

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA İYİLEŞME: ÖZNEL İYİLEŞME İLE NESNEL İYİLEŞME ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI

Kübra İPÇİ

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Ruhsal Rehabilitasyon Programı için Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

KOCAELİ
2019

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA İYİLEŞME: ÖZNEL İYİLEŞME İLE NESNEL İYİLEŞME ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI

Kübra İPÇİ

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Ruhsal Rehabilitasyon Programı için Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

Tez Danışmanı: Prof.Dr. Mustafa YILDIZ

Etik Kurul Onay Nu: KÜ GOKAEK 2017/2.14

Proje Nu: 2017/24

KOCAELİ

2019

KABUL VE ONAY

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

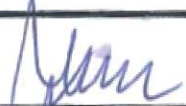



Tez Adı: Şizofreni Hastalarında İyileşme: Öznel İyileşme İle Nesnel İyileşme Arasındaki İlişkinin Araştırılması

Tez yazarı: Kübra İPÇİ

Tez savunma tarihi: 30.04.2019

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mustafa Yıldız

Bu çalışma, sınav kurulumuz tarafından Ruhsal Rehabiltasyon Anabilim Dalında BİLİM UZMANLIĞI TEZİ olarak kabul edilmiştir.

SINAV-KURULU ÜYELERİ		İMZA
ÜNVANI	ADI SOYADI	
BAŞKAN	Mustafa Yıldız	
ÜYE(DANIŞMAN)	Mustafa Yıldız	
ÜYE	Doç.Dr. Hülya Bilgiş	
ÜYE	Doç.Dr. Elif Tatlıdil Yaylacı	
ÜYE		

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

30.4.2019

Prof. Dr. Sema Aşkın KEÇELİ

KOÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



ÖZET

Şizofreni Hastalarında İyileşme: Öznel İyileşme İle Nesnel İyileşme

Arasındaki İlişkinin Araştırılması

Amaç: Şizofrenide iyileşme, belirti şiddetinde azalma ve hastalık öncesi işlevselliği yeniden kazanma gibi nesnel; umut, yaşam doyumu, destekleyici ilişkiler ve sorumluluk alma gibi öznel öğelerin etkileşimde olduğu çok boyutlu bir kavramdır. Araştırma iyileşmenin öznel boyutunun ayaktan tedavisi sürdürülen bir grup şizofreni hastasında nesnel iyileşme düzeyleri ile ilişkisini incelemek amacıyla gerçekleştirildi.

Yöntem: Tedavisini ayaktan sürdüren 120 hasta Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PNSÖ), Klinik Genel İzlenim-Şiddet (KGİ-Ş), İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi (İGD), Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği (ÖZİDÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ) ve Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ) ile değerlendirildi. Veriler tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, spearman korelasyon analizi, Mann-Whitney U testi ve Linear Regresyon analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Katılımcıların %77'si erkek, %80'i bekar ve %77'si işsizdi. Hastalık başlangıç yaşı ile öznel iyileşme puanı arasında düşük düzeyde negatif ilişki ($r=-0.21$ $p<0,05$) bulundu. Öznel iyileşme; hKGİ-Ş ($r=-0.25$ $p<0,05$), PNSÖ toplam puanı ($r=-0.29$) ile düşük derecede ilişki gösterdi. Kadınların ve şizoaffektif bozukluk tanısı olan bireylerin öznel iyileşme puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi. Benlik saygısı ($r=0.56$ $p<0,05$) toplumsal işlevsellik ($r=0.43$ $p<0,05$), içselleştirilmiş damgalama ($r=-0.38$ $p<0,05$) depresyon ($r=-0.59$, $p<0,05$) ve umutsuzluk düzeyleri ($r=-0.55$, $p<0,05$) öznel iyileşme algısı ile ilişkili bulundu. İkili karşılaştırmalarda öznel iyileşme ile ilişkili bulunan değişkenler regresyon analizine alındığında [$X_2=8,601$, $df=13$, $p=0.000$, $R^2=0.513$] cinsiyet, benlik saygısı, depresyon ve umutsuzluk düzeyinin öznel iyileşme algısı ile daha güçlü ilişki gösterdiği belirlendi.

Sonuç: Öznel iyileşme algısının nesnel iyileşme ölçütleri ile düşük oranda ilişkili bulunması iyileşmenin hastalar ve ruh sağlığı çalışanları tarafından farklı kavramsallaştırıldığını göstermektedir. Araştırma bulgularından hareketle iyileştirim sürecinin planlanmasında iyileşmenin nesnel ve öznel boyutlarının birlikte ele alınmasının hizmetlerin etkinliğini arttıracığı söylenebilir.

Anahtar Sözcükler: Şizofreni, Şizofrenide İyileşme, Öznel İyileşme

ABSTRACT

Recovery in Schizophrenia Patients: Investigating The Relationship Between Subjective Recovery and Objective Recovery

Objective: This study was carried out with the purpose of investigating the relationship between the subjective dimension of recovery and objective recovery levels in a group of schizophrenia patients who were followed up as outpatients.

Method: 120 outpatients were assessed by the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Clinical Global Impression – Severity of Illness (CGI-SI), Global Assessment of Functioning (GAF), Recovery Assessment Scale (RAS), Beck's Depression Inventory (BDI), Beck's Hopelessness Scale (BHS), Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) and Social Functioning Assessment Scale (SFAS). The data were analyzed by using descriptive statistical analysis methods, Spearman's correlation analysis, Mann-Whitney U test and linear regression analysis.

Results: Among the participants, 77% were male, 80% were single and 77% were unemployed. There was a weak and negative relationship between age of disease onset and subjective recovery scores ($r=-0.21$ $p<0.05$). Subjective recovery was weakly related to CGI-SI ($r=-0.25$ $p<0.05$) and PANSS total scores ($r=-0.29$). The subjective recovery scores of the women and those who had schizoaffective disorder diagnoses were significantly higher. Perception of subjective recovery was found to be related to self-esteem ($r=0.56$ $p<0.05$), social functioning ($r=0.43$ $p<0.05$), internalized stigma ($r=-0.38$ $p<0.05$), depression ($r=-0.59$ $p<0.05$) and hopelessness ($r=-0.55$ $p<0.05$) levels. In the pairwise comparisons, when the variables that were found to be related to subjective recovery were subjected to regression analysis [$X_2=8.601$, $df=13$, $p=0.000$, $R^2=0.513$], it was found that sex and levels of self-esteem, depression and hopelessness had stronger relationships with perception of subjective recovery.

Conclusions: The finding that the subjective recovery perceptions of individuals with schizophrenia were weakly related to objective recovery criteria showed that recovery is conceptualized differently by patients and mental healthcare professionals. Considering the findings of the study, it may be argued that considering the objective and subjective dimensions of recovery together in planning the treatment process will increase the effectiveness of the services.

Keywords: Schizophrenia, Recovery in Schizophrenia, Personal Recovery

TEŞEKKÜR

Ruhsal Rehabilitasyon yüksek lisans programının açıldığı günden bu yana iyi bir eğitim alabilmemiz için çalışan, bilgi ve tecrübeleriyle geliŐimimize destek olan tez danıŐmanım Sayın Prof.Dr. Mustafa YILDIZ baŐta olmak üzere eğitim sürecimizde emeği geçen kıymetli hocalarıma,

Çalışma süresince desteğini esirgemeyen değerli arkadaŐlarım ArŐ. Gör. Aysel İncedere, ArŐ.Gör. Fatma Betül Abut ve Psikolog AyŐe Kırçalı'ya, klinik değerlendirmeleri gerçekleŐtiren Uzm. Dr. Fatma Kiras, ArŐ.Gör. Mehmet Buğrahan Gülcan ve ArŐ.Gör. Duygu Esen'e, kendilerinden çok Şey ğrendiğim İzmit Bizim Bahçe Şizofreni Yakınları DayanıŐma Derneği yelerine,

Sevgi ve güvenleriyle her adımımda yanımda olan aileme ve zlemimi derinden hissettiğim anneanneme teşekkür ederim.

TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ

Tezimde başka kaynaklardan yararlanılarak kullanılan yazı, bilgi, çizim, çizelge ve diğer malzemeler kaynakları gösterilerek verilmiştir. Tezimin herhangi bir yayından kısmen ya da tamamen aşırma olmadığını ve bir İntihal Programı kullanılarak test edildiğini beyan ederim.

01.04.2019

Kübra İPÇİ



İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ	vii
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ÇİZELGELER DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Şizofrenide İçgörü	2
1.2. Şizofrenide İyileşme	3
1.2.1 Şizofrenide Nesnel İyileşme	3
1.2.2. Şizofrenide Öznel İyileşme	5
1.3. Şizofrenide Öznel İyileşmenin Öğeleri	6
1.3.1. Umut	6
1.3.2. Benlik Saygısı	7
1.3.3. Depresyon	7
1.3.4. Toplumsal Destekler	8
1.3.5. Yaşam Doyumu	9
1.3.6. Maneviyat	9
1.3.7. Toplumsal İşlevsellik	10
1.3.8. İyileşme Sorumluluğunu Alma	11
1.3.9. Damgalamaya Direnç	12
2. AMAÇ	14
3. YÖNTEM	15
3.1. Araştırmanın Tipi	15
3.2. Araştırma Yerinin Seçimi	15
3.3. Araştırma Evreni Örneği ve Özellikleri ile Örnekleme Tekniği	15
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenlerinin Belirlenmesi	16
3.5. Kullanılan Terim, Sınıflandırma, Yöntem ve Ölçütlerin Açıklanması	16
3.6. Araştırmada Kullanılan Araç-Gereçlerin Tanımlanması	16
3.6.1. KOÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Hasta Kayıt Formu	16
3.6.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği	16
3.6.3. Klinik Genel İzlenim-Şiddet	17
3.6.4. İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi	17
3.6.5. Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği	17
3.6.6. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği	17
3.6.7. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	18
3.6.8. Beck Umutsuzluk Ölçeği	18
3.6.9. Beck Depresyon Ölçeği	18
3.6.10. Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği	18
3.7. Alınan Etik Kurul Onayının Yeri ve Numarası	19
3.8. Veri Çözümlemesi ve Kullanılan İstatistiksel Testlerin Tanımlanması	19
4. BULGULAR	20
4.1. Hastaların Nüfus Ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular	20
4.2. Nesnel ve Öznel İyileşme İlişkisine İlişkin Bulgular	22
4.3. Öznel İyileşmenin Öğelerine İlişkin Bulgular	23
4.4. Öznel İyileşme ile Güçlü İlişki Gösteren Değişkenlere İlişkin Bulgular	24

5. TARTIŞMA	26
5.1.Öznel İyileşme Algısına İlişkin Demografik Bulguların Tartışılması	26
5.2.Nesnel ve Öznel İyileşme İlişkinine İlişkin Bulguların Tartışılması	28
5.3.Öznel İyileşmenin Öğelerine İlişkin Bulguların Tartışılması	30
5.4. Sınırlılıklar	35
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	36
KAYNAKLAR DİZİNİ	39
ÖZGEÇMİŞ	
EKLER	



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- APA: Amerikan Psikoloji Birliği
- BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği
- BPRS: Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği
- BSDÖ: Benlik Saygısını Değerlendirme Ölçeği
- BUÖ: Beck Umutsuzluk Ölçeği
- CDÖ: Calgary Depresyon Ölçeği
- CRH: Ciddi Ruhsal Hastalık
- CES-D: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası
- CÜPCİDÖ: California Üniversitesi Performansa Dayalı İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği
- DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
- DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
- EKT: Elektro Konvülsif Tedavi
- İDÖ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği
- İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi
- İSA: İyileşme Süreci Anketi
- İTA: İyileşme Tarzı Anketi
- KGİ-Ş: Klinik Genel İzlenim Şiddet
- KOÜ: Kocaeli Üniversitesi
- NTAÖİÖ: Nöroleptik Tedavi Altında Öznel İyilik Ölçeği
- ÖziDÖ: Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği
- PNSÖ -: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği Negatif Belirtiler Alt Ölçeği
- PNSÖ +: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği Pozitif Belirtiler Alt Ölçeği
- PNSÖ GP: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği Genel Psikopatoloji Alt Ölçeği
- PNSÖ İ: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği İçgörü Maddesi
- PNSÖ T: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği Toplam Puanı
- PNSÖ: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği
- PSP: Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği
- RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
- RHİDÖ: Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği
- SANS: Negatif Septomları Değerlendirme Ölçeği

SİDÖ: Schedule İçgörüyü Değerlendirme Ölçeği

SPSS: Sosyal Bilimler için İstatistik Programı

SUÖ: Sürekli Umut Ölçeği

ŞİLÖ: Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği

TİDÖ: Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği

TMİDÖ: Toplumsal ve Mesleki İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği

WHOQOL-BREF: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kısa Formu

YDÖ: Yaşam Doyumu Ölçeği



ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 4.1. Hastaların nüfus ve klinik özellikleri	20
Çizelge 4.2. Ölçek puanlarının ortalama ve standart sapmaları	21
Çizelge 4.3.Öznel iyileşme puanı ile nüfus ve klinik kategorik veriler arasındaki ilişki....	21
Çizelge 4.4. Öznel İyileşme puanı ile sürekli değişken özelliği gösteren nüfus ve klinik veriler arasındaki ilişki	22
Çizelge 4.5.Öznel iyileşme ve klinik ölçek puanları arasındaki ilişki	22
Çizelge 4.6. Hasta gruplarının öznel iyileşme puanlarının karşılaştırılması	23
Çizelge 4.7. Öznel iyileşme ile depresyon, umutsuzluk, benlik saygısı, içselleştirilmiş damgalama ve toplumsal işlevsellik ölçek puanları arasındaki ilişki.....	23
Çizelge 4.8. Toplumsal işlevsellik alt ölçek puanları ile öznel iyileşme ilişkisi.....	24
Çizelge 4.9.İçselleştirilmiş damgalama alt ölçek puanları ile öznel iyileşme ilişkisi	24
Çizelge 4.10. Öznel iyileşme puanını yordayan etmenlerin linear regresyon sonuçları	25

1.GİRİŞ

Ruh sağlığı alanında iyileşme ve yinelemelerle giden, süreğen özellik gösteren ve yetiyitimine sebep olan hastalıklar ciddi ruhsal hastalık (CRH) olarak nitelendirilir. Şizofreni, şizoaffektif bozukluk, iki uçlu bozukluk, alkol madde bağımlılığı, yineleyen ağır çöküntü hastalığı ve takıntı zorlantı bozukluğu CRH kapsamında değerlendirilmekte, tüm tedavi girişimlerine rağmen tam olarak iyileşmeyen hastalık belirtileri bireylerin yetiyitimi yaşamasına neden olmaktadır. Yetiyitimi ilişkiler, eğitim-meslek, bağımsız yaşam, toplumsal katılım gibi konularda bireyin kendisinden beklenen görev ve işlevleri yerine getirebilme kapasitesinde azalma ya da yoksunluk olarak tanımlanır (Lieberman ve Kopelowicz 2005). Tedaviye rağmen tam olarak geçmeyen inatçı belirtiler, dikkati sürdürmede güçlük, toplumsal/duygusal işaretleri doğru anlamlandıramama, sorun çözmeye becerilerinde azalma gibi bilişsel bozulmalar yetiyitiminin kapsamını genişletmekte, tedavisiz geçen sürenin uzaması, bütüncül tedavi hizmetlerine ulaşma güçlükleri, sık yinelemeler ve hastane yatışları da yetiyitiminin derecesini arttırarak bağımsız yaşamı güçleştirmektedir. Söz konusu nedenlerle bireyin başkalarının bakımına olan gereksiniminin artması iyileşme hissi ve benlik saygısını olumsuz etkileyerek depresyon görülme riskini yükseltmektedir (Meerding ve diğ. 1998).

Ciddi ruhsal hastalıklar arasında hastalığın doğası ve bütüncül tedavi olanaklarının kısıtlılığı nedeniyle yetiyitiminin en yoğun hissedildiği hastalık olan şizofreni; genellikle 15-25 yaş aralığında görülen, düşünce, algı, duygulanım ve bilişsel boyutlarda ortaya çıkan bozulmalar sonucu bireyin kişilerarası ilişkiler, toplumsal ve mesleki işlevsellik gibi çeşitli alanlarda sorunlar yaşamasına yol açan bir hastalıktır. (Aghevli ve diğ. 2003, Öztürk ve Uluşahin 2015).

Şizofreninin dünya genelinde yaşam boyu görülme sıklığı 1/100, toplumsal yaygınlığı 5/1000 olarak bildirilmektedir (Singleton ve diğ. 2003). Sistematik bir gözden geçirme çalışmasının verilerine göre Türkiye'de bu oran 8,9/1000 dur (Binbay ve diğ. 2011).

1.1. Şizofrenide İçgörü

İçgörü kavramı, geniş anlamıyla kişinin sorunlarına yönelik farkındalık düzeyi olarak ifade edilebilir. Ruhsal hastalıklarda bu farkındalık uzun yıllar var- yok şeklinde kesin çizgilerle değerlendirmiş olsa da kavramın çok boyutlu özellik göstermesi değerlendirme ölçütlerinin genişletilmesini gerekli kılmıştır. David içgörünün kişinin bir ruhsal hastalığı olduğunun farkında olması, hastalığının belirtilerini tanıması ve tedavi gerekliliğini kavraması olarak üç boyutta değerlendirilmesi gerektiğini dile getirmiştir (David 1990). Günümüzde klinik bağlamda içgörünün değerlendirilmesinde kullanılan bu ölçütlerle gerçekleştirilen çalışmalarda şizofreni hastalığı olan bireylerin %50-80' inin yeterli düzeyde içgörüyeye sahip olmadığı bildirilmiştir (Amador ve Gorman 1998, Lincoln ve diğ. 2007). Ancak Jaspers'ın hastaların ruhsal toplumsal girişimlere uzun süreli katılımları sonucunda öğrenilmiş bir içgörü geliştirebileceği, kendilerine hastalıkları ile ilgili soru yöneltildiğinde sanrı ve varsanılarının ruhsal hastalıklarından kaynaklandığını ifade ederken, derinlemesine incelendiğinde söz konusu deneyimlerinin gerçekliğine inandıklarının görülebileceğine yönelik görüşleri (Jaspers 1997) göz önüne alındığında bu oranın belirlenenden çok daha yüksek olabileceği düşünülmektedir.

Şizofreni hastalığı olan bireylerde içgörünün iyileşmeye etkisinin belirlenmesine yönelik çalışmaların sonuçları, iyileştirim girişimlerinin planlanmasında dikkatli ele alınması gereken bir kavram olduğunu göstermektedir. İçgörü kazanımının hastalık belirtilerinde azalma, tedavi uyumunun güçlenmesi, daha yüksek toplumsal işlevsellik düzeyi sağlama (Lincoln ve diğ. 2007, Mohamed ve diğ. 2009) gibi istendik etkilerinin yanında benlik saygısı ve yaşam kalitesinde azalmayla birlikte umutsuzluk, depresyon ve intihar eğilimi ile ilişkili bulunması (Barret ve diğ. 2010, Cooke ve diğ. 2007, Drake ve diğ. 2004, Hasson-Ohayon ve diğ. 2009, Lysaker ve diğ.2007, Valiente ve diğ. 2011) içgörü kazandırmaya yönelik ruhsal toplumsal programların benlik saygısını güçlendirme, umut aşılama ve ruhsal iyilik halinin artırılmasına yönelik destekleyici etmenleri de içermesini gerekli kılmaktadır.

1.2. Şizofrenide İyileşme

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) belirlediği yetiyitimine yol açan ilk 10 hastalık içerisinde yer alan şizofreni süreğen ve yetiyitimiyle giden bir hastalık olarak tanımlanmasına rağmen uzun süreli izlem çalışmalarının bulguları hastaların önemli bir kısmında iyileşme görüldüğünü ortaya koymaktadır (Zipursky ve diğ. 2014).

Şizofrenide Belirtisel Düzelmeye Çalışma Grubu'nun belirlediği düzelme ölçülerini karşılama oranları % 22 ile % 62 aralığında bildirilmekte, (Helldin diğ. 2007, Buckley ve diğ. 2007, Hert ve diğ. 2007, Kane ve diğ. 2007, Emsley ve diğ. 2007, Emsley ve diğ. 2008). Toplumsal görevleri yerine getirebilme, çevresiyle uyumlu ilişkiler kurma, son iki yıl içerisinde alevlenme yaşamamış olma gibi iyileşme ölçütlerini karşılayan hasta oranlarının da %15- 35 arasında olduğu ifade edilmektedir (Jung ve ark. 2011, Lambert ve diğ. 2008, Yıldız 2017).

Şizofrenide iyileşme kavramı için çeşitli tanımlamalar yapılmıştır (Lieberman 2008). Girişimlerin etkililiğini değerlendirebilmek ve sürecin verimli planlanmasını sağlayabilmek amacıyla ruh sağlığı çalışanları ve sağlık hizmetlerinden yararlanan bireyler iyileşme kavramının ölçülebilir ve kolay anlaşılabilir olması gerektiğini ifade etmişlerdir (Davidson ve diğ. 2005). Ancak hastaların, ailelerin ve ruh sağlığı çalışanlarının iyileşme sürecindeki beklenti farklılıkları genelgeçer bir iyileşme çerçevesi belirlemeyi zorlaştırmaktadır.

Ruh sağlığı çalışanları açısından iyileşme genel olarak uzun süreli bir belirtisel düzelme hedefi olarak ifade edilmekte (Andreasen ve diğ. 2005) ve nesnel ölçütler kullanılarak değerlendirilmektedir.

1.2.1 Şizofrenide Nesnel İyileşme

Nesnel iyileşme; hastalık belirtilerinin ortadan kalkması ya da klinik anlamlılık düzeyinin altına düşmesi (belirtisel düzelme/remisyon) ve işlevsellikte hastalık öncesi duruma uzun süreliğine geri dönüş olarak tanımlanır (Stotland ve diğ. 2008).

