplan ve Sadock, 2005; Köroğlu ve Güleç, 2007; Çetin, 2009).

1.1.2. Şizofreni Nedenleri

Günümüzde uzmanlar; şizofreni hastalığının bir çok etkenin bir araya gelmesiyle oluşan bir rahatsızlık olduğu konusunda fikir birliğine varmışlardır ancak şizofreni hastalığının kesin nedenleri ile ilgili çalışmalar günümüzde hala devam etmektedir. Şizofreni belirtilerinin gelişmesinde 2 yol vardır (Köroğlu ve Güleç, 2007). Bireyin gelişimine başladığı erken dönemlerde ortaya çıkan genetik ve ya çevresel etkenlere bağlı olarak beyin kimyasında ve gelişiminde bozulmanın olması, bu ortaya çıkan bozukluk şizofreni hastalığına yatkınlık yaratmaktadır ve yaşamın devam eden dönemlerinde bireyin stresli bir çevreye maruz kalması durumunda şizofreni belirtileri gelişmektedir (Işık, 2006).

Stres Yatkınlık Modeli: Daha önce yapılmış olan çoğu çalışmalarda; şizofreni hastalığının ortaya çıkmasında bir çok nedenin bir araya gelmesinin etkili olduğu düşünülmektedir ve bu etkinin açıklamasında en çok “stres yatkınlık modeli”ne değinilmektedir. Stres Yatkınlık Modeli; Psiko-sosyal etkenler, çevresel etkenler ve biyolojik etkenlerin birbirleriyle bağlantılı olarak etkileşiminden bahsetmektedir (Köroğlu, 1996; Arkonaç, 1996).

Nörolojik Yaklaşım: Şizofreni hastalığının, beyin gelişimi sırasında ortaya çıkan patolojik bozulmaların olduğunu savunmaktadır frontal korteks, temporal korteks, pariental korteks, beyin sapı, talamus ve bazal gangliayalar arasında anormal bağlantılara sebep olan, anormal beyin gelişimi olduğunu savunmaktadır ve bu konu üzerinde yoğunlaşmaktadır (Ebert ve ark., 2003; Kaplan ve Sadock, 2005).

Biyokimyasal Yaklaşım: Şizofrenide biyokimyasal araştırmalar nörotransmitter aktivitelere yoğunlaşmaktadır. Biyokimyasal araştırmalarda söz edilen bu nörotransmitterler; Dopamin, Serotonin, Norepinefrin, Glutamat ve Gaba’dır (Kaplan ve Sadock, 2005). Yapılan araştırmalarda; şizofreninin Pozitif belirtilerinin ventral

tegmental alandan limbik sisteme kadar uzanan mezolimbik yoldaki dopaminerjik artışın neden olduğunu, şizofreninin negatif ve bilişsel belirtilerin ise; ventral tegmental alandan prefrontal kortekse uzanan mezokortikal yoldaki dopaminerjik yetersizlikten dolayı ortaya çıktığını savunulmaktadır (Ceylan, 2001; Ebert ve ark., 2003; Lieberman, 2006; Işık, 2006; Köroğlu ve Güleç, 2007) Ayrıca dopamin dışında Noradrenalinin (tek başına olmasa bile) diğer nörotransmitter sistemleri ile birlikte şizofrenide rol aldığı düşünülmektedir. Yapılan araştırmalarda şizofreni hastalığına sahip bireylerin bir kısmında, çoğunlukla paranoid belirtileri yüksek olan hastalarda, beyinin omurilik sıvısında noradrenalin düzeyi açıkça yüksek bulunmuştur (Işık, 2006).

Genetik Yatkınlık: Şizofreni hakkında yapılan araştırmalarda sıkça genetik faktörlerin etkisi olduğundan söz edilmektedir ancak genetik araştırmalarda bulgular farklılık göstermektedir (Işık, 2006). Yapılan araştırmalarda, şizofreni hastalığına sahip olan bireylerin birinci dereceden yakın akrabalarında şizofreni hastalığının gelişme oranı normal bireylerin akrabalarına oranla beş kat daha fazladır (Köroğlu, 2007). Ebeveynlerinden ikisinin de şizofreni hastalığına sahip olması durumunda, şizofreni bireylerin çocuklarında da şizofreni gelişme oranı %40 daha fazlalık göstermektedir (Köroğlu, 2007).

1.1.3. Şizofreni Tanı Kriterleri ve Çeşitleri

Psikiyatrik bozukluklar için iki sınıflandırma sistemi yaygın olarak kullanılmaktadır. Birincisi Uluslararası Sağlık Örgütü'nün (World Health Organization) ICD (International Classification of Diseases) sınıflandırması, diğeri ise Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (American Psychiatric Association) DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sınıflandırmasıdır. Uluslararası Sağlık Örgütü'nün ICD'si tüm hastalıkları kapsayan bütünsel bir tanı kriterleri kitabıdır, DSM ise psikiyatrik hastalıklar için kullanılan bir tanı kriteri kitabıdır. DSM-V' e göre Şizofreni tanısını koymak için gerekli olan kriterler aşağıdaki gibidir:

Tablo 2: DSM-V' e göre Şizofreni

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

- 1.Sanrılar
- 2.Varsanılar
- 3.Dezorganize konuşma (örn; sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma)
- 4.İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı
- 5.Silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışmama)

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

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

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

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

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

ICD-10 tanımlamasına göre 9 alt tip bulunmaktadır. Bunlar; Paranoid Şizofreni, Hebefrenik Şizofreni, Katatonik Şizofreni, Ayrışmamış Şizofreni, Postşizofrenik Depresyon, Rezidüel Şizofreni, Basit Şizofreni, Başka Şizofreni ve Şizofreni Belirlenmemiş'tir (DSÖ, 1993). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin bir önceki tanı kitabında (DSM-IV-TR) klinik özellikler, tedaviye cevap ve hastalığın seyri esas alınarak şizofrenide 5 alt tip tanımlanmıştır ve bunlar; Paranoid, Dezorganize, Katatonik, Ayrışmamış ve Rezidüel Tip olmak üzere (Işık, 2006).

Paranoid Şizofreni: Genellikler işitsel halüsinasyon olmakla birlikte bir veya daha fazla sanrının olduğu ancak dezorganize ve katatonik belirtilerin bulunmadığı tiptir. Genellikle başlangıç yaşı daha geç olmaktadır ve seyir döneminin iyi geçtiği belirtilmektedir.

Dezorganize Şizofreni: İlkel olarak tanımlanan ve organize olamayan davranışlarla gerileme sistemli sanrılar vardır ve katatonik belirti göstermez. Genellikle sinsi ve erken başlangıçlı görülür, belirgin düzelme göstermeyen süreğen seyir göstermektedir.

Katatonik Şizofreni: Çeşitli psikomotor bozuklukları (Stupor, negativizm, rijidite, eksitasyon, postür değişikliği) barındırmaktadır.

Ayrışmamış Şizofreni: Diğer alt tiplerin özelliklerini göstermeyen türdür.

Rezidüel Şizofreni: Çoğunlukla negatif belirtilerin baskın olduğu türdür.

1.1.4. Şizofreninin Klinik Görünüm ve Bulguları

Şizofreni hastalığı için genel bir klinik görünüm tanımlanamamaktadır. Yapılan araştırmalar genellemeye dayanmaktadır. Çoğunlukla hastalarda; donuk, ilgisiz ve çekingen bir görünüm gözlemlenmiştir (Öztürk, 2011). Toplum tarafından garip karşılanan davranışlar, katı postür duruşu ve kendi kendine konuşma, mırıldanma şeklinde sesler çıkarma ve/veya kendisine sesleniliyormuş gibi etrafına bakınması davranışları gözlemlenebilmektedir (Stahl, 2015). Ayrıca şizofreni hastalarında

sebepsiz gülmeler, huzursuz ve gergin tavırlar veya ani tepkili davranışlar sergileyebilmektedirler (Yavuz, 2008).

Şizofreni hastalarında genel olarak sıklıkla görülen düşünce bozuklukları mevcuttur (Üçok, 2013). Bu bozukluklar üç alana ayrılarak değerlendirilmektedir ve bunlar; düşünce yapısı, içeriği, regresyonu olarak değerlendirilebilir. Düşünce içeriği ile ilgili bozukluklar arasında en sık rastlanan bulgu sanrılardır. Bireyin sanrıları toplum, kültür özellikleri ile açıklanamamakla birlikte kanıtlar ile değiştirilemeyen ve sarsılmaz düzeyde yanlış inanış ve düşüncelerdir. Soyutlama becerisinin azaldığı durumlar ise düşünce regresyonu olarak açıklanmaktadır (Üçok, 2013).

Şizofreni hastalarının en belirgin ve en önemli bozulması ise bilişsel yetilerinde meydana gelmektedir (Yavuz, 2008). Şizofreni hastalarının en belirgin algı bozukları ise halüsinasyon ve delüzyonlarıdır. Halüsinasyonlar duyu organları ile ilişkilidir (işitme, görme, koku, tat ve dokunma), en sık karşılaşılan alan ise işitsel halüsinasyonlardır (Öztürk, 2011).

Genel olarak şizofreni hastalarında sıklıkla rastlanan bir diğer bulgu ise; duygu küntlüğüdür ve bu durumda şizofreni hastası ile ilişki kurulması zor olabilmektedir. Şizofreni hastalarının duygulanımında ayrıca çökkünlük, taşkınlık ve uygunsuzluk gözlemlenebilmektedir (Öztürk, 2011).

Şizofreni hastalarının öz bakımına dikkat etmedikleri yapılan araştırmalarda görülmektedir. Hastanın diğer sağlıklı bireyler ile karşılaştırılması durumunda günlük yaşam becerilerinde belirgin bir bozulma olduğu görülmektedir; banyo yapmak, ellerini- dişlerini fırçalamak, temiz kıyafetler giymek, tıraş olmak gibi konularda beklentiyi karşılayamamaktadırlar (Yavuz, 2008).

1.1.5. Şizofreni Tedavisi

Yüzyıl kadar önce, psikiyatrik hastalıklar arasında bulunan Şizofreni hastalığı için “antipsikotik” ilaç tedavisi uygulanmaya başlanmıştır ve bu uygulamanın başlaması şizofreni hastalığının kontrol altına alınabilmesi için yeni bir dönem oluşturmuştur

(Yılmaz, 2004). Şizofreni hastalığının tedavisinde “klorpromazin”in bulunması ile hastaların pozitif belirtileri büyük oranda yatışmış olup; günümüzde tedavi amacıyla kullanılmakta olan tipik ve atipik antipsikotikler ortaya çıkmıştır (Öztürk ve Uluğşahin, 2011). Şizofreni hastalığının başlıca tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçların verilmesi durumunda; hastanın kilosu, ilaca uyum, hastanın yaşayabileceği yan etkiler, ekonomik durumu gibi bir çok etken değerlendirilerek tedavi uygulanmaktadır (Üçok, 2013). Atipik antipsikotik ilaçlar hastanın pozitif belirtilerini belirgin bir şekilde azaltmasına rağmen negatif belirtiler üzerinde aynı etkiyi yaratmamaktadır. Şizofreni hastalarının hem pozitif hem de negatif belirtilerine etki edebilecek bir tedavi yaklaşımı günümüzde uygulanmadığından dolayı yaşam boyu negatif belirtiler devam edebilmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004). Şizofreni tedavisinde genel olarak üç ana hedef üzerine odaklanılmaktadır (Alptekin ve ark., 2014). Bunlar ;

- 1-Şizofreni hastalığından yakınan kişinin yaşadığı belirtileri azaltmak veya ortadan kaldırmak
- 2-Şizofreni hastası bireyin psikososyal işlevselliği ve yaşam kalitesini maksimum düzeye çıkarmak
- 3-Hastanın kişisel yaşam hedefleri kazanmasına yardımcı olacak şekilde iyileşmenin desteklenmesidir (Alptekin ve ark., 2014).

Şizofreni hastalarının negatif belirtileri için ülkemizde çok yaygın olmayan “Psikososyal Beceri Eğitimleri” uygulanmaktadır ve ilaç tedavisiyle eş zamanlı olarak psikososyal beceri eğitimleri ile desteklemek, hastaların hem negatif hemde pozitif belirtilerinin üstesinden gelmelerine yardımcı olmaktadır (Öztürk ve Uluğşahin, 2011) Ayrıca şizofreni tedavisinde günümüzdeki seçenekler artmıştır, bunlar; ilaç tedavisi (Antipsikotik, Nöroleptik, Antidepresan, Anksiyolitik, Duygu Durum Düzenleyici) ve Elektro-Konvulsif Tedavi (EKT), Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), Bireysel ve Grup Psikoterapileri şeklinde kompleks bir tedavi uygulanmaktadır (Kaplan ve Sadock, 2005; Öztürk, 2008).

Şizofreni hastalığının tedavi süreci ile ilgili yapılmış olan araştırmalardan birinde; 20-40 yıllık gözlem çalışmalarından elde edilen bulgulara göre; şizofreni

hastalarının yaklaşık %55'inin olumlu yönde hastalığın seyir ettiğini ancak %45'inin ise sonuçların m kötüye gittiği görülmüştür (Sadock ve Sadock, 2000).

Başka bir çalışmada; şizofreni hastalığında ilk hastane yatışı sonrasında şizofreni tanısı almış olan bireylerin sadece %10 ile %20'sinde iyi sonlanım olduğu, yaklaşık %50'sinde ise semptomlarda artma, tekrarlı hastaneye yatış, majör duygu durum bozukluğunda atak ve intihar girişimi ile beraber kötü seyir gözlemlenmiştir (Sadock ve Sadock, 2003).

