

T.C
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TOPLUM RUH SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI



**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDEKİ ŞİZOFRENİ
HASTALARININ SOSYAL İŞLEVSELLİK VE PROBLEM ÇÖZME
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Ebru LOKMAN

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Hatice TAMBAĞ

HATAY-2017

T.C
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TOPLUM RUH SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDEKİ ŞİZOFRENİ
HASTALARININ SOSYAL İŞLEVSELLİK VE PROBLEM ÇÖZME
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Ebru LOKMAN

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Hatice TAMBAĞ

HATAY-2017

T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TOPLUM RUH SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDEKİ ŞİZOFRENİ
HASTALARININ SOSYAL İŞLEVSELLİK VE PROBLEM ÇÖZME
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Ebru LOKMAN

Bu tez aşağıda isimleri yazılı tez jürisi tarafından 27/10/ 2017 günü sözlü olarak yapılan tez savunma sınavında oy çokluğu/oybirliği ile kabul edilmiştir.

Tez Jürisi: Jüri Başkanı : Prof. Dr. Fatma ÖZ

Üye : Prof. Dr. Nazan SAVAŞ

Üye : Yrd. Doç. Dr. Hatice TAMBAĞ

Bu tez, Enstitümüz Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında hazırlanmıştır.

Doç. Dr. Fatih SAKİN
Enstitü Müdürü V.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında, büyük bir titizlik, sabır ve özveriyle bana destek olan, değerli katkılarıyla ışık tutan, tez danışmanım değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Hatice TAMBAĞ' a teşekkür ederim.

Yüksek Lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren değerli hocalarım Prof. Dr. Nazan SAVAŞ'a, Yrd. Doç. Dr. Rana CAN'a, Yrd. Doç. Dr. M. Hanifi KOKAÇYA'ya katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Verilerin istatistiksel olarak düzenlememde yardımlarını esirgemeyen hocam Doc. Dr. Seval KUL'a teşekkür ederim.

Gaziantep Şahinbey ve Şehitkâmil Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde görev yapan tüm hemşirelere, doktorlara, psikologlara ve diğer çalışanlara, çalışmamın veri tabanını oluşturan hastalara teşekkür ederim.

Anneme, babama, eşime ve kardeşlerime her zaman olduğu gibi yüksek lisans eğitimim boyunca da yanımda oldukları, bana güvendikleri, sevgilerini ve desteklerini hiçbir zaman eksik etmedikleri, bugüne kadar benim için vermiş oldukları bütün emekler için teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Kabul ve Onay	II
TEŞEKKÜR.....	III
İÇİNDEKİLER	IV
ÇİZELGELERİN DİZİNİ.....	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VI
ÖZET	VII
ABSTRACT.....	VIII
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Soruları	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Şizofreni Spekturum Bozukluğu	6
2.1.1.Tarihçe	6
2.1.2.Sınıflandırma ve Tanı Ölçütleri.	7
2.1.3.Sıklık ve yaygınlık.....	7
2.1.4.Şizofreni Spekturum Bozukluğunun Etiyolojisi.....	8
2.1.5. Şizofreni Spekturum Bozukluğunun Belirtileri.....	8
2.1.6.Şizofreni Spekturum Bozukluğunda Tedavi	9
2.2.Şizofreni ve Sosyal İşlevsellik	9
2.3.Şizofreni ve Problem Çözme	12
2.3.1.Problem Çözme Becerisi.....	12
2.4.Şizofreni ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezi.	15
2.5.Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği.....	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1. Araştırmanın Şekli	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	19
3.3.Araştırmanın Evren ve Örnekleme	20
3.4.Verilerin Toplama Araçlar	20

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	21
3.4.2. Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ).....	21
3.4.3. Problem Çözme Envanteri (PÇE)	22
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	22
3.6. Araştırmanın Sınırlılığı	23
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	23
4. BULGULAR.....	24
4.1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular	24
4.2. Hastaların hastalık özelliklerine ilişkin bulgular	26
4.3. Hastaların sosyal işlevsellik ölçeği ve problem çözme envanteri puan ortalamaları	28
4.4. Hastaların yaşlarına göre sosyal işlevsellik ölçeği ve problem çözme envanteri puan ortalamaları	29
4.5. Hastaların öğrenim durumlarına göre sosyal işlevsellik ölçeği ve problem çözme envanteri puan ortalamaları	31
4.6. Hastaların mesleklerine göre sosyal işlevsellik ölçeği ve problem çözme envanteri puan ortalamaları	32
4.7. Hastaların çalışma durumuna göre sosyal işlevsellik ölçeği ve problem çözme envanteri puan ortalamaları	33
4.8. Hastaların çalışma sürelerine göre sosyal işlevsellik ölçeği ve problem çözme envanteri puan ortalamaları.....	34
4.9. Hastaların gelir durumlarına göre sosyal işlevsellik ölçeği ve problem çözme envanteri puan ortalamaları	35
4.10. Hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre sosyal işlevsellik ölçeği ve problem çözme envanteri puan ortalamaları	36
4.11. Hastaların anne öğrenim durumlarına göre sosyal işlevsellik ölçeği ve problem çözme envanteri puan ortalamaları	37
4.12. Hastaların baba öğrenim durumlarına göre sosyal işlevsellik ölçeği ve problem çözme envanteri puan ortalamaları	38
4.13. Hastaların hastalıklarının başlama süresine göre sosyal işlevsellik ölçeği ve problem çözme envanteri puan ortalamaları	39

4.14. Hastaların tedavi alma yıllarına göre sosyal işlevsellik ölçeği ve problem çözme envanteri puan ortalamaları	41
4.15. Hastaların ilaç kullanma sürelerine göre sosyal işlevsellik ölçeği ve problem çözme envanteri puan ortalamaları	43
4.16. Hastaların bireysel terapi alma durumlarına göre sosyal işlevsellik ölçeği ve problem çözme envanteri puan ortalamaları	44
4.17. Hastaların bireysel terapi alma sayılarına göre sosyal işlevsellik ölçeği ve problem çözme envanteri puan ortalamaları	45
4.18. Hastaların grup terapisi alma durumuna göre sosyal işlevsellik ölçeği ve problem çözme envanteri puan ortalamaları	46
4.19. Hastaların grup terapisi alma sayılarına göre sosyal işlevsellik ölçeği ve problem çözme envanteri puan ortalamaları	47
4.20. Hastaların aile toplantısına katılma durumuna göre sosyal işlevsellik ölçeği ve problem çözme envanteri puan ortalamaları.....	49
4.21. Hastaların aile toplantısına katılma sayılarına göre sosyal işlevsellik ölçeği ve problem çözme envanteri puan ortalamaları.....	50
4.22. Hastaların hastaneye yatış sayısına göre sosyal işlevsellik ölçeği ve problem çözme envanteri puan ortalamaları.....	52
4.23. Hastaların Toplum Ruh Sağlığı Merkezine kayıt olma sürelerine sosyal işlevsellik ölçeği ve problem çözme envanteri puan ortalamaları.....	54
4.24. Hastaların Toplum Ruh Sağlığı Merkezine gelme sıklığına göre sosyal işlevsellik ölçeği ve problem çözme envanteri puan ortalamaları.....	56
4.25. Hastaların psikososyal beceri eğitimi alma durumuna göre sosyal işlevsellik ölçeği ve problem çözme envanteri puan ortalamaları.....	58
4.26. Sosyal işlevsellik ölçeği ve problem çözme envanteri arasındaki ilişki .	59
5. TARTIŞMA.....	62
5.1.Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellik Ölçeği Ve Problem Çözme Envanteri Puanların Ortalamalarının İncelenmesi	62
5.2.Şizofreni Hastalarının Tanıtıcı ve Hastalık Özelliklerine Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	64
5.3.Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri İlişkisinin İncelenmesi.....	79

6. SONUÇ	81
6.1.Sonuçlar	81
6.2.Öneriler	85
7. KAYNAKLAR	88
EKLER.....	95
EK-1 Aydınlatılmış Onam Formu	95
EK-2 Kişisel Bilgi Formu	97
EK-3 Sosyal İşlevsellik Ölçeği.	98
EK-4 Problem Çözme Envanteri	101
EK-5 Mustafa Kemal Üniversitesi Etik Kurul Onam Formu	104
EK-6 Gaziantep Kamu Hastaneler Birliği Araştırma İzni	107
EK-7 Ölçek İzinleri	108
EK-8 Ek Çizelgeler	109
ÖZGEÇMİŞ.....	113

IV. ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 1: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	21
Çizelge 2: Hastaların Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular ²³	
Çizelge 3: Hastaların Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan	
Çizelge 4: Hastaların Yaşlarına Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları	26
Çizelge 5: Hastaların Öğrenim Durumlarına Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları	27
Çizelge 6: Hastaların Mesleklerine Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları	29
Çizelge 7: Hastaların Çalışma Durumuna Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları	31
Çizelge 8: Hastaların Çalışma Sürelerine Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları	33
Çizelge 9: Hastaların Gelir Durumlarına Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları	36
Çizelge10: Hastaların Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları	37
Çizelge 11: Hastaların Anne Öğrenim Durumlarına Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları	37
Çizelge 12: Hastaların Baba Öğrenim Durumlarına Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları	38
Çizelge 13: Hastaların Hastalığın Başlama Sürelerine Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları	39
Çizelge 14: Hastaların Tedavi Alma Yıllarına Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları	41
Çizelge 15: Hastaların İlaç Kullanma Sürelerine Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları	43
Çizelge 16: Hastaların Bireysel Terapi Alma Durumuna Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları	44
Çizelge 17: Hastaların Bireysel Terapi Alma Sayılarına Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları	45

Çizelge 18: Hastaların Grup Terapisi Alma Durumuna Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları.....	46
Çizelge 19: Hastaların Grup Terapisi Alma Sayılarına Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları.....	47
Çizelge 20: Hastaların Aile Toplantısına Katılma Durumlarına Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları.....	49
Çizelge 21: Hastaların Aile Toplantısına Katılma Sayılarına Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ile Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları.....	50
Çizelge 22: Hastaların Hastaneye Yatış Sayılarına Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları.....	52
Çizelge 23: Hastaların Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Kayıt Olma Sürelerine Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları.....	54
Çizelge 24: Hastaların Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Gelme Sıklığına Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları	56
Çizelge 25: Hastaların Psikososyal Beceri Eğitimi Alma Durumuna Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları.....	58
Çizelge 26: Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Arasındaki İlişki.....	59

V. SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ANA	: American Nurses Association
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
PÇE	: Problem Çözme Envanteri
RUTBE	: Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi
SIÖ	: Sosyal İşlevsellik Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
TKHK	: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi



ÖZET

Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellik ve Problem Çözme Düzeylerinin Belirlenmesi

Sosyal işlevsellik ve problem çözme düzeylerindeki bozukluklar şizofreninin temel belirtileri arasında yer almaktadır. Araştırma, şizofreni hastalarının sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine göre sosyal işlevsellik ve problem çözme düzeylerini ve ilişkilerini belirlemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır. Gaziantep İli Şahinbey Dr. Ersin Arslan Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Şehitkâmil Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde 150 şizofreni hastası araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Veriler, 15 Ekim 2015-15 Haziran 2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu, Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) ve Problem Çözme Envanteri (PÇE) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesine yüzdeler, ortalama ve standart sapma, Varyans Analizi, Kruskal Wallis, Mann Whitney U, Bağımsız Gruplarda T testi kullanılmış olup ileri analiz testinde LSD ve Connover testi kullanılmıştır. TRSM’de şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik ölçeğinin puan ortalamasının (112.74±22.52) ve problem çözme envanterinin puan ortalamasının (93.50±12.72) olduğu bulunmuştur. Hastaların SİÖ ve PÇE puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur (p<0.001). Hastaların yaşı, öğrenim, meslek durumu, çalışma durumu ve süresi, gelir durumu, hastalığın başlama süresi, ilaç kullanma süreleri, TRSM’ye kayıt olma süresi ve gelme sıklığı, bireysel veya grup terapi alma sayısı ve aile toplantısına katılma sayısı veya psikososyal beceri eğitimi alma durumuna göre sosyal işlevsellik puanları yüksek ve anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Hastaların öğrenim durumu, gelir durumları, birlikte yaşadığı kişiler, anne ve baba öğrenim durumları, tedavi alma yılı, bireysel ve grup terapi alma durumu ve sayısı, aile toplantısına katılma durumu, hastaneye yatış sayısı ve psikososyal beceri eğitimi alma durumuna göre problem çözme puanları düşük ve anlamlı bulunmuştur (p<0.05). TRSM’ye gelme sıklığı ve kayıt olma süresi fazla olan hastaların ve psikososyal beceri eğitimi alan hastaların sosyal işlevsellik ve problem çözme düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Toplum Ruh Sağlığı hemşirelerinin hastaların sosyal işlevsellik ve problem çözme düzeylerini arttıracak psikososyal beceri eğitimlerini planlamaları önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: Şizofreni, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Sosyal İşlevsellik, Problem Çözme.

ABSTRACT

Determining the Social Functionality and Problem-Solving Levels of Schizophrenia Patients at Community Mental Health Centers

Disorders in social functionality and problem-solving levels are among the primary symptoms of schizophrenia. This study was conducted in a cross-sectional way in order to determine the social functionality and problem-solving levels of schizophrenia patients based on their socio-demographic and illness characteristics and relevant relationships. The sample of the study consisted of 150 schizophrenia patients in the Community Mental Health Centers (CMHCs) of Şahinbey Dr. Ersin Arslan State Hospital and Şehitkâmil State Hospital in the province of Gaziantep, Turkey. The data were collected between 15 October 2015 and 15 June 2016. Data collection was achieved by a Descriptive Information Form, the Social Functionality Scale (SFS) and the Problem-Solving Inventory (PSI). The data were analyzed using percentages, means and standard deviations, ANOVA, Kruskal Wallis, Mann Whitney U, and independent-samples t-test. The schizophrenia patients at the CMHCs had a mean social functionality score of 112.74 ± 22.52 and a mean problem-solving score of 93.50 ± 12.72 . A weak, negative relationship was found between the SFS and PSI mean scores of the patients ($p < 0.001$). The differences in the patients' social functionality scores were found to be significant and high in relation to their age, occupation, employment status and time, income level, time of the start of the illness, time of medication, time of registration for the CMHC and frequency of visit, number of individual and group therapy sessions and status of taking psychosocial skill training ($p < 0.05$). The differences in the patients' problem-solving skills were found to be significant and low in relation to their level of education, income level, people they lived with, parents' educational levels, year of receiving treatment, status of receiving individual and group therapy and number of sessions, status of receiving meeting, number of occasions of hospitalization and status of taking psychosocial skills training ($p < 0.05$). The frequency of admission to CHMC was found to be high for patients with a high enrollment period and for patients with psychosocial skills training with a high level of social functioning and problem solving. It is recommended that community mental health nurses plan psychosocial skill trainings that will increase the social functionality and problem-solving skills of patients.

Keywords: Schizophrenia, Community Mental Health Center, Social Functionality, Problem-Solving.

GİRİŞ

1.1. Problemin tanımı ve önemi

Ruhsal hastalıklardan şizofreni kronik özellikleri olan, beceri kaybına yol açan, dünya nüfusunun önemli bölümünü etkileyen bir hastalıktır (Köroğlu 2011). Şizofreni hastalığı kişinin kendisini, çevresini ve ailesini etkilemektedir. Genellikle ergenlik döneminin sonlarında ya da genç erişkinlik döneminde görülür; duygu, düşünce ve davranış bozuklukları, gerçeklerden uzaklaşma ile karakterize bir psikotik bozukluktur. Şizofreni Türkiye'de yeti kaybına yol açan hastalıklar arasında 9. sırada yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı 2011). Şizofreni, insanın düşünce, algı, duygulanım ve davranışlarında önemli bozukluklarla seyreden, bireyin kendisinin ve çevresindekilerin yaşantısını büyük ölçüde etkileyen kronik ve şiddetli seyreden bir ruhsal hastalıktır (Yüksel 2014, Öztürk 2011). Dünya Sağlık Örgütü 2006 verilerine göre % 1,1 görülen ve dünyada yaklaşık 51 milyon kişinin tanı aldığı şizofreni, hastalarda yeti yitimine yol açan, tedavi maliyeti yüksek kronik bir hastalık ve tedaviye uyumsuzluk sorunun en sık yaşandığı psikiyatrik bozukluklardan biridir (DSÖ 2006).

Şizofreni yaşam kalitesi, sosyal işlevsellik ve yeti kaybına yol açan en önemli psikiyatrik hastalıktır. Uzun bir süre boyunca şizofreni tanı ve tedavisinde özellikle pozitif belirtilere öncelik verilmiş olmakla birlikte son dönemde negatif ve bilişsel belirtilerle birlikte sosyal işlevsellikteki bozulma da giderek önem kazanmaktadır (Yüksel 2014). Sosyal işlevsellik geniş anlamıyla çalışabilme, kişilerarası ilişkileri sürdürebilme ve kendine bakabilme yetisi olarak tanımlanmaktadır (Köroğlu 2011). Kişinin doğal ortamındaki rollerindeki yeterliliğini ve doyumunu kapsamaktadır. Sosyal işlevsellik düzeyi ruhsal bozuklukların seyrinde belirleyici olabilir ve bu nedenle de tedaviye cevabın değerlendirilmesinde önemsenmelidir. Sosyal işlevsellik ve problem çözme düzeyinde ağır ölçüde bozulma en sık şizofreni spektrumundaki bozukluklarda görülmektedir. Ruhsal bozukluğu olan birçok hasta, bozukluğun sosyal işlev görmeyi bozması nedeniyle; sosyal geri çekilme, kişiler arası ilişkilerin azalması, sosyal etkinliklerde azalma, kendi başına yaşamını sürdürememe ve iş alanında işlevselliğin yitirilmesi ile ilgili becerilerin kaybı gibi belirtiler yaşamaktadır. Hastanın ailevi, mesleki ve sosyal performansının düşmesine, ekonomik kayıplara, yaşam kalitesinde düşmeye, çeşitli nedenlerle daha fazla sağlık yardımı alabilmek için sağlık kurumlarına başvurmasına aynı zamanda toplum ve sağlık sistemi için maddi yük oluşmasına neden olmaktadır. Hastanın sosyal işlevsellik düzeyinin

belirlenmesinin, klinik tedavi planı ve hastanın toplum içinde yaşamaya dönüşü için hazırlanmasında önemli olduğu belirtilmektedir (Yüksel 2014, Öztürk 2004). Yapılan araştırmalarda şizofreni hastalarının bilişsel işlevlerinde azalma olduğunu, toplumsal statülerinin olumsuz yönde etkilendiğini, bu nedenle de bu bireylerin sorun çözme becerilerinin geliştirilmesinin ve işlevsellik düzeyinin artırılmasının önemli olduğunu belirtmektedirler (Revheim ve Medalia 2004, Yıldız 2011).

Şizofrenide problem çözme becerileri ile hastalığın süresi, ilaçların dozu ve negatif belirtilerin şiddeti arasında bir ilişkinin varlığından söz etmektedir (Zanello 2006). Şizofreni hastalarının biliş düzeyleri önemli derecede azalmaktadır. Bunun sonucu olarak hastaların uzun süreli ilaç kullanımına bağlı ve hastalığın önemli belirtisi olan düşünce içeriklerinde ki bozulma sebebi ile problemlerini belirleyememe, problemlerini çözerken etkili çözüm üretememe görülmektedir. Problemlerini etkili çözemeyen bireylerin, etkili problem çözme becerisine sahip bireylere göre, daha fazla kaygılı ve güvensiz oldukları, başkalarının beklentilerini anlamada yetersiz kaldıkları, ayrıca duygusal problemlerinin de daha fazla olduğu belirtilmiştir (Sezgin 2011). Bazı bireyler hastalığını kabul ederken, bazıları hastalığını kabullenmeme, öfke, korku ya da umutsuzluk gibi duygular yaşamakta, bunlarla baş etmede zorlanmaktadır. Problemlerini çözemeyen bireyler davranışsal ve duygusal tepkiler vermektedirler. Hastalarda ortaya çıkan en yaygın duygusal tepkiler; anksiyete, korku, öfke, güçsüzlük, üzüntü, yetersizlik, utanç, suçluluk, umutsuzluk olmaktadır. Davranışsal tepkiler ise; destek arama, yalnızlık, sosyal geri çekilme, gizleme, izolasyon, tedavi planına uyumsuzluk ya da tedaviyi kabul etmemedir (Doğan 2002).

Şizofreni hastalarında görülen yaşam sorunları ile baş edememe, savunma düzeneklerini etkin biçimde kullanamama, dürtülerini denetleyememe, zihinsel süreçlerde bütünlük kaybı, kişiler arası ilişkilerde bozulma ve işlevsel kapasitede azalma ile meydana gelen bu durum problem çözme düzeyini etkilemektedir. Düşüncede kopukluk, duraksamalar, anlamsız konuşmalar hastaların zihinsel işlevlerin bozulduğunu göstermektedir (Çam 2014). Şizofreni tedavisinde de problemi tanımlamak, amacı belirlemek, çözüm yolları ortaya koymak, seçenekleri gözden geçirmek ve en iyi çözüm yolunu seçmeye dayanmaktadır. Şizofreni hastalarında farmakolojik ile psikososyal tedavinin birlikte kullanıldığı yaklaşımlardan yararlanılması ve psikososyal yaklaşımların dikkatli bir şekilde ilaç tedavisiyle bütünleştirilip, hastaların desteklendiği tedavi programları günümüzde giderek önem kazanmaktadır (Yıldız ve ark. 2004, Ünsal ve ark. 2014, Lachler ve ark 2003).

Ülkemizde 2011 yılında yayınlanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı doğrultusunda ruh sağlığı çalışmalarında önemli kararlar alınmıştır. 2011 yılında yönetmelikle kurulan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ağır ruhsal bozukluğu bulunan şizofreni ve diğer kronik ruhsal hastalıklara yönelik toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde; psikososyal destek hizmetlerinin ve farmakolojik tedavinin verilmesi gerekli rehabilitasyonun sağlanması hizmetini vermektedir. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve sürekliliğinin sağlanması amacı ile günümüzde psikiyatri kliniği bulunan devlet hastanesi bünyelerinde Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri kurulmuştur. Toplum ruh sağlığı hizmetleri; toplumun ruhsal sağlığı için gerekli olan bütün hizmetleri içeren bir kavramdır. Toplum ruh sağlığı programlarının amaçları; acil bakım, kısmi hastane tedavisi, ayaktan tedavi, hastanede tedavi, konsültasyon, eğitim ve tarama hizmetlerini gerçekleştirmektir. Bu hizmetler; ruh sağlığını korumak, ruhsal hastalık oluşumunu önlemek, ruhsal hastalıkların erken tanısı, tedavisi ve bakımını sağlamak, ruhsal hastalıkların rehabilitasyon ve bakımının devamlılığını sağlamak amacıyla bir sistem oluşturmayı amaçlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011)

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde uygulanan problem çözme eğitimi ile hastalar aşamalı olarak sorun karşısında düşünmeyi, çözüm için seçenekler oluşturmayı, seçenekler arasında düşünerek en uygun olanını seçmeyi, seçtiği öneriyi uygulamak için kaynaklarını bulmayı, uygulamasını yapmayı ve uygulamanın sonucunu değerlendirmeyi öğreneceklerdir. Sürekli ve tekrarlı eğitimlerle küçük ilerlemeler sağlanabilecek ve uzun vadede birikimli etki ile hastanın sorun çözme düzeyi artacaktır (Yıldız 2005). Toplum Ruh Sağlığı Merkezine kayıtlı olan hastaların sosyalleşme, toplum içinde yaşamaya uyum sağlayabilme ve iletişim becerilerini arttırmaya yönelik psikososyal destek hastaların beceri, kişisel gelişim ve ihtiyaçlarına uygun olarak yapılmaktadır (Yanık 2007).

Türkiye'de ilk kez Bolu'da kurulan Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne düzenli olarak devam eden 30 hastaya bir yıl sonrasında şizofreni hastaları için Yaşam Niteliği Ölçeği, İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi Ölçeği ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği uygulanması sonucunda, izlem sonrası yaşam kalitesi ve sosyal işlevsellik puanlarında istatistiksel olarak anlamlı artış saptanmıştır (Ensari ve ark. 2013). TRSM'nin kronik hastalıkların tedavilerindeki etkinliğinin araştırıldığı diğer bir çalışmada; merkeze düzenli olarak gelen 28 hastaya kısa psikoterapiler uygulanmış, bu hastalara psikososyal destek sağlanması ile hastalığın alevlenme ve hastaneye yatış oranlarında azalma görülmüştür (Ünsal ve ark. 2014).