Nesnel iyileşmenin değerlendirilmesinde ana ölçütlerden olan belirtisel düzelme kavramı Şizofrenide Belirtisel Düzelmeye Çalışma Grubu tarafından hastalığın çekirdek belirtilerinin kişinin yaşamını ciddi oranda etkilemeyecek düzeye inmesi yani Pozitif ve

Negatif Sendrom Ölçeği (PNSÖ) ve Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği'nden (BPRS) düşük puanlar (PNSÖ maddelerinden ≤ 3 ; BPRS maddelerinden ≤ 4) alması olarak belirtilir.

Çalışmalarda çeşitli nesnel iyileşme ölçütlerine yer verildiği görülmektedir.

Tolgersen şizofrenide iyileşme ölçütlerini;

- Belirtilerin klinik anlamlılık düzeyinin altında olması,
- En az beş yıldır hastane yatışının olmaması,
- İlaç kullanmaya gereksinim duymama ya da düşük dozda kullanma,
- Normal düzeyde ruhsal-toplumsal işlevselliğe sahip olma (İşlevselliğin Genel Değerlendirmesinden 65 ve üzerinde puan alma) olarak belirlemiştir (Tolgersen 1999).

Liberman ise iyileşme ölçütlerini ;

- BPRS pozitif ve negatif belirti alanlarından 4 veya altında puan almak,
- Tam ya da yarı zamanlı bir işte çalışmak / okula devam etmek
- Aile ya da bakımveren desteğine gerek duymaksızın bağımsız bir hayat sürdürebilmek
- Devlet tarafından sağlanan engelli aylığına/yardımlarına tamamen bağımlı olmamak
- Arkadaşlık ilişkileri geliştirebilmek ve arkadaşları ile haftada en az bir kez buluşmak (Liberman ve diğ. 2002) olarak belirtmiş ve iyileşmenin gerçekleşmesinden bahsedebilmek için yukarıdaki ölçütlerin en az iki yıl sürmesi gerektiği vurgulanmıştır (Liberman ve Kopelowicz 2005).

Klinisyenlerin nesnel ölçütlerin değerlendirilmesini baz alarak oluşturduğu iyileşme kavramında sıklıkla dile getirdikleri noktalar bağımsız yaşam, toplumsal uyum, iş sahibi olma, eğlenti etkinliklerine katılım ve iki yıllık süre boyunca depresme yaşamamadır (Warner 2007, Lunt 2002).

Alanyazında yer alan nesnel iyileşme ölçütleri incelendiğinde klinisyenler için iyileşme sürecinde belirtisel düzelmenin yanısıra belirli alanlarda hastalık öncesi yeterlikleri yeniden kazanma yani işlevsel iyileşmenin de ortak ve öncelikli hedef olduğu söylenebilir.

İşlevsel iyileşme hastalığın doğası ve tedavi gerekliliği konusunda içgörüyü sahip olma, rekabetçi ve gelir getiren bir işte çalışabilme ya da okula devam edebilme, özbakımını, para yönetimini gerçekleştirebilme, arkadaşlık ilişkileri geliştirebilme ve sürdürebilme, kendisinden beklenen görevleri yerine getirerek toplumla uyum içerisinde yaşamını sürdürebilme olarak ifade edilebilir.

Şizofrenide Belirtisel Düzeltme Çalışma Grubuna göre iyileşmenin gerçekleşmesinde belirtilerde düzelmenin sağlanması gereklidir (Emsley ve diğ. 2011). Ancak iyileşmenin belirtisel düzeltmeye kıyasla daha zorlayıcı ve uzun zaman gerektiren bir hedef olduğu göz önüne alındığında belirtilerin düzelmesi tek başına yeterli olmamakta, bilişsel yetiler, toplumsal işlevsellik gibi pek çok alanda da gelişim gerekmektedir.

Belirtilerin yok edilmesinin ya da etkililiğinin azaltılmasının iyileşme sürecinin merkezinde yer alıp almayacağına ilişkin tartışmalar sürmekte, ruh sağlığı çalışanları ile hastalığı yaşayan bireylerin iyileşme tanımlamaları farklılık göstermektedir (Lieberman ve Kopelowicz 2005, Roberts ve Wolfson 2004). Ruh sağlığı çalışanlarının nesnel ölçütlere dayanan tanımlamalarının aksine hastaların öznel deneyimlerini ölçüt olarak alan ve belirtilere rağmen iyilik halinin yakalanabileceğini savunan öznel iyileşme tanımlamaları giderek yaygınlaşmaktadır.

1.2.2.Şizofrenide Öznel İyileşme

Roberts ve Wolfson bireylerin hastalığın varlığında yani belirtilerin tamamen ortadan kaldırılamadığı durumlarda bile iyileşme yolcuğuna çıkabileceğini ve toplumla uyum içerisinde üretken bir yaşam sürebileceğini belirterek iyileşmenin belirtilerin varlığından bağımsız öznel yanına vurgu yapmıştır (Roberts ve Wolfson 2004).

Antony'e göre iyileşme hastalığın kısıtlayıcı etkilerine rağmen umut dolu, tatmin edici ve üretken yaşam sürmenin kişisel bir yoludur. Bu yol yeni hedefler ve yaşam amaçları belirlemeyi de içermelidir (Antony 1993).

Slade'e göre öznel iyileşme bireyin içinde bulunduğu durağan konumdan çıkıp dönüşüm sürecinde tekrar tekrar denemede bulunma cesaretini göstermesini gerektirir. Bu denemelerin başarıya ulaşma şansı kişinin hastalığı kendi kimliği olarak görmekten uzaklaşma derecesi ile doğru orantılıdır (Slade 2009).

Deegan' a göre iyileşme bir hedef ya da tedavi çıktısı değil kişisel bir yolculuktur (Deegan 1997). Bu yolculuk sürekli doğrusal devam etmek zorunda değildir. Yaşamın kendisi gibi iniş çıkışlar gösterebilir bazen de bir atak sonrası en baştan başlamayı gerektirebilir (Jacob 2015).

Öznel iyileşme kavramının iyileşme sürecindeki bireysel beklentileri temel alması nedeniyle iyileşme yolculuğuna çıkan birey sayısınca farklı tanımlaması yapılabilir. Özneliğin doğurduğu çeşitliliğe rağmen yapılan tanımlamaların üç alanda uzlaşıya vardıkları görülmektedir. Bu alanlar 1) iyileşme beklentisi/umut 2) öznelik 3) sorumluluk alma yani bireyin kendi iyileşme sürecinde etkin rol alması, ihtiyaç ve hedeflerine yönelik farkındalık kazanarak eyleme geçmesidir (Lysaker ve diğ. 2018). Bu uzlaşma alanları Schrank ve Slade'in öznel iyileşmenin öğelerine yer veren iyileşme tanımlamalarına vurgu yapmaktadır.

Schrank ve Slade' e göre iyileşme; umut, benlik saygısı, toplumsal kaynaklardan yararlanabilme, sorumluluk alma, tatmin edici ilişkiler, amaç belirleme, hastalığı kabullenme, belirti yönetimi ve damgalama ile mücadele öğelerini içerir (Schrank ve Slade 2007).

1.3. Şizofrenide Öznel İyileşmenin Öğeleri

1.3.1. Umud

Umud genellikle geleceğe yönelik olumlu beklentiler içinde olma ve zorluklarla başedebilme becerisi konusunda bireyin kendine duyduğu güven olarak ifade edilir (Öz, 2004). Şizofreni hastalığı olan kişilerin bildirdikleri umud düzeyleri toplum ortalamasından daha düşük olmaktadır (Hayes ve diğ. 2017). Umud seviyesindeki bu düşüş öznel iyilik halini de olumsuz etkilemekte (Hasson-Ohayon ve diğ. 2009), depresyon ve intihar riskini arttırmaktadır (Yanos ve diğerleri, 2008). Uyum sağlama, terapötik değişim, bilişsel esneklik, iyileşme sürecinin başlatıcısı ve sürdürücüsü olma gibi önemli işlevleri nedeniyle (Deegan 1988, Anthony 1993, Jacobson ve Greenely 2001, Hasson-Ohayon ve diğ. 2009, Holloway 2008, Bonney 2008, Ong 2006, Hayes 2007, Schrank 2008) CRH'si olan bireylere umud aşlamaya yönelik çalışmalar, yaşam kalitesinin yükselmesini sağlayan girişimler içerisinde yer almaktadır (Hasson-Ohayon ve diğ. 2009, Mashiach-Eizenberg ve

diğ. 2013). İyileştirim çalışmalarının planlanma sürecinde umudun bu işlevsel rolünü göz önünde bulundurmak iyileşme hedeflerine ulaşmayı hızlandıracaktır.

1.3.2. Benlik Saygısı

Bireyin kendisine yönelik tutumlarının tamamı olarak kavramsallaştırılan benlik saygısı (Rosenberg ve diğ. 1995) yaşantı yoluyla edinilen algısal bir çerçevedir. Bireyin hayata dair amaçlar belirlemesi, bu amaçlarını gerçekleştirebilmesini sağlayacak beceriler geliştirmesi, yeterliklerine güven duyması, toplum tarafından benimsenen bir kişi olması, genel olarak kendisine dair olumlu tutumlar göstermesi benlik saygısının oluşumunda etkilidir. Bu sayılanların yanısıra bireyin yakın ve uzak çevresindeki insanlar ile geliştirdiği ilişkiler de süreçte etkin rol oynamakta ve çevreden aldığı geribildirimler benlik saygısı düzeyini, dolayısıyla da davranışlarını ve ruhsal iyilik halini etkilemektedir (Özkan 1994).

Hastalığın doğası gereği ortaya çıkan yetiyitimi, kişilerarası ilişkilerde yaşanan sorunlar, umutsuzluk, damgalanma, çalışma hayatından uzaklaşma gibi nedenlerle şizofreni hastalarında benlik saygısının düşük olduğu bildirilmektedir (Pehlivan 2006, Borrás ve diğ. 2009). Bu durum depresyon ve yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuştur (Lysaker ve diğ. 2009). Söz konusu etkileri nedeniyle şizofreni hastalığı olan bireylerin ulaşılabilir hedefler belirleme ve bu hedefleri gerçekleştirebilmek için çaba gösterme, iş hayatına dönüp yeniden üretken olma, belirti yönetimi ve damgalama hissiyle etkin mücadele gibi konularda desteklenmesi benlik saygısının yükselmesi ve öznel iyilik halinin artmasını sağlayan yerinde girişimler olacaktır (Van Dongen 1999).

1.3.3. Depresyon

Depresyon, çökkün ve bunaltılı duygudurum, enerji azlığı, değersizlik, suçluluk hisleri, dikkat sağlamada güçlük gibi belirtilerle seyreden ve kişinin hayattan eskisi gibi zevk almasını zorlaştıran ruhsal bir bozukluktur (Öztürk ve Uluşahin 2011). Halk sağlığını en çok tehdit eden rahatsızlıklardan olan depresyonun yaygınlığı çalışmalarda %1,5 ile %19 arasında bildirilmektedir (Atmaca ve Durat 2016). Depresyon doğası gereği yetiyitimine yol açarak yaşam kalitesini olumsuz etkiler ve işgücü kayıplarına neden olur (Aydemir ve diğ. 2009, Olchanski ve diğ. 2013).

Şizofreni ile depresyon uzun yıllardır birlikte anılmaktadır. Bu durum üzerinde şizofreninin toplumdan çekilme, hazyitimi gibi yoksunluk belirtileri ve ilaç yan etkilerinin

depresyon belirtilerine benzerlik göstermesinin ayırıcı tanıyı zorlaştırmasının yanısıra şizofreni hastalarında depresyon görülme sıklığının fazla olmasının da etkili olabileceği düşünülmektedir (Escamilla 2001). Önceki çalışmalarda depresyonun şizofreni sonrasında ortaya çıktığı ifade edilmekte iken günümüzde hastalığın her evresinde depresyonun görülebildiğini bildiren kanıtların artmasıyla şizofreni hastalarında depresyon ek tanı olarak değerlendirilmeye başlamıştır (Siris ve diğ.2001). Şizofreniye eşlik eden depresyonun yayınlığının %20-80 oranında olduğu tahmin edilmektedir (Peuskens 1996).

Siris şizofrenide depresif belirtileri inceleyen 30 çalışmanın yer aldığı metaanalizinde depresif belirtilerin ortalama %25 oranında görüldüğünü bildirmiştir (Siris 2001).

Yetiyitimiyle giden ciddi bir ruhsal hastalık olan şizofreniye yine yüksek oranda yetiyitimine sebep olan depresyonun eklenmesi iyileşme sürecini olumsuz etkilemekte, depresme ve yinelemelerin yaşanmasına, hastanede yatış sürelerinin uzamasına, intihar riskinin artmasına ve yaşam kalitesinde düşüşe sebep olmaktadır (Sands ve Harrow 1999, Koreen 1993, Bechdolf ve diğ. 2003, Zisook ve diğ. 1999, Schennach-Wolff ve diğ. 2011).

1.3.4. Toplumsal Destekler

Bireyin zorlu yaşam olayları ile mücadele sürecinde kendisi haricinde çevresindeki tüm kişilerden (eş, aile, arkadaş, sağlık personeli vb.) gördüğü yardımlar toplumsal destek olarak ifade edilebilir (Güçlü ve diğ. 2016, Jung 1997). Ekonomik ve ruhsal konularda desteklenme, ilgi ve sevgi görme, saygı duyulma gibi pek çok alan toplumsal destek çatısı altında yer almaktadır (Caplan 1974, Cassel 1974, Cobb 1976, Robertson 1988, Pearson 1990). Genellikle zorlu yaşam olayları ile ilgili akla gelen bir kavram olan toplumsal destek temelde kişinin başarılarını, iyileşme yönünde attığı adımları yakınları ile paylaşabilmesi ve bu konuda onay görmesi gibi istendik durumlarla ilgili süreçleri de içermektedir.

Alanyazında toplumsal destek algılanan toplumsal destek ve sağlanan toplumsal destek olmak üzere iki yönlü olarak ele alınmaktadır. Algılanan toplumsal destek kişinin çevresindekilerin kendisine verdiği değer ve ihtiyaç duyduğunda yardımcı olabilecek kişilerin varlığına yönelik öznel algısı olarak ifade edilen niteliksel bir kavramdır (Stokes 1985, Özgür 1991, Kozacıoğlu ve Gördürür 1995, Kef 1997, Öntaş 1999, Eker ve diğ. 2001). Sağlanan toplumsal destek ise kişiye toplumsal destek kaynakları tarafından sunulan toplam toplumsal destek miktarı olarak tanımlanmakta ve toplam arkadaş sayısı, akrabalar

ile ilişki kurma sıklığı, dernekler, sivil toplum örgütleri gibi toplumsal yapılanmalara üyelik gibi niceliksel ölçümlere konu olmaktadır (Kef, 1997, Pines ve Zaidman, 2003).

İnsan doğasının vazgeçilmez gerekliliklerinden olan toplumsal destek; kaygıyı yönetme, başatme mekanizmalarını güçlendirme ve tedaviye uyumunu arttırma gibi etkileri nedeniyle özellikle süreğen hastalıklarda iyileşme sürecinde önemli rol oynamaktadır (Draine ve Solomon, 1994). Yapılan çalışmalar süreğen ruhsal hastalığa sahip kişilerin toplumsal desteğinin organik hastalığı olanlara kıyasla daha az olduğunu göstermektedir (Öntaş 1999, Eker ve diğ. 2000, Rodriquez ve diğ.2002). Ruhsal hastalıklarda algılanan toplumsal destek düzeylerinin en düşük olduğu grubu ise şizofreni hastaları oluşturmaktadır (Pehlivan 2004). Hastalığın doğası gereği kişilerarası ilişkilerin kısıtlı olması, damgalama, birincil bakımverici olan ailelerin zaman içerisinde yetiyitimi yaşamaları ya da hayatlarını kaybetmeleri desteğin azalma nedenleri olarak görülmektedir (McGlashan ve Carpenter 1981, Robertson 1988, Üstünsoy ve Çobanoğlu 2003, Arıcıoğlu 2008). Şizofrenide toplumsal desteğin tedavi uyumu, zorlu yaşam deneyimleriyle başatme, umut düzeyinde artış, damgalamayla mücadele ve benlik sayısının yükselmesi üzerindeki olumlu etkisi (Sorias 1988, Sorias 1992, Özgür 1993, Baltaş 2000) iyileştirim çalışmaları planlanırken dikkate alınması gereken öğeler arasında yer almasının gerekliliğini vurgulamaktadır.

1.3.5. Yaşam Doyumu

Bireylerin öz kaynak ve hedefleri çerçevesinde genel yaşam kalitelerini değerlendirmesi olarak tanımlanan yaşam doyumu, ilişkiler, çalışma yaşamı, toplumsal roller gibi pek çok alanı kapsayıcı özelliği nedeniyle hayata yönelik genel tutumları yansıtır (Diener ve Suh 1997).

Yaşam koşulları ya da durumsal değerlendirmeler değişiklik gösterebildiğinden durağan bir kavram olmayan yaşam doyumu belirlenen kişisel hedeflere ulaşma düzeyi, benlik saygısı, fiziksel ve duygusal iyilik hali, ekonomik durum, güvenli bir çevre ve toplumsal ilişkilerin kalitesi gibi değişkenlerle ilişki halindedir (Schmitter 2003, Khakoo 2004).

1.3.6. Maneviyat

Maneviyat bireyin yaşam anlamını bulmasına yardım eden, inanç ve değerler sistemini oluşturmasına kaynaklık ederek çevreyle ilişkilerini düzenleyen içsel bir güç

olarak tanımlanmaktadır (Peters 2008, Melike ve Elif 2017). Karmaşık yapısı ve soyut bir kavram olması nedeniyle ölçülmesi zor olan maneviyat kavramının önem kazanması ve sağlık araştırmalarına dahil edilmesi 1960 sonlarına denk gelmektedir (Bash 2004, Sperry ve Edward 2005). Son yıllarda DSÖ de din ve kişisel inanç kavramlarını yaşam kalitesinin belirlenmesinde önemli bir ölçüt olarak görmeye başlamıştır (Culliford 2002). Maneviyat içsel güç kaynağı olarak kullanılabilmesi ve yaşama tutunmaya destek olması (Como 2007) nedeniyle iyileşme sürecinin önemli bir ögesi olarak ele alınmaktadır.

Maneviyat bireyden bireye ya da kültürden kültüre değişiklikler göstermekle birlikte her daim yaşamın bir parçası olmuştur. İsviçre’de şizofreni hastaları ile yapılan bir çalışmaya katılanların üçte birinin dini bir topluluğa üye olduğu, üçte birinin de düzenli dini eylemlerde bulunmasa da maneviyatın hayatlarının önemli bir boyutunu oluşturduğunu ifade ettikleri görülmüştür. Avrupa ve Kuzey Amerika’da yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlara rastlanmaktadır (Kroll ve Sheehan 1989, Kirov ve diğ. 1998).

Araştırmacılar şizofreni hastalarında maneviyatın toplumsal uyumda artış, sigara ve madde kullanımında ve intihar girişiminde azalma, tedavi uyumunun yükselmesi, daha iyi yaşam kalitesi, yinelemelerde azalma ve daha yüksek iyileşme oranları ile ilişkili olduğunu bulmuştur (Mohr ve diğ. 2006, Huguelet ve diğ. 2009, Borrás ve diğ. 2008, Gaite ve diğ. 2002, Murray-Swank ve diğ. 2007, Gearing ve diğ. 2011, Mohr ve diğ. 2007, Coyle 2002, Hall 2006, Wong ve Lee 2008, Baldacchino ve Draper 2001, Ross 1995, Tongprateep 2000). Bu sonuçların yanısıra alanyazında maneviyata ilginin artmasının intihar girişimi riskini arttırdığını ve ruhsal tedavi girişimlerine başvuru oranlarını düşürdüğünü ortaya koyan veriler de bulunmaktadır (Huang ve diğ. 2011, Mohr ve diğ. 2006, Borrás ve diğ. 2007).

Şizofreni hastalığı olan bireylerin manevi ihtiyaçlarının daha iyi anlaşılması ve iyileştirim hizmetlerine uygun şekilde dahil edilmesi girişimlerin daha etkin ve ihtiyaca yönelik bir hal almasına yardımcı olacaktır (Sandeep ve diğ. 2014).

1.3.7.Toplumsal İşlevsellik

Toplumsal işlevsellik bireyin yaşamsal ihtiyaçlarını karşılayabilecek becerilere sahip olması, kendisinden beklenen toplumsal rolleri yerine getirebilmesi ve sağlıklı kişilerarası ilişkiler geliştirerek toplumla uyum içinde hayatını sürdürmesi şeklinde tanımlanabilir (Aydemir ve diğ.2009, Erol ve diğ. 2009, Yıldız ve diğ. 2017).

Bedensel ve ruhsal hastalıklar sonucu oluşan yetiyitimi bireyin toplumsal

işlevsellik düzeyinde azalmaya neden olur. Şizofreni hastalığı olan bireylerde bu azalma hem temel bir hastalık belirtisi hem de tanı ölçütüdür (Addington ve Addington 1999, Amerikan Psikiyatri Birliği 2005, Yamashita ve diğ. 2005).

Araştırmalar şizofreni hastalarında toplumsal işlevsellikteki azalmanın taşkınlık ve yoksunluk belirtileri, çökkün duygudurum, hastalığın doğası gereği ortaya çıkan toplumsal ipuçlarını anlama ve yüzdeki duygu ifadelerini doğru yorumlama becerilerindeki azalmanın yanısıra eğitim ve çalışma durumu, algılanan toplumsal destek gibi çevresel etmenlerle de ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Mueser ve diğ. 1997, Ihnen ve diğ. 1998, McGurk ve ark. 2000, Smith ve diğ. 2002, Hooker ve Park 2002, McDonald ve Badger 2002, Reine ve diğ. 2003, Kee ve diğ. 2003, Gorna ve diğ. 2007, Wittorf ve diğ. 2008, Mi-Ra ve diğ. 2012).