Bu çalışmalardaki iyileşme oranlarının %10 ile %60 arasında değişkenlik gösterdiği ve %20 ile %30 arasının topluma uygun bir yaşam sürebildiği, %40 ile %60 arasının ise yıkımla seyir eden hastalık etkisinde sosyal ve mesleki yeti kaybı yaşadıkları belirtilmektedir (Sadock ve Sadock, 2003).

1.1.6. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Yükü

Son zamanlarda yapılan araştırmalarda da görüldüğü üzere birçok ruhsal hastalıkta tedaviler toplum temelli olmaya başlamıştır ve bu durumda aile ile geçirilen süreler uzayarak hastaların bakımında ailenin de aktif bir rol üstlenmesine neden olmuştur, bu nedenle ruhsal hastalara bakım verenler ile bakım alan hastaların etkileşimi artmıştır. Psikiyatrik hastalığı olan bir birey ile yaşayan aile bireylerinin bakım vermesi sonucunda sosyal, ekonomik, çevresel ve duygusal durumları açısından ortaya çıkan sorunları ailenin yükü olarak değerlendirebilmek mümkündür. (Jacqueline ve Denise, 1995; Reinares ve ark., 2004; Yan ve ark., 2004). Idstad ve arkadaşları (2010) tarafından yapılmış bir araştırmada; ruhsal hastalığı bulunan eşlerin anksiyete ve depresyon puanlarının yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Yapılmış olan bir başka araştırmada; uzun süreli ilişkilerin son bulmasında etkin bir neden olarak eşin ruhsal hastalığı olmasından dolayı ayrılıkların olduğu tespit edilmiştir (Kessler ve ark. 1998)

Sosyal etkinliklerin kısıtlanması durumu, gelir kaybı yaşanması ve ev ortamındaki çeşitli sorunlar, hasta bireyin rahatsızlık verebilecek olan davranışları gibi öznel sorunlar hasta bireylerin klinik görünümünü etkileyebilecek türden bakım sorunlarına neden olabilmektedir (Özlu ve ark., 2009; Gülseren, 2002).

Magliano ve arkadaşları tarafından yapılmış olan bir araştırmada; şizofreni hastalarının yakın çevresindeki insanların yaklaşık %83'ünün duygusal, finansal ve günlük yaşamları ile ilgili yükler olduğunu tespit etmişlerdir (Magliano ve ark., 2002). Bakım veren kişinin bir yük altında kalmasına neden olan faktörler ile ilgili yapılan çalışmalarda hastalığın çeşitli özelliklerine odaklanılmıştır. Yapılan çalışmalarda pozitif belirtilerin daha fazla yüke sebep olduğu belirtilmiş olsa da negatif ve pozitif belirtilerin birlikte görülmesi de yüke sebep olmaktadır (Magliano ve ark., 2006; Wong, 2000).

Yapılmış olan bir başka çalışmada ise negatif belirtilerin daha fazla yüke sebep olduğu görülmüştür (Dyck ve ark., 1999). Perlick ve arkadaşlarının (2006) 623 katılımcının olduğu bir çalışmada; hastalığın belirtilerinin bakım veren kişilerin yükü açısından belirleyici olduğunu bildirmiştir. Bu nedenle bakım veren kişilerin işlevselliklerinin en çok etkilendiği faktörün, hastaların negatif belirtileri olduğu görülmüştür. Toplumların farklı kültürel özellikleri olmasından kaynaklanan bazı değişken davranışların bakım veren kişiler üzerinde farklı etkileri olabilmektedir (Wijngaarden ve ark., 2003; Arslantaş ve Adana, 2011). Magana ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; Meksika kökenli hastalara bakım veren yakınlarının %40'ının depresyon semptomları gösterdikleri tespit edilmiştir (Magaña ve ark., 2007).

Bakım veren hasta yakınlarının yaşının genç olması, eğitim düzeyinin düşük ve bakılan hastanın belirtilerinin şiddetiyle yük ve depresif semptomlar arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Caqueo-Urizar, 2009). Özellikle gelişmekte olan ülkelerde; bakım verenin yükünün ekonomik durumla doğrudan ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Ohaeri, 2001; Bradley ve ark, 2006; Kung, 2003). Hastalar bakım vermenin ekonomik etkileri bir çok yoldan olabilmektedir. Örneğin; bakım veren kişi çalışmakta olduğu işinden izin almak zorunda kalabilir böylelikle kariyer ve ekonomik alanda kendisini zorlayıcı sıkıntılar yaşayabilir. Aydın ve arkadaşlarının (2009) 50 şizofren hasta birey ile yaptıkları çalışmada; bakım veren bireylerin yük düzeylerinin, hastanın yaşı, alevlenme dönemi ve hastanede yatış sayılarıyla ilişkili olduğunu tespit etmiştir ancak yapılmış olan literatür araştırmalarına uyumsuzluk sağlanmıştır ve hastalık belirtileri ile ilişki tespit edilememiştir. 239 hasta yakını ile yapılmış olan bir başka çalışmada; negatif ve pozitif belirtiler, işlevsellik puanları, anksiyete ve depresyon skorları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Gülseren ve ark., 2010). Aslantaş ve Adana'nın

(2011) yapmış olduğu araştırmada; hastalığın belirtileri ile bakım yükünün doğrusal bir ilişkisi olduğu tespit edilmiştir.

Yapılan araştırmalar incelendiğinde ruhsal hastalıkların tedavi prensipleri toplum temelli oluşturulmaya başlanmıştır. Bu durumda bakım veren kişilerin yaşadıkları/yaşayabilecekleri sorunlar konusunda detaylıca önceden bilgilendirilmeleri önemlidir. Ancak farklı kùltür ve toplumlarda yaşayan bireylerin farklılıklarının anlaşılabilmesi amacıyla çok kapsamlı araştırmalara ihtiyaç duyulmadı devam etmektedir (Atagün ve ark., 2011).

1.1.7. şizofreni ve Sosyal İşlevsellik

Son zamanlara kadar Türkiye’de şizofreni ve benzeri ruhsal hastalıkların tedavisinde, hasta sadece kötü durumda olduğunda genelde aile ve/veya polis gücü ile hastaneye götürölüp kurumsal tabanlara dayalı farmakolojik tedavi ile sınırlı kalmaktaydı (Ensari ve ark., 2013). şizofreni ve benzeri ağır ruhsal hastalığı bulunan hastaların taburcu olması sonunda ilaçlarını düzenli kullanmama, uyum sağlama hizmetlerinden faydalanamama gibi sorunlar ortaya çıkmaktaydı böylece ağır ruhsal hastalığı bulunan hastalar zamanla sahip oldukları yetileri kaybedip yaşam kaliteleri bozulmaktaydı, toplum tarafından dışlanarak damgalanmaları kolaylaşmaktaydı (Yanık 2007). şizofreni hastalarının psikofarmakolojik tedavilerine ek olarak psikososyal eğitimler ve bilişsel davranışçı terapiler hastanın iyileşmesi ve işlevselliğinin artmasına yönelik büyük yardımcı ek tedavi olduğu saptanmıştır (Schooler, 2006). Daha önce yapılmış olan araştırmalardan elde edilen bulgulara dayanarak; Türkiye’de bir çok ruhsal-toplumsal uyumlandırma çalışmalarına ağırlık verildiği gözlemlenmiştir (Ensari ve ark., 2013). şizofreni hastalarına altı ay boyunca ruhsal-toplumsal beceri eğitimi verilen bir çalışmada; negatif ve pozitif belirtiler ile depresyon belirtilerinin azaldığı aynı zamanda içgörünün ve yaşam kalitesinin arttığı gözlemlenmiştir (Deveci ve ark., 2008). Yıldız ve arkadaşları (2003) tarafından 14 şizofreni hastasına uygulanan “psikososyal rehabilitasyon” çalışması ile uyumlandırma hizmeti verilmiş olup; şizofreni hastalarının klinik bulgularında sosyal işlevsellik düzeyinde olumlu bir artış olduğu gözlemlenmiştir. Doğan ve arkadaşları (2004) tarafından ayaktan bakım gören

şizofreni hastaları üzerinde yapılan bir başka çalışmada ruhsal ve toplumsal yaklaşımın oldukça yararlı olduğu saptanmıştır. Bir başka çalışmada; ruhsal hastalığı bulunan 46 hastaya ruhsal eğitim verilmiştir ve katılımcıların hastalıkları ile baş etme becerileri, ilaçların yan etkileri ve nüks belirtileri gibi konularda farkındalığın arttığı görülmüştür (Duman ve ark., 2010). Sosyal işlevsellik tanımı; kişisel ilişkileri sürdürebilme, çalışabilme ve bireyin kendisine bakabilme yetisi olarak tanımlanabilir (Erol ve ark., 2009). Sosyal işlevsellikte bozulma şizofreninin tanımlayıcı özelliklerinden birisidir. DSM-IV tanı kriterleri kitabına göre sosyal işlevselliğin bozulması şizofreni tanısı koyabilmek için aranan önemli bir ölçüttür. (APA, 2000). Sosyal işlevsellik şizofreni hastalığında çoğunlukla hastalık başlangıcından önce var olan ve uzun süre boyunca hastalığın seyrine eşlik eden önemli özelliklerdendir (Stephens ve ark., 1997, Harrison ve ark., 1996).

Şizofreni hastalığında sosyal işlevsellik durumu; pozitif-negatif belirtileri, duygudurumu, sosyal davranışlar ve çevresel faktörlerden etkilenmektedir. (Mueser, 2000). Daha önce yapılmış olan araştırmalar incelendiğinde; sosyal işlevsellik konusunda olumsuz etkilerin sebep olduğu öncelikli belirtilerin negatif belirtiler olduğu açıkça görülmektedir (Dickerson ve ark., 1999; McGurk ve ark., 2000; Smith ve ark., 2002; Wittorf ve ark., 2008). Şizofreni tanılı hastalarda depresyon belirtilerinin de sosyal işlevsellik durumu üzerinde etkili olduğu görülmektedir (Reine ve ark. 2003; Gorna ve ark., 2007). Şizofreni hastalarında sosyal ipuçları yakalamada ve bireylerin yüzündeki duygu dışavurumlarını algıda sorunlar saptanmıştır (Ihnen ve ark., 1998; Hooker ve Park, 2002; Kee ve ark., 2003). Bireylerin yüzündeki duygu dışavurumunun algılanması bozukluğu sosyal işlevsellikte bozulma ile ilişkilendirilmiştir

Yapılmış olan bir çok çalışmada; sosyal işlevselliğin, eğitim, iş sahibi olma durumu, sosyal destek gibi çeşitli çevresel faktörlerden de etkilenebildiğini göstermektedir. (Mueser ve ark., 1997; McDonald ve Badger, 2002).

1.2. Depresyon Nedir?

Depresyon; toplumumuzda sık görülen ve temel özellikleri bilindiği takdirde kolay tanınan, tekrarlayabilen ve birinci basamakta tedavisi mümkün olan bir bozukluktur (Fidaner, 1998). Depresyon tanımı Hipokrat dönemine kadar uzanmaktadır. Depresyonun temelinde var olan belirgin semptomlar yaşamdan zevk alamama ve isteksizlik durumudur. Ek olarak kişinin zamanla kendisini kederli ve üzgün hissetmesi ile yaşamında bazı değişiklikler oluşmaktadır. Birey hayatındaki her şeyi olumsuz ve kötü olarak değerlendirerek karamsarlık düşünceleriyle birlikte geçmiş ve geleceği düşünmeye başlamaktadır. Geçmişte yaşanmış olan olumsuz olaylara yoğunlaşarak kendisini suçlu veya cezalandırılmış olarak hisseder. Aynı şekilde gelecek konusunda da karamsarlık, umutsuzluk ve çaresizlik hissederler. Birey yaşamdan zevk alamaz hale gelip çökkünlük hissedebilir. Bu tüm olumsuz bakış açıları bireylerin günlük yaşamından, kişiler arası ilişkilerine, okul/iş hayatındaki performanslarının düşmesine kadar neden olabilir.

Depresyonda olan bireylerin %15'ine yakın bir kısmı intihar yoluyla yaşamlarını yitirmektedir ve depresyon hastalarının intihar girişimlerinin oranı intihara bağlı ölümlere kıyasla on kat daha fazladır ve intihar girişimlerinin %80'i kadarı depresif bozukluklarla ilişkilendirilmiştir (Fidaner, 1998).

Seligman (1978)'de depresyonu açıklarken “Öğrenilmiş Çaresizlik” kuramını geliştirmiştir. Bu kurama göre depresyon, çocukluktan beri karşılaşılmış olan acılı uyaranlardan kaçmayı ve kurtulmayı becerememe ve çaresiz kalma durumu olarak açıklanmıştır. Davranış bilimcilerin araştırmalarına göre depresyon; uygunsuz ve yetersiz etkilerin pekiştirilmesi ve bazı destekleyici etkilerin ise geri çekilmesi ile gelişmektedir (Costrin ve Draguns, 1989).