Toplum ruh sağlığı merkezinde psikiyatri uzmanı, hemşire, psikolog, sosyolog, iş-uğraşı terapisti ve diğer ekip üyeleri görev yapmaktadır. Ekip içinde hasta ile en uzun süre zaman geçiren hemşireler, sağlık merkezlerinde ortamın yöneticisi, yürütücüsü ve aynı zamanda kullanıcısı olan sağlık profesyonelleridir. Amerikan Hemşireler Birliği'ne (ANA) göre toplum ruh sağlığı hemşiresinin tanımı, "Toplumun diğer üyeleri ile birlikte ruhsal hastalıkların birincil, ikincil ve üçüncül önleme aşamalarının sürekliliğini sağlayan ruh sağlığı hizmetlerinde tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmeye katılan kişidir." (Boyd 2008, Videbeck 2004). Ülkemizde Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde hemşire, değerlendirme, eşgüdüm, hasta haklarını gözetme, savunma, sevk etme, eğitim, rehabilitasyon, ev ziyaretleri, krize müdahale, fiziksel değerlendirme ve ilaç uygulamalarının izlenmesini yapmaktadır. Çağdaş psikiyatri hemşireliği uygulamasının bilgi ve uzmanlık gerektiren üç alanı tedavi edici ortamın yönetimi, bakım aktivitelerinin sürdürülmesi, bakımın bütünlüğü ve eşgüdümün sağlanması olarak tanımlanmaktadır (McFarland 1991, Clarke 1998). Günlük yaşamda karşılaşılan engellerin üstesinden gelmek ve sorunları çözmek bağımsız bir yaşam tarzı geliştirmede önemli bir ögedir. Yeti kaybına neden olan şizofrenik bozukluğa sahip olan hastalar için sorun çözme becerisi bilinçli olarak basamaklı tekrarlarla öğretilmelidir. Hemşireler, hemşirelik süreci doğrultusunda sorun çözme becerilerini geliştirmeyi hedef almaktadırlar. Dolayısıyla sorun çözme becerilerini geliştirme, toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı kronik ruhsal bozukluğu olan hastaların bakım planları içerisinde yer almalıdır. Aynı zamanda bireyin bakımında aileyi de tedavi sürecine dahil ederek, bireylerin daha kaliteli bakım almalarına, yaşam kalitelerini artırmalarına ve daha sağlıklı bir yaşam sürdürmelerine olanak sağlamaktadırlar (Chien ve Norman 2003, Gaitte ve ark. 2002, Trigoboff 2004).

Hemşirenin amacı, hastaların sağlığını koruma uygun problem çözme becerileri ya da işlevleri kazanmasını sağlarken aileleri destek olarak değerlendirip toplumun sağlığını koruma ve geliştirme için hizmet vermektir. Toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastaları için uyumlandırma hizmetleri, aile eğitimi, sosyal beceri eğitimi, ruhsal eğitim bilişsel davranışçı terapiler gibi ruhsal-toplumsal girişimlerin belirtilerin iyileşmesine ve işlevselliğin artmasına yardımcı olduğu görülmektedir. şizofreni hastalarının sorun çözme becerilerinin geliştirilerek topluma yeniden kazandırılacağı düşünölmektedir. Araştırma sonuçları, hastaların sosyal işlevsellik ve problem çözme düzeylerinin arttırılması için gerekli hizmetlerin sunulmasında toplum ruh sağlığı hemşirelerine ve diğer toplum ruh sağlığı çalışanlarına yol göstereceği düşünölmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik ve problem çözme düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

1.3. Araştırmanın Soruları

- Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik düzeyi nedir?
- Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki şizofreni hastalarının problem çözme düzeyi nedir?
- Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik ve problem çözme düzeyleri ile sosyo-demografik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
- Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik ve problem çözme düzeyleri ile hastalık özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
- Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik ölçeği ile problem çözme envanteri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır?

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni Spektrum Bozukluğu

Şizofreni birçok davranış ve düşünce bozukluğuna neden olan, beynin yapısında, fizyolojisinde, kimyasında önemli değişikliklerin olduğu çok sistemli psikiyatrik bozukluklardandır. Erken yaşta başlayarak hayat boyu süren, sonlanımı kötü olan bir hastalıktır. Şizofreni spektrumu algılama, düşünme, konuşma, dil, sosyal etkileşimler, motor davranış, dikkat, dürtü kontrolü, duygusal ifadeler ve çevreye yanıt alanlarında önemli bir şekilde görülmektedir (Yüksel 2014). Şizofreni hastaları gerçek dünyadan zaman zaman uzaklaşarak kendine özgü bir içe kapanma yaşar, bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında, kişiler arası ilişkilerinde, iş ve sosyal yaşamında uyum bozukluğu, negatif belirtilerin gelişimine bağlı olarak yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği görülür. Bunun yanında şizofreni hastanın yaşamında yıkıcı sonuçlara neden olan ve tüm dünyada görülen, belirtileri geç ergenlik ya da erken erişkinliğe kadar fark edilemeyen, hem yapısal, hem de işlevsel bir beyin hastalığıdır (Öztürk 2011). Hastaların büyük bir çoğunluğun da ön belirtilerin olduğu toplumdan uzaklaşma, okul ya da işe karşı bir ilgisizlik, bakımsızlık, öfke patlamaları, olağan dışı davranışlarla seyreden yavaş bir başlangıç görülür. Hastalığın gidişi çoğu zaman değişkendir. Kimi hastalarda alevlenme ve yatışmalarla giderken, kimi hastalarda kronik olarak devam eder. İşlevsellik düzeylerinin hastalık öncesine dönme olasılığı düşüktür. Kronik hastaların bir kısmı gitgide kötüleşirken diğer kısım oldukça durağan kalır. Hastalığın başlangıcında daha çok negatif belirtiler görülür, daha sonra pozitif belirtiler ortaya çıkar. Pozitif belirtiler tedaviye daha iyi yanıt verdiği için giderek ortadan kalkar, ancak pozitif belirtilerin olduğu dönemler arasında negatif belirtiler, hastalığın gidişi sırasında, kimi hastalarda daha çok yerleşir (Köroğlu ve Güleç 2007).

2.1.1. Tarihçe

Şizofrenide belirtiler ve seyrin bilimsel olarak ele alınışı 19. yüzyıl ortalarında başlar. 1852'de Morel bu hastalığa "erken bunama" adını vermiş, ergenlik döneminde başladığını ve yıkıma neden olduğunu vurgulamıştır. Kahlbaum katatoniyi, Hecker ise şimdiki dezorganize şizofreniye karşılık gelen hebefreni belirtilerini tanımlamıştır. 1896'da Alman psikiyatristi olan Emil Kreapelin seyir ve prognozuna göre ağır ruhsal belirti gösteren olguları ikiye ayırmıştır. Ataklarla ve iyileşme dönemleri ile giden olgulara "**manik depresif psikoz**" diğerlerine ise "**erken bunama**" adını vermiştir. Bu kavramlar ile ilerleyici zihinsel ve bilişsel yıkımı vurgulamak istemiştir. İsviçreli bir

psikiyatrisi olan Eugene Bleuler şizofreni kavramını ilk olarak ortaya atmıştır. Bu kavram bilincin yarılmaması anlamına gelmektedir. Bleuler şizofrenide zihinsel işlevlerin ve değişik duyguların bir bütün oluşturmadığını vurgulamış ve dört belirtinin temel olduğunu belirtmiştir:

Otizm: Gerçeklikten çekilme ve gerçekte olmayan bir dünyada yaşama eğilimini belirtir.

Ambivalans: Birbirine zıt duygu ve düşüncelerin, eğilimlerin yoğun bir biçimde hastanın kafasını meşgul etmesidir.

Affektif bozukluklar: Şizofrenide yaşanan duygular yaşanan olaya uygunluk göstermez.

Asosiyasyon bozuklukları: Bu bozukluk düşünce ve çağrışımlarda çözülmeyi anlatır.

Kurt Schneider şizofreni belirtilerini düşüncelerin duyulabilir olması, tartışan ve zıt fikirlerin duyulması, yorum yapan seslerin duyulması, düşüncenin, hareketin ve eylemin dışarıdan kontrol edilmesi olarak tanımlamıştır (Coşar 1998, Ceylan 1996).

2.1.2. Sınıflandırma ve Tanı Ölçütleri

DSM-5'in sınıflandırmasında tüm psikozlar şizofreni spektrumu içinde yer almıştır. Şizofrenide alt tiplendirme ise kaldırılmıştır. Tanı konulabilmesi için üç koşul belirlenmiş ve şizofrenin temeli beş ana belirti grubu üzerine kurmuştur. Bunlardan birinci koşul; sanrılar, varsanılar, dezorganize konuşma, belirgin dezorganize ve katatonik davranış, negatif belirtilerdir. İkinci koşul; okul, iş, kişilerarası ilişkiler ve kendine bakımda yıkım olmasıdır. Üçüncü koşul ise en az altı aylık bir sürenin olmasıdır (Yüksel 2014, Fidaner 1989).

2.1.3. Sıklık ve yaygınlık

Şizofreni, işlevselliği bozan, hasta yakınlarını ve toplumu olumsuz etkileyen, kişisel ve ekonomik sorunlara yol açan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Şizofreni toplumun yaklaşık %1'inde görülür (Saha ve ark. 2005, Javed 2000, Goldman 1998). Yaygınlık açısından kadınlarla erkekler arasında belirgin farklılık olmamakla birlikte hastalığın başlama yaşı cinsiyete göre farklılık göstermektedir. En sık ortaya çıktığı yaş aralığı erkeklerde 15-24 iken, kadınlarda ise 24-35 yaşlarıdır (Öztürk 2011, Sadock 2007).

Şizofreni, hiç evlenmemiş kişilerde aynı yaştaki evlenmiş kişilerden daha sık görülmektedir. Evlenmemiş hastalarda evli olanlara göre daha kötü premorbid işlevsellik, daha erken başlangıç yaşı ve daha ağır hastalık seyri vardır. Yapılan çalışmalarda bekâr olmanın şizofreni gelişimiyle erkeklerde 12-50 kat, kadınlarda ise 3-15 kat daha fazla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Goldman 1998, Binbay ve ark. 2010).

Yapılan çalışmalarda şizofreninin sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda beş kat daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (Gümüş 2006). Şizofreni Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre toplumda %0,7 oranında görülürken, Ülkemizde ise Binbay ve ark. (2011) yaptıkları çalışma verilerine göre % 0.89 oranında görülmektedir. Ülkemizde şizofreni engel durumuna sebep olan 20 hastalık listesinde erkeklerde 9. sırada, kadınlarda ise 11. sırada yer almaktadır (DSÖ 2006). Toplumsal ve biyolojik etmenlerin araştırıldığı çalışmada yaş, cinsiyet, toplumsal sınıf, medeni durum, göçmenlik, doğum mevsimi, stres verici yaşam olaylarının riski arttırdığı belirtilmektedir (Güleç ve Köroğlu 2007).

2.1.4. Şizofreni Spektrum Bozukluğunun Etiyolojisi

Şizofreni tek bir nedene bağlı olmayıp, hastalığın oluşumunda; kalıtsal nedenler, beyinde işlevsel ve yapısal bozukluklar, biyokimyasal faktörler, psikososyal etkenler gibi çoklu etkenlerden söz edilmektedir. Etiyolojinin tek bir nedene bağlı olmaması nedeniyle hastalığın tedavisi de zorlaşmakta ve tedavide çoklu yaklaşımın uygulanmasını gerektirmektedir (Yüksel 2014, Saka ve Atbaşoğlu 2007).

2.1.5. Şizofreni Spektrum Bozukluğunun Belirtileri

Hastaların fiziksel görünüm, konuşma, duygu, düşünce ve davranış alanlarında önemli değişiklikler meydana gelmektedir. Şizofreni hastalığının belirtileri pozitif ve negatif belirtiler olarak iki gruba ayrılmıştır. Pozitif belirtiler; sanrılar, varsanılar, düşünce ve davranış bozuklukları olarak tanımlanmaktadır (Öztürk 2011). Düşünce içeriğinde meydana gelen bozukluklar; sanrılar, algılama bozukluğu gibi belirtilerle kendini göstermektedir. Hastanın gerçeği değerlendirme yetisi bozulduğu için iç görüşü de bozulmakta ve hastanın tedaviye olan uyumu da etkilenmektedir. Aynı zamanda hastanın konuşma hızında, içeriğinde, ses tonunda, bozulmalar meydana gelmekte hasta kendine özgü bir dil kullanmaktadır. Düşünce içeriğinde meydana gelen bozulma konuşmalarına da yansımakta ve söylediği şey anlaşılamamaktadır. Bunun yanında hastanın aldığı antipsikotik ilaçlar da konuşma bozuklukları, hastanın ilgi ve dikkatinde azalmalar meydana getirebilmektedir. Negatif belirtiler ise; çevreye ilgisizlik, çekingenlik, donukluk kişisel bakımda yetersizlikler ve dağınıklıklardır. Konuşma ve ilişki kurmada bozukluklar, tek düze ses tonu ve duygularını belli etmeyen iletişim şekli, duygu küntlüğü, soğuk ve ilişki kurma güçlükleri meydana gelmektedir (Aydemir ve Köroğlu 2014).

2.1.6. Şizofreni Spektrum Bozukluğunda Tedavi

Şizofreni tedavisinde çok yönlü yaklaşımların daha etkili olduğu düşünülmektedir. Standart bir tedavi planı yoktur. Her yeni hasta biyolojik, ruhsal ve toplumsal boyutları ile

değerlendirilerek, özgül yaklaşım oluşturulur. Hekim, hemşire, hasta, hasta yakını, psikolog ve sosyal hizmet uzmanından oluşan ekiple tedavi edilmelidir. Ekibin bireysel psikoterapi, aile eğitimi, ruhsal eğitim, toplumsal beceri kazandırma eğitimi gibi işlevleri vardır (Köroğlu 2015). Tedavide temel ilkelerden biri her hastanın tedavi açısından farklı nitelikleri olabileceğidir. Şizofreni hastalığının tedavisinde antipsikotik tedavi, psikososyal tedavi yöntemleri davranış, aile, grup ve bireysel terapi gibi yöntemler kullanılmaktadır. Hastalığın farmakolojik tedavisine ek olarak hasta bireye psikososyal beceri eğitimi, aile üyelerine sağlanacak eğitim ve desteklerle hastalığın tekrarlanması önlenecek, hastaların yaşam kalitesi arttırılacağı belirtilmektedir. Şizofreni hastalığında sadece ilaçlarla yapılacak tedavi yöntemi yetersiz olacaktır, hastanın işlevselliği desteklenmeyecek ve sorun çözme becerisini azalacaktır (Çam ve Dülgerler 2014). Tedavide ilk amaçlar kendine ve yakınlarına zarar vermenin engellenmesi, davranış sorunlarının kontrolü, belirtilerin baskılanması, işlevselliğin düzeltilmesi, yaşam niteliğinin ve uyumun artırılması, hasta ve aile ile işbirliğinin sağlanması, yeti kaybının en aza indirilmesi hedeflenmektedir (Yüksel 2014).

2.2. Şizofreni ve Sosyal İşlevsellik

Sosyal işlevsellikte ağır ölçüde bozulma en sık şizofreni spektrumundaki bozukluklarda ve daha az sıklıkta iki uçlu duygu durum bozukluklarında ortaya çıkar, ancak kronik majör depresyon gibi diğer psikiyatrik rahatsızlıklarda da görülmektedir (Mueser 2001). Hastanın işlevselliğinde meydana gelen bozulmalar şizofreninin tanılama kriterlerinden biridir. Şizofreni hastalarının sosyal işlevselliklerini değerlendirirken bireyin sosyal etkinlikler, kişiler arası ilişkilerinde tutarlı bir davranış sergilemesi, sosyal aktivitelerinde, mesleki sorumluluklarını yerine getirmesi, boş zaman aktivitelerini ve ilaç kullanımını yerine getirip getiremediği değerlendirilir (Erol 2007, Ünsal 2004).

Sosyal işlevsellikteki bozulma şizofreninin temel belirtilerinden biridir ve tanı ölçütleri arasında da yer almaktadır. Hastalık sürecinde bireyin sosyal işlevselliği zaman içinde gittikçe bozulur. Şizofreni spektrum bozukluğunda tam düzelmeyen, tedaviye rağmen süren inatçı belirtiler hastaların kişisel bakım, günlük faaliyetler, aile içi ilişkiler ve toplumsal ilişki alanlarındaki işlevselliklerini çeşitli ölçülerde bozabilmektedir (Yıldız 2005). Psikotik semptomlar farmakolojik tedavi ile uygun bir biçimde kontrol edilse de hastalarda görülen sosyal ve mesleki bozulmalarda sadece farmakolojik tedavi yetersiz kalmaktadır. Bu bozulmalar yaşamın kalitesini düşürmektedir. Sosyal, ailesel, boş zaman aktivitelerinde ve mesleki rol işlevselliklerinde sorunlara neden olmaktadır. Alevlenme ve

yatışmalarla seyreden şizofrenide geçirilen her psikotik atak, hastanın sosyal işlevsellik ve biliş düzeylerinde yıkıma neden olmaktadır. Hastalık sürecinde pozitif belirtilerin şiddetinde azalma eğilimi gözlenirken negatif ve bilişsel belirtiler ön plana çıkabilir, bunlarla birlikte sosyal işlevsellikteki bozulma belirginleşmektedir (Güdük 2010). Doğan ve arkadaşlarının 23 hasta ile yaptıkları 3 ay süren çalışmalarında hastalara verilen psikososyal beceri eğitimi sonucunda hastaların yaşam kalitesinin arttığı, ailesel ve toplumsal ilişkilerinin iyileştiği, işlevlerini yerine getirmede daha iyi bir konuma geldikleri gözlenmiştir (Doğan 2002).

Sosyal işlev düzeyinde gerileme hastalığın erken dönem belirtilerindedir. Sosyal geri çekilme, kişilerarası ilişkilerin azalması, sosyal etkinliklerde azalma, kendi başına yaşamını sürdürememe ve iş alanında işlevsellik gibi becerilerin kaybı ile belirlenen sosyal işlev bozukluklarının erken dönemde tanımlanması hastalığın tedavi planını, dolayısıyla da seyrini önemli ölçüde etkilemektedir. Tüm ruhsal bozukluklarda olduğu gibi şizofrenide de hastanın sosyal işlevselliğinin artırılmasının tedavide başarının başlıca koşullarından biri olduğu kabul edilmektedir (Yıldız 2011, Çam 2014). Bu nedenle bazı araştırmacılar şizofrenideki tedavi hedefini doğrudan sosyal işlevsellikteki kalkınma olarak belirlemişlerdir. Hastanın sosyal işlevsellik düzeyinin belirlenmesinin, iyi klinik tedavi planı ve hastanın topluma dönüşü için hazırlanmasında önemli olduğu belirtilmektedir (Gönüllüoğlu 2011). Şizofrenide sosyal işlevsellikteki bozulmayı açıklamak ve tanımlamak amacıyla farklı modeller önerilmiştir (Stanghellini 2008, Milev 2005):

a. Davranışçılık: Bu modele göre sosyal uyum, birinin hedeflerine ulaşabilmesi ya da ihtiyaçlarını sağlayabilmesi için uygun davranışı bulabilme yetisine bağlanmaktadır. Hastalık süreci, sosyal yetilerin uygulanmasındaki eksikliğin nedenidir.

b. Yapısalcılık: Hastanın, toplumun beklediği şekilde davranarak sosyal yaşama uyum sağlama kapasitesi olarak tariflenen sosyal uyumdur. Sosyal kurallara ve beklentilere uyum sağlayamama olarak tanımlanan yeti yitimi, hastalığın sonucu olarak kabul edilmektedir.

c. Bilişselcilik: Toplumda diğer bireylerin düşüncelerini zihinlerinin görünümünü, tahmin etme, anlama ve doğru yanıt verme yeteneği olan sosyal biliş sosyal uyumun asıl bileşenidir. Bu model, şizofrenide sosyal işlev bozukluğu üzerine yapılan çalışmalarda baskın yaklaşımdır.

d. Sembolik etkileşim: Kişinin yaşadığı toplum tarafından paylaşılan bir grup bilgi, sosyal bilgi olarak tanımlanmaktadır. Toplumdaki diğer bireyler ile iletişim kurmada sosyal

bilgiye dayanan toplum sembolleri setini kullanma becerisine dayanmaktadır. Bu modelde ayrıca, diğerlerinin bakış açısına sahip olabilme yetisi de gerekmektedir.

Hastaların sosyal uyumu sağlamaya yönelik hedef belirleme, sorunu algılayabilme ve alternatif çözümler üretebilmeleri için bellek, dikkat, yürütücü işlevler gibi bilişsel fonksiyonların rolü büyüktür. Green (1996) psikososyal işlevselliğin değişik alanları ile bilişsel işlevler arasında bağlantı olduğunu göstermiş; sosyal işlevsellik ile sosyal problem çözme ve sözel bellek arasında anlamlı ilişki olduğunu saptamıştır.

Sosyal işlevselliğin değerlendirilmesi son yıllarda özellikle sağlık personeli arasında giderek önem kazanmaya başlamıştır. Şizofreni hastalarında sosyal işlevselliğin bozulması hastalığın ayırt edici bir özelliği olarak görülmüş ve sosyal işlevselliğin geliştirilmesine özel önem verilmiştir. Sosyal işlevsellikteki artışın hastalıktan iyileşmeye doğru bir yol gösterdiği belirtilmiştir. Birchwood tarafından 334 şizofreni hastasıyla yapılan bir çalışmada hastaların sosyal işlevsellik puanlarının sağlıklı bireylerin puanlarından oldukça düşük olduğu bulunmuştur (Birchwood 1990). Son birkaç yılda psikososyal yaklaşımların kullanılmasıyla şizofreni tedavisinde çok önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Sosyal beceri eğitimi gibi özel tedaviler, psikoeğitimsel aile tedavileri veya bütünleştirilmiş tedavi programları gibi yoğun programlar önemli ölçüde kullanılmaya başlamıştır. Bu tür programların hastaların sosyal işlevsellik düzeylerini artırabileceği belirtilmektedir (Vázquez ve Bóveda 2000, Gönüllüoğlu 2011).

Sosyal geri çekilme, kişiler arası ilişkilerin azalması, sosyal etkinliklerde azalma, kendi başına yaşamını sürdürememe ve meslek alanında işlevsellik kaybı gibi becerilerin kaybı hastalığın ilk başından itibaren ortaya çıkan belirtilerdir. Sosyal işlev yetersizliği hastanın yaşam kalitesini düşürmekte ve sosyal, aile, boş zaman ve mesleki rol işlevinde problemlere neden olmaktadır. Hastanın sosyal işlevsellik düzeyinin belirlenmesinin, iyi klinik tedavi planı ve hastanın topluma dönüşü için hazırlanmasında önemli olduğu belirtilmektedir (Addington 1999). Şizofrenik bireyler yeterli bakım ve tedaviyi göremediklerinde genel olarak çevreye bağımlı, kendine bakım becerileri azalmış ve çevresel etkilere açık, hastalık tekrarına yatkın ve günlük yaşama uyum için gerekli olan becerilerini kullanamaz olarak yaşantılarını sürdürmektedirler.