Toplumsal işlevsellik günlük hayatın merkezi öğelerini kapsamayı ve topluma yeniden uyum sürecinde öncelikli konumu nedeniyle hastalık-sağlıklılık değerlendirilmesi için önemli bir alan olarak kabul edilmekte ve iyileştirme çalışmalarının temel odakları arasında yer almaktadır (Tarrrier ve diğ. 1998, Addington ve Addington 1999, Burns ve Patrick 2007). Toplumsal işlevselliğin artırılmasına yönelik iyileştirme çalışmalarında ilaç tedavisine ek olarak ruhsal toplumsal beceri eğitimi, sorun çözme becerilerini geliştirme çalışmaları, toplumsal destek programları gibi yapılandırılmış müdahaleler giderek yaygınlaşmaktadır (Medalia ve diğ. 2000, Yıldız ve Yazıcı 2002, Yamaguchi ve diğ. 2006. Öztürk ve Uluşahin 2011, Mi-Ra ve diğ. 2012).

1.3.8. İyileşme Sorumluluğunu Alma

Ruh sağlığı alanında iyileşme yönelimli yaklaşımın yaygınlaşmaya başlamasıyla birlikte CRH'si olan bireyler edilgen rollerinden çıkıp iyileşme sürecinin etkin katılımcısı haline gelmeye başlamıştır (Herman 2011). İyileşme sürecindeki bu rol değişimiyle ortaya çıkan sorumluluk kavramı kişinin amaç belirleme, günlük yaşam, toplumsal ve mesleki ödevler gibi geniş çerçevede yaşamını bağımsız olarak düzenleme yetisi olarak tanımlanabilir (Shrank ve Slade 2007). Kişinin benlik saygısının yükselmesine katkıda bulunan sorumluluk kavramı “tedavi sorumluluğunu alma” alt başlığıyla kişinin davranışlarını ilgili sağlık personelinin önerilerine göre düzenlemesi olarak tanımlanan (Sajatovic ve diğ. 2010) tedavi uyumuyla eşdeğer kullanılmakta; hastalar, hasta yakınları ve son zamanlarda da ruh sağlığı çalışanları tarafından daha çok kabul görmektedir.

Tedavi sorumluluğunu alma kavramı iyileştirme hizmetlerine başvuruda bulunma,

reçete edilen ilaçları önerilen şekilde kullanma, randevuları aksatmama, uyarıcı işaretleri tanıma, kalıntı belirtilerle mücadele etme yöntemleri geliştirme ve ruhsal toplumsal beceri eğitimi programına katılma gibi iyileşme sürecine yönelik tüm adımları içermektedir.

İçgörü eksikliği, içselleştirilmiş damgalama, ilaç yan etkileri, yetersiz toplumsal destek, ekonomik güçlükler, madde bağımlılığı, depresyon gibi eş tanıların varlığı, kültürel inanışlar, tıp dışı tedavi arayışları, umutsuzluk gibi nedenlerle şizofrenide tedaviden kopma yüksek oranda görülmektedir (David 1990, Deane 2011, Kelleci ve Ata 2011, Tel ve Pınar 2012, Yılmaz ve Buzlu 2012, Byrne ve Gray 2012, Kousalya ve diğ. 2012, Umut ve diğ. 2012, Dikeç ve Kutlu 2014, Cavelti ve diğ. 2012). Tedaviden kopmanın yeniden atak geçirme olasılığının yükselmesi, aile yükünün artması, bireylerin iyilik hallerini ve ülke ekonomisini olumsuz etkilemesi (Wyatt 1991, Ayuso-Gutierrez ve Rio Vega 1997, Olfson ve diğ. 2000, Çobanoğlu ve diğ. 2003, Day ve diğ. 2005, Dilbaz ve diğ. 2006, Tsang ve diğ. 2009, Beck ve diğ. 2011, Bressington ve diğ. 2013) gibi ciddi olumsuz etkileri dolayısıyla şizofreni hastalığı olan bireylerin tedavide kalmalarının sağlanması önemlidir. Bireylere süreçte söz hakkı tanınan, isteklerinin dikkate alındığı, bireysel ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik girişimlerin öncelendiği bir tedavi planlaması hastaların tedavide kalma olasılığını yükseltecek ve iyileşmeye yönelik güdülenmelerini sağlayacaktır.

1.3.9.Damgalamaya Direnç

Damgalama ruhsal bozukluk tanısına sahip olma, fiziksel yetersizlik yaşama, farkı bir etnik gruba mensup olma ya da toplum geneline aykırı olarak nitelendirilen fikirleri benimseme gibi nedenlerle bireylerin olumsuz düşünce kalıplarına, küçültücü davranışlara maruz kalması ve toplumdan dışlanması şeklinde tanımlanmaktadır. Pek çok olgu ve durum için söz konusu olsa da ruhsal hastalıkların nedenlerinin anlaşılması ve etkin tedavi yaklaşımlarının belirlenmesi görece uzun zaman aldığından tarih boyunca damgalama ve ayrımcılığa en fazla maruz kalan kesim ruhsal hastalığı olan kişiler olmuştur (Taşkın 2007).

Toplumun “ruhsal hastalığı olan kişiler tehlikelidir, suç işlemeye meyillidir, hayatlarını sürdürmeye yetecek içsel kaynaklara sahip değildir” gibi olumsuz ifadelerine maruz kalmanın sonucunda ruhsal hastalığı olan bireyler bu ifadelerin doğruluğuna inanmaya başlar ve “ruhsal hastalığım olduğu için ben tehlikeli biriyim, yetersizim” gibi öze yönelik olumsuz tutumlar geliştirir (Corrigan 1998, West, 2011). İçselleştirilmiş damgalama olarak kavramsallaştırılan bu durum bireylerin ciddi şekilde örselenmesine

neden olmakta, yetersizlik ve değersizlik düşünceleri gibi bilişsel; çökkünlük, utanma, öfke gibi duygusal; hastalığını gizleme, toplumsal kaçınma gibi davranışsal sonuçlar doğurmaktadır (Sarısoy ve diğ. 2013).

Ülkemizde ve dünya genelinde şizofreni hastalığı olan bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeyinin yüksek olduğu görülmekle birlikte (Adewuya ve diğ. 2010, Hill ve Startup 2013, Doğanavşargil 2010, Karaağaç 2015, Karakaş ve diğ. 2016) damgalanan grupların tüm üyelerinde damgalamanın aynı oranda içselleştirilmediği, damgalamaya karşı etkin mücadele girişimlerinin olduğu bilinmektedir (Rüsch ve diğ. 2005, Soygür 2017) İngiltere ve Hollanda'da ortaya çıkan Ses Duyanlar Hareketi gibi kendi kendine yardım grupları ve akran desteğini temel alan sivil yapılanmalar toplumsal katılımı arttırarak iyileşme yolculuğunu hızlandırmayı hedeflemekte, bireylerin iyileşme sürecine etkin katılımlarını sağlamaya dönük çalışmalar yapmaktadır. Shih'in öne sürdüğü damgalamayla mücadelede yetkinleşme modeline uygun olarak bu yapılanmalar damgalamayı içselleştirmek yerine damgalamaya karşı savunucu bir tutum sergileme, toplumsal katılımı arttırma, yeniden üretken hale gelme ve benlik saygısını yükseltme noktasında yapıcı rol oynamaktadır (Shih 2004, Soygür 2017) .

Sağlık sistemine başvurunun gecikmesi, tedaviye katılımı zorlaştırması, iyileşme umudunu ve benlik saygısını azaltarak kişinin öznel iyilik halini olumsuz etkilemesi dolayısıyla toplumsal ve içselleştirilmiş damgalama iyileştirim hizmetleri planlanırken öncelikli olarak ele alınması gereken alanlardan biridir. Hastaların damgalamayla etkin mücadele etmesine yönelik kaynaklara ulaşımının kolaylaştırılması ve bu konuda destekleyici girişimlerde bulunulması iyileşme sürecinde destekleyici olacaktır.

2.AMAÇ

Şizofreni tanısı olan bireylerin büyük çoğunluğu hastalığın süreğen doğası nedeniyle belli oranda hastalık belirtileri ile yaşamlarını sürdürmek durumunda kalmaktadır. Belirtilerin devam ettiği ve işlevselliğin istenilen düzeyde olmadığı durumlarda nesnel iyileşme söz konusu olmasa da hastalığı yaşayan bireyler tüm belirtilere rağmen kendilerini iyileşmiş hissedebilirler. Alanyazında öznel iyileşme olarak tanımlanan bu kavrama ve öznel iyileşme algısının ruh sağlığı uzmanları tarafından belirlenen nesnel iyileşme ölçütleri ile ilişkisi inceleyen çalışmalar 2000’li yıllar itibariyle uluslararası alanyazında yer almaya başlamıştır. Ancak ülkemizde şizofreni hastalığı olan bireylerin nesnel iyileşme düzeyleri ile öznel iyileşme algılarının ilişkisini belirlemeye yönelik çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada ulusal literatürdeki söz konusu eksiklik göz önüne alınarak yakın zamanda geliştirilen ayaktan tedavisi sürdürülen bir grup şizofreni hastasında öznel iyileşme algısının ruh sağlığı uzmanları tarafından değerlendirilen nesnel iyileşme düzeyleri ile bağlantılı olup olmadığını incelemek ve öznel iyileşme algısının; içselleştirilmiş damgalama, depresyon, benlik saygısı, umut ve toplumsal işlevsellik düzeyi ile ilişkisini araştırmak amaçlanmaktadır. Çalışmanın varsayımı klinik olarak stabil olan şizofreni hastalarında öznel iyileşme algısının nesnel iyileşmeden bağımsız olduğudur. Umutlu ve benlik saygısı yüksek, depresyon ve içselleştirilmiş damgalama düzeyleri düşük olan hastaların öznel iyileşme algısının yüksek olacağı öngörülmektedir.

Çalışma kapsamında şizofreni hastalığı olan bireylerin öznel iyileşme algıları ile ilişkili etmenlerin belirlenmesinin iyileştirim hizmetlerinin hastaların bireysel ihtiyaçlarına göre planarak daha etkin hale gelmesine olanak sağlayacağı düşünülmektedir.

3. YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın tipi, araştırma yerinin seçimi, evreni, örneklem özellikleri ve örnekleme tekniği, araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenlerinin belirlenmesi, araştırmada kullanılan terim, sınıflandırma, yöntem ve ölçütlerin açıklanması, kullanılan araç-gereçlerin tanımlanması, veri çözümlemesi, kullanılan istatistiksel testlerin ve hesaplamaların tanımlanması ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma betimsel araştırma yöntemleri içerisinde yer alan keşfedici ilişkisel tarama modeli kullanılarak gerçekleştirildi (Büyüköztürk 2017). Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği'nden alınan puanların Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Klinik Genel İzlenim- Şiddet, İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi, Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nden alınan puanlar ve katılımcıların nüfus ve klinik verileri ile ilişkisinin anlamlılık düzeyi incelendi.

3.2. Araştırma Yerinin Seçimi

Araştırma Kocaeli Üniversitesi (KOÜ) Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Psikiyatri Polikliniği'nde Kasım 2016 – Temmuz 2017 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3. Araştırma Evreni Örneği ve Özellikleri ile Örnekleme Tekniği

Araştırmanın evrenini Kocaeli'de ikamet eden şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanılı hastalar oluşturdu. Örnekleme amaçlı örnekleme yolu ile belirlenen Kasım 2016 – Temmuz 2017 arasında KOÜ Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran tedavisini ayaktan sürdüren DSM-5'e göre şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanısı almış, akut tedavileri tamamlanmış ve sürdürüm tedavisi devam eden, en az ilkökul mezunu olan, 18-60 yaş aralığında bulunan ve çalışmaya katılmaya onay veren 120 hasta yer aldı. Son 6 ayda EKT tedavisi almış, Epilepsi, Parkinson gibi süregelen nörolojik hastalığı bulunan, zihinsel yetersizliği olan, konuşma ve anlamayı engelleyecek düzeyde dil sorunu yaşayan, alkol madde bağımlılığı öyküsü olan hastalar örnekleme dahil edilmedi.

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenlerinin Belirlenmesi

Bu araştırmada şizofreni hastalığı olan bireylerin öznel iyileşme algılarının nesnel iyileşme düzeyi ve içselleştirilmiş damgalama, depresyon, benlik saygısı, umut ve toplumsal işlevsellik ile ilişkisini araştırmak amaçlandı. Bu kapsamda araştırmanın bağımlı değişkeni öznel iyileşme algısı; bağımsız değişkenleri ise nüfus özellikleri, klinik belirtiler, içselleştirilmiş damgalama, depresyon, benlik saygısı, umut ve toplumsal işlevsellik düzeyi olarak belirlendi.

3.5. Araştırmada Kullanılan Terim, Sınıflandırma, Yöntem ve Ölçütlerin Açıklanması

Araştırmada kullanılan terimler, uluslararası bilimsel çalışmalarda kullanılan ve Amerika Psikoloji Birliği'nin onayladığı terimlerdir. Sınıflandırma ve ölçütlerde ise DSM-5 tanı ölçütleri, istatistiksel bilgi ve teknikleri esas alınmıştır.

3.6. Araştırmada Kullanılan Araç-Gereçlerin Tanımlanması

Araştırmada KOÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Şizofreni/Şizoaffektif Bozukluk Hasta Kayıt Formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Klinik Genel İzlenim-Şiddet, İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi, Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği, Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır.

3.6.1. KOÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Şizofreni/Şizoaffektif Bozukluk Hasta Kayıt Formu

KOÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda hasta kayıtlarının tutulması amacıyla kullanılan yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, tanı, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, fiziksel şiddet eğilimi, özkıyım girişimi, ailede ruhsal hastalık öyküsü vb. alanlarda bilgi almaya yönelik başlıkların bulunduğu hasta kayıt formudur.

3.6.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

Kay ve arkadaşları tarafından geliştirilen Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PNSÖ) otuz maddelik ve yedi puanlı yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. Otuz ruhsal belirtiden yedisi taşkınlık belirtileri alt ölçeğine, yedisi yoksunluk belirtileri alt ölçeğine ve geri kalan on altısı genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir (Kay ve diğ. 1987).

Ölçeğin Türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Kostakoğlu ve diğ. 1999).

3.6.3. Klinik Genel İzlenim- Şiddet

Klinik Genel İzlenim- Şiddet (KGI-Ş), herhangi bir hastalığın şiddeti ile hastalık belirtilerindeki düzelmeyi genel olarak değerlendiren bir ölçüm aracıdır (Guy 1976). Klinisyen, söz konusu hastalıkla ilgili bilgi ve deneyimlerinin ışığında, hastalığın şiddetini 1'den 7'ye uzanan Likert tipi bir derecelendirme üzerinde (1- normal, hasta değil, 2- sınırdan hasta, 3- hafif derecede hasta, 4- orta derecede hasta, 5- belirgin derecede hasta, 6- ileri derecede hasta, 7- en ileri derecede hasta) değerlendirir.

3.6.4. İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi

İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi (İGD), kişinin fiziksel ya da çevresel faktörlerin neden olduğu bozulma dışındaki psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliğini değerlendiren bir ölçüm aracıdır. Puanlama eğitilmiş bir uzman tarafından, 0-100 arasında tek bir rakamın seçilmesiyle yapılır. Ölçek on işlevsellik aralığına bölünmüş olmakla birlikte, değerlendirmeyi yapan uzman gerekli durumlarda ara değerler de kullanabilir. Ölçekten alınan yüksek puanlar işlevselliğin yüksek olduğuna işaret eder (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994).

3.6.5. Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği

Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği (ÖzİDÖ), şizofreni hastalığı olan bireylerin öznel iyileşme algılarını belirlemeyi amaçlayan 17 maddelik Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Her madde 1'den 5'e kadar puanlanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar iyileşme algısının yüksekliğini göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.98 bulunmuştur. (Yıldız ve diğ.2017).

3.6.6. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği

Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ), 29 madde ve 5 alt ölçekten oluşan bir öz bildirim ölçeğidir (Ritsher ve diğ. 2003). Toplam puan beş alt ölçekten alınan puanların toplanmasıyla elde edilmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması içselleştirilmiş damgalamanın daha şiddetli olduğunu gösterir. Ölçeğin Türkçe

geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ersoy ve Varan tarafından yapılmış ve cronbach alpha katsayısı 0.93 bulunmuştur (Ersoy ve Varan 2007).

3.6.7. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), benlik saygısı düzeyinin belirlenmesinde kullanılan 12 alt ölçek ve 63 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir (Rosenberg 1963). 4'lü Likert tipinde tasarlanan ölçeğin değerlendirilmesinde toplam puan dikkate alınır. Ölçekten alınan puanın yükselmesi benlik saygısı düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çuhadaroğlu tarafından yapılan ölçeğin Türkçe versiyonunun cronbach alpha katsayısı 0.89'dur (Çuhadaroğlu 1986).

3.6.8. Beck Umutsuzluk Ölçeği

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), risk grubunda yer alan kişilerde umutsuzluk düzeyinin belirlenebilmesine yönelik olarak geliştirilen 20 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir (Beck 1974). Ölçekte yer alan maddeler doğru- yanlış şeklinde yanıtlanmakta ve anahtara uyan her cevaba 1 puan verilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 20 dir. Toplam puan yükseldikçe umutsuzluk düzeyinin arttığı kabul edilir. Ölçeğin Türkçe Geçerlik Güvenirlik çalışması Seber ve arkadaşları tarafından yapılmış ve Cronbach alfa katsayısı 0.86 bulunmuştur (Seber ve diğ. 1991).

3.6.9. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), araştırmalarda yaygın olarak kullanılan bir öz bildirim ölçeğidir (Beck 1961). Depresyonun duygusal, bilişsel, bedensel ve güdüleyici bileşenlerini ölçmek amacıyla hazırlanan 4 seçenekli 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe depresyonun şiddetinin arttığı kabul edilir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmış, ölçeğin Türkçe versiyonunun cronbach alfa katsayısı 0.80 bulunmuştur (Hisli 1989).

3.6.10. Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği

Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ), Yıldız ve arkadaşları tarafından şizofreni hastalarında toplumsal işlevselliğin belirlenmesi amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 19 madde ve kişilerarası ilişkiler/eğlenti, özbakım, bağımsız yaşam

ve çalışma durumu olmak üzere 4 alt ölçekten oluşmaktadır. 3'lü Likert tipinde hazırlanan ölçekten alınan puanın yükselmesi toplumsal işlevselliğin yüksek olduğunu gösterir. Ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0.84 bulunmuştur (Yıldız ve ark. 2018).

3.7. Alınan Etik Kurul Onayının Yeri ve Numarası

Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmış olan etik kurul karar numarası: KÜ GOKAEK -2017/2.14 ve proje numarası: 2017/24'dür.

3.8. Veri Çözümlemesi, Kullanılan İstatistiksel Testlerin Tanımlanması

Çalışmanın sayımsal çözümlemesi Sosyal Bilimler için İstatistik Programı (SPSS) 22 (Armonk, New York, ABD) paket programı kullanılarak yapıldı. Hastaların nüfus ve klinik özellikleri yüzde ve ortalamalar olarak değerlendirildi.

Ölçeklerden alınan puanların normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov-Simirnov testi ile belirlendi. Toplumsal İşlevsellik Ölçeği dışındaki ölçek puanlarının normal dağılmadığı saptandığı için değişkenler arasındaki bağıntı analizlerinde Spearman Korelasyon Analizi yöntemi kullanıldı. Bu kapsamda bağıntı katsayıları; 0.29'un altındaki değerler için düşük, 0.30-0.49 arasında yer alan değerler için orta ve 0.50'nin üstündeki değerler için yüksek kabul edildi (Heiman 2011).

Nüfus ve klinik veriler ile ÖZİDÖ'den alınan puanlar arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Mann-Whitney U Testi kullanıldı.

Katılımcılar belirlenen nesnel iyileşme ölçütlerine göre ($KGİ-Ş \leq 3$; $İGD \geq 70$) iki gruba ayrıldı. Grupların ÖZİDÖ puan ortalamaları arasındaki anlamlılık Mann-Whitney U Testi ile değerlendirildi.

ÖZİDÖ puanı yordayıcılarının belirlenmesinde lineer regresyon yöntemi kullanıldı. Öznel iyileşme ile anlamlı düzeyde ilişki gösteren değişkenler regresyon analizine dahil edildi. Anlamlılık düzeyinin belirlenmesinde $p < 0.05$ değeri ölçüt alındı.

4.BULGULAR

4.1. Hastaların Nüfus Ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışma kapsamında Kasım 2016 – Temmuz 2017 tarihleri arasında 166 şizofreni hastası değerlendirilmeye alındı. Eksik verileri olanlar çıkarıldıktan sonra çözümleme 120 hastanın verileriyle gerçekleştirildi.

Hastaların % 77'si erkek, yaş ortalaması 37 ve eğitim ortalaması 11 yıl idi. % 80'i bekar ve % 77'si işsiz olan hastaların nüfus ve klinik özellikleri Çizelge 4.1' de gösterildi.

Çizelge 4.1.Hastaların nüfus ve klinik özellikleri

Yaş (ortalama ± SS, aralık)		36,61±8,38 (19-57)
Eğitim yılı (ortalama ± SS, aralık)		10,90±3,30 (5-20)
Kişi başına düşen gelir/ay* (ortalama±SS, aralık)		1036,52±815,785 (100-7000)
Hastalık başlangıç yaşı (ortalama±SS, aralık)		23,07±6,57 (14-49)
Hastalık süresi/yıl (ortalama ± SS, aralık)		13,55±7,78 (2-41)
Hastane yatış sayısı (ortalama ± SS, aralık)		2,34±2,08 (0-12)
Hastane yatış günü (ortalama ± SS, aralık)		76,42 ±89,24 (0-540)
Cinsiyet/Erkek (sayı, %)		92 (76,7)
Medeni durum/Bekar (sayı, %)		96 (80,0)
	Anne- Baba	91 (70,5)
Yaşam Biçimi (sayı, %)	Eş-Çocuk	29 (22,5)
	Diğer	9 (7,1)
İşsizlik (sayı, %)		92 (76,7)
Sosyal güvence varlığı (sayı, %)		118 (98,3)
Ek ruhsal hastalık (sayı, %)		16 (13,1)
1. ve 2. Derece yakınlarda psikotik bozukluk öyküsü**(sayı, %)		26 (21,6)
İnsana fiziksel şiddet (sayı, %)		43 (35,8)
Özkıyım girişimi (sayı, %)		28 (23,3)
Sigara içimi (sayı, %)		14 (55,8)
Aile desteği yetersizliği (sayı, %)		25 (20,8)

*Kişi başına düşen aylık gelir eve giren toplam gelirin evde yaşayan kişi sayısına bölünmesi ile elde edilmiştir.