Psikoanalitik Kurama göre depresyon; geleceğe yönelik karamsarlık ve özsaygının kaybedilişini temel almıştır. Özsaygının kaybı geleceğe yönelik hissedilen umutsuzluğu etkilediğinden bahsedilmiştir. Psikoanalitik kuramda depresyona ait ilk bilgiler Freud (1957) tarafından “Yas ve Melankoli” isimli kitabında bahsedilmiştir. Freud, yas ile melankoliyi karşılaştırdığı eserinde; melankolide sevgi nesnesinin kaybı olmayabileceğini belirterek yas durumuyla arasındaki farka vurgu yapmıştır. Depresyon

durumunda gerçek ve/veya bilinç dışı var olan bir sevgi nesnesinin kaybı bulunmaktadır. Bireyin sevdiği tarafından terk edilmesi, sevilmemesi, kimsenin onu sevmediği, işe yaramadığı, yeterli olmadığı şeklinde var olan duyguları içe yansıtmaktadır. Bütün bunlar bireyin özsaygısının düşmesine neden olur.

Bibring,(1953) depresyonun açıklamasına ego kavramını da katarak açıklamıştır. Bu kavrama göre her bireyin gerçekleştirmeye çalıştığı güçlü ve özsever niteliklerle uyumlu ve değerli olması için beklentileri vardır. Var olan bu beklentilerin gerçekleşmemesi durumunda birey kendisini güçsüz ve çaresiz hissetmektedir.

Beck (1979) tarafından geliştirilen bir diğer kuram işe bilişsel bozukluk kuramıdır. Beck depresyon tanımını şematize ederek üç kavram ile tanımlamıştır. Bunlar;

1. Bilişsel Üçlü: Bireyin kendisi, çevresi ve geleceğiyle ilgili inançlardır.
 - a) Birey kendisini yetersiz ve değersiz görür
 - b) Çevresi bireye yardım etmemekte, yaşamı yetersizdir
 - c) Gelecek konusunda umutsuzdur ve uzun süreli amaçları yoktur, bu sebeple olumlu davranışlar başlatamamaktadır
2. Sessiz kabulleniş (Şemalar): Depresyonda olan bireylerin kendisinde açıklamakta zorlandığı bazı inanç ve kurallar vardır. Örneğin: sevgilisinden iltifat almadığı zaman “artık beni beğenmiyor, kimse beni beğenmiyor, ben değerisizim” düşünceleri oluşabilir.
3. Bilişsel Hatalar: gerçekleşmiş olay ile hastanın bu olay ile ilgili olumsuz otomatik düşünceleri mantık hataları oluşturur. Örnek; keyfi anlam yaratma, genelleştirmek, büyütme-küçültme ve özelleştirmek gibi.

Beck bu kuramını geliştirirken depresyonun belirtileri arasında bulunan karamsarlık üzerine durmuştur ve umutsuzluğu ölçme konusunda çokça çalışma yapmıştır (Dilbaz ve Seber, 1993; Beck, 1963; Beck ve ark., 1974; Beck ve ark., 1975; Beck, 1979).

1.2.1. Depresyon ve Şizofreni

Şizofreninin negatif belirtileri arasında bulunan; anhedoni, akinezi gibi yan etkiler ile hastalığa eşlik eden depresyon rahatsızlığını ayırt etmek zor olmaktadır (Öztürk, 2011). Şizofreni hastalığının her evresinde depresyon görülebilmektedir, daha önceleri post-psikotik depresyon kavramından bahsedilirken günümüzde, eş tanıli depresyondan bahsedilmektedir (Koroğlu, 2014). Şizofreni hastalarıyla yapılmış olan çalışmalarda; %81 oranında depresyon semptomlarına rastlanmıştır. Şizofreni hastalarında depresyon oranının yüksek olmasının nedeni hala bilinmemektedir. Şizofreni hastalığında depresyonun; hastaneye yatış oranlarının fazla olması, erken tekrar, ilaç kullanımının artması ve şizofreni hastalığının kötü sonlanması ile ilgili olabileceğinden bahsedilmektedir. Umutsuz, çaresiz, suçlu, utanç duygusu hissetmek ve aşağılanma duygusunu hissetmenin intihara neden olduğu yapılan araştırmalarda belirtilmiştir (Çam ve Engin, 2014). Depresyonda olan hastaların birçoğu umutsuz ve mutsuz hissettiğinden yakınmaktadır. Beck, depresyonda olan hastaların %78'den fazlası gelecek konusunda olumsuz bakış açısı olduğunu belirtmiştir (Umut ve ark., 2013). Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün şizofreni hastaları ile yaptığı çalışmalarda, çoğunluğunun içgörüsü olmadığını bildirmiştir. Şizofreni hastaları ile yapılmış olan farklı çalışmalarda hastaların %50 ile %80 arasında tam/kısmen içgörünün olmadığı saptanmıştır (Lincoln ve ark, 2007; Alsan ve Altınöz, 2010; Aslan ve ark., 2005). İçgörü kavramı intihar riski açısından değerlendirilmesi gereken bir kavramdır. İçgörü; biyolojik, psikolojik ve psikososyal birçok faktörden etkilenmektedir. Yapılan literatür incelemelerinde şizofreni hastalarının içgörü seviyesi yükseldikçe depresyon seviyelerinin de yüksek çıktığı saptanmıştır. İçgörünün artması tedaviye uyumu ve klinik gidişatı olumlu yönde etkiliyor olmasına rağmen umutsuzluk ve depresyon seviyesini de bir o kadar arttırmaktadır (Meier ve ark, 2014). İçgörü ve depresyon seviyesinin artışları, şizofreni hastalarının tedaviye uyumunu etkilemektedir (Alvarado ve ark., 2014). Yapılmış olan bir başka çalışmada; şizofreni hastalığına sahip olan bireylere kısa bir eğitim programı düzenlenmiş olup içgörü ve hastaların tutumunda iyileşme gözlenmiştir ancak bireylerin intihar düşüncelerinde de artış olduğu gözlemlenmiştir (Cunningham ve ark., 2001).

1.3. Ruhsal Engelli Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); engelli olma kavramını “yeti yitimi” kavramı olarak tanımlamaktadır. DSÖ, engelli bireyi fiziksel, ruhsal, zihinsel ve sosyal olarak bir bütün olarak ele almaktadır. Engellilik; bireyin vücudunda, duyuşsal, zihinsel, işlevsel ve ruhsal farklılıkları öne sürerek; yaşamın birçok alanında çeşitli derecede kısıtlanma ve engellerle karşılaşabilme durumunu ifade etmektedir (Engelliler, 2015; WHO, 2011). Resmi Gazetede 4 Kasım 2016’da yayınlanan; Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği’nde; Bakıma ihtiyacı olan engelli tanımı; “Engellilik sınıflandırmasına göre engelliler için sağlık kurulu raporu ile ağır engelli olduğu belgelendirilenlerden günlük hayatın alışılmış, tekrar eden gereklerini önemli ölçüde yerine getirememesi nedeniyle hayatını başkasının yardımı ve bakımı olmadan devam ettiremeyecek durumda olduğu sosyal inceleme raporu ile belirlenen ve 2828 sayılı Kanunun ek 7 nci maddesine göre ücreti Bakanlık tarafından karşılanan kişi”dir (Resmi Gazete Sayı: 29878).

Ülkemizde “engelli” kavramı genellikle zihinsel ve fiziksel engelliler için kullanılmaktadır (Kurt, 2008). Dünya Sağlık Örgütü (WHO)’nün, 1991 yılında yaptığı tanıma göre; ruhsal rahatsızlık şu şekilde tarif edilmektedir: “Kişinin algılama veya davranışlarının hastalık derecesine varacak oranda normalden farklı olması durumudur.” (Temel, 2012).

Ülkemizde devlet tarafından yapılan yardımların büyük bir çoğunluğu Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’na bağlı kurum ve kuruluşlar aracılığı ile yapılmaktadır. Bakanlığın yapmış olduğu bu yardımlar bireyin, ailenin ve toplumun refah düzeyini arttırmak amacıyla dezavantajlı birey ve kesimlerin önceliği olması üzerine tüm toplumu hedefleyen anlayışla, adil ve talep odaklı bütüncül politikalar çerçevesinde oluşturulmuştur. Engelli bireylerin karşılaştıkları engellerin kaldırılması sonucunda hayatın her kesiminde yaşayabilmeleri ve var olabilmenin mücadelesini yapmaktadırlar (Küçükali, 2015).

1970’li yıllardan itibaren Avrupa ülkelerinin bir çoğunda, engellilik konusunda temel haklar ve sosyal yurttaşlık esasına dayandırılmış önemli kanun düzenlemeleri

gerçekleştirilmiştir ve sosyal bir devlet olmanın gereği yerine getirilmiştir (WHO, 2011).

Fransa, İngiltere, Amerika Birleşik Devletleri ve Almanya gibi gelişmiş ülkelerde savaş sonrası toparlanmış olan ekonomilerinin de etkisi ile savaşlar sonrasında artan engelli nüfusuna yönelik politikalarını belirlemiş ve engelli vatandaşları için toplumsal hayatta daha aktif durumuna gelebilmeleri için yollar araştırılmıştır. Gelişmiş olan bu ülkeler engellilerin problemlerini ulusal düzeyden çıkartıp Birleşmiş Milletler (BM) gündemine getirmiştir, engellilerin yaşam kalitesini artması ve insan haklarının kazandırılması doğrultusunda uluslararası çaba sarf edilmiştir. (Gökmen, 2007).

1.4. Türkiye’de Ruhsal Engelli Bakımı

Engelli nüfusunun yaklaşık 10 milyon olduğu bir ülkede, engelli bireylerin dışlanıyor olması veya toplumsal yaşamın dışına itilmesi, insan kaynaklarının rasyonel bir şekilde yönetilemiyor olması anlamına gelir. Engelli bireyler toplum içerisinde üreten ve topluma-ekonomiye katkısı olan bireyler haline getirilebilir. İstenilen bu tablonun gerçekleşebilmesi için engellilere yönelik ulusal ve uluslararası sosyal politikaların oluşturulup, yasal mevzuatların revize edilmesi üzerine çaba gösterilmesi gereken bir husustur. (Bilgin, 2000).

Devlerin inisiyatifi ile oluşturulmuş olan “Özürlüler Yüksek Kurulu” milli politikanın temel esaslarının somut olarak belirleyerek engellilere yönelik düzenlemeleri ve engellilik bilincinin artmasıyla engellilerin örgütlü birer topluluk haline gelmesinde katalizör görevi yapmıştır. (Seyyar, 2008). Türkiye’de son yıllarda engellilerin toplum ile bütünleşmesi amacıyla çeşitli düzenlemeler ve eylem planları yapılmış ve planların gerektirdiğince finansal konular ülke genelinde uygulanmaya başlanmıştır. Engelli bireylerin yasal mevzuatlar ışığında elde ettikleri olumlu kazanımlardan bir kısmı şu şekildedir; toplu taşıma araçlarından ücretsiz/indirimli yararlanma, devlet tiyatrolarını ücretsiz izleyebilme ve kullanılan araç-gereçlerin, “İl ve İlçe Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı” tarafından karşılanabilmesidir.

BÖLÜM II - GEREÇ ve YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Türü

Araştırmanın örneklemini; evde ve bakım merkezinde tedavi gören şizofreni tanısı almış olan 19 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır. Bakım merkezinde bakım gören şizofreni hastaları ile evde bakım gören şizofreni hastalarının depresyon ve işlevsel iyileşme düzeyleri açısından karşılaştırılmaları yapılacaktır. Katılımcılara; sosyodemografik veri formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ), Pozitif Ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) verilecektir. Elde edilecek olan veriler SPSS Programı kullanılarak değerlendirilecektir. Karşılaştırma yapılacak olan bu çalışmada, kullanılan anketlerin verilerinin evde bakım gören ve bakım merkezinde bakım gören hastalar olmak üzere karşılaştırılması yapılacaktır.

2.2. Araştırmanın Örneklemi

132 yatak kapasitesi bulunan ve ruhsal engelliler için yatılı hizmet veren; Özel Çınar 2 Engelli Bakım Merkezi Pendik Şubesi, NP İstanbul Beyin Hastanesi ve random olarak seçilmiş şizofreni hastaları araştırmanın katılımcıları olmuştur. 19 yaş üstü şizofreni hastaları katılımcı olmuştur.

2.3. Veri Toplama Araçları

2.3.1. Sosyo-demografik Bilgi Formu

Sosyo-demografik veri formunun kullanım amacı uygulanan anketlere katkı sağlayan bireyler hakkında detaylı bilgi edinmektir. Anket ve belirli formları pekiştirmek, istenilen verileri tamamlamak üzere sorular oluşturulmuştur. Yaş, cinsiyet, bakım merkezinde kalıp kalmadığı, hastalığın başlangıç yılı, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, çalışma hayatı olup olmadığı gibi sorularla forma ulaşılabilecektir.

2.3.2. Beck Depresyon Ölçeği

Beck tarafından 1961 yılında hazırlanan envanterin Türkçe uyarlaması ise Nesrin Hisli tarafından 1989 yılında yapılmıştır. Türkçe formunun güvenilirliği Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur, yarıya bölme güvenilirliği ise 0.74 olarak kabul edilmiştir. Türkçe formunun birlikte geçerlilik yönteminde ise; BDE (Beck Depresyon Envanteri) ve MMPI (Multiple Minesote Personality Inventory) depresyon alt ölçeği uygulanmış ve aralarındaki korelasyon $r=0.50$ olarak elde edilmiştir. Yapı geçerliliği için faktör analizi uygulanmış ve 6 faktör elde edilmiştir. Bunlardan 4 tanesinin yorumlanabilir olduğu belirtilmiştir. Birinci faktörde; umutsuzluk, ikinci faktörde; kişinin kendine yönelik olumsuz duyguları, üçüncü faktörde; bedensel kaygılar ve dördüncü faktörde; suçluluk duygulanımları yer almaktadır (Hisli, 1989). Beck Depresyon Envanteri; 4'lü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Toplamda 21 adet kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Envanterin sonucunda ise 0-63 arası puan elde edilir. Envanterin kesme puanı ise 17'dir (Hisli, 1989).