2.3.Şizofreni ve Problem Çözme

Bireyler yaşamları boyunca çeşitli problemlerle karşı karşıya kalmakta ve bunların üstesinden gelebilmek için çeşitli çözüm yolları aramaktadır (Danışık 2005). Heppner ve Krauskopf (1987) problem çözmeyi, “kişinin kendisi ve çevresi kaynaklı gereklilik ve

zorluklara uyum sağlayabilmesi için gerekli olan bilişsel, duygusal işlemlerin ve davranışsal tepkilerin düzenlenmesi" olarak değerlendirmektedir. Problem; temelde, bireyin bir hedefe ulaşmada bir engellenmeyle karşılaştığı bir çatışma durumu olup, bu engellenme hedefe ulaşmayı güçleştirmekte, böyle bir durumda problem çözme ise, engeli aşmanın en iyi yolunu bulmaktır (Tekeli 2010). Bireyi fiziksel ve zihinsel yönden huzursuz eden kararsızlık ve birden çok çözüm yolu olasılığı görünen her durum problem olarak ifade edilir (Sezgin 2011). Problemlerle ilgili olarak, bir kişinin istediği hedefe ulaşmak amacıyla topladığı kendisinde bulunan güçlerinin karşısına çıkan engel, bireyin bir hedefe ulaşmada engellenme ile karşılaştığı bir çatışma durumu, insanın düşüncelerini karıştıran, ona meydan okuyan ve inancını belirsizleştiren her şey gibi tanımlanmıştır (Tekeli 2010).

Sorun çözümede güçlük yaşayan bireyler günlük stresli olaylarla etkili bir şekilde baş edememekte, öfke kontrolünü sağlayamamakta, aile bireyleri ile işbirliğine girememekte ve hastalık semptomlarıyla baş etme, ilaç kullanma, düzenli kontrol gibi önemli bileşenleri göz ardı etmektedirler. Şizofreni hastalarının uzun süreli kullandıkları antipsikotik ilaçların etkilerine bağlı uyuşukluk hali, düşünce bozuklukları hastaların zihinsel işlevlerini yerine getirmemeye sebep olmuştur. Yapılan çeşitli çalışmalarda da sorun çözme becerilerinin geliştirilmesi ile şizofreni hastalarının toplumda daha uyumlu oldukları ve hastalıkları ile daha etkili baş ettikleri belirlenmiştir (Akpınar 2008, Kıvılcım 2011, Sevi 2014).

2.3.1. Problem Çözme Becerisi

Problem çözme, kişinin istediğini en etkili yolla nasıl elde edeceğini ortaya çıkarmada kişiye yardımcı olan bir süreç olarak ifade edilmektedir (Vural 2010). Problem çözme, bireyin herhangi bir bilgiyi bilişsel süreçlerden geçirerek kullanabilmesini sağlar (Tambağ 2017, Uzunoğlu ve Demir 2014). Problem çözme, bireylerin günlük yaşamlarında içsel ve dışsal değişikliklerden kaynaklanan ihtiyaçlarını karşılayarak uyum sağlaması için gösterdiği, amaca yönelik, davranışsal, bilişsel ve duygusal tepkiler olarak tanımlanmıştır (Karabulut ve Ulucan 2011). Çeşitli tanımlardan yola çıkılarak problem çözme; bilişsel, duygusal ve sosyal yönden olmak üzere üç ayrı boyut olarak ele alınmıştır. Problemin birey tarafından anlaşılması, esas problemin ortaya çıkarılması, çeşitli çözüm yollarını ve bu çözüm yollarının sonuçlarını düşünerek en uygun çözüme karar verme gibi bir takım bilişsel süreçleri içeren boyut *bilişsel boyut*, özellikle kişiler arası sorun çözme sürecinde sağlıklı sonuca ulaşabilmek için tarafların hem kendi duygularını hem de karşı tarafın duygularını tanıması ve uygun tepkiler geliştirmesini içeren boyut ise *duygusal*

boyut, problem çözümlerinin *sosyal boyutunda* ise benzer problem durumlarında başka kişilerin neler yaptığını öğrenmek, uzman görüşü almak ya da yazılı kaynaklara başvurmak yer almaktadır (Danışık 2005). Sosyal problem çözme günlük yaşamda karşılaşılan problem durumlarında etkili ve uyum sağlayıcı baş etme yöntemlerini fark etmek ya da keşfetmek olarak tanımlanmaktadır.

Tekeli (2010) problem çözme sürecinin aşamalarını şu şekilde sıralamıştır:

- Problemi tanıma ve onunla uğraşma gereksinimi hissetmek,
- Problemi açıklamaya, niteliğini, alanını tanımaya ve onunla ilgili ikincil problemleri anlamaya çalışma,
- Problemlerle ilgili bilgileri toplama,
- Problemin özüne uygun olan verileri seçme ve düzenleme,
- Toplanmış verilerin ve problemle ilgili bilgi eşliğinde olası çözüm yollarını belirleme,
- Çözüm yollarını değerlendirme ve duruma uygun olanlar arasından en iyisini seçme,
- Kararlaştırılan çözüm yolunu uygulama,
- Kullanılan problem çözme yöntemini değerlendirme.

Problem Çözme Yaklaşımları

Problem çözme yaklaşımları aceleci yaklaşım, düşünen yaklaşım, kaçınan yaklaşım, değerlendirci yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım ve planlı yaklaşımdan oluşur (Şahin1993). *Aceleci yaklaşım*, bireyin bir problemle karşılaştığı zaman onu çözebilme için, durup düşünmeden, aklına gelen ilk fikir doğrultusunda hareket edip etmediğini, problem konusundaki değişik etmenleri dikkate alıp almadığını ve problemle başa çıkma konusunda çeşitli yollardan çoğunu dikkate almamayı içermektedir. *Düşünen yaklaşım*, problem çözümüne karar vermeye çalışırken seçeneklerin sonuçlarını tartmayı, ölçmeyi ve karşılaştırmayı içermekte ve bireyin bir problemle karşılaştığında durumu anlamaya çalışıp çalışmadığını, gözden geçirip geçirmediğini ve konuyla alakalı her türlü bilgiyi dikkate alıp almadığını ölçmektedir (Ünüvar 2003, Tetik ve Açıkgöz 2013).

Bireyin ayrıntılı olarak problemin çözümü hakkında bilgi toplamayı düşünüp düşünmediğini, uyguladığı çözüm başarısız olursa o problemle başa çıkma konusunda şüpheye düşüp düşmediğini, problemi çözdükten sonra ise problemi çözme konusunda neyin işe yarayıp, neyin yaramadığını düşünüp düşünmediğini *kaçınan yaklaşım* ölçmektedir (Doğan 2009, Tetik ve Açıkgöz 2013). Kaçınan sorun çözme tarzına sahip bireyler sorununun çözümüne ilişkin sorumluluk almaktan kaçınırlar, sorunun kendiliğinden çözüme kavuşmasını beklerler ya da bu konuda diğer bireylerin yardım ve

desteğine ihtiyaç duyarlar, sıklıkla ilk akıllarına gelen seçenek ile hareket ederler. Kaçınan yaklaşıma sahip bireylerin sergiledikleri davranışlar genel olarak erteleme, boyun eğme, tepkisizlik, katlanma, hareketsizlik ya da bağımlılık gibi çeşitli özellikleri içermektedir (Demirbağ 2013, Neziroğlu 2010). Bireyin problem çözümünde belli bir yöntemi denedikten sonra ortaya çıkan sonuç ile kendi düşündüğü sonucu karşılaştırıp karşılaştırmadığını, problem karşısında onu çözebilmek için başvuracağı yollarının hepsini düşünmeye çalışıp çalışmadığını ve bu süreçte neler hissettiğini anlamak için duygularını inceleyip incelemediğini değerlendirici yaklaşım ölçmektedir.

Bireyin problem çözme konusunda kendine güvenini açıklamakta ve problem çözmek için çaba gösterme konusunda kendini yeterli görüp görmediğini *kendine güvenen yaklaşım* ile ölçülmektedir (Ünüvar 2003, Tetik ve Açıkgöz 2013). Bireyin karşılaştığı problemlerde kendi yeteneklerine güvenmesi, problemin çözülebilir olacağına inanmasının ve problemi çözmeye uğraşmasının kişinin yaşam memnuniyetiyle benlik saygısını arttırmada önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir (Bedel ve Arı 2012). Problem çözmeye kendine güvenli yaklaşıma sahip bireylerin, karar vermede benlik saygılarının yüksek olduğu, bir karar verirken daha dikkatli oldukları, daha az panik oldukları ve daha az kaçınan yaklaşım tarzını gösterdikleri belirtilmiştir (Arslan 2013). Bireyin bir problemin çözümü konusunda, o problemin üzerinde durup durmadığını ve planlı bir şekilde eldeki verileri değerlendirerek çözüme ulaşip ulaşılmadığını ölçmek için *planlı yaklaşım* değerlendirilir.

Torres ve arkadaşları (2002) tarafından 49 şizofreni hastasıyla yapılan bir çalışmada, hastalara altı ay süre ile uyguladıkları oyun şeklinde sorun çözme programının hastaların sosyal işlevselliklerini geliştirmede olumlu katkı sağladığı bulunmuştur. Problemlerini etkili çözemeyen bireylerin, daha fazla kaygılı ve güvensiz oldukları, başkalarının beklentilerini anlamada yetersiz kaldıkları, daha fazla duygusal problemlerinin olduğu belirtilmiştir (Sezgin 2011). Ayrıca, etkisiz problem çözenin, stres verici durumlara ve psikolojik uyumsuzluklara neden olduğu da görülmüştür. Problem çözerken kendine güvenen, kontrollü davranan, problemle yüzleşmeyi tercih eden kişilerin daha az kişisel problem bildirdikleri; kendilik algılarının daha olumlu olduğu, sosyal anksiyetelerinin daha az olduğu, kişiler arası ilişkilerde daha başarılı oldukları, ruhsal durumlarının daha iyi olduğu, depresyon düzeylerinin daha düşük, intihar eğilimlerinin daha az olduğu belirtilmektedir (Danışık 2005).

2.4. Şizofreni ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) ruhsal problem yaşayan hastalara, toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde psikososyal destek hizmeti veren, hastaların takip ve tedavilerin yapılmasını sağlayan, etkin bir hizmetin verilmesini sağlamaktadır (TKHK 2014). Bu merkezlerle hastalığın hem kişiye hem de sosyal çevresine getirdiği maddi ve manevi yıkımın da önüne geçmek amaçlanmaktadır. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde, şizofreni, kronik bipolar bozukluk ve atipik psikoz gibi hastalara, toplum temelli psikososyal destek sağlanmaktadır. Şizofreni hastalarının tedavisinde ilaç tedavisine ek olarak verilen ruhsal eğitim, aile eğitimi, sosyal beceri eğitimi, bilişsel davranışçı terapiler gibi ruhsal-toplumsal girişimlerin uygulandığı merkezdir (TKHK 2014). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde verilen psikososyal beceri eğitimi ile amaç hastaları olabildiğince hayatın içinde tutmak ve rehabilite etmek, üretken hale getirmek, sosyalleşmelerini sağlamaktır. TRSM’de hastalar için yapılan etkinliklerde hastalara öğrenilen bilgiyi beceri haline dönüştürecek ve kalıcı hale getirilecek bazı teknikleri de kullanarak hastaların günlük yaşamda etkili olmalarını sağlamak hedeflenmektedir. TRSM’de uygulanan eğitimlerle ilaç tedavisinde olan şizofreni hastalarına uygulandığında, psikotik belirtilerin azalması, zamanında müdahale ile kısa zamanda atlatılması, hastalıkla ve hastalığın olumsuz etkileriyle baş etme becerilerinin gelişmesi, problem çözme becerisinin artırılması kişiler arası ilişkilerin güçlenmesi ve toplumsal işlevselliğin artması beklenmektedir (Yıldız 2011, Ensari ve ark. 2013).

2.5. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği

Hemşireler, hastaların fiziksel ve ruhsal iyilik halinin devamından sorumludur. Hastalara bilgi sağlama, danışmanlık yapmada ve iletişim sağlamada profesyonel bir yaklaşımla hasta ile ailesinin fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamlarına uyumlarında önemli bir role sahiptir (Tuncer ve Demiralp 2014). Hastaların kendilerini kabullenmelerine ve diğer bireylerle olan ilişkilerini güçlendirmelerine yardım etmek psikiyatri hemşireliğinin en önemli amaçlarından biridir. Psikiyatri hemşireliğinin bakım hedefi; hasta bireyin kendi kendine karar verebilen, kendisini yönetebilen kişilerle olumlu ilişkiler kurabilen, toplumda işlevi olan bir birey olarak rolünü kabullenmesine yardımcı olmaktır (Kum 2000, Çam ve Dülgerler 2014). Ruh sağlığı kişinin kendi kendisiyle ve çevresiyle dinamik bir denge ve uyum içinde olmasıdır. Ruh sağlığı bozulmuş bir bireyin ise yaşamın günlük sorunları ile uğraşmak için yardıma gereksinimi vardır. Bu yardım onun diğer insanlarla kendisi hakkındaki duyguları, sosyal ilişkileri ve davranışları ile ilgilidir. Ekip üyeleri

psikiyatrist, pratisyen hekim, toplum ruh sağlığı hemşiresi, psikolog ve sosyal çalışmacı gibi meslek gruplarının bir araya gelmesiyle oluşur, bu şekilde oluşan ekip hizmetin kalitesini arttıracaktır. Özellikle alanda yapılan ev ziyaretleri ile ailelere en yakın ortamlarda, yani ev ortamında bulunan toplum ruh sağlığı hemşirelerine bu konuda önemli görevler düşmektedir. Worley'e göre (1997) toplum ruh sağlığı hemşiresi, toplumdaki yüksek riskli grubu belirleme, danışmanlık, eğitim ve krize müdahale gibi işlevleri de gerçekleştirir. Toplum ruh sağlığı hemşiresi; değerlendirme, koordinasyon, hasta haklarını gözetme, savunma, sevk etme, eğitim, rehabilitasyon, ev ziyaretleri, krize müdahale, fiziksel değerlendirme, ilaç uygulamalarının izlenmesi becerileri ve yeteneklerini kazanmış olmalıdır (am 2014). Toplum ruh sağlığı hemşiresi, bu beceri ve yeteneklerini maddi ve sosyal yardım sağlama, sorunlarla baş etmeye yardım etme, psikolojik işlevin yerine getirilmesine yardım etme, sosyal destek sağlama, motivasyonu destekleme, sağlığın korunması ve iyilik halinin sürdürülmesi hedeflerine ulaşmak için kullanır (Bağ 2012). Toplum Ruh sağlığı hemşiresinin direkt rolleri şunları içerir.

Klinisyen: Hemşirelik bakımını sağlamak, ilaç tedavisini uygulamak ve izlemek, hastayı değerlendirmek, korumak, bakımın sürekliliğini sağlamak ve kronik ruhsal hastalara btce yapmak, ulaşım araçlarını kullanma ve ev işleri gibi basit becerileri öğretmektir.

Terapist: Destek grupları oluşturmak ve yönetmek, çeşitli türlerde psikoterapi uygulamak ve hastalara bakım verenlere terapi sağlamaktır.

Eğitici: Beceri eğitim sınıfları sağlamak, ruhsal hastalığa sahip bireylerin stresi azaltmalarını sağlamaktır.

Vaka Yöneticisi: Hastaların gereksinimlerini, güçlerini ve yetersizliklerini tanılamak ve tedavi planını geliştirmek, koruyucu hizmetleri sürdürmek, hasta savunucusu olarak çalışmaktır.

TRSM'de fiziksel sağlık bakımlarında hemşirelerin vaka yöneticisi olarak çalışmalarının etkilerinin incelendiği bir çalışmada, bir yıl boyunca merkezde tedavi gören fiziksel rahatsızlığı olan hastalarda hemşire destekli tedavi ile hemşiresiz tedavinin sonuçları karşılaştırıldığında, hastaların yıllık hastalık belirtilerinde azalma görülürken fiziksel aktivitelerinde artış görülmüştür (Miller 1989). Problem zme zorluğunun, iletişiminin iyileştirilmesi açısından toplum ruh sağlığı hemşiresinin klinisyen, eğitici ve terapist rolünün önemini göstermektedir. Hastaların bireysel ve grup terapisiyle problem zme yetenekleri gelişir. şizofreni hastalarının sosyal işlevselliklerini arttırmak için

toplum ruh sağlığı hemşiresinin direkt rollerine ihtiyaç duyulmaktadır. Lindenmayer ve arkadaşları (2013) alışmasında, bilişsel iyileştirme ile duygusal algı müdahale programı uygulanan hastaların sosyal işlevsellik puanları diğer gruba göre anlamlı düzeyde farklı çıkmıştır. Psikoterapide toplum ruh sağlığı hemşiresinin sorumlulukları vardır. Psikoterapiyle ilgili kuram ve yöntemleri bilmeli, bireyi/aileyi dinlemeli, psikoterapi ortamını düzenlemeli ve tedaviyi çok iyi değerlendirmelidir (am ve Dülgerler 2014).

Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresi;

- Hasta destek gruplarında duygu dışavurumu ve sorunların dile getirildiği, uygun çözüm yollarının üretildiği bir ortam yaratmalı,

- Hemşire özellikle sosyal çalışmacı desteği ile ruhsal hastalık tanısı almış olan hastanın ilgili dernekler aracılığıyla sosyal ve ekonomik destek sağlayıcı etkinlikleri gerçekleştirmelidir.

- Hastanın destek grupları ile veya kendine model oluşturabileceği yaşına uygun, benzer hastalık deneyimleri olan kişi ile tanıştirılması ve bir program destek grupları oluşturulması gerekmektedir.

- Hastanın hastalığıyla ve bakım gereksinimleri ile ilgili bilgileri broşür, video gibi materyallerle eğitim verilmelidir. Bu materyaller, hastanın anlayacağı düzeyde ve açık bir dilde olmalıdır. Ülkemizde ruh sağlığı hizmetlerinin etkinliğini sağlayabilmek için, bireylerinin ruh sağlığı yönünden korunması, riskli grupların epidemiyolojik çalışmalarla belirlenmesi, erken tanı ve tedavisinin sağlanması; bunların dolaylı sonucu olarak, sağlıkta yaşam kalitesinin artırılabilmesi için eğitim ve danışmanlık adımlarından oluşan rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması gerekmektedir.

Toplum ruh sağlığı hemşirelerinin tedavi, bakım, destek, eğitim ve danışmanlık rolleri bulunmaktadır (am 2014). Hemşire bu rollerini gerçekleştirirken özellikle psikotik bozukluğu olan hastaların toplumdaki işlevselliklerini ya da problem çözme becerilerini doğrudan etkileyen her durumu araştırmalıdır. Toplum ruh sağlığı hemşireleri rolleri kapsamında şizofreni hastalığına sahip olan bireylere olumlu davranışları kazandırma, toplumsal işlevselliği arttırma, sağlıklı iletişim kurabilme, sorunları olumlu olarak özzebilme konusunda hastaları bilgilendirmelidir.

şizofreni hastalarının tedavisinde ilaç tedavisine ek olarak verilen ruhsal eğitim, aile eğitimi, sosyal beceri eğitimi, bilişsel-davranışçı terapiler gibi ruhsal toplumsal girişimlerin belirtilerin iyileşmesine ve işlevselliğin artmasında etkili olacağı dşnlmektedir.

Araştırmalara göre sağlık profesyonelleri sosyal işlevsellik ve problem çözme becerilerinin artırma ve geliştirme de olumlu role sahiptir (Revheim ve Medalia 2004, Yıldız 2011, am 2014). TRSM’de verilen eğitimler hastalığın neden olduğu ie kapanma, umutsuzluk duygularıyla baş etmeyi sağlar. Bu amaçla uygulanabilecek güçlü yönleri temel alan terapi biçimleri hastanın yeteneklerine ve yaşamına pozitif bir bakış açısı sağlayabilir, hayatı anlamlı kılabilir. Böylece hastalar sorun çözme mekanizmalarını ve sosyal becerilerini değiştirebilir ve toplumla yaşamaya kendisini hazırlayabilir. Bu araştırma Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki şizofreni Hastalarının Sosyal işlevsellik ve Problem zme Düzeylerinin Belirlenmesinde hemşirenin psikososyal eğitim, bakım ve rehabilitasyon sürecindeki önemli rollerini gösterebileceği dşnlmektedir.



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, Gaziantep ili sınırları içinde bulunan Şehitkamil Devlet Hastanesine bağlı hizmet vermekte olan Şehitkamil Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Dr. Ersin Arslan Devlet Hastanesine bağlı hizmet vermekte olan Şahinbey Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik ile problem çözme düzeylerini belirlemek ve sosyal işlevsellik ile problem çözme düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Gaziantep ilinde Şehitkamil ve Şahinbey ilçelerinde iki Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmet vermektedir. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı olarak faaliyet göstermektedir. Hastalara psikososyal destek hizmetlerinin verilmesi, takip edilmesi, tedavilerinin uygulamasına ve sosyal rehabilitasyonlarının sağlanması için çalışmalar yapılmaktadır. Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki çalışmalar hastalar için hazırlanmış bir program ve belli bir ekip halinde yapılmaktadır.

Şahinbey Toplum Ruh Sağlığı Merkezi bir psikiyatrist sorumlu hekim olarak çalışmakta olup, iki hemşire, iki psikolog, bir iş-uğraşı terapisti, bir resim öğretmeni, bir el sanatları öğretmeni ve bir müzik öğretmeni görev yapmaktadır. Bahçeli, iki katlı bir bina olup içerisinde doktor odası, hemşire ve psikolog odaları, hasta ile görüşme odası, toplantı salonu, resim, el-sanatları odaları, iş-uğraşı aktivite odası şeklinde birimler bulunmaktadır. TRSM'de bireysel terapi, grup terapisi, aile eğitimi, toplumsal beceri eğitimi verilmekte olup hemşireler tarafından hastalarla görüşmeler yapılmakta ve kaydedilmektedir. Kurumun psikologu tarafından her gün grup görüşmeleri şeklinde grup psikoeğitimi yapılmaktadır. Şahinbey Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde düzenli olarak özel günlerin etkinlikleri yapılmaktadır. Pazartesi günü "günaydın" toplantısı ve haftanın planı belirlenmektedir. Salı ve perşembe günü "ev ziyaretleri" yapılmakta ve hastaların ilaçları takip edilmektedir, çarşamba günü "hastalarla birlikte belirlenen aktivite", cuma günü "aktivite ve oyun günü" olarak belirlenmiştir.

Şehitkamil Toplum Ruh Sağlığı Merkezi bir psikiyatrist sorumlu hekim olarak çalışmakta olup, bir hemşire, iki psikolog, bir sosyal hizmet uzmanı, bir resim öğretmeni, bir el sanatları öğretmeni ve bir spor öğretmeni görev yapmaktadır. Bahçeli, dört katlı bir bina olup doktor, hemşire ve psikolog odaları, hasta ile görüşme odaları, toplantı salonu,

müzik, resim, el-sanatları, okuma, spor, sinema odaları, iş-uğraşı aktivite odası ve mutfak şeklinde birimler bulunmaktadır. TRSM’de bireysel terapi, grup terapisi, aile eğitimi, toplumsal beceri eğitimi verilmekte olup hemşire tarafından hastalarla görüşmeler yapılmakta ve kaydedilmektedir. Kurumun psikologu tarafından her gün grup görüşmeleri şeklinde grup psikoeğitimi yapılmaktadır. Şehitkamil Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde düzenli olarak özel günlerin etkinlikleri yapılmakta ve aktivite günleri belirlenmiştir. Pazartesi günü “günaydın” toplantısı ve haftanın planı, salı ve perşembe günü “ev ziyaretleri”, çarşamba günü “hastalarla birlikte belirlenen aktivite”, cuma günü ise “sinema günü” olarak belirlenmiştir.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri haftanın beş günü 8:30 ile 17:00 arasında hizmet vermektedir. Hastalara psikososyal beceri eğitimleri hemşire, psikolog, iş-uğraşı terapisti tarafından uygulanmaktadır. Hastalar TRSM’ye kayıt oldukları andan itibaren gereksinimleri ve yetenekleri doğrultusunda uyumlandırma çalışmalarına alınmaktadır. Her hastadan sorumlu hemşire ile psikolog birlikte hastanın bireysel bakım planına göre gereksinmelerinin karşılanmasını ve izlenmesini sağlamaktadır. Rehabilitasyon, psikoeğitim, iş-uğraş terapisi, grup ya da bireysel psikoterapi gibi yöntemler ile şizofreni hastalarının işlevsellik düzeyleri ile sorun çözme düzeylerinin artırılması toplum ruh sağlığı merkezlerinin hedefleri arasındadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Gaziantep ilindeki Şehitkamil devlet hastanesi ile Dr. Ersin Arslan devlet hastanesine bağlı olarak hizmet veren Şehitkamil ve Şahinbey Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde 2015-2016 yılında kayıtlı olarak ayaktan tedavi gören 170 şizofreni hastası çalışmanın evreni olarak belirlendi. 6 hasta araştırmaya katılmayı kabul etmedi. Mental retardasyon ya da epilepsi ek tanılı 8 hasta ve işitme kaybı olan 6 hasta araştırmanın dışında tutuldu. Böylece Toplum Ruh Sağlığı Merkezine kayıtlı ve şizofreni tanısı almış 150 hasta araştırmanın örneklemini oluşturdu. Hastanın TRSM’ye kayıtlı olması, DSM-V tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı almış olması araştırmaya alınma ölçütü olarak kabul edilmiştir.