** Psikotik bozukluk şizofreni, şizoaffektif bozukluk, iki uçlu bozukluk ve psikotik özellikli depresyon tanıları içermektedir.

Hastaların klinik şiddet ve genel işlevsellik, öznel iyileşme, depresyon, umutsuzluk, benlik saygısı, toplumsal işlevsellik ve içselleştirilmiş damgalama puanlarının ortalama ve standart sapmaları Çizelge 4.2’de verildi.

Çizelge 4.2. Ölçek puanlarının ortalama ve standart sapmaları

Ölçekler	(Ortalama ± SS, aralık)
PNSÖ Pozitif Belirtiler Alt Ölçeği	15,88±5,66
PNSÖ Negatif Belirtiler Alt Ölçeği	18,34±6,34
PNSÖ Genel Psikopatoloji Alt Ölçeği	34,28±10,50
PNSÖ İçgörü	3,06±1,48
PNSÖ Toplam Puan	68,45±20,38
Klinik Genel İzlenim -Şiddet	4,11±0,94
İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi	61,85±9,47
Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği	64,41±18,11
Beck Depresyon Ölçeği	10,80±10,05
Beck Umutsuzluk Ölçeği	4,80 ±4,53
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	28,85± 5,73
Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği	40,77±6,80
Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği	60,35±17,21

PNSÖ: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

ÖzİDÖ puanı ile kategorik değişken özelliği gösteren nüfus ve klinik veriler arasındaki ilişki çizelge 4.3’te verildi. Öznel iyileşme ile cinsiyet ve hastalığın tanısı arasında ilişki bulundu.

Çizelge 4.3. Öznel iyileşme puanı ile nüfus ve klinik kategorik veriler arasındaki ilişki

		ÖzİDÖ	İstatistik*	p
Cinsiyet	Kadın	76,22	-2,697	0,007
	Erkek	55,78		
Medeni durum	Bekâr	59,11	-0,876	0,381
	Evli	66,06		
Çalışma durumu	İşsiz	61,73	-0,701	0,483
	Herhangi bir işte çalışan	56,46		
Hastalık tanısı	Şizofreni	56,84	-2,505	0,012
	Şizoaffektif bozukluk	77,26		

ÖzİDÖ: Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği

*İstatistik: Mann-Whitney U Testi

Hastaların nüfus ve klinik verileri arasında yer alan yaş, eğitim, ekonomik durum, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi ve hastaneye yatış sayısı sürekli değişken özelliği gösterdiğinden bu değişkenler sperman korelasyon analizine alındı ve öznel iyileşme algısı ile ilişkileri çizelge 4.4'te gösterildi. Bu değişkenler arasında yalnızca hastalık başlangıç yaşı ($r=-0.21$) ile öznel iyileşme puanı arasında düşük düzeyde negatif ilişki bulundu.

Çizelge 4.4. Öznel İyileşme puanı ile sürekli değişken özelliği gösteren nüfus ve klinik veriler arasındaki ilişki

	Yaş	Eğitim durumu	Ekonomik durum	Hastalık başlangıç yaşı	Hastalık süresi	Hastaneye yatış sayısı
ÖzİDÖ	r_s	0.006	-0.072	0.105	-0.211*	0.176
	P	0.948	0.437	0.253	0.021	0.054

ÖzİDÖ: Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği
 r_s : Spearman korelasyon analizi

4.2. Nesnel ve Öznel İyileşme İlişkinin Bulgular

Öznel iyileşme ile ruh sağlığı uzmanları (klinikisyenler) tarafından değerlendirilen ölçek puanları (PNSÖ pozitif, PNSÖ negatif, PNSÖ genel psikopatoloji, PNSÖ toplam, PNSÖ içgörüsü, KGI-Ş ve İGD) arasındaki bağıntı çözümlemesinin sonuçları çizelge 4.5'te verildi.

PNSÖ içgörüsü maddesi ile ilişki bulunmazken; öznel iyileşme, KGI-Ş ($r=-0.25$), PNSÖ toplam puanı ($r=-0.29$), PNSÖ genel psikopatoloji alt ölçeği ($r=-0.28$) ve PNSÖ pozitif belirtiler alt ölçeği ($r=-0.18$) ile düşük derecede; PNSÖ negatif belirtiler alt ölçeği ($r=-0.32$) ile orta derecede negatif yönlü ilişki gösterdi.

Çizelge 4.5. Öznel iyileşme ve klinik ölçek puanları arasındaki ilişki

	PNSÖ +	PNSÖ -	PNSÖ GP	PNSÖ T	PNSÖ İ	KGI-Ş
ÖzİDÖ	r_s	-0,188*	-0,326*	-0,281*	-0,290*	-0,151
	P	0,040	0,000	0,002	0,001	0,100

ÖzİDÖ: Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği, PNSÖ +: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği Pozitif Belirtiler Alt Ölçeği, PNSÖ -: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği Negatif Belirtiler Alt Ölçeği, PNSÖ GP: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği Genel Psikopatoloji Puanı, PNSÖ T: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği Toplam Puanı, PNSÖ İ: Pozitif Ve Negatif Sendrom Ölçeği İçgörüsü Puanı, KGI-Ş: Klinik Genel İzlenim Şiddet, İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi.

Nesnel iyileşme durumuna göre (iyileşen ve iyileşmeyenler) belirlenen hasta gruplarının ÖZİDÖ puanlarının karşılaştırılması çizelge 4.6’da verildi.

Nesnel iyileşme ölçütlerini ($KGI-Ş \leq 3$; $İGD \geq 70$) karşılayan gruptaki hastaların ÖZİDÖ puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi.

Çizelge 4.6. Hasta gruplarının öznel iyileşme puanlarının karşılaştırılması

		Sayı	Yüzde	ÖZİDÖ	İstatistik*	p
Nesnel	Var	26	21,7	78,46	-2,976	0,003
iyileşme	Yok	84	78,3	55,53		

ÖZİDÖ: Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği

*İstatistik: Mann-Whitney U Testi

4.3. Öznel İyileşmenin Öğelerine İlişkin Bulgular

Öznel iyileşme ile depresyon, umutsuzluk, benlik saygısı, içselleştirilmiş damgalama ve işlevsellik puanları arasındaki bağıntı çözümlemesinin sonuçları çizelge 4.7’de verildi. Öznel iyileşme ile depresyon ($r=-0.59$) ve umutsuzluk ($r=-0.55$) arasında negatif yönlü yüksek derecede, öznel iyileşme ile benlik saygısı ($r=0.56$) arasında pozitif yönlü yüksek derecede, öznel iyileşme ile içselleştirilmiş damgalama ($r=-0.38$) arasında negatif yönlü orta derecede, öznel iyileşme ile toplumsal işlevsellik ($r=0.31$) arasında pozitif yönlü orta derecede, genel işlevsellik düzeyi ($r=0.27$) ile pozitif yönlü düşük derecede ilişki bulundu.

Çizelge 4.7. Öznel iyileşme ile depresyon, umutsuzluk, benlik saygısı, içselleştirilmiş damgalama ve toplumsal işlevsellik ölçek puanları arasındaki ilişki

		BDÖ	BUÖ	RHİDÖ	RBSÖ	TİDÖ	İGD
ÖZİDÖ	r_s	-0.59*	-0.55*	- 0.38*	0.56*	0.43*	0.27*
	P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.002

ÖZİDÖ: Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, BUÖ: Beck Umutsuzluk Ölçeği, RHİDÖ: Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, TİDÖ: Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği, İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi

TİDÖ alt ölçek puanlarının ÖZİDÖ ile ilişkisi çizelge 4.8’de verildi. TİDÖ’nün Bağımsız Yaşam ve Çalışma Durumu alt ölçekleri ÖZİDÖ arasında ilişki bulunmazken

Kişilerarası İlişkiler/Eğlenti alt ölçeği ($r=0.43$) ve Özbakım alt ölçeği ($r=0.30$) ile orta derecede ilişki saptandı.

Çizelge 4.8. Toplumsal işlevsellik alt ölçek puanları ile öznel iyileşme ilişkisi

		TİDÖ İlişkiler/eğlenti	TİDÖ Özbakım	TİDÖ Bağımsız Yaş.	TİDÖ Çalışma Durumu
ÖzİDÖ	r_s	0.43*	0.30*	-0.17	0.12
	p	0.000	0.001	0.057	0.166

TİDÖ: Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği, ÖzİDÖ: Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği

RHİDÖ alt ölçek puanlarının ÖzİDÖ ile ilişkisi çizelge 4.9’da verildi. RHİDÖ’nin tüm alt ölçekleri öznel iyileşme algısıyla ilişkiliydi. ÖzİDÖ puanı ile RHİDÖ Damgalamaya Karşı Direnç ($r=-0.37$) ve Yabancılaşma alt ölçeği arasında ($r=-0.37$) orta derecede; Kalıp Yargıların Onaylanması ($r=-0.25$), Algılanan Ayrımcılık ($r=-0.29$) ve Sosyal Geri Çekilme ($r=-0.22$) alt ölçekleri arasında düşük derecede negatif ilişki bulundu.

Çizelge 4.9. İçselleştirilmiş damgalama alt ölçek puanları ile öznel iyileşme ilişkisi

		RHİDÖ Damgalamaya Direnç	RHİDÖ Kalıp Yarg. Onaylanması	RHİDÖ Algılanan Ayrımcılık	RHİDÖ Sosyal Geri Çekilme
ÖzİDÖ	r_s	-0.37*	-0.25*	-0.29*	-0.22*
	P	0.000	0.004	0.001	0.013

RHİDÖ: Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği, ÖzİDÖ: Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği
 r_s : Spearman korelasyon analizi

4.4. Öznel İyileşme ile Güçlü İlişki Gösteren Değişkenlere İlişkin Bulgular

Çalışmada ikili karşılaştırmalar sonucunda öznel iyileşme puanı ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunan cinsiyet, hastalık tanısı, hastalık başlangıç yaşı, depresyon, toplumsal işlevsellik, benlik saygısı, umutsuzluk, içselleştirilmiş damgalama, PNSÖ Pozitif Belirtiler alt ölçeği, PNSÖ Negatif Belirtiler alt ölçeği, PNSÖ Genel Psikopatoloji alt ölçeği, KGİ-Ş, ve İGD bağımsızdeğişkenleri lineer regresyon analizine alındığında [$X_2=8,601$, $df=13$, $p=0.000$, $R^2=0.513$] cinsiyet, benlik saygısı, depresyon ve umutsuzluk düzeyinin öznel iyileşme algısı ile daha güçlü ilişki gösterdiği belirlendi. Analiz sonuçları çizelge 4.10’da verildi.

Çizelge 4.10.Öznel iyileşme puanını yordayan etmenlerin linear regresyon sonuçları

Değişkenler	B	T	P	F	Model (p)	R ² (%95 GA)
Cinsiyet	7,162	2,322	0,022			
Hastalık tanısı	2,126	0,593	0,554			
Hastalık başlangıç yaşı	-0.345	-1,780	0,078			
Depresyon	-0.367	-2,018	0,046			
Toplumsal işlevsellik	0.054	0,205	0,838	8,601	0.000	0.513
Benlik saygısı	0,909	2,962	0,004			
Umutsuzluk	-0.977	-2,601	0,011			
İçselleştirilmiş damgalama	0.018	0,188	0,851			
PNSÖ Pozitif	0,159	0,430	0,668			
PNSÖ Negatif	-0.385	-1,139	0,257			
PNSÖGenel Psik.	0,422	1,707	0,091			
KGI-Ş	-4,309	-1,933	0,056			
İGD	-0,001	-0,005	0,996			

PNSÖ: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, KGI-Ş: Klinik Genel İzlenim- Şiddet, İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, ayaktan tedavisi sürdürülen bir grup şizofreni hastasında öznel iyileşme algısının demografik özellikler, nesnel iyileşme düzeyi, içselleştirilmiş damgalama, depresyon, benlik saygısı, umut ve toplumsal işlevsellik ile ilişkisi araştırma bulguları ve ilgili alanyazın kapsamında tartışılmıştır.

5.1. Şizofreni Hastalığı Olan Bireylerde Öznel İyileşme Algısına İlişkin Demografik Bulguların Tartışılması

Araştırmada 99 şizofreni, 21 şizoaffektif bozukluk hastası yer aldı. Hastaların çoğu erkek, bekar ve işsizdi. Şizofreni hastalığının görülme sıklığı kadın ve erkek cinsiyet açısından farklılık göstermese de alanyazındaki çalışmalarda bizim çalışmamızda olduğu gibi erkek cinsiyetten katılımcının fazlalığı dikkat çekmektedir (Morrison ve diğ. 2013, Browne ve diğ. 2016). Bu çalışmada öznel iyileşmeyi değerlendirmede kullanılan ÖZİDÖ'nün geliştirilme sürecinde yer alan şizofreni hastaları arasında erkeklerin oranı (%63.8) göz önüne alındığında cinsiyet dağılımındaki farklılığın, sonuçları yanıltıcı etki göstermeyeceği düşünülmektedir.

Çalışmada cinsiyetin öznel iyileşme ile ilişkisine bakıldığında kadınların öznel iyileşme düzeylerinin erkek hastalardan anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü. Bu sonuçta kadınlarda hastalığın seyrinin daha iyi olmasının (Öztürk ve Uluşahin 2011) yanısıra, ekinsel olarak kadından beklenen toplumsal rollerin zorlayıcı içeriğe sahip olmaması nedeniyle yetiyetimine rağmen başarımların sağlanabilmesinin etkili olduğu düşünülmektedir. Şizofreni hastalarıyla gerçekleştirilen çalışmalarda katılımcıların nüfus özellikleri incelendiğinde bu çalışmada olduğu gibi çoğunluğu bekar ve herhangi bir işte çalışmayanların oluşturduğu görülmektedir (Anczewska ve diğ. 2018, Chan ve Mak 2016, Dibonaventura ve diğ. 2012, Morrison ve diğ. 2013, Dikeç ve Kutlu 2014, Gül ve diğ. 2014). Diğer demografik veriler arasında yer alan medeni durum, iş sahibi olma ve yaşam biçimi öznel iyileşme algısı ile ilişkili bulunmadı.

Katılımcıların yaş ortalaması 36,61, hastalık başlangıç yaşı ortalaması 23,07, ortalama hastalık süreleri 13,55 olarak belirlendi. Alanyazın incelendiğinde bu konudaki çalışmaların çoğunluğunun da yaş ortalaması 30 - 44 arasında değişen şizofreni hastalarıyla

gerçekleştirildiği görülmektedir (Landeem ve diğ. 2007, Morrison ve diğ. 2013, Roe ve diğ. 2011, Law ve diğ. 2014, Shrank ve diğ. 2014, Barut ve diğ. 2016). Araştırmada öznel iyileşme algısı ile yaş ve hastalık süresi arasında ilişki gözlenmezken hastalık başlangıç yaşı ile öznel iyileşme algısı arasında negatif yönlü düşük düzeyde ($r=-0,21$) ilişki bulundu. Bu ilişki hastalık belirtilerinin erken yaşta ortaya çıkmasının hastalık seyrini olumsuz etkilediğine yönelik bulguları destekler niteliktedir (Soygür ve diğ. 2007). Kao ve arkadaşlarının şizofreni hastalığı olan bireylerde öznel yaşam kalitesinin klinik ve ruhsal toplumsal değişkenlerle ilişkisini belirlemek amacıyla DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kısa Formu (WHOQOL-BREF) kullanarak gerçekleştirdikleri çalışmalarında öznel yaşam kalitesi ile hastalık başlangıç yaşı arasında düşük düzeyde pozitif ilişki ($r=0,26$) saptanmıştır (Kao ve diğ. 2011). İlişki gücü aynı olmakla birlikte Kao ve arkadaşlarının çalışmasında bulgularımızla çelişen şekilde pozitif ilişki bulunmuş olmasında öznel iyileşme algısını belirlemekte kullanılan değerlendirme araçlarının farklılığının ve Kao ve arkadaşlarının çalışmasının yaş ortalaması daha yüksek hastalarla ($ort=24,14$) gerçekleştirilmiş olmasının etkili olmuş olabileceği düşünülmektedir. Çalışmada hastanede yatarak tedavi görmüş olma ile öznel iyileşme algısı arasında ilişki saptanmadı. Akut tedavileri tamamlanmış, belirtileri hafif- orta düzeyde olan ve ayaktan izlenen hastalardan oluşan örneklemimizin bu bulgu üzerinde etkili olmuş olabileceği düşünülmektedir. Öznel iyileşme algısı hastalık tanısına göre incelendiğinde şizoaffektif bozukluk tanısı ile izlenen katılımcıların ÖZİDÖ puan ortalamalarının şizofreni hastalığı olan bireylerden anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü. Şizoaffektif bozuklukta hastalık seyrinin şizofreniden daha ılımlı olmasının (Jäger ve diğ. 2011, Abrams ve diğ. 2008) bu bulgu üzerinde etkili olmuş olabileceği düşünülmektedir. Ancak çalışmada şizoaffektif bozukluk tanısı olan bireylerin sayısının az olması akılda tutulması gereken bir noktadır.

5.2.Şizofreni Hastalığı Olan Bireylerde Nesnel İyileşmenin Öznel İyileşmeye Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamında değerlendirmeye alınan hastaların klinik durumlarını belirlemek amacıyla uygulanan PNSÖ ve KGİ-Ş puan ortalamaları incelendiğinde katılımcıların hastalık belirtilerinin hafif-orta şiddette olduğu görüldü. Klinik belirti düzeyi ile öznel iyileşme algısı arasındaki ilişki incelendiğinde KGİ-Ş ve PNSÖ toplam puanı ile ÖZİDÖ arasında negatif yönlü düşük düzeyde ilişki bulundu.

Belirlenen nesnel iyileşme ölçütlerine göre katılımcılar gruplandığında ise ölçütleri sağlayan grubun öznel iyileşme puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi. Bu iki bulgu birlikte ele alındığında şizofreni hastalığı olan bireylerde nesnel iyileşmenin sağlanmasının öznel iyileşme algısını yükselttiği sonucuna ulaşılmaktadır.

Alanyazında öznel iyileşme ile nesnel iyileşme düzeyi arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalar incelendiğinde farklı sonuçlara rastlanmaktadır. Bu araştırmanın bulgularına benzer şekilde düşük-orta derecede negatif ilişki olduğunu bildirenler çoğunlukta olmakla birlikte az sayıda çalışma öznel iyileşme ile nesnel iyileşme düzeyi arasında pozitif ilişki bulmuştur.

Rossi ve arkadaşlarının 901 şizofreni hastası ile İyileşme Tarzı Anketi (Recovery Style Questionnaire –RSQ, İTA), PNSÖ ve Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) kullanarak gerçekleştirdikleri çok merkezli kesitsel çalışmalarında hastalar tarafından değerlendirilen (öznel) iyileşme ile PNSÖ toplam puanı (Ort=75,16±22,73) arasında negatif yönde ($r=-0,13$ $p < 0.0005$) düşük düzeyde, PSP toplam puanı (ort=53,13±16,33) arasında ($r=0,09$ $p < 0,01$) pozitif yönde düşük düzeyde ilişki saptanmıştır (Rossi ve diğ. 2018).

Giusti ve arkadaşlarının 76 şizofreni hastası ile taburculuk sırasında öznel iyileşme algısını incelemek amacıyla İyileşme Değerlendirme Ölçeği (İDÖ) kullanarak gerçekleştirdikleri çalışmalarında PNSÖ (ort =82,39±8,92) ile değerlendirilen klinik belirti düzeyi ile öznel iyileşme arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki ($r=-0,39$) bulunmuştur (Giusti ve diğ. 2015). Bu çalışmada işlevselliği değerlendirmede kullanılan PSP ile İDÖ arasında alanyazından farklı şekilde negatif ilişki bulunması ($r=-0,34$) sonuçların dikkatli yorumlanması gerektiğini düşündürmektedir.

Jorgersen ve arkadaşlarının 101 şizofreni hastasını deney (n=50) ve kontrol (n=51) olarak iki gruba ayırdıkları çalışmalarında kontrol grubuna ilaç, bilişsel davranışçı tedavi, psikoeğitim ve sosyal beceri eğitimini içeren her zamanki tedavi, deney grubuna ise bu uygulamalara ek kendi kendine karar verebilme becerilerini geliştirmeyi sağlamaya yönelik 10 oturumluk bireysel eğitim verilmiş ve hastalar başlangıçta, 3, 6, ve 12. ayda olmak üzere 4 kez PNSÖ ve İDÖ ile değerlendirilmiştir. Oturumlar sonunda öznel iyileşme puanı gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık göstermemiş, çalışma kapsamındaki bütün hastaların dahil edildiği bağıntı analizinde 4 zaman noktasında da PNSÖ ve İDÖ skorları arasında negatif ilişki bulunmuştur ($r_{\text{başlangıç}}=-0,44$ $r_{3.\text{ay}}=-0,39$ $r_{6.\text{ay}}=-0,26$ $r_{12.\text{ay}}=-0,48$). (PNSÖ_{başlangıç} ort=66,11 ± 10,43 PNSÖ_{3.ay}ort= 63,93 ± 10,48PNSÖ_{6.ay} ort= 59,94± 09,81 PNSÖ_{12.ay}ort=57,34 ± 10,54) (Jorgersen ve diğ. 2015).

Van Eck ve arkadaşlarının şizofreni hastalarında klinik durum ve kişisel iyileşme arasındaki ilişkiyi değerlendiren 20 çalışma ile gerçekleştirdikleri metaanalizlerinde klinik belirti şiddeti ile kişisel iyileşme arasında ($r=-0,21$ $p<0,001$) negatif yönde düşük düzeyde ilişki saptanmıştır. Ancak yazarlar öznel iyileşmenin belirlenmesinde kullanılan ölçeklerin farklılıkları dolayısıyla çalışmalar arası heterojenliğin anlamlı olduğunu ($I_2=75,8$, %95 CI= 62,7 - 84,3) bu nedenle sonuçların dikkatli yorumlanması gerektiğini bildirmişlerdir.