2.3.4. Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

Şizofreni hastalığının belirtilerinden bağımsız olarak işlevsel iyileşme düzeyini ölçen bu ölçek; Llorca ve arkadaşları tarafından geliştirilen "Functional Remission of General Schizophrenia Scale (FROGS)" anketinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Emiroğlu ve arkadaşları (2009) tarafından yapılmıştır. Ölçek türü ise görüşmecinin değerlendirdiği ölçektir, hasta ile görüşme sırasında ölçeğin üzerinde işaretlenerek doldurulur. Toplam 19 maddeden oluşmaktadır ve 5 likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her madde 1-5 arasında giderek puan alır ve toplam puan her madde puanının toplanması ile elde edilir. Toplam puan 19-95 arasında değişir. 58 puanın altında alan hastaların İşlevsel İyileşme düzeyi düşüktür. 59-66 arası; İşlevsel İyileşme Düzeyi orta. 66 puan ve üzeri alan hastaların İşlevsel İyileşme düzeyi ise yüksektir.

2.3.5. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

Şizofreni ya da diğer psikotik türde bozukluğu olanlarda pozitif ve negatif belirtileri, genel psikopatolojiyi değerlendirmek üzere 1987’de geliştirilmiş olan 30 maddelik yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. bu anketin özgün adı “Positive and Negative Syndrom Scale (PANNS)”dir. Kay ve arkadaşları (1987) tarafından yılında geliştirilmiştir. PANNS tarafından değerlendirilen 30 psikiyatrik parametreden yedisi pozitif sendrom alt ölçeğine, yedisi negatif sendrom alt ölçeğine ve geri kalan on altısı genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır.

2.4. Verilerin Analizi

Yapılmış olan bu araştırmada elde edilen veriler, Sosyal Bilimler İstatistik Paket Programı (SPSS) 21.0 kullanılarak çözümlenmiştir. İstatistiksel analizler öncesinde puanların normal dağılım gösterip göstermediğinin anlaşılması için Kurtosis ve Skewness değerlerinin -1 ve +1 aralığında olup olmadığı incelenmiştir. Bu inceleme sonucunda puanların normal dağılım gösterdiği tespit edilmiştir. Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarından elde edilen ortalama puanların karşılaştırılması için bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Puanlar arasındaki ilişkilerin incelenmesi için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Katılımcıların demografik özellikleri açısından dağılımları arasındaki farkların belirlenmesi amacıyla ki-kare analizi uygulanmıştır.

2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Özel Çınar 2 Engelli Bakım Merkezi’nde yatılı bakım gören şizofreni hastaları ile sınırlı kalmıştır.
2. NP İstanbul Beyin Hastanesi’nde ayaktan tedavi gören şizofreni hastaları ile sınırlı kalmıştır.

BÖLÜM III - BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde; amaçlara uygun olarak toplanmış olan verilere uygulanan istatistiksel analizlere yer verilmiştir. İlk olarak evde bakım gören ve yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni tanısı almış hastaların demografik özelliklerine ilişkin dağılımlar ve ki-kare analizi bulguları verilmiştir. İkinci olarak evde bakım gören ve yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarının ölçeklerden aldıkları puanların karşılaştırıldığı bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir. Üçüncü olarak şizofreni hastalarının tamamı için ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları verilmiştir.

3.1. Evde Bakım Gören ve Yatılı Tedavi Merkezinde Bakım Gören Şizofreni Tanısı Almış Hastaların Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılımlar

Tablo 3’de evde bakım gören ve yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni tanısı almış hastaların demografik özelliklerine ilişkin dağılımlar ve ki-kare analizi bulguları verilmiştir. Tabloda yer alt indis olarak gösterilen harfler bakım görülen yere göre dağılımların $p < .05$ düzeyinde anlamlı olup olmadığına işaret etmektedir.

Evde bakım gören ve yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarının yaş gruplarına dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$\chi^2_{(3)}=4.644$; $p > .05$]. Evde bakım gören şizofreni hastalarının %4’ü 19-25 yaş, %16’sı 26-32 yaş, %34’ü 33-39 yaş ve %46’sı 40 ve üstü yaş grubuna dağılırken, yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarının %8’i 26-32 yaş, %30’u 33-39 yaş ve %62’si 40 ve üstü yaş grubuna dağılmışlardır.

Tablo 3: Evde Bakım Gören ve Yatılı Tedavi Merkezinde Bakım Gören Şizofreni Tanısı Almış Hastaların Demografik Dağılımları

			Evde bakım	Yatılı tedavi merkezi	Toplam	χ^2	p
Yaş	19-25	n	2 _a	0 _a	2	4.644	.200
		%	4.0	0.0	2.0		
	26-32	n	8 _a	4 _a	12		
		%	16.0	8.0	12.0		
	33-39	n	17 _a	15 _a	32		
	%	34.0	30.0	32.0			
	40 ve üstü	n	23 _a	31 _a	54		
		%	46.0	62.0	54.0		
Cinsiyet	Kadın	n	16 _a	23 _a	39	2.060	.151
		%	32.0	46.0	39.0		
	Erkek	n	34 _a	27 _a	61		
		%	68.0	54.0	61.0		
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	n	1 _a	3 _a	4	8.380	.079
		%	2.0	6.0	4.0		
	İlkokul	n	10 _a	19 _b	29		
		%	20.0	38.0	29.0		
	Ortaokul	n	17 _a	9 _a	26		
		%	34.0	18.0	26.0		
Lise	n	19 _a	13 _a	32			
	%	38.0	26.0	32.0			
Üniversite	n	3 _a	6 _a	9			
	%	6.0	12.0	9.0			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	n	7 _a	2 _a	9	3.053	.081
		%	14.0	4.0	9.0		
	Çalışmıyor	n	43 _a	48 _a	91		
	%	86.0	96.0	91.0			
Gelir Durumu	1000 TL altı	n	26 _a	45 _b	71	19.721	.000*
		%	52.0	90.0	71.0		
	100-1500 TL	n	19 _a	3 _b	22		
		%	38.0	6.0	22.0		
	1500-2000 TL	n	2 _a	2 _a	4		
	%	4.0	4.0	4.0			
2000 TL ve üstü	n	3 _a	0 _a	3			
	%	6.0	0.0	3.0			
Hastalığın Başlangıç Yaşı	17 yaş altı	n	1 _a	5 _a	6	3.631	.304
		%	2.0	10.0	6.0		
	18-25 yaş	n	32 _a	33 _a	65		
		%	64.0	66.0	65.0		
	26-31 yaş	n	15 _a	11 _a	26		
	%	30.0	22.0	26.0			
32 yaş ve üstü	n	2 _a	1 _a	3			
	%	4.0	2.0	3.0			
Toplam		n	50	50	100		
		%	100.0	100.0	100.0		

*p<.05

Evde bakım gören ve yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarının eğitim durumlarına dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$\chi^2_{(4)}=8.380$; $p>.05$]. Evde bakım gören şizofreni hastalarının %2'si okuryazar değildir, %20'si ilkokul, %34'ü ortaokul, %38'i lise ve %6'sı üniversite mezunudur. Yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarının %6'sı okuryazar değildir, %38'i ilkokul, %18'i ortaokul, %26'sı lise ve %12'si üniversite mezunudur.

Evde bakım gören ve yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarının çalışma durumlarına dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$\chi^2_{(1)}=3.053$; $p>.05$]. Evde bakım gören şizofreni hastalarının %14'ü bir işte çalışmaktayken, %86'sı çalışmamaktadır. Yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarının %4'ü bir işte çalışmaktayken, %98'si çalışmamaktadır.

Evde bakım gören ve yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarının gelir durumlarına dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(3)}=19.721$; $p<.05$]. Evde bakım gören şizofreni hastalarının %52'sinin geliri 1000 TL ve altında, %38'inin 1000-1500 TL arasında, %4'ünün 1500-2000 TL arasında ve %6'sının 2000 TL ve üstündedir. Yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarının %90'ının geliri 1000 TL ve altında, %6'sının 1000-1500 TL arasında ve %4'ünün 1500-2000 TL arasındadır. 1000 TL ve altında geliri olan şizofreni hastalarından yatılı tedavi merkezinde bakım görenlerin oranı evde bakım görenlerin oranından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. 1000-1500 TL arasında geliri olan şizofreni hastalarından evde bakım görenlerin oranı yatılı tedavi merkezinde bakım görenlerin oranlarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Evde bakım gören ve yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarının hastalık başlangıç yaşı dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$\chi^2_{(3)}=3.631$; $p>.05$]. Evde bakım gören şizofreni hastalarının %2'sinin hastalık başlangıç yaşı 17 yaş altı, %64'ünün 18-25 yaş arası, %30'unun 26-31 yaş arası ve %4'ünün 32 yaş ve üstüdür. Yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarının %10'unun hastalık başlangıç yaşı 17 yaş ve altı, %66'sının 18-25 yaş arası, %22'sinin 26-31 yaş arası ve %2'sinin 32 yaş ve üstüdür.

3.2. Evde Bakım Gören ve Yatılı Tedavi Merkezinde Bakım Gören Şizofreni Hastalarının Ölçeklerden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Tablo 4. Evde Bakım Gören ve Yatılı Tedavi Merkezinde Bakım Gören Şizofreni Hastalarının Depresyon, İşlevsellik Düzeyleri ve Psikopatoloji Düzeyleri

	Bakım	N	ORT	SS	t	p
Depresyon	Evde bakım	50	29.42	12.218	2.837	.006*
	Yatılı tedavi merkezi	50	22.74	11.308		
Sosyal İşlevsellik	Evde bakım	50	15.72	5.577	-2.300	.024*
	Yatılı tedavi merkezi	50	18.50	6.478		
Sağlık ve Tedavi	Evde bakım	50	8.76	3.728	-2.403	.018*
	Yatılı tedavi merkezi	50	10.68	4.245		
Günlük Yaşam Becerileri	Evde bakım	50	14.14	5.537	-2.920	.004*
	Yatılı tedavi merkezi	50	17.30	5.281		
Mesleki İşlevsellik	Evde bakım	50	3.98	1.813	-1.585	.116
	Yatılı tedavi merkezi	50	4.58	1.970		
İşlevsel İyileşme	Evde bakım	50	42.60	15.851	-2.612	.010*
	Yatılı tedavi merkezi	50	51.06	16.534		
Pozitif Sendrom	Evde bakım	50	28.32	7.692	1.589	.115
	Yatılı tedavi merkezi	50	25.74	8.526		
Negatif Sendrom	Evde bakım	50	28.32	7.763	2.133	.035*
	Yatılı tedavi merkezi	50	24.20	11.236		
Genel Psikopatoloji	Evde bakım	50	62.40	16.770	3.393	.001*
	Yatılı tedavi merkezi	50	50.20	19.113		

*p<.05

Tablo 4’de evde bakım gören ve yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarının Beck Depresyon Ölçeği, Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği ve Pozitif Negatif Sendrom Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

Evde bakım gören ve yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarının Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=2.837$; $p<.05$]. Evde bakım gören şizofreni hastalarının depresyon düzeyleri ($\bar{x}=29.42$) yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarının depresyon düzeylerinden ($\bar{x}=22.74$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Evde bakım gören ve yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarının Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği Sosyal İşlevsellik alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-2.300$; $p<.05$]. Yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik düzeyleri ($\bar{x}=18.50$) evde bakım gören şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik düzeylerinden ($\bar{x}=15.72$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Evde bakım gören ve yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarının Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği Sağlık ve Tedavi alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-2.403$; $p<.05$]. Yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarının sağlık ve tedavi düzeyleri ($\bar{x}=10.68$) evde bakım gören şizofreni hastalarının sağlık ve tedavi düzeylerinden ($\bar{x}=8.76$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Evde bakım gören ve yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarının Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği Günlük Yaşam Becerileri alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-2.920$; $p<.05$]. Yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarının günlük yaşam becerisi düzeyleri ($\bar{x}=17.30$) evde bakım gören şizofreni hastalarının günlük yaşam becerisi düzeylerinden ($\bar{x}=14.14$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Evde bakım gören ve yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarının Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği Mesleki İşlevsellik alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$t=-1.585$; $p>.05$].

Evde bakım gören ve yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarının Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=-2.612$; $p<.05$]. Yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarının işlevsel iyileşme düzeyleri ($\bar{x}=51.06$) evde bakım gören şizofreni hastalarının işlevsel iyileşme düzeylerinden ($\bar{x}=42.60$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Evde bakım gören ve yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarının Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği Pozitif Sendrom alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır [$t=1.589$; $p>.05$].