3.4. Verilerin Toplanması

Veri toplamasında hastaların tanımlayıcı özelliklere ilişkin Kişisel Bilgi Formu (Ek:2), işlevsellik düzeyini belirlemek amacı ile Sosyal İşlevsellik Ölçeği (Ek:3) ve problem çözme becerilerini belirlemek amacı ile Problem Çözme Envanteri (Ek:4) kullanılmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu, araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından bağımsız değişkenleri oluşturmak üzere yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, mesleği, çalışma durumu, ekonomik durumu gibi soruların yer aldığı 12 sorudan oluşmaktadır (Eryıldız 2008, Yıldız 2011, Ensari ve ark. 2013). Kalan dokuz sorudan oluşan bölüm, katılımcıların hastalıklarına ve tedaviye uyumuna ilişkin verileri içermektedir. Hastalığın başlama süresi, tedavi süresi, aldığı tedavi yöntemleri ve uygulanan terapiler ile ilgili sorular yer almaktadır (Akpınar 2008, Tatlıdil 2008, Uğurlu 2011).

3.4.2.Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ)

Sosyal işlevsellik Ölçeği kişinin bütün sosyal rolüne yapılan yargıyı gerektiren rol işlevlerini değerlendiren bir araçtır. SİÖ temel yetileri, sosyal davranışı nicelik yönünden değerlendirmek amacıyla 1990 yılında Birchwoodve ark. tarafından geliştirilmiş olup geçerlik ve güvenilirlik çalışması ülkemizde Erakay (2001) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa kat sayısı 0,83 bulunmuştur. Ölçek soruların kısa ve anlaşılabilir olması nedeniyle uygulanması kolay olup hastalara sorulup araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Alt ölçeklerin puanlamasına bakıldığında:

-Sosyal çekilmede 5 madde vardır ve en düşük 0, en yüksek 15,

-Kişiler arası işlevsellikte 4 madde vardır ama madde 1 ve 2 toplanır; böylece en düşük 0, en yüksek 9,

-Bağımsızlık-yetkinlik için en düşük 0, en yüksek 39,

-Bağımsızlık-performans için en düşük 0, en yüksek 39,

-Boş zamanları değerlendirme için en düşük 0, en yüksek 45,

-Sosyal etkinlikler için en düşük 0, en yüksek 66,

-İş/meslek alanı için ise kişi için uygunsa iki madde doldurulur, son 6 ay içinde çalışmamışsa ya da iş aramıyorsa puanlama yapılmamıştır.

Her alt ölçekten alınan toplam puanların yüksek olması işlevsellikte olumluya doğru gidişin olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada sosyal işlevsellik ölçeğinin güvenilirlik katsayısı 0,92 olarak bulunmuştur. Araştırmada alt ölçekler için elde edilen Cronbach Alfa katsayıları ise 0.32 ile 0.89 arasında değişmektedir.

3.4.3.Problem Çözme Envanteri (PÇE)

Bireylerin günlük yaşantılarında karşılaştıkları problemlere nasıl tepki verdiklerini ölçmeyi hedefleyen bir araçtır. Bireyin problem çözme becerisi konusunda kendi

algılayışını ölçen 35 maddelik bu envanter Heppner ve Peterson (1982) tarafından geliştirilmiş olup, geçerlik ve güvenilirlik çalışması ülkemizde Şahin (1993) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa tutarlılık katsayısı 0.88 olarak bulunmuştur. Seçenekleri “her zaman böyle davranırım” ile “hiçbir zaman böyle davranmam” şeklinde oluşturulmuştur. Ölçeğin puanlamasında 9, 22 ve 29 numaralı maddeler puanlama dışı tutulur. 1, 2, 3, 4, 11, 13, 14, 15, 17, 21, 25, 26, 30 ve 34 numaralı maddeler ters olarak puanlandırılır. Yapılan faktör analizi sonucunda alt ölçeklerin puanlamasına bakıldığında:

-Aceleci yaklaşım (13, 14, 15, 17, 21, 25, 26, 30, 32),

-Düşünen yaklaşım (18, 20, 31, 33, 35),

-Kaçıngan yaklaşım (1, 2, 3, 4),

-Değerlendirici yaklaşım (6, 7, 8),

-Kendine güvenli yaklaşım (5, 11, 23, 24, 27, 28, 34),

-Planlı yaklaşım (10, 12, 16, 19) olmak üzere altı faktör bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 32, en yüksek puan 192'dir. Ölçeğin değerlendirilmesinde kesme noktası bulunmamaktadır. Problem çözme envanterinden elde edilen puanın düşük olması problem çözme becerisinin yüksek olduğunu, yüksek olması ise problem çözme becerisinin düşük olduğunu gösterir. Ayrıca puanın artması o alt ölçeğin daha çok kullanıldığını göstermektedir. Araştırmada problem çözme envanterinin güvenilirlik katsayısı 0,79 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda alt ölçekler için elde edilen Cronbach alfa katsayıları ise 0.44 ile 0.68 arasında değişmektedir.

3.5. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın yapılabilmesi için ilgili kurumlardan gerekli yazılı izinlerin alınmasının ardından toplum ruh sağlığı merkezindeki şizofreni hastalarına sözel bilgilendirilme yapılarak hasta ve hasta yakınlarından yazılı onam alınmıştır (Ek-1). Uygulama araştırma kapsamında olan TRSM'de şizofreni hastaları ile 15 Ekim 2015-15 Haziran 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Uygulama, toplum ruh sağlığı merkezinde görüşme odasında gerçekleştirilmiş olup ortalama görüşme süresi 60 dakika sürmüştür. Araştırmaya katılan bireylere uygulama öncesinde, çalışmanın amacı anlatılmış, hastaya soru formu ve ölçekler sözlü olarak sorulmuş, yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

3.6. Araştırmanın Sınırlılığı

Gaziantep ilinde Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı ve şizofreni tanısı almış çalışmaya gönüllü katılan hastaların verdikleri cevaplar esaslır. Araştırma 18 yaş ve üzerinde olan 150 hastanın katılımı ile sınırlıdır.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi için Gaziantep Kamu Hastaneler Birliğinden yazılı izin (Ek 6) ile Mustafa Kemal Üniversitesi Etik Kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır (Ek 5). Araştırmanın rneklemine oluşturan hastalara ve hasta yakınlarına; çalışmanın amacı, planı, süresi açıklanarak "bilgilendirilmiş onam ilkesi", "gönüllülük ilkesi" ve "gizliliğin korunması ilkesi" ilkeleri ışığında araştırmaya katılmaları için bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır (Ek 1).

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler toplandıktan sonra araştırmacı tarafından kodlanıp SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 istatistik yazılım programında analiz edilmiştir. Ölçeklerin yapı geçerliliğini test etmek için Cronbach alpha kat sayısına bakıldı. Araştırma amaçlarını test etmek için tanımlayıcı istatistiklerden (frekans, aritmetik ortalama, yüzdelik dağılım, standart sapma) yararlanıldı. Verilerin diğer parametrik test varsayımlarını da karşıladığı belirlendiği için iki grup karşılaştırılmasında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi), üç veya daha fazla grup karşılaştırıldığında tek yönlü varyans analizi (F testi) kullanılmıştır. Üç veya daha fazla gruplarda gruplar arasında istatistiksel farklılık bulunduğunda farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için leastsignificantdifference (LSD testi) uygulanmıştır. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ya da Mann Whitney U test kullanıldı. şizofreni hastalarının Sosyal İşlevsellik lği ve Problem özme Envanteri arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir (zdamar 2013).

BULGULAR

Çizelge 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

Değişkenler	N:150	
	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	19	12,7
Erkek	131	87,3
Yaş		
18-24 yaş	17	11,3
25-31 yaş	31	20,7
32-38 yaş	38	25,3
39-45 yaş	33	22,0
46-52 yaş	21	14,0
53 yaş ve üzeri	10	6,7
Medeni durum		
Bekar	73	48,7
Evli	52	34,7
Boşanmış	25	16,6
Çocuk sahibi olma durumu		
Olan	71	47,3
Olmayan	79	52,7
Çocuk sayısı		
Yok	79	52,7
1-3	56	37,3
4 ve üzeri	15	10,0
Öğrenim durumu		
Okuryazar/İlkokul	62	41,4
Ortaokul	44	29,3
Lise ve üzeri	44	29,3
Meslekleri		
Yok	29	19,3
Serbest meslek	78	52,0
Memur	3	2,0
İşçi	24	16,0
Malulen emekli	7	4,7
Öğrenci	9	6,0
Çalışma durumu		
Çalışan	21	14,0
Çalışmayan	129	86,0
Hastalık öncesi çalışma durumu		
Çalışan	110	73,3
Çalışmayan	40	26,7

Çizelge 4.1.(Devam) Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

Çalışma süreleri (n:110)		
1-3 yıl çalışan	30	20,0
4-6 yıl çalışan	12	8,0
6 yıldan fazla çalışan	68	45,3
Aylık geliri		
300-599 tl	102	68,0
600-999 tl	20	13,3
1000-5000 tl	28	18,7
Yaşadığı yer		
İl	142	94,7
İlçe	8	5,3
Yaşadığı ortam		
Aile ve akraba	139	92,7
Yalnız	11	7,3
Anne öğrenim durumları		
Yok	103	68,7
İlkokul	36	24,0
Ortaokul ve üzeri	11	7,3
Baba öğrenim durumları		
Yok	40	26,7
İlkokul	76	50,6
Ortaokul ve üzeri	34	22,7

Çizelge 4.1’de hastaların demografik özellikleri görülmektedir. Çizelgeye bakıldığında araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 37.21 ± 10.34 (min-max 18-68) olarak bulunmuştur. Hastaların çoğunluğunun (%87,3) erkek ve (%48,7) bekar olduğu görülmektedir. Hastaların %52,7’si çocuğunun olmadığını bildirmiştir. Hastaların öğrenim durumuna bakıldığında hastaların %41,3’nün ilkokul/okuryazar mezunu olduğu görülmektedir. Mesleklere göre dağılımlara bakıldığında hastaların %19,3’ü iş/meslek sahibi olmadıkları, %52’si serbest meslek, %16’sı işçi, %6’sı öğrenci, %4,7’si malulen emekli ve %2’sinin memur olduğu görülmektedir. Hastaların %86’nın çalışmadığı, %68’i gelir durumu olarak düşük seviyede olduğu, %94,7’sinin merkezde yaşadığını ve merkez ilçenin toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı olduğunu belirtmişlerdir. Hastaların %92,7’sinin aileleriyle birlikte yaşadığını, %68,7’sinin annelerinin okuma-yazma bilmediğini ve babalarının %50,6’sının ise ilkokul mezunu olduğunu belirtmişlerdir.

Çizelge 4.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Değişkenler	N:150	
	Sayı	%
Hastalığın başlama süresi		
0-3 yıl	20	13,3
4-7 yıl	32	21,3
8-11 yıl	37	24,7
12 yıldan fazla	61	40,7
Tedavi alma yılı		
0-3 yıl	22	14,7
4-7 yıl	36	24,0
8-11 yıl	41	27,3
12 yıldan fazla	51	34,0
Tıp dışı kişilere (hacı-hoca) başvurma durumu		
Başvuran	69	46,0
Başvurmayan	81	54,0
İlaç ek olarak tedavi alma durumu		
İlaç tedavisi alan	79	52,7
İlaç+geleneksel+yoga	71	47,3
İlaç kullanımı		
Kullanan	150	100,0
Kullanmayan	0	0,00
İlaç kullanımı süresi		
0-3 yıl	23	15,3
4-7 yıl	39	26,1
8 -11 yıl	29	19,3
12 yıldan fazla	59	39,3
Bireysel terapi alma durumu		
Alan	93	62,0
Almayan	57	38,0
Bireysel terapi alma sayıları (n=93)		
1-3 uygulama	57	38,0
4 uygulama ve üzeri	36	24,0
Grup terapisi alma durumu		
Alan	107	71,3
Almayan	43	28,7
Grup terapi alma sayıları (n=107)		
1-3 uygulama	48	32,0
4-6 uygulama	21	14,0
7-9 uygulama	25	16,6
10 uygulama ve üzeri	13	8,7
Aile toplantısına katılma durumu		
Katılan	33	22,0
Katılmayan	117	78,0

Çizelge 4.2.(Devam) Hastaların Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Aile toplantısına katılma sayıları (n=33)		
Hafta da bir uygulama	9	6,0
Ayda bir uygulama	18	12,0
İki ayda bir uygulama	6	4,0
Hastalık süresince hastaneye en az bir kere yatma durumu		
Yatan	150	100,0
Yatmayan	0	0,00
Hastaneye yatış sayısı		
1-4	101	67,3
5-8	30	20,0
9 ve üzeri	19	12,7
Toplum ruh sağlığı merkezine kayıt olma süresi		
0-5 ay	35	23,3
6-11 ay	19	12,7
12-17 ay	43	28,7
18-23 ay	23	15,3
24 ay ve üzeri	30	20,0
Toplum ruh sağlığı merkezine gelme sıklığı		
Her gün	24	16,0
Haftada üç gün	25	16,7
Haftada bir gün	45	30,0
Ayda iki gün	14	9,3
Ayda bir gün	42	28,0
Psikososyal beceri eğitimi alma durumu		
Alan	134	89,3
Almayan	16	10,7

Çizelge 4.2’de hastaların hastalık özelliklerine ilişkin bulgular görülmektedir. Şizofreni tanısı alma süresi 12 yıldan fazladır (% 40,7). Hastaların %34’ü 12 yıl ve üzerinde tedavi aldıklarını belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan hastaların %54 tıp dışı kişilere (hacı-hoca) başvurduklarını belirtmişlerdir. TRSM’ye kayıtlı şizofreni hastalarının %55,3’ü ilaç ve psikoterapi aldıklarını bildirmişlerdir. Her hasta ilaç kullandığını bildirmiştir. %39,3’ü ilaç kullanım süreleri 12 yıldan fazla bulunmuştur. Hastaların %62’si TRSM’de bireysel terapi aldıklarını belirtmişlerdir. Hastaların %32’i TRSM’de en az bir kez bireysel terapi aldıklarını belirtmişlerdir. Hastaların TRSM’de %71,3’ü grup terapisi aldıklarını belirtmişlerdir. Hastaların %32’sinin TRSM’de en az bir kez grup terapisi aldıkları görülmektedir. Hastaların TRSM’de %76,7’si ailelerinin aile toplantısına katılmadıklarını belirtmişlerdir. TRSM’de kayıtlı şizofreni hastalarının hastalık süresinde en az bir kez hastaneye yatış yaptıkları belirtilmiştir. TRSM’de kayıt olma süreleri %23,3’ü son beş ay içinde kayıt olduklarının bildirmiş ve %28,7 si kayıt sürelerinin 12-17

ay arasında olduğunu bildirmişlerdir. TRSM’de kayıtlı hastaların %30’u hafta da bir gün geldiklerini ve %16’sının her gün geldiklerini %28’i ayda bir gün geldiklerini bildirmişlerdir. TRSM’de kayıtlı şizofreni hastalarının %89,3’ü en az bir kez kurumda eğitimi verilmekte olan psikososyal beceri eğitimini aldığını belirtmişlerdir.

Çizelge 4.3. Hastaların Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	$\bar{x}\pm SS$	Min-Max
Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ)		
Sosyal Çekilme	9.95±1.99	4-14
Kişiler Arası İşlevsellik	7.63±1.05	4-9
Bağımsızlık-Performans	20.31±8.00	1-37
Bağımsızlık-Yetkinlik	32.34±5.71	14-39
Boş Zamanları Değerlendirme	18.70±4.98	6-34
Sosyal Etkinlikler	23.13±6.97	7-42
İş/Meslek	0.66±1.76	0-8
SİÖ Toplam	112.74±22.52	48-165
Problem Çözme Envanteri (PÇE)		
Aceleci Yaklaşım	28.63±4.09	19-41
Düşünen Yaklaşım	9.21±2.25	7-28
Kaçıngan Yaklaşım	10.80±2.85	4-19
Değerlendirici Yaklaşım	10.21±2.75	3-14
Kendine Güvenli Yaklaşım	18.10±3.35	11-31
Planlı Yaklaşım	11.76±2.43	5-22
PÇE Toplam	93.50±12.72	55-143

Çizelge 4.3’de hastaların ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları görülmektedir. Hastaların Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) puan ortalaması 112.74±22.52 olarak belirlenmiştir. Araştırmada hastaların SİÖ alt ölçek puan ortalamaları sosyal çekilme 9.95±1.99, kişiler arası işlevsellik 7.63±1.05, bağımsızlık-performans 20.31±8.00, bağımsızlık-yetkinlik 32.34±5.71, boş zaman değerlendirme 18.70±4.98, sosyal etkinlikler 23.13±6.97, iş/meslek 0.66±1.76 olarak bulunmuştur. Hastaların Problem Çözme Envanteri (PÇE) puan ortalaması 93.50±12.72 olarak belirlenmiştir. Araştırmada hastaların PÇE alt ölçek puan ortalamaları aceleci yaklaşım 28.63±4.09, düşünen yaklaşım 9.21±2.25, kaçıngan yaklaşım 10.80±2.85, değerlendirici yaklaşım 10.21±2.75, kendine güvenli yaklaşım 18.10±3.35, planlı yaklaşım 11.76±2.43 olarak bulunmuştur.

Çizelge 4.4. Hastaların Yaşlarına Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Yaşları						* χ^2	p
	18-24 (n=17) $\bar{x}\pm SS$	25-31 (n=31) $\bar{x}\pm SS$	32-38 (n=38) $\bar{x}\pm SS$	39-45 (n=33) $\bar{x}\pm SS$	46-52 (n=21) $\bar{x}\pm SS$	53 + (n=10) $\bar{x}\pm SS$		
SİÖ Toplam ve Alt Ölçekleri								
Sosyal Çekilme	10.40±0.86	10.65±1.63	10.83±1.35	11.22±2.11	11.28±1.88	12.48±2.53	3.328	0.545
Kişiler Arası İşlevsellik	9.86±0.63	9.44±0.87	9.72±1.09	9.48±1.07	7.40±0.96	7.50±1.08	0.348	0.610
Bağımsızlık-Performans	21.75±8.22	21.94±6.16	21.33±8.56	21.30±8.72	23.19±5.78	19.30±7.63	0.691	0.371
Bağımsızlık-Yetkinlik	33.78±7.11	36.40±4.17	34.84±6.04	32.12±6.17	35.75±4.71	29.71±7.56	3.208	0.011
Boş Zamanları Değerlendirme	22.41±4.78	20.44±3.77	20.84±5.57	18.84±5.72	19.76±3.61	18.70±5.05	0.502	0.244
Sosyal Etkinlikler	26.76±7.17	24.38±5.64	24.60±7.90	22.84±7.14	23.95±6.32	21.70±7.24	0.610	0.303
İş/Meslek	0.66±2.22	0.48±1.52	0.52±1.84	0.63±1.82	0.63±1.82	0.00±0.00	0.702	0.422
SİÖ Toplam	119.94±24.05	119.22±15.46	117.00±25.43	111.09±25.55	120.09±17.36	117.50±25.42	0.811	0.510
PÇE Toplam ve Alt Ölçekleri								
Aceleci Yaklaşım	32.35±4.82	31.16±4.85	32.22±5.28	31.69±4.90	30.00±4.71	32.20±3.43	0.981	0.527
Düşünen Yaklaşım	17.94±4.46	17.83±5.37	18.00±4.56	17.78±4.39	18.56±3.14	20.43±5.62	0.908	0.308
Kaçıngan Yaklaşım	13.32±2.83	11.77±2.42	13.57±2.54	12.83±2.57	12.53±2.68	14.68±3.31	2.871	0.217
Değerlendirici Yaklaşım	10.43±3.27	10.71±3.34	9.47±3.39	10.49±3.67	10.74±3.62	10.89±3.81	0.771	0.508
Kendine Güvenli Yaklaşım	20.46±3.81	19.06±2.36	19.36±3.75	20.34±3.91	19.43±3.63	20.48±6.81	0.803	0.417
Planlı Yaklaşım	14.93±2.90	13.20±3.52	13.94±3.36	13.87±3.69	14.61±2.59	13.79±4.41	0.313	0.756
PÇE Toplam	98.17±11.04	93.19±10.54	88.65±12.15	88.90±14.97	86.47±9.70	93.50±20.17	0.992	0.611

*Kruskall wallis

Çizelge 4.4'te hastaların yaşlarına göre SİÖ ve PÇE alt ölçekleri puan ortalamaları yer almaktadır. Hastaların yaş gruplarına göre SİÖ, bağımsızlık-yetkinlik alt ölçeğinde anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Farkın kaynaklandığı yaş grubunu belirlemek için alt grup karşılaştırması Conover testi ile yapılmıştır. SİÖ, bağımsızlık-yetkinlik alt ölçeğinde istatistiksel olarak farkı belirleyen grubun 53 yaş ve üzeri grubu olduğu bulunmuştur. Hastaların PÇE toplam ve alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı ($p>0.05$).