Araştırmada klinik belirti düzeyinin belirlenmesi amacıyla kullanılan PNSÖ'nün tüm alt ölçeklerinin ÖZİDÖ puanı ile negatif ilişki gösterdiği belirlendi. ÖZİDÖ ile en zayıf ilişki PNSÖ pozitif belirtiler alt ölçeğinde gözlemlendi. Akut tedavileri tamamlanmış, ayaktan izlenen ve pozitif belirti şiddeti hafif-orta düzeyde olan örneklerin bu bulgu üzerinde etkili olmuş olabileceği düşünülmektedir.

Öznel iyilik algısı ile klinik belirti düzeylerinin ilişkisi incelendiğinde alanyazında şizofreninin negatif belirtilerinin öznel iyilik algısı ile daha yüksek düzeyde ilişkili olduğu görülmektedir. Chan ve arkadaşlarının şizofreni hastalığı olan bireylerde öznel iyilik hali ile ilişkili etmenleri belirlemek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmalarında hastaların İDÖ ile değerlendirilen öznel iyileşme düzeyleri Negatif Septomları Değerlendirme Ölçeği (SANS) ile ilişkili bulunmazken SANS ile İDÖ arasında orta düzeyde negatif ilişki ($r=0,34$ $p<0,001$) bulunmuştur (Chan ve diğ. 2017). Fervaha ve arkadaşlarının şizofreni hastalığı olan genç erişkinlerle Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ) kullanarak yaşam memnuniyetini belirlemeyi amaçladıkları çalışmalarında BPRS ile YDÖ arasında ilişki bulunmazken,

negatif belirtileri değerlendirmede kullanılan SANS ile YDÖ arasında negatif yönde orta düzeyde ($r=-0,37$) ilişki bulunmuştur(Fervaha ve diğ. 2016). Bu çalışmada da alanyazınla uyumlu şekilde klinik durumu değerlendirmede kullanılan PNSÖ'nün alt ölçekleri ile ÖZİDÖ arasındaki en güçlü ilişki Negatif Belirtiler alt ölçeğinde gözlemlendi.

PNSÖ'nün Genel Psikopatoloji alt ölçeği ile ÖZİDÖ arasında saptanan negatif yönlü düşük düzeydeki ilişki benzer şekilde Rossi ve arkadaşlarının öznel ve nesnel iyileşme ilişkisini inceledikleri çalışmalarında öznel iyileşmeyi değerlendirmede kullanılan İyileşme Tarzı Anketi (Recovery Style QuestionnaireRSQ, İTA) ile PNSÖ Genel Psikopatoloji Alt Ölçeği arasında da ($r=-0,09$ $p<0,01$) gözlenmiştir (Rossi ve diğ. 2018).

Çalışmada öznel iyilik algısı ile içgörü ilişkisinin belirlenmesi amacıyla PNSÖ içgörü maddesi ayrıca ele alındı ancak öznel iyilik algısı ile içgörü düzeyi arasında ilişki saptanmadı. Nakagawa ve arkadaşlarının orta ve ileri yaşta kadın şizofreni hastalarıyla gerçekleştirdikleri çalışmalarında da bu bulguyu destekler nitelikte PNSÖ içgörü maddesi nesnel yaşam kalitesi ile negatif yönlü düşük düzeyde ($r=-0,29$ $p<0,05$) ilişki gösterirken öznel yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmamıştır (Nakagawa ve diğ. 2013). PNSÖ içgörü maddesinin dışında bağımsız içgörü ölçeği kullanılan çalışmalarda da aynı sonuçlara rastlanmaktadır. Fervaha ve arkadaşlarının çalışmalarında öznel iyilik algısı ile içgörü değerlendirmede kullanılan Schedule İçgörü Değerlendirme Ölçeği (Schedule for the Assessment of Insight –SAI, SİDÖ) arasında ilişki bulunmamıştır (Fervaha ve diğ. 2016).

5.3. Şizofreni Hastalığı Olan Bireylerde Öznel İyileşmenin Öğelerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada şizofreni hastaları tarafından bildirilen depresyon, umutsuzluk, benlik saygısı, içselleştirilmiş damgalama ve toplumsal işlevsellik düzeyleri; öznel iyileşme algısı ile anlamlı düzeyde ilişkili bulundu.

BDÖ kullanılarak değerlendirilen depresyon ile ÖZİDÖ puanı arasında negatif yönlü yüksek düzeyde bağıntı saptandı. Wood ve arkadaşlarının şizofreni hastalarıyla BDÖ kullanarak gerçekleştirdikleri çalışmalarında da BDÖ ve İyileşme Süreci Anketi (Questionnaire Process of Recovery QPR, İSA) ile değerlendirilen öznel iyileşme algısı arasında negatif yönde yüksek derecede ($r=-0,68$ $p<0,01$) ilişki bulunmuştur. Fervaha ve arkadaşlarının şizofreni hastalığı olan genç yetişkinlerde öznel iyilik düzeyini inceledikleri

çalışmalarında da öznel iyilik hali ile Calgary Depresyon Ölçeği (CDÖ) ile belirlenen depresyon arasında negatif ilişki ($r=-0,43$) saptanmıştır (Fervaha ve diğ. 2016).

Klinik bir durum olan depresyonun özbildirim ölçeğiyle değerlendirilmiş olması saptanan öznel iyileşme depresyon ilişkisinin sağlıklı bir bulgu olup olmadığı sorusunu akla getirebilmekle birlikte Switaj ve arkadaşlarının 207 psikoz hastası ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında ruh sağlığı uzmanları tarafından uygulanan Calgary Depresyon Envanteri (CDE) ve bir özbildirim ölçeği olan Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği'nin (CESD) YDÖ ile aynı yön ve derecede ilişkili bulunması ($r=-0.34$) depresyon ilişkisinin değerlendirici farklılığından etkilenmediğine işaret etmektedir (Switaj ve diğ. 2018)

Benlik saygısı ile öznel iyileşme algısı arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki bulundu. Wood ve arkadaşlarının İSAve Benlik Saygısını Değerlendirme Ölçeği (BSDÖ) kullanarak gerçekleştirdikleri çalışmalarında da öznel iyileşme algısı ile benlik saygısı arasında güçlü ilişki ($r=0,65$ $p<0.01$) bulunmuştur (Wood ve diğ.2017).

Öznel iyileşme ölçeğinin “kendime güveniyorum” , “çevrem tarafından aranan ve önemsenen birisiyim” gibi benlik saygısı ile doğrudan ilişkili maddelerinin RBSÖ ile ÖZİDÖ ilişkisini güçlendirici etki göstermiş olabileceği düşünülmekle birlikte alanyazında öznel iyileşme ve benlik saygısı arasında yüksek düzeyde pozitif ilişki bulunması sonuçlarının tutarlılığına işaret etmektedir.

Araştırmada öznel iyilik algısı ile umutsuzluk arasında yüksek düzeyde negatif ilişki bulundu. Vass ve arkadaşlarının çalışmalarında da İSA kullanılarak değerlendirilen öznel iyileşme algısı ile BUÖ arasında negatif yönde yüksek düzeyde ilişki ($r=-0,59$, $p<0,01$) bulunmuştur (Vass ve diğ. 2015). Aynı ölçekler kullanılarak gerçekleştirilen Wood ve arkadaşlarının çalışmasında da umutsuzluk ile öznel iyileşme algısı arasında negatif yönde güçlü ilişki ($r=-0.77$, $p<0.01$) saptanmıştır (Wood ve diğ. 2017). Hayes ve arkadaşlarının çalışmalarında Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ile değerlendirilen umut düzeyi ile yaşam kalitesi arasında güçlü ilişki ($r=0.67$) bulunmuştur (Hayes ve diğ. 2017).

ÖZİDÖ ile RHİDÖ arasında orta düzeyde negatif ilişki saptandı. Şizofreni hastalığı olan bireylerin içselleştirilmiş damgalama düzeylerinin yükselmesinin öznel iyilik algısını olumsuz etkilediği sonucuna ulaşıldı. Vass ve arkadaşlarının şizofreni hastalığı olan

bireylerle gerçekleştirdikleri çalışmalarında benzer şekilde öznel iyilik algısı ile içselleştirilmiş damgalama arasında orta düzeyde negatif ilişki saptanmıştır (Vass ve diğ. 2015). Araştırmada RHİDÖ'nin alt ölçekleri ile ÖZİDÖ puanının ilişkisine bakıldığında tüm alt ölçeklerin ÖZİDÖ puanı ile ilişkili olduğu belirlendi. En güçlü ilişki ise Damgalamaya Karşı Direnç alt ölçeği ile ÖZİDÖ arasında bulundu. Alanyazındaki iyileşme çalışmaları incelendiğinde de damgalamaya karşı direnç geliştirmenin öznel iyileşmeyi destekleyen en önemli girişimlerden olduğu görülmektedir (Shih 2004).

Araştırmada toplumsal işlevsellik düzeyi ile öznel iyileşme algısı arasında pozitif yönlü orta derecede ilişki bulundu. Chan ve arkadaşlarının 184 şizofreni hastasıyla gerçekleştirdikleri çalışmalarında da İDÖ kullanılarak değerlendirilen öznel iyileşme algısı ile toplumsal ve mesleği işlevselliği değerlendirme Ölçeği (The Social and Occupational Functioning Assessment Scale-SOFAS, TMİDÖ) arasında pozitif ilişki ($r=0,28$) bulunmuştur (Chan ve diğ. 2017). Toplumsal işlevsellik hastalığın doğası gereği şizofreni olan kişilerde toplum genelinden daha düşük düzeylerde bildirilmekte, bu özelliği nedeniyle ruh sağlığı uzmanları tarafından tanı ve iyileşme ölçütü olarak kullanılmaktadır. Toplumsal işlevselliğin öznel iyileşme algısı ile ilişkili bulunması ruh sağlığı uzmanlarının yanı sıra şizofreni hastalığı olan bireylerin de toplumsal işlevselliği iyileşme belirleyicisi olarak benimsediklerini göstermektedir. Bu bulgudan hareketle toplumsal işlevsellik düzeyini arttırmaya yönelik girişimlerin iyileşme algısı üzerinde olumlu etki doğuracağı söylenebilir.

Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nin alt ölçekleri ile ÖZİDÖ puanı arasındaki ilişkiye bakıldığında Bağımsız Yaşam ve Çalışma Durumu alt ölçekleri ile ilişki bulunmazken Kişilerarası İlişkiler/Eğlenti alt ölçeği ve Özbakım alt ölçeği ile ÖZİDÖ arasında orta derecede pozitif ilişki bulundu. Alt ölçekler arasında öznel iyilik algısı ile en güçlü ilişkiyi kişilerarası ilişkiler/eğlenti alt ölçeği gösterdi. Bu bulgu sağlıklı arkadaşlık ilişkilerine sahip olma, belirli aralıklarla arkadaşlarla sinema, gezi gibi ortak etkinliklerde bulunma, aile üyeleri ve akrabalar ile yakın ilişkiler geliştirme, yakınları ile mutluluk ve sorunlarını paylaşma gibi etmenlerin öznel iyileşmeyi desteklediğini göstermektedir.

Özbakım alt ölçek puanı ile ÖZİDÖ arasındaki pozitif ilişki kişinin sağlığını ve dış görünümünü önemseydiğini, toplumsal katılımlarında görünümünün doğuracağı etkiye yönelik farkındalığa sahip olduğunu belirtmektedir. Bu farkındalık kişinin toplumsal

normlara uygun davradığı ve toplumda bir birey olarak benimsenmeye yönelik çaba gösterdiği şeklinde yorumlanabilir. Bunun yanısıra hastalar tarafından bildirilen depresyon ile öznel iyilik algısı arasında yüksek düzeyde negatif ilişki bulunması, şizofreniye eşlik eden depresyon oranlarının yüksekliği ve özbakımda bozulmanın depresyonunun en önemli belirtilerinden biri olması (Amerikan Psikiyatri Birliği2014) dolayısıyla TİDÖ'nün Özbakım alt ölçeğinin ÖZİDÖ puanı ile gösterdiği ilişkinin tutarlı bir bulgu olduğu söylenebilir.

TİDÖ'nün bağımsız yaşam alt ölçeği ile ÖZİDÖ arasında ilişki saptanmaması dolayısıyla ruh sağlığı uzmanlarının iyileşmeyi değerlendirmede ölçüt olarak kullandığı bağımsız yaşam becerilerinin, şizofreni hastalığı olan bireyler tarafından önemli bir iyileşme belirleyicisi olarak görülmediğini göstermektedir.

Ülkemizde şizofreni hastalığı olan bireylerin büyük çoğunluğu aileleri ile birlikte yaşamakta, günlük yaşamı sürdürmek için gerekli olan pek çok işi aile üyeleri ile birlikte gerçekleştirmektedir. Ekinsel alt yapıdan kaynaklanan bu durumun TİDÖ'nün bağımsız yaşam alt ölçeğinde yer alan “ihtiyaca göre alışveriş (pazar, market, mağaza vb. yerlerde) yapma, tek başına (yardım almaksızın) evden dışarı çıkma” gibi maddelerin yanıtlarında rol oynayarak TİDÖ Bağımsız Yaşam alt ölçeğinin ÖZİDÖ puanıyla ilişkisini etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada ÖZİDÖ puanıyla TİDÖ Çalışma Durumu alt ölçeği arasında ilişki bulunmadı. Bunun yanı sıra bir işte çalışma ile ÖZİDÖ puanı arasında da anlamlılık gözlenmedi. Zipursky ve arkadaşlarının şizofreni hastalığı olan bireylerin iyileşme süreciyle ilgili sonuç tercihlerini incelemek amacıyla 300 şizofreni hastasıyla gerçekleştirdikleri çalışmalarında da katılımcıların %52'si iş sahibi olmayı iyileşme belirleyicileri arasına dahil etmemiştir (Zipursky ve diğ. 2016). Bu durum Liberman'ın iyileşme ölçütleri içerisinde yer alan “tam ya da yarı zamanlı bir işte çalışmak” maddesinin (Liberman ve diğ. 2002) şizofreni hastalığı olan bireyler tarafından öznel iyilik halinin belirlenmesinde aynı düzeyde önemsenmediğini düşündürmektedir. Ancak çalışma kapsamında değerlendirilen şizofreni hastalarının büyük çoğunluğunun bir işte çalışmıyor olması bulguların yorumlanmasını zorlaştırmaktadır.

Çalışmada ÖZİDÖ puanı ile ruh sağlığı uzmanları tarafından genel işlevsellik düzeyini belirlemek amacıyla kullanılan İGD arasında ($r=0,27$) düşük düzeyde bağıntı

saptandı. Chan ve arkadaşlarının şizofreni hastaları ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında benzer şekilde ruh sağlığı uzmanlarınca değerlendirilen TMİDÖ, İDÖ ile pozitif ilişkili ($r=0.28$) bulunurken, genel işlevsellik düzeyini belirlemek amacıyla kullanılan California Üniversitesi Performansa Dayalı İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (University of California, San Diego, Performance- Based Skills Assessment Scale- UPSA-B, CÜPCİDÖ) ile İDÖ arasında ilişki bulunmamıştır (Chan ve diğ. 2017). Chan ve arkadaşlarının çalışma sonuçları ve bu araştırmada toplumsal işlevselliği değerlendiren TİDÖ ile ÖzİDÖ arasındaki ilişkinin ($r=0,43$) İGD'den ($r=0,27$) daha yüksek olması göz önüne alındığında öznel iyileşmenin daha çok işlevselliğin toplumsal boyutuyla ilişkili olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Şizofreni hastalarının toplumsal işlevselliğini belirlemek amacıyla kullanılan TİDÖ bir öz bildirim ölçeği iken İGD ruh sağlığı uzmanları tarafından değerlendirilmektedir. ÖzİDÖ ile ilişkisellikte TİDÖ ve İGD'nin farklı sonuçlar vermesi işlevsellik gibi oldukça somut bir alanın değerlendirilmesinde bile ruh sağlığı uzmanları ile hastaların farklı bakış açılarına sahip oldukları şeklinde de yorumlanabilir. Karow ve arkadaşlarının şizofreni hastaları, hasta yakınları ve ruh hekimlerinin remisyon algılarını belirlemek için Nöroleptik Tedavi Altında Öznel İyilik Ölçeği (The Subjective Well-Being Under Neuroleptic Scale SWN-K, NTAÖİÖ), PNSÖ ve Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ) kullanarak gerçekleştirdikleri çalışmalarında ruh hekimleri, hastalar ve hasta yakınlarının remisyon değerlendirmeleri arasındaki uyum %18'de kalmıştır. Remisyonun değerlendirilmesinde ruh hekimleri belirtilerdeki azalmayı en önemli ölçüt olarak bildirirken, hasta ve yakınlarının birincil ölçütünün yaşam kalitesi olduğu görülmüştür.

İGD işlevselliği ruh sağlığı uzmanının 0-100 arasında belirli yönergelere uygun şekilde verdiği puan ile değerlendirir. Buna karşın TİDÖ toplumsal işlevselliğin tüm alanlarında işevuruk ölçütler ve kolay anlaşılır sorularla değerlendirme yapmakta, her soru kendi içerisinde puanlanmaktadır. ÖzİDÖ'nün TİDÖ ile orta düzeyde ilişkili bulunurken İGD ile düşük ilişki göstermesi bakış açısı farklılığının yanı sıra ölçeklerin bu yapısal özelliklerinden de kaynaklanmış olabilir. Ruh sağlığı uzmanlarının genel işlevsellik düzeyini belirlemede daha detaylı değerlendirmeye olanak veren araçlar kullanması genel işlevsellik düzeyi ile öznel iyileşme ilişkisinin net olarak belirlenmesine olanak sağlayabilir.

5.4. Sınırlılıklar

- a. Araştırma kapsamında değerlendirmeye alınan katılımcıların tamamının akut tedavileri tamamlanmış, ayaktan izlenen, belirtileri hafif-orta şiddette olan şizofreni hastalarından oluşması bulguların tüm şizofreni hastalarına genellenmesini zorlaştırmaktadır.
- b. Klinik bir durum olan depresyonun araştırmada öz bildirim ölçeği kullanılarak değerlendirilmiş olması katılımcıların depresyon düzeylerinin net belirlenmesini engellemiş olabilir. Gelecek çalışmalarda ruh sağlığı uzmanlarının değerlendirmesi yapılan bir depresyon ölçeğinin de veri toplama araçları içerisine dahil edilmesi depresyon düzeylerinin daha gerçekçi belirlenmesini sağlayabilir.
- c. Araştırmada içgörünün yalnızca PNSÖ'ün içgörü maddesiyle değerlendirilmiş olması öznel iyileşme ile içgörü arasında ilişki saptanmamasına neden olmuş olabilir. Bağımsız olarak içgörüyü değerlendiren bir ölçeğin gelecek araştırmalarda kullanılması daha detaylı bulgular elde edilmesine yardımcı olabilir.
- d. Çalışma kapsamında öznel iyileşme algısı kesitsel olarak değerlendirildiğinden zaman içerisinde öznel iyileşme algısının değişimine ilişkin veri elde edilemedi. Öznel iyileşme algısı ile ilgili boylamsal çalışmaların gerçekleştirilmesi daha aydınlatıcı veriler elde edilmesini sağlayabilir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

- a. Kadın şizofreni hastalarının öznel iyileşme düzeylerinin erkeklerden anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi.
- b. Şizoaffektif bozukluk tanısı ile izlenen hastaların öznel iyileşme düzeyleri şizofreni tanılı bireylerden anlamlı derecede yüksekti.
- c. Hastalık başlangıç yaşı ile öznel iyileşme algısı arasında gözlenen negatif yönlü ilişki, daha ileri yaşlarda şizofreni tanısı alan bireylerin öznel iyileşme düzeylerinin daha yüksek olduğunu gösterdi.
- d. Belirlenen nesnel iyileşme ölçütlerini sağlayan grubun öznel iyileşme puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi.
- e. Şizofreni tanısı olan bireylerin belirti şiddeti yükseldikçe öznel iyileşme düzeylerinin azaldığı belirlendi.
- f. Şizofreninin belirti kümeleri içerisinde öznel iyileşme algısı üzerinde en güçlü etkiyi negatif belirtilerin gösterdiği, negatif belirti düzeyi arttıkça öznel iyileşme düzeyinin düştüğü saptandı.
- g. Şizofreni hastalığı olan bireylerin öznel iyileşme değerlendirmelerinin içgörü düzeyinden bağımsız olduğu görüldü.
- h. Şizofreniye eşlik eden depresyonun öznel iyileşme algısını olumsuz etkilediği sonucuna ulaşıldı.
- i. Şizofreni hastalığı olan bireylerin umutsuzluk düzeylerinin ve içselleştirilmiş damgalama algısının yükselmesinin öznel iyileşmeyi olumsuz etkilediği belirlendi.
- j. Benlik saygısının düzeyinin yükselmesinin şizofreni hastalığı olan bireylerin öznel iyileşme puan ortalamasını yükselttiği saptandı.
- k. Toplumsal işlevsellik düzeyi daha yüksek olan bireylerin daha yüksek öznel iyileşme bildirdiği belirlendi.
- l. Öznel iyileşmenin toplumsal işlevselliğin daha çok kişiler arası ilişkiler/egleni ve özbakım boyutundan etkilendiği görüldü.

- m. Ruh sağlığı uzmanları tarafından iyileşmenin başat ölçütleri arasında kabul edilen tam ya da yarı zamanlı bir işte çalışmanın şizofreni hastaları tarafından bir iyileşme belirleyicisi olarak görülmediği saptandı.
- n. Öznel iyileşme hissinin genel işlevsellik düzeyinden ziyade toplumsal işlevsellikle daha fazla bağıntılı olduğu belirlendi.
- o. Depresyon ve umutsuzluk düzeyi düşük, benlik saygısı yüksek olan kadın şizofreni hastalarının öznel iyileşmeyi değerlendirme ölçek puanlarının daha yüksek olacağı sonucuna ulaşıldı.