Evde bakım gören ve yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarının Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği Negatif Sendrom alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=2.133$; $p<.05$]. Evde bakım gören şizofreni hastalarının negatif sendrom düzeyleri ($\bar{x}=28.32$) yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarının negatif sendrom düzeylerinden ($\bar{x}=24.20$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Evde bakım gören ve yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarının Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği Genel Psikopatoloji alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=3.393$; $p<.05$]. Evde bakım gören şizofreni hastalarının genel psikopatoloji düzeyleri ($\bar{x}=62.40$) yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarının genel psikopatoloji düzeylerinden ($\bar{x}=50.20$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

3.3. Şizofreni Hastalarının Ölçeklerden Aldıkları Puanlar Arasındaki Korelasyonlar

Tablo 5 :Şizofreni hastalarının Depresyon, İşlevsellik ve Psikopatoloji Düzeyleri Arasındaki İlişkiler

	1	2	3	4	5	6	7
1. Depresyon	1						
2. Sosyal İşlevsellik	-.395**	1					
3. Sağlık ve Tedavi	-.213*	.838**	1				
4. Günlük Yaşam Becerileri	-.369**	.858**	.859**	1			
5. Mesleki İşlevsellik	-.388**	.814**	.680**	.782**	1		
6. Pozitif Sendrom	.386**	-.459**	-.428**	-.489**	-.542**	1	
7. Negatif Sendrom	.427**	-.592**	-.508**	-.436**	-.563**	.554**	1
8. Genel Psikopatoloji	.411**	-.553**	-.446**	-.513**	-.618**	.641**	.706**

*p<.05
**p<.01

Tablo 5’te şizofreni hastalarının Beck Depresyon Ölçeği, Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği ve Pozitif Negatif Sendrom Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları verilmiştir.

Şizofreni hastalarının Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlarla Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği Sosyal İşlevsellik alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.395$; $p<.01$). Şizofreni hastalarında depresyon düzeyi arttıkça sosyal işlevsellik azalmaktadır.

Şizofreni hastalarının Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlarla Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği Sağlık ve Tedavi alt ölçeğinden aldıkları puanlar

arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.213$; $p<.05$). Şizofreni hastalarında depresyon düzeyi arttıkça sağlık ve tedavi düzeyleri azalmaktadır.

Şizofreni hastalarının Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlarla Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği Günlük Yaşam Becerileri alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.369$; $p<.01$). Şizofreni hastalarında depresyon düzeyi arttıkça günlük yaşam becerisi düzeyleri azalmaktadır.

Şizofreni hastalarının Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlarla Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği Mesleki İşlevsellik alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.388$; $p<.01$). Şizofreni hastalarında depresyon düzeyi arttıkça mesleki işlevsellik düzeyleri azalmaktadır.

Şizofreni hastalarının Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlarla Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği Pozitif Sendrom alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasına pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.386$; $p<.01$). Şizofreni hastalarında depresyon düzeyi arttıkça pozitif sendrom düzeyi artmaktadır.

Şizofreni hastalarının Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlarla Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği Negatif Sendrom alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasına pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.427$; $p<.01$). Şizofreni hastalarında depresyon düzeyi arttıkça negatif sendrom düzeyi artmaktadır.

Şizofreni hastalarının Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlarla Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği Genel Psikopatoloji alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasına pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.411$; $p<.01$). Şizofreni hastalarında depresyon düzeyi arttıkça genel psikopatoloji düzeyi artmaktadır.

Şizofreni hastalarının Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği Sosyal İşlevsellik alt ölçeğinden aldıkları puanlarla Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği Pozitif Sendrom alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.459$; $p<.01$). Şizofreni hastalarında sosyal işlevsellik arttıkça pozitif sendrom düzeyleri düşmektedir.

Şizofreni hastalarının Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği Sosyal İşlevsellik alt ölçeğinden aldıkları puanlarla Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği Negatif Sendrom alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.592$; $p<.01$). Şizofreni hastalarında sosyal işlevsellik arttıkça negatif sendrom düzeyleri düşmektedir.

Şizofreni hastalarının Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği Sosyal İşlevsellik alt ölçeğinden aldıkları puanlarla Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği Genel Psikopatoloji alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.553$; $p<.01$). Şizofreni hastalarında sosyal işlevsellik arttıkça genel psikopatoloji düzeyleri düşmektedir.

Şizofreni hastalarının Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği Sağlık ve Tedavi alt ölçeğinden aldıkları puanlarla Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği Pozitif Sendrom alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.428$; $p<.01$). Şizofreni hastalarında sağlık ve tedavi arttıkça pozitif sendrom düzeyleri düşmektedir.

Şizofreni hastalarının Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği Sağlık ve Tedavi alt ölçeğinden aldıkları puanlarla Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği Negatif Sendrom alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.508$; $p<.01$). Şizofreni hastalarında sağlık ve tedavi arttıkça negatif sendrom düzeyleri düşmektedir.

Şizofreni hastalarının Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği Sağlık ve Tedavi alt ölçeğinden aldıkları puanlarla Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği Genel Psikopatoloji alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.446$; $p<.01$). Şizofreni hastalarında sağlık ve tedavi arttıkça genel psikopatoloji düzeyleri düşmektedir.

Şizofreni hastalarının Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği Günlük Yaşam Becerileri alt ölçeğinden aldıkları puanlarla Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği Pozitif Sendrom alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki

bulunmuştur ($r=-.489$; $p<.01$). Şizofreni hastalarında günlük yaşam becerileri arttıkça pozitif sendrom düzeyleri düşmektedir.

Şizofreni hastalarının Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği Günlük Yaşam Becerileri alt ölçeğinden aldıkları puanlarla Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği Negatif Sendrom alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.436$; $p<.01$). Şizofreni hastalarında günlük yaşam becerileri arttıkça negatif sendrom düzeyleri düşmektedir.

Şizofreni hastalarının Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği Günlük Yaşam Becerileri alt ölçeğinden aldıkları puanlarla Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği Genel Psikopatoloji alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.513$; $p<.01$). Şizofreni hastalarında günlük yaşam becerileri arttıkça genel psikopatoloji düzeyleri düşmektedir.

Şizofreni hastalarının Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği Mesleki İşlevsellik alt ölçeğinden aldıkları puanlarla Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği Pozitif Sendrom alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.542$; $p<.01$). Şizofreni hastalarında mesleki işlevsellik arttıkça pozitif sendrom düzeyleri düşmektedir.

Şizofreni hastalarının Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği Mesleki İşlevsellik alt ölçeğinden aldıkları puanlarla Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği Negatif Sendrom alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.563$; $p<.01$). Şizofreni hastalarında mesleki işlevsellik arttıkça negatif sendrom düzeyleri düşmektedir.

Şizofreni hastalarının Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği Mesleki İşlevsellik alt ölçeğinden aldıkları puanlarla Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği Genel Psikopatoloji alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=-.618$; $p<.01$). Şizofreni hastalarında mesleki işlevsellik arttıkça genel psikopatoloji düzeyleri düşmektedir.

BÖLÜM IV - TARTIŞMA VE SONUÇ

Tartışma ve sonuç bölümünde araştırmanın amaçlarına uygun olarak toplanmış olan verilere uygulanan istatistiksel analizler ışığında elde edilen bulgular literatür taraması baz alınarak tartışılmıştır.

4.1. Tartışma

Evde bakım gören şizofreni hastalarının depresyon düzeyleri yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarının depresyon düzeylerinden yüksek bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalarda şizofreni hastalarında depresyon düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Meire ve ark, 2014). Evde bakım gören şizofreni hastalarında depresyon düzeylerinin yüksek oluşu bakım verenle ilişkilerinden kaynaklanıyor olabilir. Araştırmalar psikiyatrik hastalığı olan bireylere bakım veren aile bireylerinin sosyal, ekonomik ve duygusal açıdan çeşitli sorunlar yaşadıklarını ortaya koymaktadır (Jacqueline ve Denise, 1995; Reinares ve ark., 2004; Yan ve ark., 2004). Ildstad ve arkadaşları (2010) çalışmalarında ruhsal hastalığı bulunan eşlerine bakım verenlerin depresyon düzeylerinin yüksek olduğunu bildirmiştir. Magliano ve arkadaşları (2002) şizofreni hastalarının çevresindeki insanların hem duygusal hem de maddi sorunları sık yaşadıklarını bildirmişlerdir. Evde bakım veren şizofreni hastasının da içinde yaşadığı ailenin duygusal durumundan etkilenmesi beklenebilir. Yatılı tedavi merkezinde bakım gören hastaların bakım verenleri sık değişebilmekte ya da mesleki etik açısından aile yakını ilişkisi kurulmamaktadır. Dolayısıyla yatılı bakım merkezi bakım verenin kendi duygusunu, özellikle de hastayla ilgili duygusunu ortaya koymadan profesyonel hizmet vermesine olanak veren koşullara sahiptir. Buna karşın evde bakım verilen hasta aile üyelerinin tüm duygu, düşünce ve davranışlarına açık hale gelmekte dolayısıyla ailede bakım verme yükünden kaynaklanan depresif belirtilerin fazla olduğu durumda hasta da bundan etkilenebilecektir.

Yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik düzeyleri, sağlık ve tedavi düzeyleri, günlük yaşam becerisi düzeyleri ve işlevsel iyileşme düzeyleri evde bakım gören şizofreni hastalarından yüksek bulunmuştur. Bu

bulgu literatürle uyumlu görünmektedir. Ensari ve arkadaşlarının (2013) bildirdiği gibi, günümüzde şizofreni gibi ağır tabloları bulunan ruhsal hastalıklar için yapılan müdahaleler, eskiden olduğu gibi sadece hastanın kötü durumda olduğu zamanlarda uygulanan farmakolojik tedavi ile sınırlı kalmamakta bunu yerine hastanın hastalığa uyum sürecini ve ilaçlarını düzenli kullanmasını da içeren bir dizi psikolojik desteği de içermektedir. Şizofreni hastalarının psikofarmakolojik tedavilerine ek olarak psikososyal eğitimler ve bilişsel davranışçı terapiler hastanın iyileşmesi ve işlevselliğinin artmasına yönelik büyük yardımcı ek tedavi olduğu saptanmıştır (Schooler, 2006). Yıldız ve arkadaşları (2003) tarafından 14 şizofreni hastasına uygulanan “psikososyal rehabilitasyon” çalışması ile uyumlandırma hizmeti verilmiştir ve sonucunda şizofreni hastalarının klinik durumlarında sosyal işlevsellik düzeyinde olumlu bir artış olduğu gözlemlenmiştir.

Evde bakım gören şizofreni hastalarının pozitif sendrom düzeyleri ve genel psikopatoloji düzeyleri yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarının pozitif sendrom düzeylerinden ve genel psikopatoloji düzeylerinden yüksek bulunmuştur. Deveci ve arkadaşlarının (2008) şizofreni hastalarına altı ay boyunca ruhsal-toplumsal beceri eğitimi verdikleri çalışmalarında pozitif ve negatif belirtiler ile depresif belirtilerin azaldığı aynı zamanda içgörünün ve yaşam kalitesinin arttığı gözlemlenmiştir.

Şizofreni hastalarında depresyon düzeyi arttıkça sosyal işlevsellik, sağlık ve tedavi, günlük yaşam becerisi ve mesleki işlevsellik azalmaktadır. Literatürdeki çalışmalar da şizofreni hastalarında, depresif belirtilerin sosyal işlevsellik durumu üzerinde etkili olduğunu göstermektedir (Reine ve ark., 2003, Gorna ve ark. 2007). Hastaların depresyon düzeyleri arttıkça pozitif-negatif sendrom düzeyleri ve genel psikopatoloji düzeyleri de artmaktadır. Negatif belirtilerdeki artış, irade azalması, düşünce fakirleşmesi, zevk alamama ve duygulanımda azalma biçiminde görüldüğünden hastanın duygu durumunun da depresif olması beklenebilir.

Şizofreni hastalarında sosyal işlevsellik, sağlık ve tedavi, günlük yaşam becerileri, mesleki işlevsellik arttıkça pozitif-negatif sendrom ve genel psikopatolojik düzeyleri düşmektedir. Hastanın hem pozitif-negatif belirtileri hem de genel psikopatoloji düzeyindeki artışla beraber günlük yaşam becerilerini yerine getirebilmesi,

sosyal açıdan işlevsellik gösterebilmesi, mesleki ya da akademik yaşamını sürdürebilmesi, diğer insanlarla iletişim kurması zorlaşır. Bu bulgu literatürle uyumludur. Şizofreni hastalığında sosyal işlevsellik durumu; pozitif-negatif belirtileri, duygudurumu, sosyal davranışlar ve çevresel faktörlerden etkilenmektedir (Mueser, 2000). Daha önce yapılmış olan araştırmalar incelendiğinde; araştırma bulguları özellikle negatif belirtilerin sosyal işlevsellik üzerine olumsuz etkileri olduğunu açıkça göstermektedir (Dickerson ve ark., 1999; McGurk ve ark. 2000; Smith ve ark. 2002; Wittorf ve ark. 2008).