Çizelge 4.5. Hastaların Öğrenim Durumlarına Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Öğrenim Durumları				
	Okur-Yazar/ İlkokul (n=62) $\bar{x}\pm SS$	Ortaokul (n=44) $\bar{x}\pm SS$	Lise ve üzeri (n=44) $\bar{x}\pm SS$	*F	p
SİÖ Toplam ve Alt Ölçekleri					
Sosyal Çekilme	9.61±1.96	10.18±1.83	10.20±2.14	1.558	0.214
Kişiler Arası İşlevsellik	7.66±1.08	7.63±1.05	7.59±1.04	0.056	0.945
Bağımsızlık-Performans	18.08±8.70	21.72±7.70	22.04±6.55	4.310	0.015
Bağımsızlık-Yetkinlik	30.04±6.34	33.75±4.71	35.15±4.56	9.534	<0.001
Boş Zamanları Değerlendirme	16.82±4.81	19.97±4.32	20.09±5.07	8.292	0.001
Sosyal Etkinlikler	20.24±6.58	24.90±6.08	25.43±7.01	10.296	<0.001
İş/Meslek	0.32±1.23	0.81±1.90	0.97±2.17	2.042	0.133
SİÖ Toplam	102.79±22.03	119.63±22.19	119.86±18.24	11.810	0.001
PÇE Toplam ve Alt Ölçekleri					
Aceleci Yaklaşım	28.80 ±4.18	29.13± 3.94	27.88±4.11	1.119	0.329
Düşünen Yaklaşım	15.79±3.35	15.11±3.25	13.75±2.39	5.709	0.004
Kaçıngan Yaklaşım	11.25±2.79	10.72±2.53	10.22±3.16	1.715	0.184
Değerlendirici Yaklaşım	9.61±2.21	8.93±2.37	8.93±2.16	1.671	0.192
Kendine Güvenli Yaklaşım	18.79±3.50	17.70±3.56	17.54±2.79	2.252	0.109
Planlı Yaklaşım	12.19±2.38	11.40±2.19	11.50±2.67	1.711	0.184
PÇE Toplam	96.45±12.51	93.02±13.60	89.84±11.26	3.645	0.028

*One-Way ANOVA

Çizelge 4.5’de hastaların öğrenim durumlarına göre SİÖ ve PÇE alt ölçeklerin puan ortalamaları gösterilmiştir. Hastaların öğrenim durumlarına göre SİÖ alt ölçeklerinden bağımsızlık-performans, bağımsızlık-yetkinlik, boş zamanları değerlendirme, sosyal etkinlikler puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İleri analiz için yapılan LSD testi sonucunda bağımsızlık-yetkinlik, bağımsızlık-performans, boş zamanları değerlendirme, sosyal etkinlikler alt ölçeklerinde farkı oluşturan grubun lise ve üzeri öğrenimi olan hastalarda anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların öğrenim durumlarına göre PÇE toplam, düşünen yaklaşım alt ölçeğinde puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İleri analiz için yapılan LSD testi sonucunda; PÇE toplam, düşünen yaklaşım lise ve üzeri öğrenimi olan hastalarda istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çizelge 4.6.Hastaların Mesleklerine Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Meslekleri							* χ^2	p
	Yok (n=29) $\bar{x}\pm SS$	Serbest Meslek (n=78) $\bar{x}\pm SS$	Memur (n=3) $\bar{x}\pm SS$	İşçi (n=24) $\bar{x}\pm SS$	Malulen Emekli (n=7) $\bar{x}\pm SS$	Öğrenci (n=9) $\bar{x}\pm SS$			
SİÖ Toplam ve Alt Ölçekleri									
Sosyal Çekilme	9.55±1.91	9.83±1.92	13.33±1.15	10.08±1.99	11.00±2.08	10.00±2.06	10.056	0.074	
Kişiler Arası İşlevsellik	7.27±0.84	7.00±1.00	8.70±0.80	8.28±0.75	7.28±0.75	8.11±0.78	11.157	0.048	
Bağımsızlık-Performans	19.03±8.96	20.80±7.90	22.33±4.50	19.12±7.48	25.28±2.42	18.77±10.10	6.012	0.305	
Bağımsızlık-Yetkinlik	30.48±6.76	32.61±5.33	37.66±1.52	32.58±5.49	36.42±2.76	31.11±6.84	8.258	0.143	
Boş Zamanları Değerlendirme	18.20±5.21	18.52±4.70	22.00±3.46	18.54±5.67	19.14±2.60	20.88±6.56	2.451	0.784	
Sosyal Etkinlikler	22.44±6.38	22.83±6.99	27.33±5.50	23.37±7.76	21.85±5.58	26.88±7.81	3.400	0.639	
İş/Meslek	0.00±0.00	0.66±1.76	4.66±0.577	1.20±2.46	0.57±1.51	0.00±0.00	25.72	<0.001	
SİÖ Toplam	107.00±23.83	112.93±21.88	134.33±13.31	112.62±23.13	121.57±7.41	115.77±29.16	6.416	0.268	
PÇE Toplam ve Alt Ölçekleri									
Aceleci Yaklaşım	29.06±3.91	29.00±4.31	22.66±3.51	27.95±3.02	26.57±1.71	29.44±5.19	9.658	0.086	
Düşünen Yaklaşım	14.34±3.23	15.39±3.43	13.66±0.57	14.62±2.81	14.57±2.07	15.33±2.54	3.167	0.674	
Kaçıngan Yaklaşım	10.75±2.93	10.94±2.75	8.66±3.21	11.00±2.97	9.14±1.21	11.11±3.82	5.024	0.413	
Değerlendirici Yaklaşım	9.51±1.68	9.50±2.50	6.66±2.30	8.75±2.02	8.28±1.97	8.55±1.81	8.446	0.133	
Kendine Güvenli Yaklaşım	17.51±2.86	18.51±3.72	16.66±1.52	18.12±3.08	16.57±1.81	18.11±3.44	3.486	0.625	
Planlı Yaklaşım	12.03±2.66	11.78±2.54	11.33±0.57	11.37±2.33	11.28±1.97	12.22±1.78	1.709	0.888	
PÇE Toplam	93.24±12.10	95.14±13.44	79.66±7.02	91.83±11.18	86.42±6.24	94.77±14.35	8.536	0.129	

*Kruskal wallis

Çizelge 4.6’da hastaların mesleklerine göre SİÖ ve PÇE alt ölçeklerin puan ortalamaları gösterilmiştir. Hastaların mesleklerine göre SİÖ kişiler arası işlevsellik, iş/meslek alt ölçeğinde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). İleri analiz için yapılan Conover testi sonucu memur ve işçi olan hastaların kişiler arası işlevsellik puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. İş/meslek alt ölçeği için yapılan Conover testi sonucu farkı oluşturan grup belirlenememiştir. Hastaların mesleklerine göre PÇE ve alt ölçekleri puanlamasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Çizelge 4.7. Hastaların Çalışma Durumuna Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Çalışma Durumu			
	Çalışan (n=21) $\bar{x}\pm SS$	Çalışmayan (n=129) $\bar{x}\pm SS$	*Z	p
SİÖ Toplam ve Alt Ölçekleri				
Sosyal Çekilme	10.76±2.36	9.82±1.90	-2.300	0.021
Kişiler Arası İşlevsellik	7.95±1.07	7.58±1.05	-1.579	0.114
Bağımsızlık-Performans	22.38±6.69	19.97±8.17	-1.510	0.131
Bağımsızlık-Yetkinlik	34.61±5.34	31.96±5.70	-2.490	0.013
Boş Zamanları Değerlendirme	17.95±4.11	18.82±5.11	-0.758	0.449
Sosyal Etkinlikler	21.85±6.95	23.34±6.97	-0.721	0.471
İş/Meslek	4.19±2.24	0.08±0.68	-10.032	0.001
SİÖ Toplam	119.71±22.70	111.60±22.37	-1.975	0.048
PÇE Toplam ve Alt Ölçekleri				
Aceleci Yaklaşım	28.38±4.04	28.67±4.12	-0.188	0.851
Düşünen Yaklaşım	14.33±2.30	15.10±3.28	-1.329	0.184
Kaçıngan Yaklaşım	10.52±3.14	10.84±2.81	-0.112	0.911
Değerlendirici Yaklaşım	8.76±2.38	9.28±2.23	-0.992	0.321
Kendine Güvenli Yaklaşım	17.52±3.20	18.20±3.385	-0.901	0.368
Planlı Yaklaşım	11.19±2.31	11.85±2.44	-1.053	0.292
PÇE Toplam	90.71±11.30	93.96±12.91	-1.181	0.237

*Mann-Whitney U testi

Çizelge 4.7’de hastaların çalışma durumuna göre SİÖ ve PÇE alt ölçeklerin puan ortalamaları gösterilmiştir. Hastaların çalışma durumuna göre SİÖ toplam, sosyal çekilme, bağımsızlık-yetkinlik, iş/meslek alt ölçeklerinde çalışan hastaların çalışmayanlara göre puan ortalamaları anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların çalışma durumuna göre PÇE ve alt ölçekleri puan ortalamasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Çizelge 4.8. Hastaların Çalışma Sürelerine Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Çalışma Süreleri (n=110)				
	1-3yıl (n=30) $\bar{x}\pm SS$	4-6yıl (n=12) $\bar{x}\pm SS$	6 yıl üzeri (n=68) $\bar{x}\pm SS$	* χ^2	p
SİÖ Toplam ve Alt Ölçekleri					
Sosyal Çekilme	9.90±2.18	10.08±2.42	10.08±2.42	0.280	0.870
Kişiler Arası İşlevsellik	7.56±1.30	7.08±1.08	7.83±0.92	4.819	0.090
Bağımsızlık-Performans	21.36±7.48	91.16±18.32	93.38±13.18	0.333	0.847
Bağımsızlık-Yetkinlik	33.83±4.77	31.08±9.04	32.80±4.99	1.206	0.547
Boş Zamanları Değerlendirme	18.70±4.27	19.83±5.57	18.54±4.92	0.297	0.862
Sosyal Etkinlikler	24.30±7.08	23.75±9.06	22.45±6.84	1.059	0.589
İş/Meslek	0.43±1.69	0.91±2.15	1.10±2.10	3.005	0.223
SİÖ Toplam	116.10±20.38	112.33±32.08	113.38±21.68	0.278	0.870
PÇE Toplam ve Alt Ölçekleri					
Aceleci Yaklaşım	28.46±4.68	27.91±5.08	28.30±3.59	0.265	0.876
Düşünen Yaklaşım	14.96±3.56	15.41±4.16	15.11±2.74	0.611	0.737
Kaçıngan Yaklaşım	10.46±3.43	11.16±2.85	10.85±2.48	0.747	0.688
Değerlendirici Yaklaşım	8.76±2.22	9.33±3.14	9.10±2.22	0.438	0.803
Kendine Güvenli Yaklaşım	18.86±3.65	19.16±3.27	17.73±3.38	3.159	0.206
Planlı Yaklaşım	11.70±2.43	11.16±2.62	11.77±2.38	0.946	0.623
PÇE Toplam	93.23±14.66	94.16±18.75	92.89±10.58	0.369	0.832

*Kruskall wallis

Çizelge 4.8’de hastaların hastalık öncesi çalışma sürelerine göre SİÖ ve PÇE alt ölçeklerinin puan ortalamaları gösterilmiştir. Hastalık öncesi çalışma sürelerine göre SİÖ ölçeğinin iş/meslek alt ölçeğinde fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İş/meslek alt grubunda Conover testi sonucunda; altı yıl ve üzeri çalışan hasta grubu farklı oluşturmuştur ($p<0.05$). Hastalık öncesi çalışma sürelerine göre PÇE alt ölçekleri puanlamasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).

Çizelge 4.9. Hastaların Gelir Durumlarına Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Gelir Durumları				
	300-599 TL (n=102) $\bar{x}\pm SS$	600-999 TL (n=20) $\bar{x}\pm SS$	1000-5000 TL (n=28) $\bar{x}\pm SS$	* χ^2	P
SİÖ Toplam ve Alt Ölçekleri					
Sosyal Çekilme	9.56±1.91	10.40±1.98	11.03±1.87	13.360	0.001
Kişiler Arası İşlevsellik	7.54±1.01	7.85±1.26	7.78±1.06	3.033	0.219
Bağımsızlık-Performans	19.18±8.56	21.55±6.64	23.53±5.64	7.765	0.021
Bağımsızlık-Yetkinlik	31.57±6.16	33.15±4.47	34.53±4.02	5.401	0.067
Boş Zamanları Değerlendirme	18.35±5.33	19.10±4.81	19.71±3.59	2.547	0.280
Sosyal Etkinlikler	22.79±7.28	22.10±7.89	25.10±4.51	3.948	0.139
İş/Meslek	0.20±1.02	0.65±2.05	2.32±2.58	34.382	0.001
SİÖ Toplam	109.23±23.93	114.80±18.20	124.03±15.50	13.637	0.001
PÇE Toplam ve Alt Ölçekleri					
Acelecı Yaklaşım	28.56±4.18	28.15±3.45	28.50±4.31	0.289	0.865
Düşünen Yaklaşım	15.26±3.53	15.15±2.68	13.89±1.47	5.297	0.071
Kaçıngan Yaklaşım	10.98±2.95	10.60±2.72	10.28±2.57	5.704	0.572
Değerlendirici Yaklaşım	9.40±2.21	9.15±2.66	8.57±2.06	2.723	0.256
Kendine Güvenli Yaklaşım	18.55±3.39	17.80±3.79	16.67±2.48	7.539	0.023
Planlı Yaklaşım	11.87±2.62	11.80±2.19	11.32±1.82	1.059	0.589
PÇE Toplam	94.84±13.61	92.65±11.81	89.25±8.68	3.820	0.148

*Kruskall wallis

Çizelge 4.9’da hastaların gelir durumlarına göre SİÖ ve PÇE alt ölçeklerin puan ortalamaları gösterilmiştir. Hastaların gelir durumlarına göre sosyal çekilme, bağımsızlık-performans, iş/meslek, SİÖ toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İleri analiz için yapılan Conover testi sonucunda SİÖ toplam, bağımsızlık-performans, sosyal etkinlikler ve iş/meslek alt ölçeğinde farkın gelir durumu düşük (aylık 300-599TL) olan hasta grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Sosyal çekilme alt ölçeği için yapılan Conover testi sonucu farkı oluşturan grup belirlenmemiştir. Hastaların gelir durumlarına göre PÇE, kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği puanlamasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Conover testi sonucu gelir durumu düşük (aylık 300-599TL) hasta grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Çizelge 4.10. Hastaların Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Birlikte Yaşadığı Kişiler			
	Aile ve Akraba (n=139) $\bar{x}\pm SS$	Yalnız (n=11) $\bar{x}\pm SS$	*Z	p
SİÖ Toplam ve Alt Ölçekleri				
Sosyal Çekilme	10.05±1.93	8.63±2.33	1.799	0.072
Kişiler Arası İşlevsellik	8.59±1.06	8.09±0.83	1.400	0.150
Bağımsızlık-Performans	22.24±7.78	21.18±10.80	0.458	0.647
Bağımsızlık-Yetkinlik	34.17±5.78	32.45±4.34	1.287	0.198
Boş Zamanları Değerlendirme	18.66±5.00	19.18±4.93	-0.741	0.459
Sosyal etkinlikler	25.05±6.96	22.18±7.31	0.520	0.603
İş/Meslek	0.71±1.82	0.00±0.00	-1.305	0.192
SİÖ Toplam	115.50±22.74	112.72±20.13	0.032	0.974
PÇE Toplam ve Alt Ölçekleri				
Aceleci Yaklaşım	28.54±4.07	29.72±4.47	-0.999	0.318
Düşünen Yaklaşım	14.80±3.14	17.36±2.65	-3.082	0.002
Kaçıngan Yaklaşım	10.76±2.87	11.18±2.63	-0.615	0.539
Değerlendirici Yaklaşım	9.22±2.24	9.09±2.54	-0.339	0.734
Kendine Güvenli Yaklaşım	18.00±3.34	19.36±3.38	-1.391	0.164
Planlı Yaklaşım	11.71±2.41	12.36±2.69	-1.146	0.252
PÇE Toplam	93.06±12.71	99.09±11.91	-1.692	0.091

*Mann-Whitney U testi

Çizelge 4.10'da hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre SİÖ ve PÇE alt ölçekleri puan ortalamaları gösterilmiştir. Hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre SİÖ alt ölçekleri puanlamasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre aile ve akraba ile yaşayanların yalnız yaşayanlara göre PÇE, düşünen yaklaşım puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çizelge 4.11. Hastaların Anne Öğrenim Durumlarına Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Anne Öğrenim Durumları				
	Yok (n=103) $\bar{x}\pm SS$	İlkokul (n=36) $\bar{x}\pm SS$	Ortaokul+ (n=11) $\bar{x}\pm SS$	* χ^2	p
SİÖ Toplam ve Alt Ölçekleri					
Sosyal Çekilme	9.80±1.95	10.18±1.99	10.30±2.30	2.341	0.310
Kişiler Arası İşlevsellik	7.69±1.03	7.52±1.13	7.36±1.02	1.712	0.425
Bağımsızlık-Performans	19.97±8.06	20.69±8.34	22.22±6.45	1.104	0.576
Bağımsızlık-Yetkinlik	32.19±5.18	32.13±7.08	34.36±5.66	3.750	0.153
Boş Zamanları Değerlendirme	18.52±5.23	18.66±4.04	20.54±5.42	2.008	0.366
Sosyal etkinlikler	22.84±7.24	23.33±6.21	25.18±6.89	1.607	0.448
İş/Meslek	0.44±1.45	0.83±1.93	2.09±3.01	7.773	0.051
SİÖ Toplam	111.48±22.68	113.50±21.68	122.00±23.45	3.235	0.198
PÇE Toplam ve Alt Ölçekleri					
Acelecı Yaklaşım	28.98±4.06	27.58±4.31	28.81±3.37	3.846	0.146
Düşünen Yaklaşım	15.42±3.30	14.19±2.74	13.54±2.33	7.108	0.029
Kaçıngan Yaklaşım	11.07±2.88	9.86±2.89	11.27±1.67	8.007	0.018
Değerlendirici Yaklaşım	9.12±2.48	9.52±1.81	9.00±0.89	1.272	0.529
Kendine Güvenli Yaklaşım	18.46±3.45	17.25±3.23	17.54±2.33	4.502	0.105
Planlı Yaklaşım	12.01±2.65	11.19±1.93	11.18±0.98	4.145	0.126
PÇE Toplam	95.09±13.19	89.61±11.92	91.36±7.31	9.295	0.010

*Kruskall wallis

Çizelge 4.11’de hastaların anne öğrenim durumlarına göre SİÖ ve PÇE alt ölçeklerinin puan ortalamaları gösterilmiştir. Anne öğrenim durumlarına göre SİÖ alt ölçekleri puan ortalamasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Anne öğrenim durumlarına göre PÇE toplam, düşünen yaklaşım ve kaçıngan yaklaşım alt ölçekleri puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İleri analiz için yapılan Conover testi sonucunda; PÇE toplam, düşünen ve kaçıngan yaklaşım alt ölçekleri öğrenimi olmayan hasta annelerinin grubunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çizelge 4.12. Hastaların Baba Öğrenim Durumlarına Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Baba Öğrenim Durumları				
	Yok (n=40) $\bar{x}\pm SS$	İlkokul (n=76) $\bar{x}\pm SS$	Ortaokul ve üzeri (n=34) $\bar{x}\pm SS$	*F	p
SiÖ Toplam ve Alt Ölçekleri					
Sosyal Çekilme	9.70±1.71	9.77±2.05	10.15±2.09	0.822	0.441
Kişiler Arası İşlevsellik	7.57±1.15	7.77±1.01	7.84±1.01	1.728	0.181
Bağımsızlık-Performans	19.17±8.67	20.98±8.20	21.14±8.69	0.678	0.509
Bağımsızlık-Yetkinlik	30.60±5.12	32.75±5.91	33.47±5.62	2.780	0.065
Boş Zamanları Değerlendirme	18.05±5.26	18.50±4.56	19.14±5.03	0.667	0.515
Sosyal Etkinlikler	22.57±7.43	23.19±6.90	23.64±6.71	0.222	0.802
İş/Meslek	0.62±1.67	0.46±1.46	1.14±2.36	1.801	0.169
SiÖ Toplam	108.37±22.29	114.47±23.27	114.00±20.98	1.030	0.360
PÇE Toplam ve Alt Ölçekleri					
Aceleci Yaklaşım	28.90±3.71	28.73±4.34	28.08±4.01	0.406	0.667
Düşünen Yaklaşım	15.87±3.87	15.06±2.74	13.79±2.84	4.165	0.017
Kaçıngan Yaklaşım	11.47±2.89	10.51±3.048	10.64±2.22	1.563	0.213
Değerlendirici Yaklaşım	9.52±2.53	8.89±2.34	9.55±1.56	1.548	0.216
Kendine Güvenli Yaklaşım	18.72±4.08	18.01±3.09	17.58±2.94	1.114	0.331
Planlı Yaklaşım	12.27±2.68	11.64±2.57	11.41±1.61	1.337	0.266
PÇE Toplam	96.77±14.46	92.86±12.36	91.08±10.76	2.059	0.131

*One-way ANOVA

Çizelge 4.12’de hastaların baba öğrenim durumlarına göre SiÖ ve PÇE alt ölçeklerinin puan ortalamaları gösterilmiştir. Baba öğrenim durumlarına göre SiÖ puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Hasta babalarının öğrenim durumlarına göre PÇE, düşünen yaklaşım alt ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İleri analiz için yapılan LSD testi sonucunda; öğrenimi olmayan hasta babaların grubunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çizelge 4.13.Hastaların Hastalıklarının Başlama Süresine Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Hastalığın Başlama Süresi				* χ^2	p
	0-3yıl (n=20) $\bar{x}\pm SS$	4-7yıl (n=32) $\bar{x}\pm SS$	8-11yıl (n=37) $\bar{x}\pm SS$	12 yıl ve üzeri (n=61) $\bar{x}\pm SS$		
SİÖ Toplam ve Alt Ölçekleri						
Sosyal Çekilme	10.10±1.99	9.87±2.09	9.59±2.04	10.16±1.91	1.432	0.698
Kişiler Arası İşlevsellik	8.00±0.85	7.84±0.84	7.59±1.18	7.42±1.10	5.488	0.139
Bağımsızlık-Performans	21.85±9.69	20.96±7.22	21.08±6.02	19.00±8.80	2.708	0.439
Bağımsızlık-Yetkinlik	33.75±5.72	33.15±5.57	33.37±4.67	30.81±6.12	8.287	0.040
Boş Zamanları Değerlendirme	18.90±3.82	19.40±4.69	18.83±5.08	18.19±5.44	0.683	0.877
Sosyal Etkinlikler	23.50±6.33	24.40±7.52	22.81±6.27	22.54±7.33	1.657	0.646
İş/Meslek	1.45±2.64	0.37±1.49	0.78±1.81	0.47±1.45	5.076	0.166
SİÖ Toplam	117.55±23.02	116.03 ±22.72	114.08±18.70	118.62±24.14	3.543	0.315
PÇE Toplam ve Alt Ölçekleri						
Aceleci Yaklaşım	27.40±3.97	28.65±3.28	29.75±4.03	28.34±4.46	4.044	0.257
Düşünen Yaklaşım	14.95±3.45	14.87±2.26	14.10±2.80	15.60±3.59	6.015	0.111
Kaçıngan Yaklaşım	10.40±2.58	10.37±3.01	10.35±2.86	11.42±2.79	5.089	0.165
Değerlendirici Yaklaşım	8.50±2.35	9.06±1.96	9.00±1.61	9.65±2.63	5.168	0.160
Kendine Güvenli Yaklaşım	17.60± 2.68	17.50±2.57	17.54±3.37	18.93±3.78	5.467	0.141
Planlı Yaklaşım	11.45±2.72	11.28±2.26	11.64±2.53	12.18±2.348	5.545	0.136
PÇE Toplam	90.30±13.68	91.75±9.86	92.40±11.07	96.14±14.34	4.071	0.254

*Kruskall wallis

Çizelge 4.13’de hastalığın başlama süresine göre SİÖ ve PÇE alt ölçeklerinin puan ortalamaları gösterilmiştir. Hastalığın başlama süresine göre SİÖ, bağımsızlık-yetkinlik alt ölçeğinde puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İleri analiz için yapılan Conover testi sonucunda; farkı oluşturan grup belirlenememiştir ($p>0.05$). Hastalığın başlama süresine göre PÇE ve alt ölçeklerinin puan ortalamasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).



Çizelge 4.14. Hastaların Tedavi Alma Yıllarına Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Tedavi Alma Yılı					* χ^2	p
	0-3 yıl (n=22) $\bar{x}\pm SS$	4-7 yıl (n=36) $\bar{x}\pm SS$	8-11 yıl (n=41) $\bar{x}\pm SS$	12 yıl üzeri (n=51) $\bar{x}\pm SS$			
SİÖ Toplam ve Alt Ölçekleri							
Sosyal Çekilme	9.86±2.37	10.11±1.75	9.75±1.97	10.03±2.02	0.666	0.881	
Kişiler Arası İşlevsellik	8.00±0.87	7.80±0.95	7.58±1.13	7.39±1.09	6.195	0.102	
Bağımsızlık-Performans	22.22±9.34	20.05±7.41	19.85±6.86	20.03±8.73	1.168	0.761	
Bağımsızlık-Yetkinlik	34.18±6.12	32.13±6.50	32.53±4.84	31.52±5.55	6.951	0.073	
Boş Zamanları Değerlendirme	18.77±4.45	18.97±4.45	18.51± 5.16	18.64±5.51	0.044	0.998	
Sosyal etkinlikler	22.95± 7.87	24.33± 6.55	22.65±6.75	22.74±7.12	1.652	0.648	
İş/Meslek	1.50±2.59	0.47±1.61	0.70±1.73	0.39±1.35	6.125	0.106	
SİÖ Toplam	117.50±26.73	113.88±20.83	111.60±20.57	110.78±23.51	1.863	0.601	
PÇE Toplam ve Alt Ölçekleri							
Aceleci Yaklaşım	27.18±4.27	28.86±3.78	29.26±4.24	28.58±4.075	2.389	0.496	
Düşünen Yaklaşım	14.86±3.02	15.19±2.81	14.19±2.94	15.54±3.57	4.509	0.212	
Kaçıngan Yaklaşım	10.36±2.49	10.80±3.19	10.60±2.81	11.13±2.81	1.392	0.707	
Değerlendirici Yaklaşım	8.31±2.31	9.52±2.09	8.80±1.77	9.70±2.55	7.858	0.049	
Kendine Güvenli Yaklaşım	17.95±2.69	18.00±3.34	17.75±3.43	18.52±3.60	1.546	0.672	
Planlı Yaklaşım	11.18±2.78	11.69±2.25	11.80±2.59	12.01±2.28	2.316	0.509	
PÇE Toplam	89.86±13.17	94.08±12.82	92.43±11.23	95.52±13.49	2.724	0.436	

*Kruskal wallis

Çizelge 4.14'te hastaların tedavi alma yıllarına göre SİÖ ve PÇE alt ölçeklerinin puan ortalamaları gösterilmiştir. Hastaların tedavi alma yıllarına göre SİÖ ve alt ölçekleri puanlamasında anlamlı fark bulunmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Hastaların tedavi alma yıllarına göre PÇE, değerlendirici yaklaşım alt ölçeğinde puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İleri analiz için yapılan Conover testi sonucunda; 12 yıldan uzun süre tedavi gören hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).