6.2. Öneriler

- a. Şizofreni hastalığı olan bireylerin öznel iyileşme algılarının nesnel iyileşme düzeyinden düşük oranda etkileniyor olması ruh sağlığı uzmanları ile şizofreni hastalığı olan bireylerin iyileşme değerlendirmelerinin uyumunun az olduğunu göstermektedir. Bu kapsamda iyileştirim girişimlerinin planlanmasında Şizofreni hastalığı olan bireylerin sürece dahil edilmesi hizmetlerin etkinliğini arttıracaktır.
- b. Şizofreni hastalığı olan bireylerin öznel iyileşme algılarının klinik belirtiler içerisinde en çok negatif belirti kümesinden etkileniyor olması iyileştirim sürecindeki ruhsal toplumsal girişimlerde negatif belirtileri yönetme becerisi kazandırmaya yönelik içeriklere ağırlık verilmesini gerekli kılmaktadır.
- c. Şizofreni hastalığına eşlik eden depresyon oranlarının yüksekliği ve öznel iyileşme üzerinde depresyonun güçlü negatif etkisi dikkate alınarak ruh sağlığı uzmanlarının depresyonun iyileştirilmesini öncelikli iyileştirim hedefleri arasına almalarının sağlanması öznel iyileşme algısı üzerinde olumlu etki gösterecektir.
- d. Umutsuzluk ile öznel iyileşme algısı arasında saptanan negatif yönlü güçlü ilişki iyileşme sürecinde umudu destekleyen girişimlere yer verilmesini gerekli kılmaktadır.
- e. Şizofreni hastalığı olan bireylerin yüksek düzeyde içselleştirilmiş damgalama algısına sahip olması ve içselleştirilmiş damgalama düzeylerinin yükselmesinin öznel iyileşme hissinin azaltılması toplumsal ölçekte hasta haklarını savunucu girişimlerin artırılmasının ve şizofreni hastalığı olan bireylerin damgalamayla mücadele gücünü arttıran dernek vb. sivil yapılanmalarda yer almalarının teşvik edilmesinin önemini ortaya koymaktadır.

- f. Benlik saygısının öznel iyileşme algısı üzerindeki destekleyici etkisi göz önüne alınarak iyileştirim çalışmalarında benlik saygısını yükseltmeye yönelik içeriklere yer verilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.
- g. Öznel iyileşme algısı üzerinde toplumsal işlevsellik düzeyinin genel işlevsellik düzeyine göre daha güçlü etki göstermesi nedeniyle şizofreni hastalığı olan bireylerin toplumsal katılımlarını artırma ve toplumsal işlevselliğini yükseltmeye yönelik girişimlerde bulunulması öznel iyileşme düzeylerinin yükselmesine katkı sağlayacaktır.



KAYNAKLAR

- Abrams DJ, Rojas DC, Arciniegas DB. Is schizoaffective disorder a distinctcategorical diagnosis? A critical review of the literature. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2008; 4:1089-109.
- Addington J, Addington D. Neurocognitive and social functioning in schizophrenia, *Schizophr Bull*. 1999; 25(1): 173–182.
- Aghevli MA, Blanchard JJ, Horan WP. The expression and experience of emotion in schizophrenia: a study of social interactions. *Psychiatry Res*. 2003;119(3):261-270.
- Amador XF, Gorman JM. Psychopathologic domains and insight in schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am*. 1998; 21: 27-42.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Ed text version. American Psychiatric Association Press, Washington DC, 2000.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (5. Baskı). Çev. Ertuğrul Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
- Amering M, Schmolke M. Ruh Sağlığında İyileşme: Bilimsel ve Klinik Sorumlulukların Yeniden Şekillendirilmesi. Psychiatrie Verlag. Bonn, 2008. Çev. Haldun Soygür, Türkiye Şizofreni Dernekleri Federasyonu, Ankara, 2017.
- Anczewska M, Wciórka J, Grygiel P ve diğ. Hope and its dimensions in relation to clinical recovery: A cross-sectional study among people with psychotic disorders. *Psychiatr Rehabil J*. 2018; Advance online publication <http://dx.doi.org/10.1037/prj0000340>
- Andreasen NC, Carpenter WT, Kane J ve diğ. Remission in schizophrenia: Proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry*. 2005; 162(3): 441-449.
- Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabil J*. 1993; 16(4):11–23.
- Arıcioğlu A. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakóltesi Öğrencilerinin Algıladıkları Sosyal Destek. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
- Badcock JC, Paulik G, Maybery MT. The role of emotion regulation in auditory hallucinations. *Psychiatry Res*. 2007; 185(3): 303–308.
- Baldacchino D, Draper P. Spiritual coping strategies: A review of the nursing research literature. *J Adv Nurs*. 2001; 34(6): 833-841.
- Barrett EA, Sundet K, Faerden A ve diğ. Suicidality in first episode psychosis is associated with insight and negative beliefs about psychosis. *Schizophr Res*. 2010; 123(2–3):257–262.
- Barut JK, Dietrich MS, Zaroni PA ve diğ. Sense of belonging and hope in the lives of persons with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016; 30(2): 178-184.
- Beck AT, Weissman A, Lester D ve diğ. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult hj*
- Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 1961; 4:561-571.
- Binbay T, Binbay DA, Ulaş H ve diğ. Sinop ilinde tanımlı bir alanda şizofreni, şizoafektif bozukluk ve bipolar I bozukluğun başvuru temelli yaygınlığı. *Türk Psikiyatr Derg*. 2016; doi: 10.5080/u13743.
- Birchwood M, Smith JO, Cochrane R ve diğ. The social functioning scale the development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *Br J Psychiatry*. 1990; 157(6): 853-859.

- Bonney S, Stickley T. Recovery and mental health: A review of the British Literature. *J Clin Ment Health Nurs.* 2008; 15(2): 140–153.
- Borras L, Boucherie M, Mohr S ve diğ. Increasing self-esteem: Efficacy of a group intervention for individuals with severe mental disorders. *Eur Psychiatry.* 2009; 24(5): 307–316.
- Borras L, Mohr S, Brandt PY ve diğ. Influence of spirituality and religiousness on smoking among patients with schizophrenia or schizo-affective disorder in Switzerland. *Int J Soc Psychiatry.* 2008; 54:539-49.
- Borras L, Mohr S, Brandt PY ve diğ. Religious beliefs in schizophrenia: Their relevance for adherence to treatment. *Schizophr Bull.* 2007; 33(5): 1238–1246.
- Browne J, Penn DL, Meyer-Kalos PS ve diğ. Psychological well-being and mental health recovery in the nimh raise early treatment program. *Schizophr Res.* 2017; 185: 167-172.
- Buccheri R, Traygstad L, Dowling G. Behavioral management of command hallucinations to harm in schizophrenia. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2007; 42(1):18-27.
- Buckley PF, Harvey PD, Bowie CR ve diğ. The relationship between symptomatic remission and neuropsychological improvement in schizophrenia patients switched to treatment with ziprasidone. *Schizophr Res.* 2007; 94: 99–106.
- Burns T, Patrick D. Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatr Scand.* 2007; 116(6): 403-418.
- Caplan G. Support systems and community mental health. *Psychiatr Serv.* 1974; 25(10): 682-683.
- Cassel J. Psychological process and stress: theoretical formulation. *Int. J. Serv.* 1974; 4: 471-482.
- Chan RC, Mak WW. Common sense model of mental illness: Understanding the impact of cognitive and emotional representations of mental illness on recovery through the mediation of self-stigma. *Psychiatry Res.* 2016; 246: 16-24.
- Chan RC, Mak WW, Chio FH ve diğ. Flourishing with psychosis: A prospective examination on the interactions between clinical, functional, and personal recovery processes on well-being among individuals with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull.* 2017; 44(4): 778-786.
- Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom. Med.* 1976; 38: 303-314.
- Cooke MA, Peters ER, Greenwood KE ve diğ. Insight in psychosis: Influence of cognitive ability and self-esteem. *Br J Psychiatry.* 2007; 191:234–237.
- Coyle J. Spirituality and health: Towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. *Schizophr Bull.* 2002; 37(6): 589–597.
- Culliford L. Spirituality and clinical care. *BMJ* 2002; 325: 1434-5.
- Çuhadaroğlu F. Adölesanlarda Benlik Saygısı. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1986.
- David A. Insight in Psychosis. *Br J Psychiatry.* 1990; 156: 798-808.
- Davidson L, O'connell MJ, Tondora J ve diğ. Recovery in serious mental illness: A new wine or just a new bottle? *Professional psychology: Research and practice*, 2005; 36(5): 480-487.
- De Hert M, Van Winkel R, Wampers M ve diğ. Remission criteria for schizophrenia: Evaluation in a large naturalistic cohort. *Schizophr Res.* 2007; 92:68–73.
- Deegan PE. Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. *Social Work in Health Care*, 1997; 25(3): 11–24.
- Deegan PE. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabil J.* 1988; 11(4): 11–19.
- Dibonaventura M, Gabriel S, Dupclay L ve diğ. A patient perspective of the impact of medication side effects on adherence: Results of a cross-sectional nationwide survey of patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry.* 2012; (doi: 10.1186/1471-244X-12-20)

- Diener E, Suh E. Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 1997; 40(1-2):189-216.
- Dikeç G, Kutlu Y. The determination of treatment adherence and affecting factors among a group of patients with schizophrenia. *J Psy Nurs*. 2014;5:143-8.
- Doğanavşargil GÖ. Şizofreni ve depresyonda içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi. Doktora tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010.
- Draine J, Solomon P. Explaining attitudes toward medication compliance among a seriously mentally ill population. *J Nerv Mental Dis*. 1994; 182(1): 50-54.
- Drake RJ, Pickles A, Bentall RP ve diğ. The evolution of insight, paranoia and depression during early schizophrenia. *Psychol Medic*. 2004; 34(2):285-292.
- Eker D, Arkar H, Yıldız H. Generality of support sources and psychometric properties of a scale of perceived social support in Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2000; 35(5): 228-233.
- Eker D. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg*. 2001;12: 17-25.
- Emsley R, Chiliza B, Asmal L ve diğ. The concepts of remission and recovery in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 2011; 24(2): 114-121.
- Emsley R, Oosthuizen PP, Kidd M ve diğ. Remission in first-episode psychosis: predictor variables and symptom improvement patterns. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67:1707-1712.
- Emsley R, Oosthuizen PP, Koen L ve diğ. Remission in patients with first-episode schizophrenia receiving assured antipsychotic medication: a study with risperidone long-acting injection. *Int Clin Psychopharmacol*. 2008; 23:325-331.
- Emsley R, Rabinowitz J, Medori R. Remission in early psychosis: Rates, predictors, and clinical and functional outcome correlates. *Schizophr Res*. 2007; 89:129-139.
- Erakay SY. Şizofreni tanılı hastalarda sosyal işlevsellik ölçeği (SİÖ) Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması. Uzmanlık tezi. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2001.
- Erol A, Ünal EK, Aydın ET ve diğ. Şizofrenide sosyal işlevselliği yordayan etmenler. *Türk Psikiyatri Derg*. 2009; 20(4): 313-21.
- Ersoy MA, Varan A. Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*. 2007; 18(2): 163-171.
- Fervaha G, Agid O, Takeuchi H ve diğ. Life satisfaction and happiness among young adults with schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2016; 242: 174-179.
- Gaite L, Vázquez-Barquero JL, Borra C ve diğ. Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: The EPSILON study. *Acta Psychiatr Scand*. 2002; 105(4): 283-292.
- Gaite L, Vázquez-Barquero JL, Borra C ve diğ. Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: the epsilon study. *Acta Psychiatr Scand*. 2002; 105: 283-92.
- Gearing RE, Alonzo D, Smolak A ve diğ. Association of religion with delusions and hallucinations in the context of schizophrenia: Implications for engagement and adherence. *Schizophr Res*. 2011; 126(1-3): 150-163.
- Górna K, Jaracz K, Wrzyszczyńska L ve diğ. Quality of life and depression in schizophrenic patients. *Adv Med Sci*. 2007; 52(ES 1): 108-11.
- Guy W. ECDEU assessment manual for psychopharmacology. *US Department of Health, and Welfare*, 1976; 534-537.
- Güçlü S, Değirmen N, Uncu B. Yetişkinlerde sosyal destek, anksiyete ve benlik algısı arasındaki ilişki. *Journal of Current Researches on Health Sector*, 2016; 6(1): 13-22.

Gül EU, Can DÖ, Şahin EH ve diğ. The evaluation of the schizophrenia patients in Kirikkale Community Mental Health Center. *KÜ Tıp Fak Derg.* 2014;16:15–9.

Hartley S, Barrowclough C, Haddock G. Anxiety and depression in psychosis: a systematic review of associations with positive psychotic symptoms. *Acta Psychiatr Scand.* 2013;128(5):327–346.

Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Meir T ve diğ. Insight into severe mental illness, hope, and quality of life of persons with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry Res.* 2009; 167(3):231–238.

Hayes L, Herrman H, Castle D ve diğ. Hope, recovery and symptoms: the importance of hope for people living with severe mental illness., *Australas Psychiatry.* 2017; 25(6): 583-587.

Heiman GW. Basic Statistics for the Behavioral Sciences (8. Baskı) Belmont CA, Wadsworth/Cengage Learning, 2011.

Helldin L, Kane JM, Karilampi U ve diğ. Remission in prognosis of functional outcome: a new dimension in the treatment of patients with psychotic disorders. *Schizophr Res.* 2007; 93:160–168.

Herman JL. Travma ve iyileşme. Çev. Tamer Tosun. Literatür Yayıncılık, İstanbul, 2011.

Hert MD, van Winkel R, Wampers M ve diğ. Remission criteria for schizophrenia: Evaluation in a large naturalistic cohort. *Schizophr Res.* 2007; 92(1–3): 68–73.

Hill K, Startup M. The relationship between internalized stigma, negative symptoms and social functioning in schizophrenia: The mediating role of self-efficacy. *Psychiatry Res.* 2013; 206(2-3): 151-157.

Hisli N. A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample. *J. Psychol.* 1989; 7: 3-13.

Huguelet P, Binyet-Vogel S, Gonzalez C ve diğ. Follow-up study of 67 first episode schizophrenic patients and their involvement in religious activities. *Eur Psychiatry.* 1997;12(6): 279-83.

Huguelet P, Borrás L, Gillieron C ve diğ. Influence of spirituality and religiousness on substance misuse in patients with schizophrenia or schizo-affective disorder. *Subst Use Misuse.* 2009; 44: 502-13.

Innen GH, Penn DL, Corrigan PW ve diğ. Social perception and social skill in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 1998; 80(3): 275–286.

Jacobson N, Greenley D. What Is Recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatr Serv.* 2001; 52(4): 482–485.

Jäger M, Haack S, Becker T ve diğ. Schizoaffective disorder an ongoing challenge for psychiatric nosology. *Eur Psychiatry.* 2011; 26:159-65.

Jarper K. The Patient's attitude to his illness General psychopathology. The Johns Hopkins University Press, 2007.

Jung SH, Kim WH, Choi HJ ve diğ. Factors affecting treatment discontinuation and treatment outcome in patients with schizophrenia in Korea: 10-year follow-up study. *Psychiatry Investig.* 2011; 8:22-29.

Kane JM, Crandall DT, Marcus RN ve diğ. Symptomatic remission in schizophrenia patients treated with aripiprazole or haloperidol for up to 52 weeks. *Schizophr Res.* 2007; 95:143–150.

Kao YC, Liu YP, Chou MK ve diğ. Subjective quality of life in patients with chronic schizophrenia: Relationships between psychosocial and clinical characteristics. *Compr Psychiatry.* 2011; 52(2): 171-180.

Karakaş SA, Okanlı A, Yılmaz E. The effect of internalized stigma on the self esteem in patients with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs.* 2016; 30(6): 648-652.

Karow A, Naber D, Lambert M ve diğ. Remission as perceived by people with schizophrenia, family members and psychiatrists. *Eur Psychiatry.* 2012; 27(6): 426-431.

Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987;13(2): 261-276.

- Kee KS, Green MF, Mintz J ve diğ. Is emotion processing a predictor of functional outcome in schizophrenia? *Schizophr Bull.* 2003;29(3): 487-497.
- Kef S. The personel networks and social supports of blind and visually impaired adolescents. *J Visual Impair Blin.* 1997; 91: 236-244.
- Kirov G, Kemp R, Kirov K ve diğ. Religious faith after psychotic illness. *Psychopathology.* 1998;31:234–245.
- Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A ve diğ. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PNSÖ) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Derg.* 1999;14(44): 23-32.
- Kozacoğlu GH, Gördürür HE. Bireyden Topluma Ruh Sağlığı. Alfa Basım Yayım Dağıtım, İstanbul, 1995.
- Kroll J, Sheehan W. Religious beliefs and practices among. *Am J Psychiatry.* 1989;146(1): 67-72.
- Lambert M, Naber D, Schacht A ve diğ. Rates and predictors of remission and recovery during 3 years in 392 never-treated patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 2008; 118:220-229.
- Landeen J, Pawlick J, Woodside H ve diğ. Hope, quality of life, and symptom severity in individuals with schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J.* 2000; 23(4): 364–369.
- Landeen JL, Seeman MV, Goering P ve diğ. Schizophrenia: Effect of perceived stigma on two dimensions of recovery. *Clin Schizophr Relat Psychoses.* 2007;1:64–68.
- Law H, Neil ST, Dunn G ve diğ. Psychometric properties of the questionnaire about the process of recovery (QPR). *Schizophr Res.* 2014;156:184–189.
- Lieberman RP, Kopelowicz A. Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. *Psychiatr Serv.* 2005; 56(6): 735–742.
- Lieberman RP, Kopelowicz A, Ventura J ve diğ. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *Int Rev Psychiatry.* 2002;14(4): 256–272.
- Lieberman RP. Yetiyetiminden İyileşmeye: Psikiyatrik İyileştirim Elkitabı. American Psychiatric Publishing Inc. Washington DC. 2008. Çev. Mustafa Yıldız, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği, Ankara, 2011.
- Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO (Ed) The American psychiatric publishing textbook of schizophrenia. American Psychiatric Publishing, 2007.
- Lincoln TM, Lullmann E, Rief W. Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophr Bull.* 2007; 33(6): 1324–1342.
- Lung FW, Shu BC, Chen PF. Personality and emotional response in schizophrenics with persistent auditory hallucinaion. *Eur Psychiatry.* 2009; 16(4):301-310.
- Lunt A. A theory of recovery. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2002; 40(12): 32-39.
- Lysaker PH, Hamm JA, Hasson-Ohayon I ve diğ. Promoting recovery from severe mental illness: Implications from research on metacognition and metacognitive reflection and insight therapy. *World J Psychiatry.* 2018; 8(1):1–11.
- Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull.* 2007; 33(1):192–199.
- Lysaker PH, Vohs JL, Tsai J. Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: Associations with social functioning, hope, self-esteem and internalized stigma. *Schizophr Res.* 2009; 110(1–3): 165–172.
- Mashiach-Eizenberg M, Hasson-Ohayon I., Yanos PT ve diğ. Internalized stigma and quality of life among persons with severe mental illness: The mediating roles of self-esteem and hope. *Psychiatry Res.* 2013; 208(1):15–20.

- McDonald J, Badger TA. Social function of persons with schizophrenia. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2002;40 (6): 42-50.
- McGurk SR, Meltzer HY. The role of cognition in vocational functioning in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2000; 45(3): 175–184.
- McLeod T, Morris M, Birwood M ve diğ. Mental health. Cognitive behaviorual therapy group work with voice hearers.*Br J Nurs.* 2007; 16(4):248-252.
- Meerding WJ, Bonneux L, Polder JJ ve diğ. Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in Netherlands: cost of illness study. *BMJ.* 1998; 317(7151): 111-115.
- Mi-Ra W, Kwang-Ja L, Ja-Hyung L ve diğ. Effects of emotion management nursing program for patients with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs.* 2012; 26(1): 54-62.
- Mohamed S, Rosenheck R, McEvoy J ve diğ. Crosssectional and longitudinal relationships between insight and attitudes toward medication and clinical outcomes in chronic schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2009; 35(2):336–346.
- Mohr S, Brandt PY, Borrás L ve diğ. Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2006;163:1952-9.
- Morrison AP, Shryane N, Beck R ve diğ. Psychosocial and neuropsychiatric predictors of subjective recovery from psychosis. *Psychiatry Res.* 2013;208:203–209.
- Mueser KT, Drake RE, Bond GR. Recent advances in psychiatric rehabilitation for patients with severe mental illness. *Harv Rev Psychiatry.* 1997; 5(3): 123-137.
- Nakagawa S, Hayashi N. Clinical correlations of objective and subjective quality of life among middle aged and elderly female inpatients with chronic schizophrenia. *Asian J Psychiatr.* 2013;6:389-393.
- Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. İmaj Yayıncılık, Ankara, 2004.
- Özkan İ. Benlik saygısını etkileyen etkenler. *Düşünen Adam Dergisi,* 1974; 3: 4–9.
- Öztürk O, Uluşahin N. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (13. Baskı). Nobel Tıp Kitapevi, Ankara, 2015.
- Öztürk Ş, Kılıç Çakmak E, Akgün Ö ve diğ. Bilimsel Araştırma Yöntemleri (23.Baskı). Pegem Akademi, Ankara, 2017.
- Pearson RE. Counseling and social support: Perspectives and practice. Sage Publications, California, 1990.
- Peters FS. When prayer fails: Faith healing, children and the law. Oxford University Press, New York, 2008.
- Pines AM, Zaidman N. Gender, culture, and social support: A male-female, Israeli Jewish-Arab Comparison. *Sex Roles,* 2003; 49(11–12): 571–586.
- Reine G, Lancon C, Di Tucci S ve diğ. Depression and subjective quality of life in chronic phase schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand.* 2003;108(4): 297-303.
- Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res.* 2003;121(1): 31-49.
- Roberts G, Wolfson P. The rediscovery of recovery: Open to all. *Adv Psychiatr Treat.* 2004; 10(01): 37–48.
- Robertson SE. Social Support: Implication for counseling. *Int J Adv Couns.* 1988; 11: 313-321.
- Roe D, Mashiach-Eizenberg M, Lysaker PH. The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders. *Schizophr Res.* 2011;131:133–138.
- Rosenberg, M. Rosenberg self-esteem scale (RSE). *Acceptance and commitment therapy. Measures package,* 1965; 61:52.
- Rossi A, Amore M, Galderisi S ve diğ. The complex relationship between self-reported ‘personal recovery’ and clinical recovery in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2018; 192: 108-112.