4.2. Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak, bu çalışmada evde bakım gören şizofreni hastalarının, yatılı tedavi merkezinde bakım gören şizofreni hastalarına göre depresyon düzeylerinin, pozitif-negatif belirtilerinin yüksek olduğu, sosyal, mesleki, sağlık ve günlük yaşam becerileri gibi işlevselliklerinin ise düştüğü tespit edilmiştir. Perlick ve arkadaşları (2006) çalışmalarında hastalığın belirtilerinin bakım veren kişilerin yükü açısından belirleyici olduğunu bildirmiştir. Literatürdeki çalışmalarda, negatif ve pozitif belirtilerin birlikte görülmesinin bakım veren açısından yüke sebep olduğu bildirilmiştir (Magliano ve ark., 2006; Wong, 2000). Şizofreni hastalığı sadece hastayı değil hastaya bakım veren ailenin işlevselliğini de etkileyen bir hastalık olduğundan aile içinde çeşitli başa çıkma sorunları ortaya çıkabilir (Gorman ve ark., 2002). Her ne kadar 1950’li yıllardan sonra ortaya çıkan antipsikotik ilaçlarla şizofreni hastalarındaki psikotik belirtilerin iyileştiği görülse de hastaların, psikotik belirtilerin azalmasıyla aileleri ile yaşamlarını sürdürmek zorunda kalmaları sonucunda bakım vermede yükümlülüğü bulunan aile bireylerinin işlevsellikleri de bundan etkilenmiştir. Şizofreni hastasının sağlık sistemi içinde özellikle hastalıkla başa çıkabilme becerisi geliştirilmeden ya da aileye başa çıkabilme desteği sağlanmadan taburcu edilmesi oldukça zorlayıcı olabilmektedir. Hastaya evde bakım veren aile bireylerinde de ortaya çıkan depresif belirtiler psikofarmakolojik yöntemlerle desteklenmekteyse de psikolojik açıdan başa çıkma becerilerini geliştirebilecekleri kaynaklar sınırlı görünmektedir. Şizofreni hastalığında hastanın herhangi bir gelişim göstermeden hastalığının yıllar boyu sürmesi, beraberinde işlevselliğinin büyük ölçüde bozulması bakım verenin yükünü arttırmaktadır. Sağlık

sistemi içinde yatılı tedavi merkezinde bakımları süren şizofreni hastalarının işlevselliklerinin daha iyi olmasının sebebi bakım verenin duygusal yüküyle ortaya çıkan etkileşimsel tabloya maruz kalmamaları olabilir.

Bir yandan hastanın sosyal işlevselliğini sürdürabilmesi ve yakınları ile bir arada olabilmesi, dahası terk edilmemiş olmaları açısından evde bakım görüyor olmaları olumlu bir durum gibi görünüyorsa da hem hastanın hem de bakım verenin psikososyal açıdan yeterince desteklenememesi evde bakım gören hastanın işlevselliğini büyük ölçüde etkiliyor olabilir. Şimdiki çalışmada ele alınmasa da hastanın içgörüsünde artış olduğu durumlarda işlevsellikte artış yerine depresif duygu durumunun ortaya çıkması da mümkündür. Hastanın bakım verende oluşturduğu yüke ilişkin farkındalığının değerlendirilmesi şimdiki araştırmanın bulguları açısından destekleyici olabilirdi. Dolayısıyla şizofreni hastalarıyla yapılacak çalışmalarda içgörünün de psikolojik belirtilerle birlikte incelenmesi evde bakım gören hasta ve yatılı tedavi merkezinde bakım gören hasta arasında ortaya çıkan farkın anlaşılmasını sağlayabilir.

KAYNAKLAR

- Alvarado-Esquivel, C., Sanchez-Anguiano, L. F., AmaudGil, C. A, Hernandez-Tinoco, J., Molina-Espinoza, L. F., Rabago-Sanchez, E. (2014). Socio-Demographic, Clinical and Behavioral Characteristics Associated with a History of Suicide Attempts among Psychiatric Outpatients: A case Control Study in a Northern Mexican City. *Int J Biomed Sci.* 10(1), 61-8.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2000) DSM-IV tanı ölçütleri başvuru kitabı, yeniden gözden geçirilmiş baskı (Çev. Ed. E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2000.
- Arkonaç, O.(1996). Psikotik bozukluklar ve tedavileri. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
- Arslandaş, H, Adana, F. (2011). Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*, 3, 251-277.
- Aslan, S., Altınöz, A. E. İçgörü Kavramı ve Şizofreni. *RCHP.* 2010; 4(1-2), 23-32.
- Aslan, S., Türkçapar, H., Güney, E., Eren, N., Akkoca, Y., (2005). Uğurlu M ve ark. Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği Türkçe Formunun Şizofrenik Hastalar İçin Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışması. *Klinik Psikiyatri.* 8(4), 186- 96.
- Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M., & Özpolat, A. Y. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*,3, (3).
- Aydın, A., Eker, S. S., Cangür, Ş., Sarandöl, A., Kırılı, S. (2009). Şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin, sosyodemografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi- Archives of Neuropsychiatry* 46(Özel Sayı):10-14
- Beck, A. T. (1963). Thinking a depression. *Arch Gen Psychiatry*, 9, 324-333
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and the theoretical aspects.* New York, Hoeber Medical Division, Harper and Row

- Beck, A. T. et al.. (1974). The measurement of pessimism. The hopelessness scale. *J Consult Clin Psychology*, 42, 861-865
- Beck, A. T. et al.. (1975) Hopelessness and suicidal behavior: An overview. *J Am Med Association*, 243, 1146-1149
- Beck, A.T. (1979). *Cognitive therapy of depression: A treatment Manual*. New York, Guilford Press
- Bibring, E. (1953). The mechanism of depression. In Greenacre eds. *Affective Disorders*. New York International University Press
- Bilgin, K.U. (2000). Özürlülerin Çalışma Hayatındaki Sorunları ve Çözüm Önerileri. *Kamu - İş Hukuku ve İktisat Dergisi*, Kamu İşletmeleri İşverenleri Send., Ankara-Temmuz 5(4), 21-38.
- Bradley, G., Perlesz, A., Nguyen, A., Singh, B., Riess, C. (2006). Multiple-family group treatment for England and Vietnamese-speaking families living with schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 57, 521-530.
- Caqueo-Urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., Miranda-Castillo, C. (2009). Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. *Health Qual Life Outcomes*, 7, 84.
- Cetin, M. A. (2005). Brief History of Psychiatry. In: Ceylan ME, Cetin M. eds. *Research and Clinical Practice of Biological Psychiatry, Schizophrenia*. 3rd edition. Istanbul: Kure Publishing Group; 1-65.
- Ceylan M. E, Çetin M. (2005). *Araştırma ve uygulamada biyolojik psikiyatri* (1. cilt). 3.baskı: İstanbul, Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri, 2005.
- Ceylan, M. E. (2001). *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Şizofreni*, 1. Cilt, 2. Baskı, İstanbul.
- Ceylan, M. E. (2001). *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Şizofreni*, 1. Cilt, 2. Baskı, İstanbul.

- Costin, F, Draguns, J. G. (1989). *Abnormal Psychology. Patterns, issues, interventions*, New York, John Wiley and Sons Inc.
- Cunningham-Owens, D. G., Carroll, A., Fattah, S., Clyde, Z., Coffey, I., Johnstone, E. C. (2001). A randomized, controlled trial of a brief interventional package for schizophrenic outpatients. *Acta Psychiatry Scand.* 103(5), 362-9.
- Çam, O., Engin, E., editörler. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2014.
- Çetin, M. (2009). Şizofrenin tarihçesi. Ceylan E, Çetin M (editörler). *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Şizofreni-I Kitabında* (4. baskı). İstanbul, Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri, 83-86.
- Çetin, M. (2010). Şizofreni. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi*. 2010;3:38-80.
- Deveci, A., Danacı, A. E., Yurtsever F, Deniz F, Yüksel EG. (2008). The Effects of psychosocial skills training on symptomatology, insight, quality of life, and suicide probability in schizophrenia. *Türk Psikiyatri Derg.* 19, 266-73.
- Dickerson, F., Boronow, J. J., Ringel, N. et al (1999). Social functioning and neurocognitive deficits in outpatients with schizophrenia: a 2-year follow-up. *Schizophr Res*, 37 (1), 13-20.
- Dilbaz, N., Seber, G. (1993). Umutsuzluk kavramı: Depresyon ve intiharda önemi. *Kriz Dergisi*, 1(3), 134-138
- Dinçmen, K. (1981). *Deskriptiv ve Dinamik Psikiyatri*; Yayın Dağıtım, İstanbul.
- Doğan, S., Doğan, O., Tel, H., Çoker, F., Polatöz, Ö., Doğan, F. B. (2004). Psychosocial approaches in outpatients with schizophrenia. *Psychiatric Rehabil J.*, 27, 279-82.
- DSÖ, (1993). *ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması Klinik Tanımlar ve Tanı Kılavuzları*. Dünya Sağlık Örgütü (çev ed. Öztürk O, Uluğ B) Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği.

- Duman, Z. Ç., Yıldırım, N. K., Uçok, A., Er, F., Kanik, T. (2010). The effectiveness of a psychoeducational group program with inpatients being treated for chronic mental illness. *Soc Behav Person*. 38, 657- 66.
- Dyck, D. G., Short, R., Vitaliano, P. P. (1999). Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosom Med*, 61, 411-419.
- Ebert, M. H., Loosen, P. T., Nurcombe, B. (2003). *Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi*, Güneş kitabevi, Ankara.
- Emiroğlu, B., Karadayı, B., Aydemir, Ö., Üçok, A. (2009). Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46 (Özel), 15-24
- Engelliler, (2015). Engellilik nedir? Erişim tarihi: 21.10.2017. <http://engelliler.gen.tr/f43/engellilik-nedir-26889>.
- Ensari, H., Gültekin, B. K., Karaman, D., Koç, A., & Beşkardeş, A. F. (2013). Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(2).
- Erkoç, Ş., Aker, T. (1998). *Şizofreni Monografı-I*. Okuyanıs Yayın, İstanbul.
- Erol, A., Keleş Ünal, E., Tunç Aydın, E., & Mete, L. (2009). Şizofrenide Sosyal İşlevselliği Yordayan Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(4).
- Erol, A., Keleş Ünal, E., Tunç Aydın, E., & Mete, L. (2009). Şizofrenide Sosyal İşlevselliği Yordayan Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(4).
- Fidaner, H. (1998). Depresyon Hakkında Sık Sorulan Sorular ve Yanıtları. *Psikiyatri Dünyası*, 1998, 72-75. (<http://www.sagliklikadin.com/cocuk&aile/depresyon.htm> Erişim:05.08.2017).

- Freud, S. (1957). Mourning and melancholia. In Starckey, J. eds. The standart edition of the complete psychological vworks of Sigmound Freud, Vol 12, London Hogarth Press
- Gorman L.M., Raines, M.L., Sultan D.F. (2002). Psychosocial nursig for general patient care (2.Bs.), (s:292-300), USA, Philadephia: F.A. Davis Company .
- Gorna, K., Jaracz, K., Wrzyszczyńska, L. et al. (2007). Quality of life and depression in schizophrenic patients. *Adv Med Sci*, 52 (1), 108- 11.
- Gökmen, F. (2007). “Türkiye’de Özürlü Haklarının Gelişimi”, Erişim tarihi: 03 .09.2015. <http://www.dezavantaj.org/index.php/ararirmalar/8-engelli/288-tuerkiyede-oezuerlue-haklarann-gelismii>.
- Gülseren, L. (2002) Şizofreni ve aile: Güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Derg*, 13, 143-151.
- Gülseren, L., Çam, B., Karakoç, B., Yiğit, T., Danacı, A. E., Çubukçuoğlu, Z. et al. (2010). Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Turk Psikiyatri Derg*, 21,203-212.
- Harrison, G., Croudace, T., Mason, P. et al. (1996). Predicting the longterm outcome of schizophrenia. *Psychol Med*, 26, 697-705.
- Higgins, E. S, Kose, S. (2007). Absence of Schizophrenia in a 15th-Century Islamic Medical Textbook. *Am J Psychiatry* 164:1120.
- Hofer, A, Benecke, C., Edlinger, M. et al.. (2008). Facial emotion recognition and its relationship to symptomatic, subjective, and functional outcomes in outpatients with chronic schizophrenia. *Eur Psychiatry*.
- Hooker, C., Park, S. (2002) Emotion processing and its relationship to social functioning in schizophrenia patients. *Psychiatry Res*, 112 (1), 41- 50.
- Idstad M, Ask H, Tambs K. (2010). Mental disorder and caregiver burden in spouses: the Nord-Trøndelag health study. *BMC Public Health* 10, 516.