Çizelge 4.15. Hastaların İlaç Kullanma Sürelerine Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	İlaç Kullanma Süreleri					* χ^2	p
	0-3 yıl (n=23) $\bar{x}\pm SS$	4-7 yıl (n=39) $\bar{x}\pm SS$	8-11 yıl (n=29) $\bar{x}\pm SS$	12 yıl ve üzeri (n=59) $\bar{x}\pm SS$			
SiÖ Toplam ve Alt Ölçekleri							
Sosyal Çekilme	9.82±1.72	9.76±2.20	9.75±1.99	10.22±1.95	1.568	0.667	
Kişiler Arası İşlevsellik	7.86±1.09	7.74±0.93	7.58±0.94	7.49±1.16	3.144	0.370	
Bağımsızlık-Performans	21.13±9.03	21.05±6.60	20.51±7.33	19.40±8.81	0.944	0.815	
Bağımsızlık-Yetkinlik	33.78±5.55	33.41±5.09	33.27±5.15	30.61±6.10	10.358	0.016	
Boş Zamanları Değerlendirme	19.17±4.19	18.89±3.84	18.27±6.10	18.61±5.41	0.598	0.897	
Sosyal etkinlikler	23.04±7.31	23.71±6.00	23.37±8.08	22.66±6.98	1.026	0.795	
İş/Meslek	1.21±2.44	0.56±1.71	0.65±1.67	0.50±1.52	2.363	0.501	
SiÖ Toplam	116.04±22.86	115.15±19.02	113.44±23.85	109.50±23.95	2.359	0.501	
PÇE Toplam ve Alt Ölçekleri							
Aceleci Yaklaşım	27.39±4.42	28.79±3.29	29.10±3.68	28.77±4.61	1.359	0.715	
Düşünen Yaklaşım	15.21±3.41	14.61±2.64	14.48± 2.68	15.40±3.60	2.744	0.433	
Kaçıngan Yaklaşım	10.39±2.40	10.05±3.01	11.30±2.78	11.10±2.78	5.238	0.155	
Değerlendirici Yaklaşım	8.65±2.46	9.15±1.85	8.62±1.80	9.76±2.52	6.365	0.095	
Kendine Güvenli Yaklaşım	18.08±2.99	17.35±2.64	17.72±3.32	18.79±3.83	3.936	0.268	
Planlı Yaklaşım	11.34±2.60	11.41±2.08	11.75±2.88	12.15±2.33	4.343	0.227	
PÇE Toplam	91.08±13.59	91.38±10.11	92.79±10.44	96.20±14.58	3.891	0.274	

*Kruskall wallis

Çizelge 4.15’de hastaların ilaç kullanma sürelerine göre SİÖ ve PÇE alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları gösterilmiştir. Hastaların ilaç kullanma süresine göre SİÖ, bağımsızlık/yetkinlik alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). İleri analiz için yapılan Conover testi sonucunda; farkı oluşturan hasta grubu belirlenememiştir ($p>0.05$). PÇE ve alt ölçekleri puan ortalamasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).

Çizelge 4.16. Hastaların Bireysel Terapi Alma Durumlarına Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Bireysel Terapi Alma Durumu			
	Alan n=93 $\bar{x}\pm SS$	Almayan n=57 $\bar{x}\pm SS$	*t	p
SİÖ Toplam ve Alt Ölçekleri				
Sosyal Çekilme	9.98±1.96	9.89±2.05	0.281	0.779
Kişiler Arası İşlevsellik	7.69±1.15	7.52±0.86	1.038	0.301
Bağımsızlık-Performans	20.35±8.28	20.24±7.60	0.081	0.936
Bağımsızlık-Yetkinlik	32.44±6.01	32.17±5.22	0.275	0.784
Boş Zamanları Değerlendirme	19.05±5.01	18.49±4.96	0.614	0.508
Sosyal etkinlikler	23.91±6.98	21.61±6.91	1.169	0.244
İş/Meslek	0.90±1.57	0.51±2.03	1.211	0.200
SİÖ Toplam	114.09±23.15	113.78±21.61	0.436	0.657
PÇE Toplam ve Alt Ölçekleri				
Aceleci Yaklaşım	29.45±3.91	29.92±4.40	-0.652	0.490
Düşünen Yaklaşım	15.08±3.55	14.84±2.44	0.456	0.649
Kaçıngan Yaklaşım	11.08±2.83	10.02±2.88	0.906	0.335
Değerlendirici Yaklaşım	8.50±2.10	8.93±2.19	2.046	0.043
Kendine Güvenli Yaklaşım	18.09±3.60	18.12±2.94	0.046	0.963
Planlı Yaklaşım	11.73±2.32	11.80±2.61	0.185	0.854
PÇE Toplam	93.49±13.84	93.52±10.76	0.015	0.988

*Student t testi

Çizelge 4.16’da hastaların bireysel terapi alma durumlarına göre SİÖ ve PÇE alt ölçeklerin puan ortalamaları gösterilmiştir. Bireysel terapi alma durumlarına göre SİÖ ve alt ölçeklerinde anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Hastaların bireysel terapi alma durumuna göre PÇE, değerlendirici yaklaşım alt ölçeği puanında bireysel terapi alan hastaların almayanlara göre puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çizelge 4.17. Hastaların Bireysel Terapi Alma Sayılarına Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Bireysel Terapi Alma Sayıları (n=93)			
	1-3 uyg. (n=57) $\bar{x}\pm SS$	4 uyg. ve üzeri (n=36) $\bar{x}\pm SS$	*t	p
SIÖ Toplam ve Alt Ölçekleri				
Sosyal Çekilme	10.79±1.86	10.67±1.88	2.230	0.002
Kişiler Arası İşlevsellik	7.57±1.05	7.88±1.30	-1.260	0.211
Bağımsızlık-Performans	19.50±7.80	21.69±8.93	-1.243	0.217
Bağımsızlık-Yetkinlik	32.77±5.23	32.91±7.13	0.665	0.507
Boş Zamanları Değerlendirme	18.44±4.46	18.54±5.84	0.076	0.939
Sosyal etkinlikler	22.47±6.40	22.83±7.91	-0.241	0.810
İş/Meslek	0.47±1.55	0.55±1.61	-0.243	0.808
SIÖ Toplam	110.82±20.59	114.11±26.89	-0.665	0.508
PÇE Toplam ve Alt Ölçekleri				
Aceleci Yaklaşım	28.42±4.72	28.50±3.34	0.148	0.882
Düşünen Yaklaşım	15.83±4.02	14.61±3.16	-1.626	0.107
Kaçıngan Yaklaşım	11.19±3.37	11.26±2.40	-1.440	0.155
Değerlendirici Yaklaşım	9.63±2.72	9.42±1.99	-0.414	0.680
Kendine Güvenli Yaklaşım	19.38±4.50	17.28±2.63	-2.547	0.014
Planlı Yaklaşım	11.97±2.59	11.57±2.15	-0.792	0.430
PÇE Toplam	96.55±17.37	91.56±10.78	-1.547	0.128

*Student t testi

Çizelge 4.17’de hastaların bireysel terapi alma sayılarına göre SIÖ ve PÇE alt ölçeklerinin puan ortalamaları gösterilmiştir. Bireysel terapi alma sayılarına göre SIÖ, sosyal çekilme alt ölçeğinde 4 uygulamanın üzerinde bireysel terapi alan hastaların 1-3 uygulama alanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların bireysel terapi alma sayılarına göre PÇE, kendine güvenli yaklaşım puanında 4 uygulamanın üzerinde bireysel terapi alanların 1-3 uygulama alanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çizelge 4.18. Hastaların Grup Terapisi Alma Durumuna Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ile Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Grup Terapisi Alma Durumu			
	Alan (n=107) $\bar{x}\pm SS$	Almayan (n=43) $\bar{x}\pm SS$	*t	p
SİÖ Toplam ve Alt Ölçekleri				
Sosyal Çekilme	10.14±1.93	9.48±2.07	1.827	0.070
Kişiler Arası İşlevsellik	7.64±1.10	7.60±0.92	0.210	0.834
Bağımsızlık-Performans	20.96±8.42	18.69±6.66	1.575	0.117
Bağımsızlık-Yetkinlik	32.30±5.81	32.41±5.51	-0.106	0.915
Boş Zamanları Değerlendirme	18.76±5.22	18.55±4.37	0.231	0.818
Sosyal etkinlikler	23.32±7.49	22.65±5.48	0.611	0.543
İş/Meslek	0.53±1.59	0.97±2.12	-1.239	0.220
SİÖ Toplam	113.68±24.09	110.39±18.05	0.807	0.421
PÇE Toplam ve Alt Ölçekleri				
Aceleci Yaklaşım	28.40±4.15	29.20±3.93	-1.092	0.277
Düşünen Yaklaşım	15.28±3.35	14.27±2.54	1.761	0.080
Kaçıngan Yaklaşım	10.94±2.93	10.84±2.63	0.974	0.332
Değerlendirici Yaklaşım	9.36±2.46	8.83±1.58	1.552	0.123
Kendine Güvenli Yaklaşım	17.52±3.55	18.06±2.56	2.791	0.006
Planlı Yaklaşım	11.91±2.41	11.37±2.44	1.241	0.217
PÇE Toplam	92.42±13.46	93.20±10.45	1.407	0.162

*Student t testi

Çizelge 4.18’de hastaların grup terapisi alma durumlarına göre SİÖ ve PÇE alt ölçeklerinin puan ortalamaları gösterilmiştir. Grup terapisi alma durumlarına göre SİÖ puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Hastaların grup terapisi alma durumuna göre PÇE, kendine güvenli yaklaşım puan ortalamasında grup terapisi alan hastaların almayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çizelge 4.19. Hastaların Grup Terapisi Alma Sayılarına Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Grup Terapisi Alma Sayıları (n=107)				* χ^2	p
	1-3 uyg. (n=48) $\bar{x}\pm SS$	4 -6 uyg. (n=21) $\bar{x}\pm SS$	7-9 uyg. (n=25) $\bar{x}\pm SS$	10 uyg.ve üzeri (n=13) $\bar{x}\pm SS$		
SiÖ Toplam ve Alt Ölçekleri						
Sosyal Çekilme	9.54±1.94	10.28±1.64	10.64±1.82	11.15±1.99	10.904	0.012
Kişiler Arası İşlevsellik	9.14±1.93	7.66±.93	7.90±.88	8.38±1.04	1.950	0.583
Bağımsızlık-Performans	20.18±7.62	22.23±8.98	21.84±9.55	21.07±8.64	1.816	0.612
Bağımsızlık-Yetkinlik	33.25±5.22	33.09±5.42	29.92±7.30	32.15±4.46	4.544	0.208
Boş Zamanları Değerlendirme	18.68±4.54	17.95±4.95	18.64±6.49	20.61±5.51	2.452	0.484
Sosyal etkinlikler	22.54±7.18	22.42±7.72	24.84±8.50	24.76±6.28	2.432	0.488
İş/Meslek	0.35±1.40	0.28±1.30	0.96±1.96	0.76±1.87	3.980	0.264
SiÖ Toplam	112.22±21.18	114.19±26.24	114.36±29.11	116.92±22.53	0.857	0.836
PÇE Toplam ve Alt Ölçekleri						
Aceleci Yaklaşım	27.81±3.24	27.61±3.51	28.44±4.94	27.02±5.54	4.499	0.212
Düşünen Yaklaşım	16.66±2.71	15.28±3.22	16.88±4.21	14.46±3.20	5.760	0.124
Kaçıngan Yaklaşım	10.33±2.34	10.25±2.28	11.00±3.29	9.00±3.46	14.490	0.002
Değerlendirici Yaklaşım	9.18±1.85	9.14±3.02	10.20±2.58	8.76±3.11	3.515	0.319
Kendine Güvenli Yaklaşım	18.79±2.58	18.38±2.72	19.52±4.88	17.61±3.73	7.212	0.065
Planlı Yaklaşım	12.79±2.17	12.32±2.58	12.11±2.55	12.04±2.30	9.445	0.024
PÇE Toplam	103.38±9.02	101.80±11.83	102.80±17.24	100.01±14.58	11.732	0.008

*Kruskall wallis

Çizelge 4.19’da hastaların grup terapisi alma sayılarına göre SİÖ ve PÇE alt ölçeklerinin puan ortalamaları görülmektedir. Hastaların grup terapisi alma sayılarına göre SİÖ, sosyal çekilme alt ölçeğinde anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). İleri analiz için yapılan Conover testi sonucunda; sosyal çekilme alt ölçeğinde anlamlılığı oluşturan hasta grubu belirlenememiştir. Hastaların grup terapisi alma sayılarına göre PÇE toplam, kaçınan yaklaşım ve kendine güvenli yaklaşım alt ölçeklerinde anlamlı bulunmuştur. PÇE toplam, kaçınan yaklaşım alt ölçeği için yapılan Conover testi sonucunda anlamlılığı oluşturan hasta grubu belirlenememiştir. PÇE, planlı yaklaşım alt ölçeğinde puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İleri analiz için yapılan Conover testi sonucunda; 10 uygulamanın ve üzerinde grup terapisi alan hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$)

Çizelge 4.20. Hastaların Ailelerinin Aile Toplantısına Katılma Durumuna Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Aile Toplantısına Katılma Durumu			
	Katılan (n=33) $\bar{x}\pm SS$	Katılmayan (n=117) $\bar{x}\pm SS$	*Z	p
SİÖ Toplam ve Alt Ölçekleri				
Sosyal Çekilme	10.30±2.06	9.85±1.96	-1.012	0.311
Kişiler Arası İşlevsellik	7.78±1.26	7.58±.99	-1.614	0.107
Bağımsızlık-Performans	19.45±9.77	20.55±7.46	-0.443	0.658
Bağımsızlık-Yetkinlik	31.09±7.22	32.69±5.19	-0.626	0.532
Boş Zamanları Değerlendirme	19.60±6.09	18.45±4.62	-0.830	0.406
Sosyal etkinlikler	23.54±8.22	23.01±6.60	-0.166	0.868
İş/Meslek	0.842±.10	0.60±1.66	-0.535	0.593
SİÖ Toplam	112.63±28.94	112.76±20.50	-0.243	0.808
PÇE Toplam ve Alt Ölçekleri				
Aceleci Yaklaşım	29.12±5.25	28.49±3.72	-0.157	0.875
Düşünen Yaklaşım	15.21±4.23	14.93±2.82	-0.479	0.632
Kaçıngan Yaklaşım	10.51±3.03	10.59±2.78	-1.729	0.084
Değerlendirici Yaklaşım	9.39±2.39	9.16±2.22	-0.526	0.599
Kendine Güvenli Yaklaşım	15.60±4.54	17.68±2.82	-2.257	0.024
Planlı Yaklaşım	11.06±2.33	12.67±2.46	-1.413	0.158
PÇE Toplam	94.09±17.86	93.54±10.74	-1.332	0.183

*Mann-Whitney U testi

Çizelge 4.20’de hastaların ailelerinin aile toplantısına katılma durumuna göre SİÖ ve PÇE alt ölçeklerinin puan ortalamaları gösterilmiştir. Hastaların ailelerinin aile toplantısına katılma durumuna göre SİÖ ve alt ölçeklerinin puanlamasında anlamlı fark bulunmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Hastaların ailelerinin aile toplantısına katılma durumuna göre PÇE, kendine güvenli yaklaşım alt ölçeğinde aile toplantısına katılanların katılmayanlara göre puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Çizelge 4.21. Hastaların Ailelerinin Aile Toplantısına Katılma Sayılarına Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Aile Toplantısına Katılma Sayıları (n=33)				
	Hafta da bir uygulama (n=9) $\bar{x}\pm SS$	Ayda bir uygulama (n=8) $\bar{x}\pm SS$	İki ayda bir uygulama (n=6) $\bar{x}\pm SS$	* χ^2	p
SİÖ Toplam ve Alt Ölçekleri					
Sosyal Çekilme	10.11±1.76	10.66±2.30	9.50±1.76	1.839	0.399
Kişiler Arası İşlevsellik	8.00±.500	7.55±1.61	8.16±.75	0.329	0.848
Bağımsızlık-Performans	16.66±9.08	21.05±10.12	18.83±10.34	1.541	0.463
Bağımsızlık-Yetkinlik	32.11±6.90	29.66±7.74	33.83±5.98	2.084	0.353
Boş Zamanları Değerlendirme	22.11±6.41	19.22±6.06	17.00±5.17	2.845	0.241
Sosyal Etkinlikler	27.00±7.24	23.33±7.91	19.00±9.46	3.367	0.046
İş/Meslek	3.00±2.66	2.00±2.57	1.27±2.52	7.185	0.028
SİÖ Toplam	116.55±28.07	111.77±29.66	109.33±32.64	0.277	0.871
PÇE Toplam ve Alt Ölçekleri					
Aceleci Yaklaşım	29.22±4.05	29.51±4.93	27.50±4.20	0.932	0.627
Düşünen Yaklaşım	13.38±3.65	13.55±3.35	13.96±3.76	3.290	0.193
Kaçıngan Yaklaşım	11.00±2.69	11.44±3.41	12.00±2.59	0.674	0.714
Değerlendirici Yaklaşım	9.11±1.26	9.88±2.51	8.33±3.20	2.553	0.279
Kendine Güvenli Yaklaşım	18.55±3.50	20.94±4.98	17.16±3.48	3.675	0.159
Planlı Yaklaşım	11.22±1.56	12.61±2.45	11.66±2.80	4.405	0.111
PÇE Toplam	95.00±12.58	96.55±14.32	96.83±1.68	1.368	0.505

*Kruskall wallis

Çizelge 4.21’de aile toplantısına katılma sayılarına göre SİÖ ve PÇE alt ölçeklerinin puan ortalamaları gösterilmiştir. Aile toplantısına katılma sayılarına göre SİÖ, sosyal etkinlikler ve iş/meslek alt grubunda anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). İleri analiz için yapılan Conover testi sonucunda; farkı oluşturan hasta grubunun ailelerinin haftada bir kez aile toplantısına katıldıkları belirlenmiştir ($p<0.05$). Hastaların ailelerinin aile toplantısına katılma sayılarına göre PÇE ve alt ölçekleri puan ortalamasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).



Çizelge 4.22.Hastaların Hastaneye Yatış Sayılarına Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Hastaneye Yatış Sayısı				* χ^2	p
	1-4 yatış (n=101) $\bar{x}\pm SS$	5-8 yatış (n=30) $\bar{x}\pm SS$	9 ve üzeri yatış (n=19) $\bar{x}\pm SS$			
SiÖ Toplam ve Alt Ölçekleri						
Sosyal Çekilme	9.98±2.01	9.66±1.84	10.26±2.10	1.221	0.543	
Kişiler Arası İşlevsellik	7.66±1.03	7.53±1.07	7.63±1.21	0.398	0.819	
Bağımsızlık-Performans	20.54±7.93	18.60±8.05	21.78±8.28	2.057	0.358	
Bağımsızlık-Yetkinlik	32.80±5.34	31.56±6.43	31.10±6.41	1.649	0.438	
Boş Zamanları Değerlendirme	18.92±4.87	18.16±4.41	18.42±6.43	1.263	0.532	
Sosyal etkinlikler	23.43±6.69	22.16±6.90	23.05±8.63	1.406	0.495	
İş/Meslek	0.88±2.00	0.00±0.00	0.52±1.57	5.967	0.051	
SiÖ Toplam	114.22±1.74	107.70±22.42	112.78±26.58	2.332	0.312	
PÇE Toplam ve Alt Ölçekleri						
Aceleci Yaklaşım	28.01±3.70	29.03±4.03	31.26±5.16	5.479	0.065	
Düşünen Yaklaşım	15.56±2.69	15.96±4.01	15.73±3.70	3.457	0.178	
Kaçıngan Yaklaşım	10.22±2.65	11.50±2.94	12.73±2.78	14.103	0.001	
Değerlendirici Yaklaşım	8.99±1.89	9.33±2.97	10.21±2.55	4.459	0.108	
Kendine Güvenli Yaklaşım	17.52±3.02	19.15±3.35	19.40±3.90	6.486	0.024	
Planlı Yaklaşım	11.61±2.26	11.96±2.63	12.21±2.97	1.700	0.428	
PÇE Toplam	90.94±10.56	97.20±15.13	101.31±15.02	10.992	0.004	

* Kruskal wallis

Çizelge 4.22’de hastaların hastaneye yatış sayılarına göre SİÖ ve PÇE alt ölçeklerinin puan ortalamaları görölmektedir. Hastaların hastaneye yatış sayılarına göre SİÖ alt ölçekleri puanlamasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Hastaların hastaneye yatış sayılarına göre PÇE toplam, kaçınan yaklaşım ve kendine güvenli yaklaşım alt ölçğinde puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İleri analiz için yapılan Conover testi sonucunda; hastaneye yatış sayısı az olan (1-4 yatış) hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).



Çizelge 4.23. Hastaların Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Kayıt Olma Sürelerine Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Kayıt Olma Süreleri						* χ^2	p
	0-5 ay (n=35) $\bar{x}\pm SS$	6-11ay (n=19) $\bar{x}\pm SS$	12-17 ay (n=43) $\bar{x}\pm SS$	17-23 ay (n=23) $\bar{x}\pm SS$	24 ay ve üzeri (n=30) $\bar{x}\pm SS$			
SiÖ Toplam ve Alt Ölçekleri								
Sosyal Çekilme	9.05±1.66	10.05±2.34	10.30±1.81	10.83±2.18	10.97±2.51	13.519	0.009	
Kişiler Arası İşlevsellik	7.71±.95	7.47±.90	7.46±1.16	7.73±1.13	7.80±1.06	2.928	0.570	
Bağımsızlık-Performans	19.40±8.33	19.15±7.95	20.18±7.20	21.65±8.62	21.26±8.52	1.654	0.799	
Bağımsızlık-Yetkinlik	32.51±5.23	32.73±5.90	31.58±5.58	32.34±6.87	32.96±5.62	2.338	0.674	
Boş Zamanları Değerlendirme	17.48±4.55	16.73±5.38	18.95±4.60	19.69±4.78	20.26±5.44	7.061	0.133	
Sosyal etkinlikler	20.48±6.39	21.78±7.43	23.37±6.26	24.43±6.63	25.73±7.68	8.902	0.054	
İş/Meslek	0.371±0.57	1.78±0.41	1.23±0.16	1.00±2.25	2.63±2.65	13.781	0.008	
SiÖ Toplam	107.02±20.16	109.73±27.19	111.72±18.16	117.17±23.76	119.36±25.62	6.188	0.186	
PÇE Toplam ve Alt Ölçekleri								
Aceleci Yaklaşım	28.08±4.05	27.05±2.77	28.32±4.13	28.86±4.58	29.36±4.34	4.107	0.392	
Düşünen Yaklaşım	15.08±3.39	14.36±2.24	14.46±2.79	14.73±3.17	15.06±3.72	5.739	0.220	
Kaçıngan Yaklaşım	11.02±2.36	10.26±1.93	10.30±2.97	10.82±2.87	11.56±3.55	3.897	0.420	
Değerlendirici Yaklaşım	9.37±2.30	8.84±1.92	9.20±2.00	9.30±2.61	9.20±2.55	1.426	0.840	
Kendine Güvenli Yaklaşım	18.68±3.18	17.42±3.13	18.00±2.54	18.04±3.95	18.06±4.23	3.383	0.496	
Planlı Yaklaşım	12.34±2.93	11.73±1.88	11.48±2.05	11.39±2.65	11.76±2.45	1.537	0.820	
PÇE Toplam	96.60±12.64	94.68±6.94	93.79±10.54	92.17±15.89	92.03±15.27	4.118	0.390	

*Kruskall wallis

Çizelge 4.23’de hastaların TRSM’ye kayıt olma sürelerine göre SİÖ ve PÇE alt ölçeklerinin puan ortalamaları görülmektedir. Hastaların kayıt olma sürelerine göre SİÖ, sosyal çekilme ve iş/meslek alt ölçeklerinde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). İleri analiz için yapılan Conover testi sonucunda; iş/meslek alt ölçeğinde farkı oluşturan hasta grubu belirlenememiştir ($p>0.05$). Conover testi sonucunda; sosyal çekilme alt ölçeğinde farkı oluşturan hasta grubunun 24 ay üzeri kayıt süresi bulunmaktadır ($p<0.05$). Hastaların TRSM’ye kayıt olma durumuna göre PÇE ve alt ölçekleri puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).