- Rund BR. Fully recovered schizophrenics: A retrospective study of some premorbid and treatment factors. *Psychiatry* 1990;53:127-39.
- Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry*. 2005; 20:529-539.
- Saillard EK. Ruhsal hastalara yönelik damgalamaya ilişkin psikiyatrist görüşleri ve öneriler. *Türk Psikiyatri Derg.* 2010; 21(1):14-24.
- Sarısoy G, Kaçar ÖF, Pazvantoğlu O ve diğ. Internalized stigma and intimate relations in bipolar and schizophrenic patients: A comparative study. *Compr Psychiatry*. 2013; 54(6): 665-672.
- Schrank B, Amering M, Hay AG ve diğ. Insight, positive and negative symptoms, hope, depression and self-stigma: a comprehensive model of mutual influences in schizophrenia spectrum disorders. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2014;23:271-279.
- Schrank B, Slade M. Recovery in psychiatry. *Psychiatr Bull.* 2007; 31(9): 321-325.
- Schrank B, Stanghellini G, Slade M. Hope in psychiatry: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand.* 2008; 118(6): 421-433.
- Shrank B, Amering M, Grant Hay A ve diğ. Insight, positive and negative symptoms, hope, depression and self-stigma: a comprehensive model of mutual influences in schizophrenia spectrum disorders. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2014; 23(03):271-279.
- Seber G, Dilbaz N, Kaptanoğlu C ve diğ. Umutsuzluk ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirliği. *Kriz Dergisi*, 1993; 1(3): 139-142.
- Shih M. Positive stigma: examining resilience and empowerment in overcoming stigma. *Annals of The American Academy of Political and Social Science*, 2004; 591: 175-85.
- Singleton N, Bumpstead R, O'Brien M ve diğ. Psychiatric morbidity among adults living in private households, 2000. *Int Rev Psychiatry*. 2003; 15(1-2): 65-73.
- Slade M. Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals. Cambridge University Press. Cambridge, 2009.
- Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC ve diğ. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Türkiye Psikiyatri Derneği, Ankara, 2007.
- Sperry L, Edward PS (Ed) Spiritually Oriented Psychotherapy. American Psychological Association, Washington, 2005.
- Stotland NL, Mattson MG, Bergeson S. The recovery concept: Clinician and consumer perspectives. *J Psychiatr Pract.* 2008; 14: 45-54.
- Switaj P, Grygiel P, Chrostek A ve diğ. Investigating the roles of loneliness and clinician and self rated depressive symptoms in predicting the subjective quality of life among people with psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2018; 53:183-193.
- Taşkın EO. Ruhsal hastalıklarda damgalama ve ayrımcılık. *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*, 2007; 1: 17-30.
- Torgalsbøen AK. Full recovery from schizophrenia: The prognostic role of premorbid adjustment, symptoms at first admission, precipitating events and gender. *Psychiatry Res.* 1999; 88: 143 -152.
- Treichler EB, Li F, O'Hare M ve diğ. Psychosocial and functional contributors to personal recovery in serious mental illness. *J Ment Health.* 2018; 1-9.
- Tüzer V, Kısa C, Aydemir Ç ve diğ. Şizofreni hastaları ve yakınlarının öznel yaşam kalitesini yordayan faktörler: Bir izlem çalışması. *Noro Psikiyatr Ars.* 2010; 47(4).
- Üstün TB, Sağduyu A, Rezaki M. Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal sorunlar, Uluslararası DSÖ Çalışması. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bİ-DSÖ İşbirliği Merkezi. Ankara, 1997.

- Valiente C, Provencio M, Espinosa R ve diğ. Predictors of subjective well-being in patients with paranoid symptoms: Is insight necessarily advantageous? *Psychiatr Res.* 2011; 189(2):190–194.
- Van Eck RM, Burger TJ, Vellinga A ve diğ. The relationship between clinical and personal recovery in patients with schizophrenia spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2017; 44(3): 631-642.
- Vass V, Morrison AP, Law H ve diğ. How stigma impacts on people with psychosis: The mediating effect of self-esteem and hopelessness on subjective recovery and psychotic experiences. *Psychiatry Res.* 2015; 230(2): 487-495.
- Warner R. Recovery from schizophrenia: An international perspective. A report from the WHO collaborative project, the international study of schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2007; 164(9):1444-1445.
- West ML, Yanos PT, Smith SM ve diğ. Prevalence of internalized stigma among persons with severe mental illness. *Stigma Res Action.* 2011; 1(1): 3.
- Wood L, Byrne R, Burke E ve diğ. The impact of stigma on emotional distress and recovery from psychosis: The mediatory role of internalised shame and self-esteem. *Psychiatry Res.* 2017; 255: 94-100.
- Yang CY, Lee TH, Lo SC ve diğ. The effects of auditory hallucination symptom management programme for people with schizophrenia: A quasi- experimental design. *J Adv Nurs.* 2015; 71(12): 2886-2897.
- Yanos P, Roe D, Markus K ve diğ. Pathways between internalised stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Serv.* 2008; 59(12): 1437 – 42.
- Yıldız M, İpçi K, İncedere A ve diğ. Toplumsal işlevselliğin toplum temelli araştırılması: Kocaeli'de bir ön çalışma. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017; 3(3):1-5.
- Yıldız M, Erim R, Soygur H ve diğ. Development and validation of the Subjective Recovery Assessment Scale for patients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 2018; 28(2):163-169.
- Yıldız M. Recovery in schizophrenia: Related factors in a group of patients followed up for 5 years in a private practice. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology.* 2017; 27(4): 366-373.
- Yıldız M. Şizofreni: Hastalığı Anlamak ve Onunla Yaşamayı Öğrenmek. Umuttepe Yayınları, Kocaeli, 2018.
- Yıldız M, Kiras F, İncedere A ve diğ. Şizofreni hastaları için Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2018;19:29-38.
- Zipursky RB, Menezes NM, Streiner DL. Risk of symptom recurrence with medication discontinuation in first-episode psychosis: A systematic review. *Schizophr Res.* 2014; 152: 408–414.

ETİK KURUL ONAYI



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Etik Kurul Bilgileri	Adı	Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	Adres	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ara Kat 41380 Umutepe Yerleşkesi /KOCAELİ
	Telefon	0262 303 74 50
	Faks	0262 303 74 63
	E-Posta	gokaetikkurul@kocaeli.edu.tr

Başvuru Bilgileri	Araştırmacının Adı	Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Hastalarında İyileşme: Öznel İyileşme ile Nesnel İyileşme Arasındaki İlişkinin Araştırılması			
	Araştırma Proje Numarası	KÜ GOKAEK 2017/24			
	Sorumlu Araştırmacı Unvanı/Adı/Soyadı	Prof. Dr. Mustafa YILDIZ			
	Sorumlu Araştırmacının Uzmanlık Alanı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları			
	Araştırma Merkezi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD			
	Destekleyici				
	Araştırmacının Türü	Yüksek Lisans Tezi			
	Araştırmaya Katılan Merkezler	Tek Merkezli <input checked="" type="checkbox"/>	Çok Merkezli <input type="checkbox"/>	Ulusal <input checked="" type="checkbox"/>	Uluslararası <input type="checkbox"/>

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Var	Yok	Açıklama
	Başvuru Dilekçesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Başvuru Formu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Araştırmacının Türü	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gözlemsel Çalışma/Anket Çalışması
	Araştırma Protokolü	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Kullanılacak Form Örnekleri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aydınlatılmış Onam Formu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Araştırma Bütçesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Literatür Örneği	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Taahhütname	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Biyolojik Materyal Transfer Anlaşması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	İzin Belgeleri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Başhekimlik Onayı	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Özgeçmişler	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Değişiklik Bilgi Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Proje Sonuç Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Onay formu	21.09.2016/KOGOEK01.1	1/2

Karar Bilgileri	Karar No: KÜ GOKAEK 2017/2.14 Proje No: 2017/24 Tarih: 08/02/ 2017
	Prof. Dr. Mustafa YILDIZ sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmanın gerekçesi, amacı, yaklaşım ve yöntemleri, gönüllüler için beklenen yarar ve riskler dikkate alınarak değerlendirilmiş ve araştırmanın ilgili protokol doğrultusunda belirtilen merkezlerde yürütülmesi etik açıdan, <input checked="" type="checkbox"/> Uygun bulunmuştur. <input type="checkbox"/> Eksikliklerin tamamlanması koşulu ile uygun bulunmuştur.* <input type="checkbox"/> Uygun bulunmamıştır.*

Dayanakları	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420); Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi; İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (09.12.2003/25311); Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (29.03.2011/27899); İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (13.04.2013/28617); Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği (06.09.2014/29111); Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi; İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu; Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Türk Tabipleri Birliği Araştırma Etiği Bildirgesi
-------------	--

Etik Kurul Üyeleri

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Toplantıda Bulunma		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Kadir Babaoğlu Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof. Dr. İ. Erdem Okay Üye	Genel Cerrahi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof. Dr. Haluk Emre Özel Üye	Restoratif Diş Tedavisi	Kocaeli Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Canan Baydemir Üye	Biyostatistik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Selcen Göçmez Üye	Farmakoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu Üye	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yusufhan Yazır Üye	Histoloji ve Embriyoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Aslıhan Akpınar Raportör	Tıp Tarihi ve Etik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ceyla Eraldemir Üye	Biyokimya	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* Gerekeçe ve öneriler:

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Onay formu	21.09.2016/KOGOEK01.1	2/2



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 80418770-302.14.06/
Konu : Etik Kurul Başvurusu Hk.

Sayın Prof.Dr. Mustafa YILDIZ

Sorumlu araştırmacısı olduğunuz 2017/24 numaralı projeniz için yapılan değişiklik başvurunuz etik kurulumuzun 20/03/2019 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve aşağıdaki karar alınmıştır.

Dr. Öğr. Üyesi Aslıhan AKPINAR
Raportör

GOKAEK-2019/05.01. 2017/24 proje numaralı "Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Hastalarında İyileşme: Öznel İyileşme ile Nesnel İyileşme Arasındaki İlişkinin Araştırılması" başlıklı olup 8.2.2017-GOKAEK-2017/2.14. tarih-sayılı karar ile onaylanan proje için daha önce yapılmış olan araştırma grubu ve örneklem sayısı değerikliği nedeniyle proje adının "Şizofreni hastalarında iyileşme: Öznel İyileşme ile Nesnel İyileşme Arasındaki İlişkinin Araştırılması" olarak değeristirilmesi önerisi değerlendirilmiş, Uygun bulunmuştur.

25/03/2019 Sek.

: H.S.KIROĞLU

Karar.229 Ruhsal Rehabilitasyon Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan gelen 16.08.2017 tarih ve 65325 sayılı yazısı incelendi.

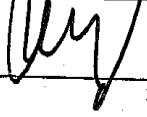
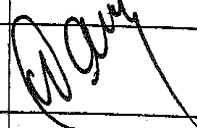

Ruhsal Rehabilitasyon Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Mustafa Yıldız'ın danışmanı olduğu Yüksek Lisans öğrencisi Kübra İpeç'in tez konu başlığının danışmanının önerisi doğrultusunda aşağıdaki gibi değiştirilmesine oybirliği ile karar verildi.

Eski Tez Konu Başlığı: Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Hastalarında İyileşme: Öznel İyileşme ile Nesnel İyileşme Arasındaki İlişkinin Araştırılması.

Yeni Tez Konu Başlığı: Şizofreni Hastalarında İyileşme: Öznel İyileşme ile Nesnel İyileşme Arasındaki İlişkinin Araştırılması

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mustafa Yıldız

Enstitü Yönetim Kurulu'nun 16.08.2017 tarih ve 2017/31 oturum sayılı toplantısında görüşülen konular 223-229 sıra sayılı kararı [Toplam 7 (Yedi)] olarak karara bağlanmıştır.

Prof. Dr. Mustafa Yıldız (Müdür)		Yrd. Doç. Dr. Ilgın Sade (Üye)	İZİNLİ
Prof. Dr. Sema Aşkın Keçeli (Müd. Yrd.)		Necati Yıldız Ens. Sek.V. (Raportör)	
Prof. Dr. Nurbay Ateş (Üye)	İZİNLİ	Hüseyin Uzuner (Öğrenci Temsilcisi)	KATILMADI
Prof. Dr. Murat Kasap (Üye)			

ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı:	Kübra İPÇİ
Doğum Yeri/ Tarihi:	Bursa/ 27.10.1991
Uyruğu:	T.C.
Medeni Durumu:	Bekar
Çalıştığı Kurum:	İstanbul Okan Üniversitesi
İletişim Adresi ve Telefonu:	İstanbul Okan Üniversitesi Tuzla Kampüsü, 3495 Akfırat TUZLA/İSTANBUL 05531106626
Eğitimi	
Yüksek Lisans:	Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruhsal Rehabilitasyon Programı (2015-2019)
Üniversite:	Kocaeli Üniversitesi Eğitim Fakültesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü 2010-2015)
Lise:	Ulubatlı Hasan Anadolu Lisesi (2006-2010)
İlköğretim:	Yahya Kemal Beyatlı İlköğretim Okulu (1998- 2006)
Yabancı Dil:	İngilizce
Unvan:	Araştırma Görevlisi
Mesleki Deneyimi:	
İstanbul Okan Üniversitesi:	Eğitim Fakültesi Özel Eğitim Bölümü Araştırma Görevlisi (2018- devam ediyor)
Milli Eğitim Bakanlığı:	Sadık Yılmaz Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi Psikolojik Danışman (2016-2018)
Fen Bilimleri Koleji:	Psikolojik Danışman / (2015-2016)

Bilimsel Etkinlikleri:

İpçi K, İncedere A, Kiras F, Yıldız M. Şizofreni Hastalarında Öznel İyileşme ile Bilişsel İçgörü Arasındaki İlişkinin Araştırılması. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2018.

Yıldız M, İpçi K, İncedere A ve diğ. Toplumsal İşlevselliğin Toplum Temelli Araştırması: Kocaeli’de Bir Ön Çalışma. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017; 3(3): 1-5.

İncedere A, İpçi K, Kırçalı A ve diğ. Toplumsal İşlevselliğin Bileşenleri Olarak Bireysel ve Toplumsal Alışkanlıklar Üzerine Eğitimin Etkisi: Kesitsel Bir Toplum Çalışması. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017; 3(3): 18-23.

Yıldız M, Kiras F, İncedere A ve diğ. Şizofreni hastaları için toplumsal işlevselliği değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlilik ve güvenirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Derg. 2018; 19(ES 2): 29-38.

Yıldız M, Özaslan Z, İncerede A ve diğ. The Effect of Psychosocial Skills Training And Metacognitive Training on Social and Cognitive Functioning in Schizophrenia. Archives Neuropsychiatry, (Doi:10.29399/npa.23095).

Yıldız M, İncerede A, Kiras F ve diğ. Development of Self Stigma Inventory for Families of The Patients With Schizophrenia (SSI-F): Validity And Reliability Study. Psychiatry and Clinical Psychopharmacology (Doi:10.1080/24750573.2018.1480858).

İpçi K, İncerede A, Kiras F ve diğ. Şizofreni Hastalarının Öznel İyileşme Anlayışlarının İlişkili Olduğu Etmenlerin Araştırılması. Anadolu Psikiyatri Derg. 2017;18(ES 3): S35.

Ödüller:

23. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi Sözel Bildiri Birincilik Ödülü

EK-I



KOÜ TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

ŞİZ / ŞAB HASTA KAYIT BELGESİ

Görüşmeci:	Tarih:
Hastanın ismi:	Cinsiyet: () Erkek () Kadın
Yaş:	Eğitim (başarıyla tamamladığı yıl):
Medeni durum: () Bekar () Evli () Boşanmış /ayrı / dul	Son bir yıldaki iş / çalışma durumu: () İşsiz () Malulen emekli () Denetimli çalışıyor () Düzenli çalışıyor
Evde kişi başına düşen gelir düzeyi: TL / ay:	Sosyal Güvence: () Var () Yok
Yaşam biçimi (kimlerle yaşıyor, bakıcıları): (X) Aile () Eş/Çocuk () Akraba () Yalnız () Arkadaşlarıyla () Barınma evi	Ailede psikotik hastalık: () 1.derecede () 2.derecede () 1 ve 2.derecede () 3.derecede () yok
Hastalığın başlangıç yaşı:	Toplam hastane yatış sayısı:
Hastalığın süresi (yıl):	Toplam yatış günü:
Aile desteği: () Tam () Kısmen () Yok	Günlük sigara tüketimi (son 6 ay): () Yok () Var, sayı/gün:
Alkol kullanımı (son 6 ay): () Yok () Arada içiyor () Düzenli içiyor	Esrar kullanımı (son 6 ay): () Yok () Arada alıyor () Düzenli kullan.
Diğer madde kullanımı (son 6 ay): () Yok () Arada kullanıyor () Düzenli kullanıyorsa nedir:	İnsana fiziksel şiddet (hastalık sonrası): () Yok () Var
Özkiyim girişimi (hastalık sonrası): () Yok () Var	Adli olay (hastalık sonrası): () Yok () Var
EKT uygulaması (son 1 yılda): () Yok () Var	Tanı: () Şizofreni () Şizoaffektif boz
Kullanılan ilaç tipi: () Tipik () Atipik () Karma	Kullanılan APİ ların Klorpromazin eşdeğer dozu:
KGİ şiddet (1-7):	İGD (0-100):
Ek Ruhsal hastalık: () Yok () Maj. Dep. Boz () OKB () Başka Ruh. Hast.	

EK-II

Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği (ÖZİDÖ)

İsim:.....

Tarih:...../...../.....

Hastalığınızın tedavisi ile birlikte iyileşme durumunuzu değerlendirmek amacıyla aşağıda bazı ifadeler verilmiştir. Lütfen bunlarla ilgili olarak size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.		Bana hiç uymaz	Biraz uyar	Orta derecede uyar	Genellikle uyar	Tam uyar
1	Geleceğimle ilgili umutlarım var					
2	Ulaşmak istediğim hedeflerim var					
3	Hedeflerimi gerçekleştirebileceğime inanıyorum					
4	Yeni ilgi alanları ediniyorum					
5	Çevremde ailem dışında da güvenebileceğim insanlar var					
6	Gereksinim duyduğumda çevremden yardım istiyorum					
7	Kendime güveniyorum					
8	Karşılaştığım zor durumlarla başa çıkabiliyorum					
9	Çevremdeki insanlar bana güveniyor					
10	Çevrem tarafından aranan ve önemsenen birisiyim					
11	Hastalığımın tedavisi için elimden geleni yapıyorum					
12	Hastalığımın belirtileriyle başa çıkabiliyorum					
13	Başka kişilerle olumlu ilişkiler kuruyorum					
14	Kendimi toplumun bir üyesi olarak görüyorum					
15	Sosyal etkinliklere katılıyorum					
16	Boş zamanlarımı faydalı bir şekilde değerlendiriyorum					
17	Benden beklenen görevleri (öğrenci, işçi, memur, ev hanımı gibi) yerine getiriyorum					

EK-III

Pozitif Ve Negatif Sendrom Ölçeği (PNSÖ)

Ad, Soyad:

Tarih:

Uygulayan doktor:

PANSS

Pozitif Belirtiler	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
P1 Sanrılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P2 Düşünce dağınıklığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P3 Varsanılar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P4 Taşkınlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P5 Büyüklük duyguları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P6 Şüphencilik kötülük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P7 Düşmanca tutum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skor:						<input type="text"/>	
Negatif Belirtiler	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
N1 Duygulanımda küntleşme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N2 Duygusal iççekilme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N3 İlişki kurmada güçlük	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N4 Pasif biçimde kendini toplulmdan çekme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N5 Soyut düşünme güçlüğü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N6 Konuşmanın kendiliğinden ve acıklığının kaybı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N7 Steriotipik düşünme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skor:						<input type="text"/>	
Genel Psikopatoloji	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
G1 Bedensel kaygı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G2 Anksiyete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G3 Suçluluk duyguları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G4 Gerginlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G5 Manyerizm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G6 Depresyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G7 Motor yavaşlama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G8 İşbirliği kuramama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G9 Olağandışı düşünce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G10 Yönetim bozukluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G11 Dikkat azalması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G12 Yargılama ve içgörü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G13 İrade bozukluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G14 Dürtü kontrolsüzlüğü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G15 Zihinsel aşırı uğraş	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G16 Aktif biçimde sosyal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skor:						<input type="text"/>	
Toplam skor:						<input type="text"/>	

EK-IV

Klinik Genel İzlenim –Şiddet (KGI-Ş)

Hastalık Şiddeti

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

1. Normal, hasta değil
2. Hastalık sınırında
3. Hafif düzeyde hasta
4. Orta düzeyde hasta
5. Belirgin düzeyde hasta
6. Ağır hasta
7. Çok ağır hasta

EK-V

İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi (İGD)

Ruhsal sağlık-hastalığın varsayımsal sürekliliği üzerinde psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliği göz önünde bulundurunuz. Fiziksel (ya da çevresel) kısıtlamalara bağlı işlevsellik bozulmalarını bu kapsam içinde değerlendirmeyiniz.