- Ihnen, G. H., Penn, D. L., Corrigan, P. W. et al.. (1998). Social perception and social skills in schizophrenia. *Psychiatry Res*, 80 (3), 275-86.
- Işık, E. (2006). *Güncel Şizofreni*, Format
- Işık, E. (2006). *Güncel Şizofreni*, Format Matbaacılık, Ankara.
- Jacqueline, M. A., Denise, A. C. (1995). *Families Coping with Schizophrenia*. Chicester, England, Wiley
- Kaplan, H. I., Sadock, B. (2005). *Klinik Psikiyatri El Kitabı 2. baskı*; Güneş Kitapevi, İstanbul.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (1998). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Eight Edition*, Williams&Wilkins, Philadelphia.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (2004). *Klinik Psikiyatri. (Çev. Ed. E. Abay)*. İstanbul: Nobel Tıp kitap Evi
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (2005). *Klinik Psikiyatri El Kitabı 2. baskı*; Güneş kitapevi, İstanbul.
- Kessler, R. C., Walters E. E., Forthofer, M. S. (1998). The social consequences of psychiatric disorders. III: Probability of marital stability. *Am J Psychiatry*, 155, 1092-1096.
- Köroğlu, E. (1996). Şizofreni, *Psikiyatri* ; 239-272.
- Köroğlu E. *DSM-5 Tam Ölçütleri Başvuru Kitabı*. Ankara: HBY Basım Yayın; 2014.
- Köroğlu, E., Güleç, C. (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı*, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Köroğlu, E., Güleç, C. (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı*, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Kung, W. W. (2003). The illness, stigma, culture or immigration? Burden on Chinese American caregivers of patients with schizophrenia. *Fam Soc*. 84, 547-557

- Kurt, E. (2008). Türkiye’de Şizofreni Hastalarının Bakımı ve Rehabilitasyonu İlgili Yasal Düzenleme. RCHP (Reviews, Cases and Hypotheses In Pschiatry), 2,(1-2), 48.
- Küçükali, A. (2015) Engellilere Uygulanan Sosyal yardımlar. Sosyal Ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi, 5 (35)
- Lieberman, A. J. (2006). Textbook of Schizophrenia.The American Psychiatric Publishing. Washington DC and London
- Lieberman, J. A., Stroup, T. S., Perkins, D. O. (2006). Textbook of Schizophrenia 1st ed. American Psychiatric Publishing, Washington.
- Lincoln, T. M., Lüllmann, E., Rief, W. (29007). Correlates and longterm consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. Schizophr Bull. 33(6), 1324-42
- Magaña, S. M., Ramírez, García. J. I., Hernández, M. G., Cortez, R. (2007). Psychological distress among latino family caregivers of adults with schizophrenia: the roles of burden and stigma. Psychiatr Serv, 58, 378-384.
- Magliano, L., Fiorillo, A., Malangone, C., De Rosa C, Maj, M. (2006). Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia. Psychiatr Serv, 57, 1784-1791.
- Magliano, L., Marasco, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Guarneri, M., Maj, M. et al. (2002). The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. Acta Psychiatr Scand, 106, 291-298.
- McDonald, J., Badger, T. A. (2002). Social function of persons with schizophrenia. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv, 40 (6), 42-50.
- McGurk, S. R., Moriarty, P. J., Harvey, P. D. et al. (2000). Relationship of cognitive functioning, adaptive life skills, and negative symptom severity in poor-

outcome geriatric schizophrenia patients. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 12 (2), 257-64.

Meier, S. M., Petersen, K., Pedersen, M. G., Arendt, M. C. B., Neilsen, P. R., Mattheisen, M., et al. (2014). ObsessiveCompulsive Disorder as a Risk Factor for Schizophrenia. A Nationwide Study. *JAMA Psychiatry*. 71(11), 1215-21.

Mete, L. (1998). *Şizofreni:En Uzak Ülke. Dletişim Yayınları, İstanbul.*

Mueser, K. T, Becker, D. R., Torrey, W .C. et al. (1997). Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: A longitudinal analysis. *J Nerv Ment Dis*, 185, 419-426.

Mueser, K. T. (2000). Cognitive functioning, social adjustment and longterm outcome in schizophrenia. *Cognition in schizophrenia*, T Sharma, P Harvey (Ed), New York. Oxford University Press, .157-177.

Ohaeri, J. U. (2001). Caregiver burden and psychotic patients' perception of social support in a Nigerian setting. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36, 86-93.

Özlu, A., Yıldız, M., Aker, T., (2009). Bakıcı Yük Ölçeğinin Şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi - Archives of Neuropsychiatry*; 46, 38-42.

Öztürk, M. O., Uluşahin, A. (2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 1.Yenilenmiş 11.Baskı. Ankara Nobel Tıp Kitapevleri. 242.*

Öztürk, O. (1997) *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.*

Öztürk, O., Uluşahin, A., editörler. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I. 11. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2011.*

Perlick, D., Rosenheck, R., Kaczynski, R., Swartz, M. S., Cañive, J. M., Lieberman, J. (2006). Components and correlates of family burden in schizophrenia. *Psychiatr Serv* 57, 1117-1125.

- Reinares, M., Viet, E., Colom, F., Martínez-Arán, A., Torrent, C., Comes, M, et al. (2004). Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. *Psychother Psychosom*, 73, 312-319.
- Reine, G., Lançon, C., Di Tucci, S. et al. (2003). Depression and subjective quality of life in chronic phase schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand*, 108, 297-303.
- Sadock, B. J., Sadock, V. (2000). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A. (2003). *Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. Ninth edition. Lippincott Williams&Wilkins, New York.
- Schooler, N. R. (2006). Relapse prevention and recovery in the treatment of schizophrenia. *J Clin Psychiatry*, 67(5), 19-23.
- Seyyar, Ali. (2008). Sosyal Siyaset Ekseninde Yerel Özürlüler Politikası Özürlü Dostu Yerel Sosyal Politikalar” Erişim Tarihi: 05.01.2015 http://www.sosyalsiyaset.net/documents/yerel_ozurluler_politikasi.htm.
- Siris, S. G., Addington, D., Azorin, J. M., Fallon, I. R. H, Gerlach, J., Hirsch, S. R. Depression in Schizophrenia: Recognition and Management in the USA. *Schizophrenia Research*. 2001; 47(2-3), 185-97.
- Smith, T. E., Hull, J. W., Huppert, J. D. et al. (2002). Recovery from psychosis in schizophrenia and schizoaffective disorder: symptoms and neurocognitive rate-limiters fort he development of social behavior skills. *Schizohr Res*, 55, 229-237.
- Stahl, S. M. (2015). *Temel Psikofarmakoloji 4.Baskı İstanbul Tıp Kitapevi* .80.
- Stefan, M., Travis, M., Murray, M. R. (2002). *An atlas of schizophrenia*, Parthenon Publishing, London.

- Stephens, J. H., Richard, P., McHugh, P. R. et al (1997). Long term follow-up of patients hospitalised for schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*, 185, 715-721
- Temel, E. (2012). Alman Hukukunda Psikiyatri Hastası- Hekim İlişkisi”, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi (AÜHFD), 61(2), 774-776.
- Umut, G., Öztürk-Altun, Z., Danışmant, B. S., Küçükparlak, İ., Karamustafalıoğlu, N., İlnem, M. C. (2013). Şizofreni Hastalarında Özkıyım Girişimi ve Özkıyım Düşüncesinin, Hastalık Şiddeti, Depresyon ve İçgörü İle İlişkisi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 26(4), 341-50.
- Üçok, A. (1999). Şizofreni: Damga, Mitler ve Gerçekler; *Psikiyatri Dünyası*, 3: 67-71.
- Üçok, A. (2013). Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk ve Sanırsal Bozukluk. *Psikiyatri İstanbul Tıp Fakültesi 185.Yıl Ders Kitapları Serisi*. 55-63.
- Vanier, A. (2004). *Semptom ve Psikoz*. 6. İstanbul Psikanaliz Buluşmaları, İstanbul.
- Wijngaarden, B., Schene, A., Koeter, M., Becker, T., Knapp, M, Knudsen, H. C et al. (2003). People with schizophrenia in five countries: Conceptual similarities and intercultural differences in family caregiving. *Schizophr Bull*, 29, 573-586
- Wittorf, A., Wiedemann, G., Buchkremer, G. et al. (2008). Prediction of community outcome in schizophrenia 1 year after discharge from inpatient treatment. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 258, 48-58.
- Wong, D. F. K. (2000). Stress factors and mental health of carers with relatives suffering from schizophrenia in Hong Kong: implications for culturally sensitive practices. *Br J Soc Work*. 30, 365–382.
- World Health Organization (2011). *World Report On Disability*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70670/1/WHO_NMH_VIP_11.01_en_g.pdf (Erişim Tarihi: 24.10.2017)

- Yan, L. J., Hammen, C., Cohen, A. N. Daley, S. E., Henry, R. M. (2004). Expressed emotion versus relationship quality variables in the prediction of recurrences in bipolar patients. *J Affect Disord.* 86, 199-206.
- Yanık, M. (2007) Türkiye ruh sağlığı sistemi üzerine değerlendirme ve öneriler, ruh sağlığı eylem planı önerisi. *Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar.* (özel sayı)16-20.
- Yavuz, R, (2008). İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri 49 Sempozyum Dizisi, 62, 49-58.
- Yıldız, M., Tural, Ü., Kurdoğlu, S., Önder, M. E. (2003). Şizofreni rehabilitasyonunda aile ve gönüllülerle yürütülen bir kulüp-ev denemesi. *Türk Psikiyatri Derg.* 14, 281-287.

EKLER

Ek 1 - Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

CALIŞMANIN ADI:

Evde Bakım Gören Şizofreni Hastaları ile Bakım Merkezinde Bakım Gören Şizofreni Hastalarının Depresyon ve İşlevsel İyileşme Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması

*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 katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.*

CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Evde Bakım Gören Şizofreni Hastaları ile Bakım Merkezinde Bakım Gören Şizofreni Hastalarının Depresyon ve İşlevsel İyileşme Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması isimli bu çalışma; Yatılı bakım gören şizofreni hastaları ile evde bakım gören şizofreni hastalarının hastalığın semptomlarını yaşama düzeyleri baz alınarak uygulanacak veya uygulanmış olan ölçekler kullanılarak depresyon ve sosyal iyileşmelerinin incelenmesi yapılacaktır. Yapılan bu inceleme sonunda elde edilen bilgiler; hem şizofreni hastalarına bakım verenler için hem de klinik uygulamalar için iyi bir örneklem örneği niteliği taşıyacaktır.

CALIŞMA İŞLEMLERİ:

Bu çalışmaya katılmanız durumunda; size 5 adet doldurmanız gereken form verilecektir. Bu formlar çalışmacılar tarafından hazırlanmıştır diğer 4 form ise standardize ölçeklerdir. Bu ölçekler sizin depresyon, psikiyatrik semptom, pozitif ve negatif semptomlar ve işlevsel iyileşme düzeyinizi sorgulamaktadır. Tüm formları eksiksiz olarak doldurmanız beklenmektedir.

CALIŞMAYA 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 :

1. Seda SANCAKTAR – sedasnccktr@gmail.com

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 ediyor 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>Arařtırmacı² Adı Soyadı:</i>	Seda SANCAKTAR	<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>	sedasncktr@gmail.com -	

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

Ek 2 – Sosyo-demografik Bilgi Formu

Bu anket formu Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Bölümü bitirme tezimin bir parçası olarak hazırlanmıştır. Araştırmaya katılıp katılmama gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılma veya reddetme hakkına sahipsiniz. Araştırmaya katılmayı kabul etmiş olsanız dahi kendinizi rahatsız hissederseniz bırakma hakkına sahipsiniz. Uygulanacak bu anketlerde; isim veya isim yerine geçebilecek herhangi bir bilgi istenmemektedir. Araştırmanın sağlıklı yürütülebilmesi için soruları eksiksiz ve samimiyetle yanıtlamanız önemlidir.

TEŞEKKÜRLER
Psikolog Seda SANCAKTAR

SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:
 - a. 19-25
 - b. 26-32
 - c. 33-39
 - d. 40 ve üstü
2. Cinsiyet:
 - a. Kadın
 - b. Erkek
3. Bakım verilen yer:
 - a. Evde bakım
 - b. Yatılı bakım merkezinde bakım
4. Hastalığın başlangıç yılı:
 - a. 17 yaş altı
 - b. 18-25 yaş arası
 - c. 26-31 yaş arası
 - d. 32 yaş üstü
5. Eğitim düzeyi:
 - a. Okur-Yazar değil
 - b. İlkokul
 - c. Ortaokul
 - d. Lise
 - e. Üniversite
6. Çalışma hayatı:
 - a. Var
 - b. Yok
7. Gelir düzeyi:
 - a. 1000 TL altı
 - b. 1000-1500 TL arası
 - c. 1500-2000 TL arası
 - d. 2000 TL ve üstü

Ek 3 - Beck Depresyon Ölçeği

Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra o maddenin yanındaki harfin üzerine (x) işareti koyunuz.

- | |
|---|
| <p>1. 0) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
 1) Kendimi üzgün hissediyorum.
 2) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygulardan kurtaramıyorum.
 3) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.</p> |
| <p>2. 0) Gelecekte umutsuz değilim.
 1) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum
 2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.</p> |
| <p>3. 0) Kendimi başarısız görmüyorum.
 1) Çevremdeki pek çok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
 2) Geriye dönüp baktığımda çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
 3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.</p> |
| <p>4. 0) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
 1) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
 2) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
 3) Bana zevk veren hiçbir şey yok.</p> |
| <p>5. 0) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
 1) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
 2) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
 3) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.</p> |
| <p>6. 0) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
 1) Bazı şeyler için cezalandırılabilirim hissediyorum.
 2) Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.</p> |
| <p>7. 0) Kendimden hoşnutum.
 1) Kendimden pek hoşnut değilim.
 2) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
 3) Kendimden nefret ediyorum.</p> |

8. 0) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
1) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
2) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
3) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

9. 0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum fakat bunu yapmam.
2) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
3) Bir fırsatını bulursam kendimi öldürürdüm.

10. 0) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
1) Eskisine göre su sıralarda daha fazla ağlıyorum.
2) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
3) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.

11. 0) Her zamankinden daha sinirli değilim.
1) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
2) Çoğu zaman sinirliyim.
3) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.

12. 0) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
1) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
2) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
3) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.

13. 0) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
1) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
2) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
3) Artık hiç karar veremiyorum.

14. 0) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
1) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.
2) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
3) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.

15. 0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
2) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
3) Hiçbir iş yapamıyorum.

16. 0) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
1) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
2) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
3) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17. 0) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.

- 1) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
- 2) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
- 3) Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum.

18. 0) İştahım eskisinden pek farklı değil.