Çizelge 4.24. Hastaların Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Gelme Sıklığına Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Gelme Sıklığı						* χ^2	p
	Her gün (n=24) $\bar{x}\pm SS$	Haftada üç gün (n=25) $\bar{x}\pm SS$	Haftada bir gün (n=45) $\bar{x}\pm SS$	Ayda iki gün (n=14) $\bar{x}\pm SS$	Ayda bir gün (n=42) $\bar{x}\pm SS$			
SIÖ Toplam ve Alt Ölçekleri								
Sosyal Çekilme	10.45±1.89	10.36±1.64	10.15±1.72	9.57±2.44	9.07±2.07	13.409	0.009	
Kişiler Arası İşlevsellik	7.50±1.17	7.64±1.29	7.24±1.00	8.07±.99	7.80±.83	6.360	0.174	
Bağımsızlık-Performans	24.54±8.76	21.92±8.79	20.08±7.02	22.85±6.03	16.33±7.27	18.468	0.001	
Bağımsızlık-Yetkinlik	34.00±5.15	33.36±7.09	32.77±4.33	33.64±3.56	29.88±6.14	16.668	0.002	
Boş Zamanları Değerlendirme	32.34±5.71	19.92±4.00	19.05±5.06	19.64±5.72	16.50±4.59	11.241	0.024	
Sosyal etkinlikler	26.70±7.49	25.28±7.45	23.46±5.64	23.50±7.56	19.33±5.91	20.688	0.000	
İş/Meslek	0.45±1.55	0.40±1.38	0.68±1.80	1.07±2.12	0.76±1.94	1.875	0.759	
SIÖ Toplam	119.29±22.32	116.56±25.90	116.44±18.10	117.92±17.71	99.69±21.61	18.800	0.001	
PÇE Toplam ve Alt Ölçekleri								
Aceleci Yaklaşım	28.83±5.21	29.48±4.55	27.37±3.47	29.50±3.85	29.07±3.64	6.168	0.187	
Düşünen Yaklaşım	15.79±4.65	16.20±3.86	14.46±2.30	15.00±2.41	14.38±2.48	5.402	0.248	
Kaçıngan Yaklaşım	11.62±3.17	11.28±3.20	9.71±2.37	11.78±3.55	10.88±2.39	9.097	0.059	
Değerlendirici Yaklaşım	9.04±3.09	10.08±2.43	9.37±1.84	8.14±2.53	8.97±1.73	5.453	0.244	
Kendine Güvenli Yaklaşım	18.87±4.67	19.60±3.50	17.42±2.88	17.85±3.30	17.59±2.58	7.392	0.117	
Planlı Yaklaşım	12.12±3.18	12.36±2.41	11.77±2.41	11.50±2.76	11.26±1.78	5.616	0.230	
PÇE Toplam	96.29±18.91	97.00±15.80	94.13±9.55	93.78±11.88	92.16±7.82	7.295	0.121	

*Kruskall wallis

Çizelge 4.24’de hastaların Toplum Ruh Sağlığı Merkezine gelme sıklığına göre SİÖ ve PÇE alt ölçeklerinin puan ortalamaları gösterilmiştir. Hastaların gelme sıklığına göre SİÖ toplam, sosyal çekilme, bağımsızlık-performans, bağımsızlık-yetkinlik, boş zamanlarını değerlendirme ve sosyal etkinlikler alt ölçeklerinde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). İleri analiz için yapılan Conover testi sonucunda; her gün gelen hasta grubunda anlamlı fark belirlenmiştir ($p<0.05$). Hastaların TRSM’ye gelme sıklığına göre PÇE alt ölçekleri puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).



Çizelge 4.25. Hastaların Psikososyal Beceri Eğitimi Alma Durumuna Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Psikososyal Beceri Eğitimi Alma Durumu			
	Alan (n=134) $\bar{x}\pm SS$	Almayan (n=16) $\bar{x}\pm SS$	*Z	p
SİÖ Toplam ve Alt Ölçekleri				
Sosyal Çekilme	9.97±1.99	9.75±1.98	-0.484	0.629
Kişiler Arası İşlevsellik	7.64±1.07	7.50±.96	-0.648	0.517
Bağımsızlık-Performans	20.43±8.20	19.31±6.24	-0.634	0.526
Bağımsızlık-Yetkinlik	32.35±5.82	32.25±4.87	-0.443	0.658
Boş Zamanları Değerlendirme	18.93±4.95	16.81±4.99	-1.322	0.186
Sosyal etkinlikler	23.63±6.91	18.93±6.15	-2.511	0.012
İş/Meslek	0.67±1.79	0.56±1.54	-0.116	0.908
SİÖ Toplam	113.64±22.80	105.12±18.87	-1.431	0.152
PÇE Toplam ve Alt Ölçekleri				
Acelecı Yaklaşım	28.82±4.18	27.06±2.99	-1.461	0.144
Düşünen Yaklaşım	15.09±3.25	14.13±2.33	-1.210	0.226
Kaçıngan Yaklaşım	10.90±2.86	9.94±2.77	-1.149	0.250
Değerlendirici Yaklaşım	9.19±2.31	9.37±1.74	-0.169	0.865
Kendine Güvenli Yaklaşım	18.20±3.45	17.31±2.41	-0.823	0.410
Planlı Yaklaşım	10.86±2.51	11.94±1.44	-1.970	0.049
PÇE Toplam	94.07±13.15	88.75±6.76	-1.541	0.123

*Mann-Whitney U testi

Çizelge 4.25’de hastaların TRSM’de eğitimi verilmekte olan psikososyal beceri eğitimi alma durumuna göre SİÖ ve PÇE alt ölçeklerinin puan ortalamaları gösterilmiştir. Hastaların psikososyal beceri eğitimi alma durumu SİÖ, sosyal etkinlikler alt ölçeğinde eğitim alan hastalarda almayanlara göre anlamlı fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). PÇE, planlı yaklaşım alt ölçeğinde eğitim alan hastalarda almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Çizelge 4.26. Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Ölçeği Arasındaki İlişki

Ölçekler		Acelec Yaklaşım	Düşünen Yaklaşım	Kaçınan Yaklaşım	Değerlendiric i Yaklaşım	Kendine Güvenli Yaklaşım	Planlı Yaklaşım	PÇE Toplam
Sosyal Çekilme	r	-0.157	-0.108	-0.060	-0.062	-0.198	-0.040	-0.162
	p	0.055	0.186	0.469	0.451	0.015	0.629	0.048
Kişiler Arası İşlevsellik	r	-0.102	-0.069	-0.036	-0.172	-0.151	-0.144	-0.156
	p	0.212	0.403	0.666	0.035	0.064	0.079	0.056
Bağımsızlık- Performans	r	-0.234	-0.221	-0.258	-0.147	-0.221	-0.146	-0.301
	p	0.004	0.007	0.001	0.073	0.007	0.074	<0.001
Bağımsızlık- Yetkinlik	r	-0.231	-0.217	-0.369	-0.244	-0.238	-0.242	-0.364
	p	0.004	0.008	0.000	0.003	0.003	0.003	<0.001
Boş Zamanları Değerlendirme	r	-0.075	-0.164	-0.096	-0.125	-0.194	-0.119	-0.183
	p	0.364	0.044	0.244	0.127	0.017	0.146	0.025
Sosyal Etkinlikler	r	-0.073	-0.107	-0.024	-0.114	-0.150	-0.050	-0.125
	p	0.376	0.193	0.768	0.166	0.067	0.544	0.128
İş/Meslek	r	-0.043	-0.128	-0.027	-0.116	-0.108	-0.061	-0.113
	p	0.599	0.117	0.744	0.157	0.188	0.457	0.169
SİÖ Toplam	r	-0.203	-0.226	-0.223	-0.200	-0.261	-0.170	-0.309
	p	0.013	0.005	0.006	0.014	0.001	0.037	<0.001

r=Pearson korelasyon katsayısı

Çizelge 4.26'da şizofreni hastalarının SİÖ puan ortalamaları ile PÇE puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.309$ $p=0.001$).

Şizofreni hastalarında SİÖ alt ölçeği olan sosyal çekilme ile PÇE alt ölçekleri arasında, aceleci yaklaşım ($r=-0.157$), düşünen yaklaşım ($r=-0.108$), kaçınan yaklaşım ($r=-0.060$), değerlendirici yaklaşım ($r=-0.062$) ve planlı yaklaşım ($r=-0.040$) ilişki bulunmaz iken, kendine güvenli yaklaşım ($r=-0.198$) ve PÇE toplam ($r=-0.162$) negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Şizofreni hastalarında SİÖ alt ölçeği olan kişiler arası işlevsellik alt ölçeği ile PÇE alt ölçekleri arasında aceleci yaklaşım ($r=-0.102$), düşünen yaklaşım ($r=-0.069$), kaçınan yaklaşım ($r=-0.036$), kendine güvenli yaklaşım ($r=-0.151$), planlı yaklaşım ($r=-0.144$) ve PÇE toplam ($r=-0.156$) ilişki bulunmaz iken, değerlendirici yaklaşım ($r=-0.172$) negatif yönde zayıf düzeyde ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Şizofreni hastalarında SİÖ alt ölçeği olan bağımsızlık-performans alt ölçeği ile PÇE alt ölçekleri arasında aceleci yaklaşım ($r=-0.234$), düşünen yaklaşım ($r=-0.221$), kaçınan yaklaşım ($r=-0.258$), kendine güvenli yaklaşım ($r=-0.221$) ve PÇE toplam ($r=-0.301$) negatif yönde zayıf ilişki bulunurken değerlendirici yaklaşım ($r=-0.147$) ve planlı yaklaşım ($r=-0.146$) arasında ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Şizofreni hastalarında SİÖ alt ölçeği olan bağımsızlık-yetkinlik alt ölçeği ile PÇE alt ölçekleri arasında aceleci yaklaşım ($r=-0.231$), düşünen yaklaşım ($r=-0.217$), kaçınan yaklaşım ($r=-0.369$), değerlendirici yaklaşım ($r=-0.244$), kendine güvenli yaklaşım ($r=-0.238$), planlı yaklaşım ($r=-0.242$) ve PÇE toplam ($r=-0.364$) negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Şizofreni hastalarında SİÖ alt ölçeği olan boş zamanları değerlendirme alt ölçeği ile PÇE alt ölçekleri arasında aceleci yaklaşım ($r=-0.075$), kaçınan yaklaşım ($r=-0.096$), değerlendirici yaklaşım ($r=-0.125$) ve planlı yaklaşım ($r=-0.119$) ilişki bulunmaz iken düşünen yaklaşım ($r=-0.164$), kendine güvenli yaklaşım ($r=-0.194$) ve PÇE toplam ($r=-0.183$) negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Şizofreni hastalarında SİÖ alt ölçeği olan sosyal etkinlikler alt ölçeği ile PÇE alt ölçekleri arasında aceleci yaklaşım ($r=-0.073$), düşünen yaklaşım ($r=-0.107$), kaçınan yaklaşım ($r=-0.024$), değerlendirici yaklaşım ($r=-0.114$), kendine güvenli yaklaşım ($r=-0.150$), planlı yaklaşım ($r=-0.050$) ve PÇE toplam ($r=-0.125$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Şizofreni hastalarında SİÖ alt ölçeği olan iş/meslek alt ölçeği ile PÇE alt ölçekleri arasında aceleci yaklaşım ($r=-0.043$), düşünen yaklaşım ($r=-0.128$), kaçınan yaklaşım ($r=-0.027$), değerlendirici yaklaşım ($r=-0.116$), kendine güvenli yaklaşım ($r=-0.108$), planlı yaklaşım ($r=-0.061$) ve PÇE toplam ($r=-0.113$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

SİÖ toplam ile PÇE alt ölçekleri arasında aceleci yaklaşım ($r=-0.203$), düşünen yaklaşım ($r=-0.226$), kaçınan yaklaşım ($r=-0.223$), değerlendirici yaklaşım ($r=-0.200$), kendine güvenli yaklaşım ($r=-0.261$) ve planlı yaklaşım ($r=-0.170$) negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu bulunmuştur.



5.TARTIŞMA

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde şizofreni hastalarına yönelik yapılan çalışmada elde edilen bulgular; SİÖ ve PE puan ortalamalarının değerlendirilmesi, hastaların tanımlayıcı ile hastalık özelliklerine göre SİÖ ile PE puan ortalamalarının değerlendirilmesi ve SİÖ ile PE puan ortalamalarının ilişkisi olmak üzere üç başlık altında tartişılmıştır.

5.1. Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Hastaların SİÖ puan ortalaması 112.74 ± 22.52 olarak bulunmuştur. Bireylerin SİÖ alt ölçek puan ortalamaları sosyal çekilme için 9.95 ± 1.99 , kişiler arası işlevsellik için 7.63 ± 1.05 , bağımsızlık-performans için 20.31 ± 8.00 , bağımsızlık-yetkinlik için 32.34 ± 5.71 , boş zaman değerlendirme için 18.70 ± 4.98 , sosyal etkinlikler için 23.13 ± 8.91 , iş/meslek için 0.66 ± 1.76 olarak bulunmuştur (izelge 4.3).

Güdük (2010) tarafından 85 şizofreni hastası ile yaptığı çalışmada, sosyal işlevsellik ölçeğinin puan ortalaması $103,53 \pm 25,35$ sosyal işlevsellik düzeylerindeki etkilenme oranının araştırmamız ile benzer olduğu görülmüştür. Sosyal çekilme alt ölçek puanının $10,00 \pm 2,86$ olduğu, kişiler arası işlevsellik alt ölçek puanının $5,45 \pm 2,21$ olduğu, sosyal etkinlikler alt ölçek puanının $12,79 \pm 8,55$ olduğu, boş zamanları değerlendirme alt ölçek puanının $13,22 \pm 5,25$ olduğu, bağımsızlık düzeyi-yetkinlik $34,49 \pm 4,51$ alt ölçek puanının olduğu, bağımsızlık düzeyi-performans $24,49 \pm 8,59$ alt ölçek puanının olduğu, iş / meslek $1,02 \pm 1,81$ alt ölçek puanının olduğu görülmektedir. Addington ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmış olan şizofrenide nörobilişsel yetenek ve sosyal işlevsellik çalışmasında sosyal çekilme puanı için 9.93 ± 2.25 , kişiler arası işlevsellik için 6.85 ± 1.71 , boş zamanları değerlendirme için 21.26 ± 5.4 , bağımsızlık-performans için 28.63 ± 5.01 , bağımsızlık-yetkinlik için 35.23 ± 3.54 , iş/meslek için 3.64 ± 3.00 olarak bulunmuştur.

Tatlıdil (2008) tarafından 44 şizofreni hastasına yapılan sosyal işlevselliliğin hastalık belirtileri, hasta özellikleri ile ilgili ilişkisinin araştırıldığı çalışmada puan ortalaması 90.43 ± 24.06 'dır. Akpınar (2008) tarafından 15 deney 15 kontrol olmak üzere 30 şizofrenik bireye yaptığı karşılaştırmalı çalışmada sorun çözme beceri eğitimi verilince SİÖ puan ortalamaları 122.85 ± 4.85 bulunmuş olup üç ay sonrasında 132.19 ± 5.37 artış olduğu görülmektedir. Yıldız (2009) tarafından gündüz hastanesinde şizofreni hastalarında çalışma (n=25) ve kontrol (n=25) grubundan oluşan araştırmasında kontrol grubundaki hastalara

bireysel terapi, sosyal beceri, iş-uğraş terapisi gibi rutin eğitimler verilmiştir. Eğitim öncesi SIÖ toplam puanı 118.96 ± 20.76 iken eğitim sonrasında 129.44 ± 16.37 belirtilmiştir. Özdemir ve arkadaşlarının (2017) poliklinik hasta grubu ile TRSM hasta grubu ($n=150$) karşılaştırmalı çalışmasında ruhsal-toplumsal uyumlandırma ve bakım hizmetleri alan hasta grubunu hem de işlevsellik, içgörü, tedavi uyumu ve bakım veren yükü gibi alanlarda olumlu katkı yaptığı gösterilmiştir. Bilişsel işlevsellik alanında 3.95 ± 3.75 kişiler arası işlevsellik alanında 9.14 ± 4.49 olarak bulmuştur. En düşük ve en yüksek toplam puan 0-223 olduğu düşünülürse hastaların sosyal işlevsellik düzeylerinin orta seviyede olduğu söylenebilir. Hastaların TRSM’de iş-uğraş terapileri, el sanatları etkinlikleri, oyun saati, spor saati hastaları sosyal etkinliklere katılıyor olmaları nedeniyle işlevsel olarak daha iyi oldukları SIÖ toplam ve alt ölçeklerini olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Hastaların PÇE puan ortalaması 93.50 ± 4.02 olarak belirlenmiştir. Araştırmada hastaların PÇE alt ölçek puan ortalamaları ise aceleci yaklaşım için 28.63 ± 4.09 , düşünen yaklaşım için 9.21 ± 2.25 , kaçınan yaklaşım için 10.80 ± 2.85 , değerlendirici yaklaşım için 10.21 ± 2.75 , kendine güvenli yaklaşım için 18.10 ± 3.35 , planlı yaklaşım için 11.76 ± 2.43 olarak bulunmuştur (Çizelge 4.3). Kıvılcım tarafından 90 şizofreni hastasında problem çözme puan ortalaması 112.93 ± 7.83 olarak bulunmuştur (Kıvılcım 2011). Fallon ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada şizofreni hastalarının problem çözme becerilerini değerlendirmiş ve hastaların yüksek puanlama eğilimi gösterdiklerini vurgulamıştır. Eskin ve arkadaşları tarafından (1997) psikiyatri hastalarının problem çözme becerilerine yönelik yapılan çalışmada psikiyatri hastalarının sorun çözme becerisi puan ortalamalarını 99.76 ± 3.2 bularak, hastaların problem çözme düzeylerinin azalması umutsuzluk düzeyini attırmakta ve intihar girişimlerini tetiklemede etkili olduğunu belirtmiştir. Şizofreni hastalarına yapılan çalışmada problem çözme becerilerinin geliştirilmesinin hastaların topluma daha uyumlu oldukları ve hastaların topluma daha uyumlu oldukları ve hastalıkları ile daha etkili başettikleri belirlenmiştir (Medalia ve ark. 2000). En yüksek 192, en düşük 32 gibi olduğu düşünülürse hastaların problem çözme düzeylerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Hastaların TRSM’de eğitimini aldıkları bireysel ve grup terapilerinin hasta üzerinde olumlu etkiler bıraktığı aynı zamanda problem çözme becerisi eğitiminin hastaların düşünce ve davranışlarını etkilediği söylenebilir.

5.2. Şizofreni Hastalarının Tanıtıcı ve Hastalık Özelliklerine Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ile Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Şizofreni hastalarının tanıtıcı ve hastalık özelliklerine göre yapılan karşılaştırmalar sonucunda; hastaların puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olanlar tartışılmış diğer özelliklerin çizelgeleri ekler (Ek.8) bölümünde verilmiştir

5.2.1.Yaş

Hastaların yaş gruplarına göre SİÖ, bağımsızlık-yetkinlik alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. İleri analiz LSD testi sonucu farkın 53 yaş üzeri gruptan kaynaklandığı belirlendi ($p<0.05$, Çizelge 4.4). Çelik tarafından (1997) kronik şizofrenlerle ilgili bir araştırmada genç yaştakilerin daha yaşlı şizofrenlere oranla daha fazla hastalıktan etkilenip sosyal işlevlerinin bozulduğu bu hastaların tedaviye uyumlarının yetersiz olduğu belirtmiştir (Çelik 1997). Yaşın artması ile işlevselliğin azalması, hastalığın vermiş olduğu zayıflık ve tükenmişlik hissine ek olarak çeşitli fiziksel rahatsızlıkların ortaya çıkması, bu durumun sebebi olarak düşünülebilir.

Araştırmaya katılan hastaların yaş aralıkları ile PÇE ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Çizelge 4.4). Kıvılcım'ın (2011) 90 şizofreni hastasına uyguladığı ölçeklerden biri olan PÇE yaşa göre fark bulunmadığını belirtmiştir. Hastalar, hemşireler, yöneticiler gibi örnek grubu üzerinde yapılan çeşitli araştırmalar problem çözme düzeylerinin bazen yaşa göre etkilenirken (Revheim ve Medalia 2004, Neziroğlu 2010) bazı araştırmalarda yaş ile problem çözme becerisi arasında anlamlı farkın olmadığını belirtmişlerdir (Eskin 2006, Arslan 2010). Hastaların bireysel ve grup terapi eğitimlerine yönlendirilmesi, eğitimlerin etkililiğinin değerlendirilmesi, hastaların eğitimlerde aktif rol alması ile problem çözme beceri eğitimlerinin etkililiği artırılabilir.

5.2.2.Öğrenim Durumu

Hastaların öğrenim durumlarına göre SİÖ toplam, bağımsızlık-performans, bağımsızlık-yetkinlik, boş zamanları değerlendirme ve sosyal etkinlikler alt ölçeklerinde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$, Çizelge 4.5). İleri analiz için yapılan LSD testi sonucunda farkın lise ve üzeri öğrenim alan hasta grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir. Hofer tarafından (2006) 60 şizofreni hastasına yönelik psikososyal işlevsellik düzeyi çalışmasında öğrenim durumu ile işlevsellik arasında doğru orantı olduğunu belirtmiştir. Tatlıdil (2008) tarafından 44 şizofreni hastası ile yaptığı çalışmasında, hastanın eğitim durumu yükseldikçe SİÖ, bağımsızlık düzeyi-performans alt ölçeğini olumlu arttığını

bulmuştur. Taktak'ın (2000) yaptığı çalışmada öğrenim düzeyi arttıkça hastaların roller, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü, genel işlevler alanlarındaki sağlıklılık oranı artmakta olduğunu bildirmiştir. Sevindik ve arkadaşlarının (2014) 50 psikotik hasta ve 50 depresyon hastasına yaptığı kesitsel çalışmada psikoz hastalarının eğitim seviyesi arttıkça işlevselliğin özerklik ve boş zaman etkinlikleri alanlarında daha az zorlandıkları bildirilmiştir. Öğrenim seviyesinin yükseldikçe hastaları işlevsellik düzeyinin olumlu etkilendiği söylenebilir.

Hastaların öğrenim durumu PÇE toplam ve düşünen yaklaşım alt ölçeğinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0.05$, Çizelge 4.5). İleri analiz için yapılan LSD testi sonucunda farkın lise ve üzeri öğrenim alan hasta grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir. PÇE puan ortalamalarının artması, bireylerin öğrenim düzeyi azaldıkça problem çözme becerisinin olumsuz yönde arttığını göstermektedir. Falloon'un (2007) şizofreni için problem çözme eğitiminin araştırıldığı çalışmada öğrenim seviyesinin artması ile hastaların sosyal problem çözme becerileri ve sosyal biliş puan ortalamalarında artış saptanmıştır. Bottger ve Yetton tarafından (1987), problem çözme eğitimi ile grup performansını araştırdıkları çalışmalarında problem çözme eğitiminin bireylerde grup başarısını arttırdığını bulmuşlardır. Şizofreninin genellikle eğitim seviyesi düşük olan bireylerde görüldüğü, bireylerin hastalık belirtileri ve hastalığın kronik gidişli olması nedeni ile çoğu zaman eğitimlerini yarıda bıraktıkları ya da devam ettirmede güçlük yaşadıkları belirtilmektedir (Işık 1994, Nasrallah ve Smeltzer 2005). Öğrenim düzeyi arttıkça anlama ve kavrama düzeylerinin artması hastaların problem çözme becerisinin olumlu yönde etkilenmiş olabileceği söylenebilir.