Kod	(Not: Uygun düştüğünde ara kodları da kullanınız, örn. 45, 68, 72.)
91-100	Çok çeşitli etkinlik alanlarında üst düzeyde işlevsellik, yaşam sorunları hiçbir zaman denetim dışı kalmıyor gibi görünmektedir, birçok olumlu niteliği olduğu için başkalarınca aranan biridir. Herhangi bir semptomuyoktur.
81-90	Hiç belirti olmaması ya da çok az belirti olması (örn. sıraydan önce hafif bir anksiyete duyma), tüm alanlarda işlevselliğin iyi olması , çok çeşitli etkinliklerle ilgilenme ve bunlara katılma, toplumsal yönden etkindir, genellikle yaşamı doyumludur, günlük sorunları yad kaygılardan ötesorun ya da kaygıların olmaması (örn. aile bireyleriyle ara sıra olan tartışmalar).
71-80	Semptomlar varsa bile bunlar gelip geçicidir ve psikososyal stres kaynaklarına verilen beklenir tepkilerdir (örn. aile tartışmasından sonra düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme); toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte hafif bir bozulma olmasından dahaileri bir durum yoktur (örn. geçici olarak okulda geri kalma)
61-70	Birtakım hafif semptomlar (örn. depresif duygudurum ve hafif insomnia) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte birtakım zorlukların olması (örn. ara sıra okuldan kaçmalar ya da ev içinde hırsızlık yapma), ancak genelde oldukça iyi bir biçimde işlevselliğini sürdürür, anlamlı kişiler arası ilişkileri vardır.
51-60	Orta derecede semptomlar (örn. donuk duygulanım ve çevresel konuşma, ara sıra gelen panik atakları) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte orta derecede bir zorluğu vardır (örn. az sayıda arkadaşı vardır, çalışma arkadaşları ile çatışmaları vardır).
41-50	Ağır semptomlar (örn. intihar düşünceleri, ağır obsesyonel törensel davranışlar, sık sık mağazalardan mal çalma) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte ciddi bir bozukluk vardır (örn. hiç arkadaşı yoktur, işini koruyamaz).
31-40	Gerçeği değerlendirmede ya da iletişimde bazı bozukluklar vardır (örn. konuşması kimi zaman mantıkdışı, çapraşık ya da konuşulan konuyla ilgisizdir) YA DA iş/okul, aile ilişkileri, yargılama, düşünme ya da duygudurum gibi birçok alanda temel birtakım bozukluklar vardır (örn. depresif bir kişi arkadaşlarından kaçır, ailesini ihmal eder ve çalışmaz; çocuk yaşta olan bir kişi kendinden daha küçükleri döver, evde hep karşı gelir ve okulda başarısızdır).
21-30	Davranışları hezeyanlar ve varsamlardan oldukça etkilenir YA DA iletişim ya da yargıda ciddi bir bozukluk vardır (örn. bazen enkoherandır, ileri derecede uygunsuz bir biçimde davranır, intihar düşünceleriyle uğraşır durur) YADA hemen tüm alanlarda işlevselliği kötüdür (örn. bütün gün yataktan çıkmaz; işi, evi ya da arkadaşları yoktur).
20-11	Kendisini ya da başkalarını yaralayacak olma tehlikesi zaman zaman vardır (örn. açıkça ölüm beklentisi olmadan intihar girişimleri; sıklıkla şiddete başvurur; manikeksitasyon) YADA arasıra kişisel bakımın en temel gereklerini yerine getiremez (örn. dışkı sürer) YA DA iletişimde ileri derecede bir bozukluk vardır (örn. ileri derecede enkoherandır ya da mutizm içindedir).
1-10	Kendisini ya da başkalarını ağır bir biçimde yaralayacak olma tehlikesi sürekli vardır (örn. yineleyen şiddet gösterileri) YA DA kişisel bakımın en temel gereklerini sürekli olarak yerine getiremez YA DA açıkça ölüm beklentisi içinde ciddi intihar eylemi.
0	Bilgi yetersiz

EK-VI

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Sonbirhaftaiçinde(şuandahil)kendiruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi seçiniz.

1. 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
2. 0. Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkındakaramsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğun görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
4. 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
5. 0. Kendimi suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. 0. Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
 1. Bazı şeyler için cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. 0. Kendimden memnunum.
 1. Kendi kendimden pek memnundeyim.
 2. Kendime çok kıızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
8. 0. Başkalarından daha kötü olduğum usanmıyorum.
 1. Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiriyorum.
 2. Hatalarımdan dolayı kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her kötü olayda kendimi hatalı bulurum.
9. 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
 1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
10. 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
 1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
11. 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
 1. Eskisine kıyasla daha kolay kıızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hepsinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeylere bile artık sinirlenmiyorum.
12. 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
 1. Başkaları ile eskisine göre daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.

3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13.0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
 1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14.0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
 1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15.0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
 1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16.0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17.0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
 1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18.0. İştahım her zamanki gibi.
 1. İştahım her zamanki kadar iyideğil.
 2. İştahım çok azaldı.
 3. Artık hiç iştahım yok.
- 19.0. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
 1. Son zamanlarda istemediğim halde 3 kilo fazla kaybettim
 2. Son zamanlarda istemediğim halde 5 kilo fazla kaybettim
 3. Son zamanlarda istemediğim halde 7 kilo fazla kaybettim
- 20.0. Sağlığım beni pek endişelendiriyor
 1. Son zamanlarda ağrı, sızı mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var
 2. Bu sıkıntıları beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor
 3. Butür sıkıntıları beni öylesine endişelendiriyor ki artık başka bir şey düşünemiyorum
- 21.0. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok
 1. Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum
 2. Şu sıradaki cinsellikle pek ilgilenmiyorum
 3. Artık cinsellikle hiç ilgilenmiyorum.

EK-VII

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Örn; okuduğunuz ilk ifade size uygun ise “EVET”, uygun değil ise “ Hayır” ifadesinin altındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz.

1.	Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.	(E)	(H)
2.	Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.	(E)	(H)
3.	İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.	(E)	(H)
4.	Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.	(E)	(H)
5.	Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.	(E)	(H)
6.	Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.	(E)	(H)
7.	Geleceğimi karanlık görüyorum	(E)	(H)
8.	Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.	(E)	(H)
9.	İyi fırsatlar yakalayamıyorum	(E)	(H)
10.	Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe hazırladı.	(E)	(H)
11.	Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.	(E)	(H)
12.	Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum.	(E)	(H)
13.	Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.	(E)	(H)
14.	İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.	(E)	(H)
15.	Geleceğe büyük inancım var.	(E)	(H)
16.	Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.	(E)	(H)
17.	Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.	(E)	(H)
18.	Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.	(E)	(H)
19.	Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum	(E)	(H)
20.	İstediğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.	(E)	(H)

EK-VIII

Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ)

Bu testte sık sık geçen “ruhsal hastalık” terimi, en geniş anlamda kullanılmıştır. Her bir cümleyi dikkatle okuduktan sonra eğer

- “Kesinlikle aynı fikirde değilim” diyorsanız (1) rakamını ;
“Aynı fikirde değilim” diyorsanız (2) rakamını ;
“Aynı fikirdeyim” diyorsanız (3) rakamını ;
“Kesinlikle aynı fikirdeyim” diyorsanız (4) rakamını daire içine alarak

Okuduğunuz cümleye ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtiniz. Her cümle için rakamlardan sadece bir tanesini işaretleyiniz.

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
1. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşımdan kaçınıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ruhsal hastalığım benim “garip” görünmeme ya da davranmama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim “normal” yaşamın dışında kalmama neden oluyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sırf ruhsal hastalığımdan dolayı insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ruhsal hastalığımın olması hayatımı berbat etti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımın olduğunu anlayabilirler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ruhsal hastalığımın dolaylı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkı olamaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yaklaşmak istemez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK-IX

TOPLUMSAL İŞLEVSELLİĞİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (TİDÖ)

Adı Soyadı: Tarih: /..... /.....

Bireylerin özbakım alışkanlıkları, aile/çevre ile ilişkileri, toplumsal davranış özellikleri ve çalışma durumunu değerlendiren bu ölçeği doldururken **son birkaç aydaki** durumunuzu en iyi şekilde yansıtan seçenekleri işaretleyiniz.

1. El-yüz yıkama sıklığınız nedir?

- Haftada 1 ya da daha az Haftada 3 – 5 kez Her gün

2. Diş fırçalama sıklığınız nedir?

- Haftada 1 ya da daha az 2-3 günde bir Günde en az 1 kez

3. Banyo yapma sıklığınız nedir?

- Ayda 1-2 kez ya da daha az Haftada 1-2 kez Haftada 3 ya da daha fazla

4. Tırnak kesme sıklığınız nedir?

- Ayda 1-2 kez ya da daha az İki haftada bir Haftada 1 kez

5. İç çamaşırı değiştirme sıklığınız nedir?

- Haftada 1 ya da daha az 2-3 günde bir Hemen her gün

6. Çorap değiştirme sıklığınız nedir?

- Haftada 1 ya da daha az 2-3 günde bir Hemen her gün

7. (Kadınlar için) Cilt bakımı ve makyaj yapma, kaş ve bıyık alma sıklığınız nedir?

- Sadece özel günlerde 2- 3 ayda bir Haftada bir

(Erkekler için) Sakal tıraşı olma sıklığınız nedir?

- Haftada 1 ya da daha az Haftada 2-3 kez Her gün

8. Birlikte yaşadığınız kişilerle piknik, gezi, konser, maç, sinema, sergi vb. etkinliklere katılma sıklığınız nedir?

- Hiç 2-3 ayda bir Ayda 1 – 2 kez

9. Birlikte yaşadığınız kişilerle duygu ya da sorunlarınızı paylaşır mısınız?

- Hiç paylaşmam Sorulduğunda paylaşırım Genellikle paylaşırım

10. Kafe/çay bahçesi gibi yerlere gitme sıklığınız nedir?

- Hiç 2-3 ayda bir Ayda birden fazla

11. Akrabalar dışında kaç yakın arkadaşınız var?

- Hiç yok 1– 3 kişi 4 ve üzeri

12. Arkadaşlarla birlikte piknik, gezi, konser, maç, sinema, sergi vb. etkinlik yapma sıklığınız nedir?

- Hiç yapmam 2- 3 ayda bir Ayda en az 1 kez

13. Spor amaçlı etkinlik (halı saha maçı, tempolu yürüyüş, bisiklete binme, yüzme vb.) yapma sıklığınız nedir?

- 2-3 ayda bir ya da daha az Ayda 1- 2 kez Haftada en az 1 kez

14. Gazete, dergi okuma (internet ve TV haberleri dahil) sıklığınız nedir?

- Ayda 1- 2 kez ya da daha az Haftada 1-2 kez Hemen her gün

15. Tek başına (yardım almaksızın) evden dışarı çıkma sıklığınız nedir?

- Ayda 1- 2 kez ya da daha az Haftada 1-2 kez Hemen her gün

16. Toplu taşıma araçlarını ya da özel aracınızı (yardımsız) kullanma sıklığınız nedir?

- Ayda 1- 2 kez ya da daha az Haftada 1-2 kez Hemen her gün

17. İhtiyaca göre alışveriş (pazar, market, mağaza vb. yerlerde) yapma durumunuz nedir?

- Yapamam Yardımla yaparım Kendim yaparım

18. Gelirimize göre harcama ve ödeme (para yönetimi) yapma durumunuz nedir?

- Yapamam Yardımla yaparım Kendim yaparım

19. Çalışma durumunuz nedir?

- Çalışmıyorum Destekli çalışıyorum Düzenli bir işte çalışıyorum

(Öğrenci ise derslere katılma)

- Katılmıyorum Arada katılıyorum Düzenli katılıyorum

(Ev hanımı ise ev işleriyle ilgili sorumlulukları)

- Yerine getiremiyorum Yardıma ihtiyaç duyuyorum
 Kendim yerine getiriyorum

EK-X

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

D – 1

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerlibuluyorum.
a. ÇOKDOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOKYANLIŞ
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunudüşünüyorum.
a. ÇOKDOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOKYANLIŞ
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görmeeğilimindeyim.
a. ÇOKDOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOKYANLIŞ
4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyleryapabilirim.
a. ÇOKDOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOKYANLIŞ
5. Kendimde gurur duyacak fazla birşeybulamıyorum.
a. ÇOKDOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOKYANLIŞ
6. Kendime karşı olumlu bir tutumiçindeyim.
a. ÇOKDOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOKYANLIŞ
7. Genel olarak kendimdenmemnunum.
a. ÇOKDOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOKYANLIŞ
8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyiisterdim.
a. ÇOKDOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOKYANLIŞ
9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımıdüşünüyorum.
a. ÇOKDOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOKYANLIŞ
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımıdüşünüyorum.
a. ÇOKDOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOKYANLIŞ

D – 2

11. Kendiniz hakkındaki düşünceleriniz değişkenlik gösterir mi, yoksa her zaman aynı mıdır?
a. ÇOK DEĞİŞİR b. ZAMAN ZAMAN DEĞİŞİR c. ÇOK AZ DEĞİŞİR d. HİÇ DEĞİŞMEZ
12. Hiç kendiniz hakkında bir gün bir görüşe, başka bir gün farklı bir görüşe sahip olduğunuzu farkettiğiniz olur mu?
a. Evet, sıklıkla olur b. Evet, bazen olur c. Evet, nadiren olur d. Hayır, hiç olmaz
13. Kendim hakkındaki görüşlerimin **çok çabuk** değiştiğini farkettim.

a.DOĞRU b. YANLIŞ

14. Kendim hakkındaki bazı günler olumlu bazı günlerse olumsuz düşüncelere sahip oluyorum.

a.DOĞRU b. YANLIŞ

15. Şu günlerde kendim hakkındaki görüşlerimi hiç birşeyin değiştiremeyeceğini düşünüyorum.

a.DOĞRU b. YANLIŞ

D – 3

16. Başınıza gerçekten bir şey geldiğinde kimse sizin durumunuzla pek ilgilenmeyecektir.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

17. İnsan doğasında yardımlaşma gerçekten vardır.

a.DOĞRU b. YANLIŞ

18. Dikkatli davranmazsanız insanlar siz kullanacaklardır.

a.DOĞRU b. YANLIŞ

19. Bazı kişiler, insanların büyük çoğunluğunun güvenilebilir olduğunu, bazıları ise insanlarla ilişkilerinde çok güvenilemeyeceğini söylerler. Bu konuda ne düşünüyorsunuz?

a. İnsanların çoğunun güvenilebilir. b. İnsanlarla ilişkilerde çok güvenilemez.

20. İnsanlar daha çok başkalarına yardım etmeye mi, yoksa kendi çıkarlarını düşünmeye mi eğilimlidirler?

a. Başkalarına yardım etmeye b. Kendi çıkarlarını düşünmeye

D – 4

21. Eleştiriye karşı ne kadar hassassınızdır?

a. Çok fazla hassas b. Oldukça hassas c. Az hassas d. Hassas değil

22. Eleştiri ya da azarlama beni çok fazla incitir.

a.DOĞRU b. YANLIŞ

23. Yanlış yaptığımız bir şey için biri size güldüğünde veya suçladığında ne kadar rahatsız olursunuz?

a. Çok fazla b. Oldukça c. Rahatsız olma

D – 5

24. Genelde ne kadar mutlusunuzdur?

a. Çok mutlu b. Mutlu c. Pek mutluda değil d. Çok mutsuz

25. Genelde oldukça mutlu bir kişi olduğum düşünüyorum.

- a.DOĞRU b. YANLIŞ

26. Genel olarak kendinizi neşeli bir ruh hali içinde mi, yoksa neşesiz bir ruh hali içinde mi hissedersiniz?

- a. Çok neşeli bir ruh hali içinde b. Oldukça neşeli bir ruh hali içinde
c. Ne neşeli ne de neşesiz ruh halinde d. Oldukça neşesiz ruh halinde

27. Hayattan çok zevk alıyorum.

- a.DOĞRU b. YANLIŞ

28. Ben de mutlu gördüğüm diğer kişiler kadar mutlu olabilmeyi isterdim.

- a.DOĞRU b. YANLIŞ

29. Kendinizi kederli ve karamsar hissettiğiniz olur mu?

- a.Çoksık b.Sık c.Ara sıra d.Nadiren e. Hiçbir zaman

D – 6

30. Çoğu zaman başka bir şey yapmaktansa oturup hayal kurmayı tercih ediyorum.

- a.DOĞRU b. YANLIŞ

31. Bana hayalperest denilebilir.

- a.DOĞRU b. YANLIŞ

32. Zamanımın büyük bir kısmını hayal kurmakla geçiririm.

- a.DOĞRU b. YANLIŞ

33. Gelecekte nasıl bir insan olacağınız konusunda hayal kurar mısınız?

- a.Çoksık b.Bazen c.Nadiren d. Hiçbir zaman

D – 7

34. Hiç uykuya dalma ya da uykunun sürekliliği açısından sorununuz oldu mu?

- a.Sıksık b.Bazen c.Nadiren d. Hiçbir zaman

35. Hiç ellerinizin sizi rahatsız edecek kadar titrediği olur mu?

- a.Sıksık b.Bazen c.Nadiren d. Hiçbir zaman

36. Hiç sizi rahatsız edecek kadar sinirlendiğiniz olur mu?

- a.Sıksık b.Bazen c.Nadiren d. Hiçbir zaman

37. Hiç sizi rahatsız edecek kadar çarpıntı hissettiğiniz olur mu?

- a.Sıksık b.Bazen c.Nadiren d. Hiçbir zaman

38. Hiç sizi rahatsız edecek kadar başınızın içinde basınç hissettiğiniz olur mu?

- a.Sıksık b.Bazen c.Nadiren d. Hiçbir zaman

39. Şu sıralarda hiç tırnak yiyor musunuz?

a.Sık sık b.Bazen c.Nadiren d. Hiçbir zaman

40.Egzersiz veya çalışma zamanları dışında hiç sizi rahatsız edecek kadar nefes darlığı hissettiğiniz olur mu?

a.Sık sık b.Bazen c.Nadiren d. Hiçbir zaman

41.Hiç sizi rahatsız edecek kadar ellerinizde terleme olur mu?

a.Sık sık b.Bazen c.Nadiren d. Hiçbir zaman

42.Hiç rahatsız edici baş ağrıları çeker misiniz?

a.Sık sık b.Bazen c.Nadiren d. Hiçbir zaman

43.Hiç rahatsız edici kabuslar görür müsünüz?

a.Sık sık b.Bazen c.Nadiren d. Hiçbir zaman

D – 8

44. Ulusal veya uluslar arası önemli bir konuda görüşünüzü belirttiğinizde birisi size gülerse ne hissedersiniz?

a. Çok incinirim verahatsız olurum. b. Biraz incinirim ve rahatsız olurum.
c. Beni pek fazla etkilemez.

45.Ulusal veya uluslar arası sorunlar tartışıldığında genellikle kötü izlenim bırakacak bir şey söylemektense hiçbir şey söylememeyi tercih ederim.

a.DOĞRU b. YANLIŞ

46.Toplumsal konularla ilgili tartışmalarda insanları kızdıracak bir şey söylemektense hiçbir şey söylememeyi tercih ederim.

a.DOĞRU b. YANLIŞ

D – 9

47. Uluslar arası konuları tartışır mısınız ?

a. Pek çok b. Oldukça c. Çok az d. Hiçbir zaman

48. Arkadaşlarınızla birlikte uluslar arası konuları tartıştığınız zaman tutumunuz nasıl olur ?

a. Sadece dinlerim b. Arada bir görüş bildiririm
c. Konuşmaya eşit oranda katılırım d. Diğerlerini ikna etmeye çalışırım

D – 10

49. Siz 10 – 11 yaşlarınızdayken anneniz arkadaşlarınızı tanır mıydı ?

a.Hepsini tanırdı b. Çoğunu tanırdı
c. Bazılarını tanırdı d. Hemen hemen hiçbirini tanımazdı

50. Bu dönemde babanız arkadaşlarınızı tanır mıydı ?

a. Hepsini tanırdı b. Çoğunu tanırdı

c. Bazılarını tanırdı d. Hemen hemen hiçbirini tanımazdı

51. 5. – 6. sınıflardayken karneniz iyi olduğunda anneniz çoğu zaman ilgilenmezdi.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

52. 5. – 6. sınıflardayken karneniz iyi olduğunda babanız çoğu zaman ilgilenmezdi.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

53. 5. – 6. sınıflardayken karneniz kötü olduğunda anneniz çoğu zaman ilgilenmezdi.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

54. 5. – 6. sınıflardayken karneniz kötü olduğunda babanız çoğu zaman ilgilenmezdi.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

55. Sizce diğer aile bireyleri sizin söylediğiniz şeylerle ne kadar ilgilenirler ?

a. Çok ilgilenirler b. Oldukça ilgilenirler c. İlgilenmezler

D – 11

56. Büyümekte olduğunuz dönemde babanızın en çok tuttuğu çocuğu kimdi ?

a. Ben b. Ağabeyim c. Ablam d. Erkek kardeşim

e. Kız kardeşim f. Bildiğim kadarıyla çok tuttuğu birisi yoktu

57. Bu dönemde babanız arkadaşlarınızı tanırdı mıydı ?

a. Hepsini tanırdı b. Çoğunu tanırdı

c. Bazılarını tanırdı d. Hiçbirini tanımazdı

58. Anne ve babanızın hangisi ile daha rahat konuşabiliyorsunuz ?

a. Babamla çok daha fazla b. Babamla biraz daha fazla

c. Her ikisi ile eşit oranda d. Annemle biraz daha fazla

e. Annemle çok daha fazla

59. Anne ve babanızın hangisi sizi daha çok över ?

a. Babam çok daha fazla b. Babam biraz daha fazla

c. Her ikisi eşit oranda d. Annem biraz daha fazla

e. Annem çok daha fazla

60. Anne ve babanızın hangisi size daha çok şefkat gösterir ?

a. Babam çok daha fazla b. Babam biraz daha fazla

c. Her ikisi eşit oranda d. Annem biraz daha fazla

e. Annem çok daha fazla

61. Anne ve babanız anlaşamadıkları zaman siz genellikle hangisinden yana olursunuz ?

a. Çok daha fazla olarak babamdan yana b. Biraz fazla olarak babamdan yana

c. Eşit oranda her ikisinden yana d. Biraz fazla olarak annemden yana

e. Çok daha fazla olarak annemden yana

D – 12

62. Yalnız bir insan olmaya eğilimli misinizdir ?

a. Evet b. Hayır

63. İnsanların çoğu sizin nasıl bir kişi olduğunuzu bilirler mi, yoksa çoğunun sizi gerçekten tanımadıklarını mı düşünürsünüz ?

a.Çoğu benim nasıl biri olduğumu bilir.

b.Çoğu gerçekten beni tanıma