- 1) İştahım eskisi kadar iyi değil.
- 2) Şu sıralarda iştahım epey kötü.
- 3) Artık hiç iştahım yok.

19. 0) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.

- 1) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
- 2) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kilo kaybettim.
- 3) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kilo kaybettim.
Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum. Evet () Hayır ()

20. 0) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.

- 1) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
- 2) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
- 3) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünmüyorum.

21. 0) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkati çeken bir şey yok.

- 1) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
- 2) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
- 3) Artık, cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

Ek 4 - Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği

Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ)

Yönerge

Bu ölçeğin amacı şizofreni hastalarındaki işlevsel iyileşmeyi (recovery) değerlendirmektir. Değerlendirme, hem hastanın kendisinden hem de ailesinden alınan bilgiye dayanır. Değerlendirmede sorgulanacak olan zaman zarfı görüşmeden önceki son bir ay olacaktır. Her bir madde hasta görüşmesi ve aile görüşmesi sırasında ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Her bir madde için muhtemel 5 değerlendirme düzeyi vardır. 1. Düzey (yok) en düşük düzeydeki iyileşmeyi belirtirken, 5. Düzey (mükemmel derecede var) “ideal” işlev düzeyine karşılık gelir. 2. Düzey (kısmen var), 3. Düzey (yeterince var) ve 4. Düzey (neredeyse tamamen var) sosyal işleyiş ve kalitesi açısından tartışılacaktır. İki düzey arasında kalındığında, daha düşük düzeyi seçin (örneğin: 2. ve 3. düzeyler arasında kalırsanız 2. Düzey seçilmelidir.)

Maddelerin değerlendirilmesinde bir soru örneği: Ev idaresi maddesi Buradaki amaç, bir önceki ay boyunca temizlik ve ev işlerini değerlendirmek için hem hasta hem de ailesiyle çalışmaktır. Bu maddeyi değerlendirmek için şu tür sorular sorulabilir: Evinizde temizliği kim yapar? Çöpü kim dışarı çıkarır? Çamaşırı kim yıkar? Değerlendirmeyi tamamlamak için ek sorular da sorulabilir, örneğin: Son bir ayda haftada kaç kez çöpü dışarı çıkardınız? Kaç kez çamaşır yıkadınız? Kıyafetlerinizi kaç kez yerleştirdiniz?

1. Sosyal işlevsellik

Sosyal ilişkilerde kendini ortaya koyabilme (Sosyal ortamlarda hastanın kendisini ortaya

koyma, kendini ifade edebilme becerisi.)

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

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

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

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

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

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

1. Yok: Hastanın hiçbir kişisel ilgi alanı yoktur veya hobilerini sürdüremez. Hasta, boş zamanlarında hareketsizdir.
2. Kısmen var: Hastanın birkaç ilgi alanı vardır ve kişisel aktiviteleri sınırlı yada basmakalıptır veya dışarıdan zorlamayla gerçekleşir.
3. Yeterince var: Hasta, boş zamanlardaki etkinliklere kendiliğinden katılma konusunda belirli bir isteksizlik gösterir. Bazı ilgi alanları vardır ama bunları sürdürmekte zorlanırlar.
4. Neredeyse tamamen var: hastanın kendiliğinden başlattığı ve zaman içinde sürdürebildiği kişisel ilgi alanları vardır. İlgi alanları görece sınırlıdır.
5. Mükemmel derecede var: Hasta, farklı türlerde birkaç etkinliğe gönüllü olarak, kendiliğinden ve düzenli olarak katılır.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

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

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

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

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

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

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

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

entegrasyon için gerekli olan ilişkiler

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

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

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

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

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. Sağlık ve Tedavi

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

1. Yok: Hasta, hastalığının adını bilmez veya belirtilerini ve tedavisini anlamaz; tedavi programına uymaz.
2. Kısmen var: Hastanın, hastalığı ve sonuçları hakkında çok sınırlı bilgisi vardır. Belirtilerin bazılarının farkındadırlar ancak bu belirtileri hastalığıyla ilişkilendiremez. Tedaviyi yeterince kavramaz ve uyumun gerekli olduğunu düşünmez.
3. Yeterince var: Hasta ilaçlarının isimlerini söyleyebilir ancak onları kullanmanın önemini gerçekten kavramaz.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta hastalığını, temel belirtilerini ve sonuçlarını kavrar. İlaçlarının isimlerini söyleyebilir ve onları kullanmanın önemini anlar.
5. Mükemmel derecede var: Hasta, hastalığını, temel belirtilerini ve sonuçlarını kavrar. İlaçlarının isimlerini söyleyebilir ve tedavi programına tamamen uyar.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Sağlık İdaresi (Sağlığını korumak için gerekli önlemleri almak.)

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

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Empati ve başkalarına yardım

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

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

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

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

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Günlük Yaşam Becerileri

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

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

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

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

1. Yok: Hasta kendiliğinden tek başına alış-verişe çıkmaz ve yalnız yaşıyorsa kendi yemeğini hazırlamaz; ailesiyle ya da bir bakım evinde yaşıyorsa yemek saatlerine uymaz.
2. Kısmen var: Hasta nadiren yemek alış-verişine veya yemek hazırlığına dâhil olur. Yalnızca, ondan uyulması istenirse yemek saatlerine uyar.
3. Yeterince var: Hasta kendi yemeğini öyle ya da böyle yeterli biçimde hazırlar ancak yemek kalitesi ve düzeni yetersizdir.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta kendi yemeğini sağlamak konusunda görece kendine yeterlidir. Besin kalitesi ve yemek düzeni çoğu zaman yeterlidir.
5. Mükemmel derecede var: Hasta yemeğini hazırlamak konusunda kendine yeter. Besin kalitesi ve yemek düzeni yeterlidir.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

İdari ve finansal yönetim (Olağan harcamaların idaresi, fatura ödemeleri, idari işler, sahip

olduğu hakları bilme, mal varlığının idaresi)

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

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Kişisel görünüm ve bakım (görünüş, kişisel hijyen, kıyafetlerin temizliği)

Daha önceki alışkanlıklar ve sosyal-kültürel ortamlarla kıyaslanarak değerlendirilecektir.

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

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Agresif, saldırgan veya anti sosyal davranışın kontrolü (agresif davranış ve/veya kanunların

ve toplum hayatının kurallarının hiçe sayılması)

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

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

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

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

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Mesleki İşlevsellik

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

1. Yok: Hasta evine hiç bakmaz (temizliği asla kendisi yapmaz, nevresimleri değiştirmez, çöpü dışarı çıkarmaz...).
2. Kısmen var: Hasta çok az ev işi yapar ve sadece mutlaka gerekli olan şeyleri yapar.
3. Yeterince var: Hasta, içinde bulunduğu çevrenin sosyal kurallarını yerine getirme imkanı veren minimum düzeydeki ev işlerini ve temizlik işlerini yapar.
4. Neredeyse tamamen var: Hasta çoğu ev işini yapar ancak bu bazen düzensiz ve eksik olur.
5. Mükemmel derecede var: Hasta ev işlerini düzenli olarak ve iyi bir biçimde yapar.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Çalışma veya eğitim (Okul veya üniversiteye devam etme yada geri dönme, iş eğitimi alma

yada profesyonel yönelim. İş arama yada işe geri dönme, profesyonel entegrasyon)

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

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Ek 5 - Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği

1. YOK	2. ÇOK HAFİF	3. HAFİF	4. ORTA	5. ORTA-AĞIR	6. AĞIR	7. ÇOK AĞIR
--------	--------------	----------	---------	--------------	---------	-------------

Pozitif Sendrom Ölçeği

P1 Sanrılar	1	2	3	4	5	6	7
P2 Düşünce Dağınıklığı	1	2	3	4	5	6	7
P3 Varsanılar	1	2	3	4	5	6	7
P4 Taşkınlık	1	2	3	4	5	6	7
P5 Büyüklük Duyguları	1	2	3	4	5	6	7
P6 Şüphencilik/Kötülük görme sanrıları	1	2	3	4	5	6	7
P7 Düşmanca tutum	1	2	3	4	5	6	7

Negatif Sendrom Ölçeği

N1 Duygulanımda Küntleşme	1	2	3	4	5	6	7
N2 Duygusal iççekilme	1	2	3	4	5	6	7
N3 İlişki kurmada güçlük	1	2	3	4	5	6	7
N4 Pasif/Kayıtsız biçimde kendini toplumdan çekme	1	2	3	4	5	6	7
N5 Soyut düşünme gücü	1	2	3	4	5	6	7
N6 Konuşmanın kendiliğinden ve akıcı olmasının kaybı	1	2	3	4	5	6	7
N7 Stereotipik düşünme	1	2	3	4	5	6	7

Genel Psikopatoloji Ölçeği

G1 Bedensel kaygı	1	2	3	4	5	6	7
G2 Bunaltı	1	2	3	4	5	6	7
G3 Suçluluk duyguları	1	2	3	4	5	6	7
G4 Gerginlik	1	2	3	4	5	6	7
G5 Manyerizm ve vücut duruşu	1	2	3	4	5	6	7
G6 Depresyon	1	2	3	4	5	6	7

G7 Motor yavaşlama	1	2	3	4	5	6	7
G8 İşbirliği kuramama	1	2	3	4	5	6	7
G9 Olağan dışı düşünce içeriği	1	2	3	4	5	6	7
G10 Yönelim bozukluğu	1	2	3	4	5	6	7
G11 Dikkat azalması	1	2	3	4	5	6	7
G12 Yargılama ve içgörü eksikliği	1	2	3	4	5	6	7
G13 İrade bozukluğu	1	2	3	4	5	6	7
G14 Dürtü kontrolsüzlüğü	1	2	3	4	5	6	7
G15 Zihinsel aşırı uğraşı	1	2	3	4	5	6	7
G16 Aktif biçimde sosyal kaçınma	1	2	3	4	5	6	7



Ek 6 – Kurum İzin Belgeleri



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
Özel Çınar 2 Bakım Merkezi Pendik Şubesi

31.03.2017

İZİN BELGESİ

Araştırma olarak belirlenmiş olan “Evde Bakım Gören Şizofreni Hastaları ile Bakım Merkezinde Bakım Gören Şizofreni Hastalarının Depresyon ve İşlevsel İyileşme Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması” isimli araştırmanın Çınar 2 Engelli Bakım Merkezi kurumunda, Psikolog Seda Sancaktar tarafından yapılmasında her hangi bir sakınca bulunmamaktadır. Gerekli izin ve yetkiler verilmiştir.

Bilginize.

SORUMLU MÜDÜR
PSK. SEDA Y. GÜZTEPE
Çınar 2 Engelli Bakım Merkezi

Kurtköy Mah. Seyit Onbaşı Cad. No:28 Kurtköy Pendik
Tel: 0216 595 04 15-16
Fax: 216 595 04 176
e-mail: info@cinarbakimmerkezi.com
www.cinarbakimmerkezi.com



ÖZEL
NP İSTANBUL
Beyin Hastanesi

Saray Mah. Ahmet Tevfik İleri Cad.
No:18 34768 Ümraniye / İstanbul
T: 0216 633 06 33 | bilgi@npistanbul.com
F: 0216 634 12 50 | www.npistanbul.com

HİZMETE ÖZEL



Sayı :-605.99/ 42
Konu :Araştırma İzni Hk.

10/04/2017

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI'NA

"Evde bakım gören Şizofreni hastaları ile bakım merkezinde bakım gören Şizofreni hastalarının Depresyon ve işlevsel iyileşme düzeyleri açısından karşılaştırılması" isimli çalışmanın, Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunuzca verilecek etik onay sonrasında Özel NPİSTANBUL Beyin Hastanesi'nde yapılmasına izin verilmiştir.
Gereğini bilgilerinize Arz ve rica ederim.

Uzm. Dr. Boray ERDİNÇ

Mesul Müdür

HİZMETE ÖZEL

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://ebys.uskudar.edu.tr/enVision/Dogrula/6LK471>



NPİSTANBUL Beyin Hastanesi Bilim Ortağı

Noropskiyatri | Bağımlılık | Beyin Cerrahisi

NP.FR.145 Revizyon No:4 (09.01.2017)

ÖZGEÇMİŞ

Adı-Soyadı : Seda SANCAKTAR

Doğum yeri : İstanbul

Doğum Tarihi : 16.06.1991

Eğitim Durumu:

2015-2017 : Üsküdar Üniversitesi - Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı (Tez döneminde bulunmaktayım)

2010-2015 : Girne Amerikan Üniversitesi - Beşeri Bilimler Fakültesi - Psikoloji Bölümü

2005-2009 : Pendik Anadolu Lisesi

Yabancı Dil:

İngilizce : (İyi)

Sırpça-Boşnakça : (Başlangıç)

Bilgisayar Bilgileri:

Microsoft Office Programları (Word, Excel, Powerpoint)

İş Deneyimi:

2016 – (devam ediyor) : Özel Çınar 2 Engelli Bakım Merkezi (Psikolog)

Alınan Eğitimler/Testler:

Neuro-Linguistic Programming (NLP), WISC-R, Catell 2A Zekâ Testi, Catell 3A Zekâ Testi, Porteus Labirentleri, Kent E.G.Y., MMPI (Minnesota Kişilik Envanteri), AGTE (Ankara Gelişim Envanteri), Banton Görsel Bellek Testi, SCL90-R Psikolojik Belirti Tarama Testi, KSE (Kısa Semptom Envanteri), BEIER Cümle Tamamlama Testi (A ve B Formu),