5.2.3. Meslekleri

Hastaların mesleklerine göre SİÖ, kişiler arası işlevsellik ve iş/meslek alt ölçeklerinde anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, Çizelge 4.6). İleri analiz Conover testi sonucu kişiler arası işlevsellik alanında farkın memur ve işçi olan hasta grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir. Racenstein ve ark. (2002) tarafından 170 hastaya 10 yıllık dönemde yaptığı çalışmalarında hastalara eşzamanlı iş ayarlaması yapıp, negatif belirtilerle mesleki işlevsellik arasında ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmalarının sonunda çalışan hasta grubunun negatif belirtilerinin azaldığını ve hastalık uyumunun arttığını belirtmişlerdir. Araştırmada kişiler arası işlevsellikte artış, hastaların mesleklerine göre hastalık hakkındaki bilgi düzeyinin artması ve böylece kendi hastalıkları üzerinde etkin rol almaları, psikiyatrik belirtilerdeki azalma, stresle başa çıkma becerilerinin artması bu

durumda özgüvenlerinin artması ile açıklanabilir. İş/Meslek alt ölçeğinde memur ve işçi olarak çalışan hasta grubunun puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Maner ve arkadaşları tarafından (1991) 142 psikoz hastasında suç işleme durumunu araştırdığı çalışmasında memur ve işçi hastaların, işsiz hastaya oranla suça karışmadığını, memur ve işçi olmanın hastalık seyirinde olumlu role sahip olduğunu belirtmektedirler. Memur ve işçi hasta grubunun kişiler arası işlevsellik puanlarının yüksek olması, çalışma yaşamının hastaları olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Araştırmaya katılan hastaların mesleklerine göre PÇE ve alt ölçekleri puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı ($p>0.05$, Çizelge 4.6). Araştırmada mesleği olmayan hasta grubunun PÇE puan ortalamalarının yüksek olduğunu, bu puanın yüksek olmasının ise hastaların problem çözme becerisinin düşük olduğunu ve bu hastaların problemlerle baş edemediklerini, problemlerini çözemedikleri düşünülebilir.

5.2.4. Çalışma Durumu ve Süreleri

Hastaların çalışma durumuna göre SİÖ toplam, sosyal çekilme, bağımsızlık-yetkinlik, iş/meslek alt ölçeklerinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$, Çizelge 4.7). Çalışan hastaların çalışmayanlara göre puan ortalamaları anlamlı bulunmuştur. Uğurlu'nun (2011) yaptığı çalışmada şizofreni hastalarının çalışan ($n=30$) ve derneğe üye olan ($n=30$) grubun işlevselliğini, tedaviye uyumunu ve stresle baş etme tarzlarını belirlemek amacıyla karşılaştırmalı olarak yaptığı çalışmada çalışan hastaların iş/meslek alt ölçek puanını $5,90\pm 1,60$ bulmuş olup, stresle baş etme puanlarında anlamlılık bulunmamıştır. Araştırmada çalışan hastaların iş/meslek puanı 4.19 ± 2.24 bulunmuştur. Güneş'in (2010) yaptığı çalışma sonuçlarına göre şizofreni hastalarının bir işte çalışmasının sosyal işlevselliği olumlu yönde etkilediği ve çalışan şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik durumunun daha iyi olduğu şeklindedir. Bu bulgu araştırmamız ile paralellik göstermektedir. Çalışma sürelerine göre çalışan hastalar SİÖ, iş/meslek alt ölçeğinde anlamlı bulunmuştur. Öz ve Ünsal (2017) tarafından şizofrenili bireylerin istihdamı ile ilgili yaptıkları çalışmada birey için uygun koşullar olması durumunda ise işte çalışma ile hastalara yarar sağlanabileceğini, uygun bir işe yerleştirilmesi daha sonra işe uygun eğitim verilerek, işveren ve klinik ortamla işbirliği sağlanması gibi destekleyen uygulamaların olması gerektiğini belirtmişlerdir. Bu bulgular yaptığımız araştırma ile uyumludur. TRSM'lerinin hastaların iş yaşamına dâhil edilmesi konusunda katkısının olabileceği söylenebilir.

Araştırmamızda hastaların bir işte çalışmasının ya da çalışmamasının problem çözme düzeyini etkilemediği şeklindedir. Çalışma durumu ve sürelerine göre PÇE puan ortalamalarında istatistiksel olarak fark saptanmadı ($p>0.05$, Çizelge 4.7, Çizelge 4.8). Fakat çalışan hasta puan ortalamaları, çalışmayan hasta puan ortalamasına göre daha düşük bulunmuş olması, problem çözme düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Meltzer (1999) yaptığı çalışmada mesleki işlevlerini sürdüren şizofreni hastalarıyla, sürdüremeyen hastalar arasında, bilişsel işlevlerde ve sorunlarını çözmeye farklılık görüldüğü belirtilmiştir. Hastaların TRSM’de hastalığın kontrolünün düzenli olarak sağlanması, terapi alan hastaların devamlılığının sağlanması, terapilere katılmak istemeyen hastaların terapi almaya teşvik edilmesi, hastaların bilişsel işlevlerini arttırarak toplumsal davranışlarında, iş yaşamında aktif rol almasına katkı sağlayacağını söyleyebiliriz.

5.2.5. Gelir Durumları

Hastaların SİÖ toplam, sosyal çekilme, bağımsızlık-performans ve iş/meslek alt ölçeklerinde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$, Çizelge 4.9). Gelir durumları düşük (300-599) olan hasta grubunun işlevsellik puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Gülseren ve arkadaşları (2010) şizofreni ve bipolar bozukluğu olanlarda alt gelir düzeyi olanların işlevlerinin daha bozuk olduğunu belirtmişlerdir. Hastanın çalışamaz duruma gelmesinin yol açtığı gelir kaybı ve tedavi masrafları hasta ve aileleri için maddi kayba sebep olabilmektedir. Hastaların gelir durumu arttırılarak işlevselliklerinin olumlu etkilenebileceği söylenebilir.

Araştırmada gelir durumlarına göre PÇE, kendine güvenli yaklaşım alt ölçeğinde anlamlı fark bulunmuştur. Problem çözme becerileri gelir durumu düşük hastalarda yüksek puanlama eğilimi göstermiş olması olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir ($p>0.05$, Çizelge 4.9). Daha ağır yaşam koşulları, hastalık belirtileri ile karşı karşıya kalma, olumsuz durumlarla başa çıkmada daha az kaynağa sahip olmak düşük gelir durumdakiler zorlamaktadır. Uzun süre zor koşullarda yaşamak sosyal ve bilişsel becerileri olumsuz etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütü şizofreni hastalarının ailede üreticiliklerini kaybetmeleri, şizofreni hastasının ailenin ihtiyaçlarına cevap verememesi, bakım veren ve hasta için rollerin bozulması ya da ev rutininin kayba uğraması gibi etkenlerin ekonomik yükü sonuçlandığını bildirmektedir (DSÖ 2013).

5.2.6. Birlikte Yaşadığı Kişiler

Hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre SİÖ ve alt ölçek puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmasada, ailesi ve akrabasıyla yaşayan hasta grubunun

puanları yalnız yaşayanlara göre yüksek bulunmuştur ($p>0.05$, Çizelge 4.10). Kavak'ın (2011) yaptığı araştırmada hastalara yaşadıkları yer, birlikte yaşadığı kişiler yaşam niteliği ve işlevsel iyileşme açısından anlamlı olduğu saptanmıştır. Belli ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada şizofreni tanısı almış hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalık ile ilişkili etmenlerin incelendiği çalışmada ailesiyle birlikte yaşama zayıf pozitif ilişkili görülmüş olup bunun yanında yakınlarından aldığı sosyal destek tedaviye olumlu katkı sağladığını belirtmiştir. Şizofreni hastalarının ve birlikte yaşadığı kişilerin psikososyal eğitime katılımı sağlanarak özellikle sosyal işlevsellik, yaşadığı kişilerle olan ilişkileri artırma yönlerinden yarar sağlayabileceğini söyleyebiliriz.

PÇE, düşünen yaklaşım alt ölçeğinde anlamlı fark bulunmuştur ($p>0.05$). Prasko ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada şizofreni hastalarının çoğu bu destek ihtiyacından ya da kültürel ve sosyal faktörler nedeniyle aileleri ile birlikte yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hastaların aileleri ile yaşaması problem çözme düzeyini olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

5.2.7. Hasta Ailelerinin Eğitim Durumu

Anne öğrenim durumlarına göre SİÖ ve alt ölçeklerinde anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$, Çizelge 4.11). Anne öğrenim durumlarına göre PÇE toplam, kaçınan ve düşünen yaklaşım alt ölçeklerinde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$, Çizelge 4.11). Falloon ve arkadaşlarının (2001) yaptığı bir çalışmada, destekleyici bireysel terapiler ile birlikte kısa aile danışmanlığının verildiği grupla, davranışçı aile tedavisi, ailenin evde sorun çözme ve iletişim becerileri eğitimi ve üç aylık yoğun terapi ve altı ay takip seansları uyguladıkları hasta ve aile grubunu karşılaştırmışlar; hastanın işlevselliğinde artış, yükünde ve tedavi masraflarında azalma saptamışlardır.

Baba öğrenim durumlarına SİÖ anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$, Çizelge 4.12). Baba öğrenim durumlarına göre PÇE, düşünen yaklaşım alt ölçeğinde anlamlılık göstermektedir. ($p<0.05$, Çizelge 4.12). Şizofrenili bireylerin aileleri üzerinde Greenberg ve ark. (2004) tarafından yapılan çalışmada şizofreni hastalarında anne ve çocuk üzerine yapılan çalışmasında eğitim düzeyi arttığında ruhsal sağlık durumunun daha iyi olduğu bulunmuştur. Anne ve babaların öğrenim düzeylerinin düşük olmasının çocuklarına şizofreni hastalığının tedavisi konusunda gerekli yönlendirmelerin ve tedaviye katılımın yetersiz olabileceğini düşünülebilir. Hastaların iyileşme süresinde anne ve baba eğitimi önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalarda problem çözme becerisinin kazandırılmasında bireyin gelişimi ve olgunlaşma düzeyi, yetenekleri arasındaki farklılıklar, güdülenme ve

sosyo-kültürel çevrenin, anne ve baba öğrenim düzeyinin etkili olduğu belirtilmektedir (Çam 2014, Yıldız 2003). Babanın öğrenim seviyesinin düşmesi hastanın problem çözme düzeyini olumsuz etkilemiştir. Bireylerin problem çözme yeteneklerinin gelişmesini sağlayan beceri ve alışkanlıkların kazanılmasında, ailenin önemli bir faktör olduğu söylenebilir. Aile özelliklerinde düşük eğitim seviyesi, şizofreni hastalığının yüksek saptanması toplum ruh sağlığı hizmetlerinin önemini göstermekle beraber aile eğitimlerinin artırılması sağlanabilir.

5.2.8. Hastalığın Başlama ve İlaç Kullanma Süreleri

Hastalığın başlama süresi SİÖ, bağımsızlık-yetkinlik alt ölçeğinde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$, Çizelge 4.13). İleri analiz Conover testi sonucunda farkı oluşturan grup belirlenmemiştir. Bu durumun örneklem grubunun eşit dağılmamasından kaynaklı olabileceği düşünülebilir. Erol'un (2007) yaptığı çalışmada hastalığın başlangıç süresi ile işlevsel iyileşme düzeyleri karşılaştırılmıştır fakat anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kavak (2011) çalışmasında hastalar hastalığın başlangıç sürelerine göre değerlendirildiklerinde, hastalığın başlangıç süresi ile işlevsel iyileşme ölçeği alt ölçeklerinden sosyal işlevsellik puanı istatistiksel olarak anlamlılık belirtilmiştir.

Hastalığın başlama süresine göre PÇE ve alt ölçekleri puan otalamalarında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$, Çizelge 4.13). Araştırmada örneklem grubunun eşit dağılmaması bu durumun sebebi olabileceği düşünülmüştür. Uğurlu'nun (2011) çalışması (n=30) ve derneğe üye olan (n=30) şizofreni hastalarının işlevselliğini, tedaviye uyumunu ve stresle başetme tarzlarını belirlemek amacıyla karşılaştırmalı olarak yaptığı çalışmada tedavi alma yılına göre uzun süre tedavi alan hastalarda 5-9 yıl hastalık süresi olan bireylerin stresle başetme yöntemi olarak problem çözme yaklaşımlarını daha etkili kullandıkları belirtilmektedir.

Hastaların ilaç kullanma sürelerine göre SİÖ, bağımsızlık-yetkinlik alt ölçeğinde anlamlı fark göstermiştir ($p<0.05$, Çizelge 4.15). Conover testi sonucu farkı oluşturan hasta grubu belirlenmemiştir. Düzenli ilaç tedavisi hastalığın alevlenme dönemlerinin yaşanmasını engellemekte ve bu dönemlerinin hastalarda bırakacağı hasarın en aza indirgenmesini sağlamaktadır (Koroğlu 2015). Anlar ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada ilaçlarını düzenli kullanan hastaların kullanmayan hastalara göre işlevsellik seviyelerinin daha iyi olduğunu saptamışlardır ve bu sonuç araştırma bulgularımızı destekler niteliktedir. Tel ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında şizofreni hastalarının %67.1'inin ilaçlarını düzensiz aldığı belirlenmiştir. Araştırmada hastaların ilaçlarını düzenli kullandıkları TRSM

tarafından takip edilmektedir. Araştırmada hastaların düzenli ilaç kullandığı belirlenmiş olup, ilaç takibi TRSM ekibi tarafından kontrol edilmektedir.

Hastaların ilaç kullanma süresine göre PÇE ve alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı ($p>0.05$, Çizelge 4.15). Yapılan literatür taramasında düzenli ilaç kullanımı sorun çözme becerilerini olumlu yönde etkilemektedir (Üçok ve Duman 2007, Sungur ve Yalnız 1999, Yıldız 2004). İlaç tedavisine uyum sağlamasında, hastanın TRSM’de takip ediliyor olmasının etkilediği söylenebilir.

5.2.9. Tedavi Alma Yılı

Hastaların tedavi alma yılına göre SİÖ ve alt ölçek puanlarında anlamlılık görülmedi ($p>0.05$, Çizelge 4.14). Uğurlu (2011) çalışmasında 5-9 yıl tedavi gören bireylerin sosyal işlevsellik alanının ve tedaviye uyumlarının 1-4 yıl grubuna göre daha iyi olduğunu belirtmiştir. Belli ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları araştırma sonuçları tedavinin kısa olmasının tedaviyi düzenli almayı ve TRSM’ye düzenli gitmeyi olumsuz etkilediğidir.

Hastaların tedavi alma yılına göre PÇE, değerlendirici yaklaşım alt ölçeğinde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$, Çizelge 4.14). Farkı oluşturan grubun 12 yıl ve üzeri tedavi aldığı belirlenmiştir. Uğurlu (2011) çalışmasında 5-9 yıl tedavi gören bireylerin tedavi alma süresi ile stresle başa çıkma tarzları (SBÇT), iyimser yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığını belirtmiştir ($p>0.05$). Hastaların tedavi alma yılına göre 12 yıl ve üzeri olan hasta grubu tedaviye uyumlu, yani hastalık hakkında bilgisinin artması, tedavi ve kontrollerine düzenli gitmesi hastayı olumlu etkileyebilir.

5.2.10. Hastaların Bireysel Terapi Alma Durumu

Hastaların bireysel terapi alma durumuna göre SİÖ toplam ve alt ölçeklerinde anlamlı fark olmasa da, bireysel terapi alan hastaların almayanlara göre puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ($p>0.05$, Çizelge 4.16). Cook ve ark. tarafından (2007) TRSM’de psikoz grubu hastalarda bireysel terapinin etkinliği konusunda yapılan kontrollü bir çalışmada sosyal işlevsellik ölçeği ile negatif semptomlarda düzelmeye bakılmış bireysel uğraşının iyileşmeye katkıda bulunabileceğini belirtmiştir. TRSM’de şizofreni hastalarına verilen bireysel terapinin etkisinin artması, daha fazla hastaya eğitimler verilmesi, hastaların terapi almaya yönlendirilmesinin hastaları olumlu olarak etkilediği söyleyebilir.

Hastaların bireysel terapi alma durumu PÇE, değerlendirici yaklaşım alt ölçeğinde bireysel terapi alan hastaların almayanlara göre puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı

bulunmuştur ($p<0.05$, Çizelge 4.16). Şizofreni hastalarının hastalıkları hakkında eğitim aldıklarında iç görü düzeyinde artışa paralel olarak belirtilerde iyileşmeye, yatış sayısında ve hastalık maliyetinde azalmaya neden olduğu belirtilmektedir (Yıldız 2011, Köroğlu 2011, Soygür 2007). Bireysel terapi programlarına katılan hastaların sosyal haklarına yönelik bilgilendirmeler, çalışabilir duruma gelebilecek kapasite ve işlevselliğe ulaşmaları, hayatta karşılaşılabileceği zor durumlarda problemleri ile daha iyi değerlendirerek baş edeceklerini göstermesi açısından önemli olduğu düşünülebilir.

5.2.11. Hastaların Bireysel Terapi Alma Sayıları

Hastalarının TRSM'de bireysel terapi alma sayılarına göre SİÖ, sosyal çekilme alt ölçeğinde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$, Çizelge 4.17). Yıldız ve ark. (2003) tarafından yapılan iki yıllık izlem çalışmasında şizofreni hastalarıyla yürütülen sosyal beceri eğitimine yönelik psikososyal rehabilitasyon çalışmasında da başlangıç ve bitim pozitif ve negatif sendrom ölçeği (PANSS) puanları arasında anlamlı derecede fark olduğu bildirilmiştir. Eryıldız ve arkadaşlarının (2008) rehabilitasyonun iç görü düzeylerini arttırdığı, belirtiler, tedavi ve yan etkilerini kapsayan bireysel psikoeğitim programı sonrası, hastalığını kabullenen ve tedaviye uyumu artan hasta sayısı artmıştır. Sivas'ta ayaktan tedavi edilen 23 şizofreni hastası üzerinde yapılan bir çalışma kapsamında bir psikiyatrist ile bir psikiyatri hemşiresinden oluşan çalışma ekibi, hastaları evlerinde iki haftada bir kez olmak üzere üç ayda toplam altı kez ziyaret etmiştir. Hastalara şizofreni hakkında bilgilendirme, psikotrop ilaç tedavisi, iletişim ve aile ilişkileri, sosyal beceri eğitimi, problem çözme ile krize müdahale konularında eğitim verilmiştir. Sonrasında hastaların daha rahat, topluma uyum yönünden daha sorunsuz oldukları, aile içi sorunlarının azaldığı, iletişimlerinin arttığı, hoşgörülerinin ve ilaca uyumlarının arttığı saptanmıştır (Doğan ve ark. 2002). Bireysel terapi ile hastaların uyumları, toplum içindeki rolleri, sosyal işlevsellik düzeylerinin artırılmasında önemli yere sahip olduğu söylenebilir.

Bireysel terapi alma sayılarına göre PÇE, kendine güvenli yaklaşım alt ölçeğinde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$, Çizelge 4.17). Bandura (2000), yüksek benlik yeterliğine sahip bireylerin daha yüksek düzeyde bilişsel beceriye sahip olduklarını ve çevrelerini kontrol etmede daha etkili olduklarını; bu özelliğe sahip bireylerin kendileri için güdüleyici amaçlar koyduklarını ve farklı yollar deneyerek zorlu problemlerin üstesinden gelebilmek için ısrarlı çaba gösterdiklerini belirtmiştir. Yeşilyaprak (2000) bir çalışmada, içten denetimli bireylerin başarılı, atılgan ve kendine güvenen kişiler

olduklarını ve anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğunu belirtmiştir. Bu sonuç literatür bulguları ile uyumludur. Hastalık özgüven kaybına neden olmakta, bellek güçlükleri ile toplumsal becerilerde kayıplara yol açmaktadır. TSRM'lerde verilen hasta eğitimleri ve tedavinin devamlılığı düzenli olarak takibi ile hastanın kendine güveni arttırılarak, problemlerini çözme düzeylerinin arttırılmasında etkili olduğu söylenebilir.

5.2.12. Hastaların Grup Terapisi Alma Durumu

Hastaların grup terapisi alan hastaların SİÖ toplam ve alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı olmasada, grup terapisi alan hastaların almayan hastalara göre puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p>0.05$, Çizelge 4.18). Sevi tarafından yapılan çalışma da 32 hastaya 12 hafta boyunca grup terapisi verilmiştir. Halüsinasyon ve sanrılar düzeyinde anlamlı azalma bulunduğu belirtilmiştir. Şendur ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları grup eğitimi çalışmaları sonucunda, hastaların hastalık şiddetlerinin azaldığı, genel iyileşme düzeyinin ve işlevselliklerinin arttığı, grup içinde birlikte çalışma becerisinin kazanıldığı ve kişiler arası ilişkilerinin olumlu yönde geliştiğini belirtmişlerdir. Grup terapisi hastalık sürecinde, toplumsal ve sosyal işlevselliklerine olumlu katkıda bulunabileceği söylenebilir.

Hastaların grup terapisi alma durumuna göre PÇE, kendine güvenli yaklaşım alt ölçeğinde grup terapisi alanların almayanlara puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.05$, Çizelge 4.18). Goldman ve ark. (1998) yaptıkları araştırmanın sonucunda negatif semptomların belirgin olarak azaldığını belirleyip, psikoeğitimin negatif semptomları azaltan başlıca etkilerinin; hastadaki korkuları ve savunmacı tutumun değiştirmesi, özgüvenini arttırması, kendilerine yardım edebilmek için yardımcı yöntemler sunması, tedavi ekibi ile iletişimi arttırması ve tedaviye olan güvenini arttırması olduğunu öne sürmüşlerdir. Ünsal ve ark. (2014) TRSM'ye altı ay düzenli gelen yirmi sekiz hasta ile yaptığı çalışmada grup terapisi alan hastaların, almayanlara göre hastalıkla daha iyi başettikleri belirtilmiştir. Doğan ve arkadaşlarının (2002) 23 şizofreni hastası ile yaptığı çalışmada hastalara ilaç tedavisi, iletişim, sosyal beceri eğitimi, problem çözme ve krize müdahale konusunda eğitim verilmiştir. Eğitim sonrası hastaların toplumda daha sorunsuz yaşadıkları, aile içi sorunlarının azaldığı, iletişim ve problem çözme becerilerinin arttığını belirtmişlerdir.

5.2.13. Hastaların Grup Terapisi Alma Sayıları

Hastaların TRSM'de aldıkları grup terapisi sayılarına göre SİÖ, sosyal çekilme alt ölçeğinde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$, Çizelge 4.19). Yapılan conover testi sonucu

farkı oluşturan grup belirlenmemiştir. Fakat grup terapisi alma sayısının fazla olması alan hastalarda sosyal işlevsellik puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmektedir. Atkinson ve arkadaşlarının 1996 yılında yaptıkları çalışmanın sonucunda psikoeğitim grup terapisinin sosyal işlevselliği arttırdığını belirtmişlerdir (Atkinson 1996). Grup çalışmalarının, benzer sorunları olan insanların bir araya gelmelerini, dolayısıyla hastalığa ilişkin güçlüklerin, yaşanan sıkıntı ve duyguların daha açıkça konuşabilmesini sağladığı belirtmektedir. Yıldız'ın (2005) yaptığı iki yıllık izlem çalışmasında grup eğitimi alan hastalarda toplumsal uyumun ve işlevselliğin, bağımsız yaşama becerilerinin arttığı, daha az bireysel sıkıntı yaşadıkları, yeniden hastaneye yatışlarda daha kısa süreli yatışlara ihtiyaç duyulduğu gösterilmiştir. Morton ve Sütçü tarafından (2011) şizofreni hastalarında bilişsel davranış grup terapisi 10 seans uygulanarak hastanın ve ailenin tedaviye uyumu değerlendirilmiştir. Hastaların sosyal faaliyetlerinde artış, hastalık belirtileri ile başetmede azalma olduğu belirtilmiştir.

PÇE toplam, kaçınan yaklaşım alt ölçeklerinde anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$, Çizelge 4.19). Conover testi sonucu farkı oluşturan hasta grubu belirlenmemiştir. Fakat grup terapisi alma sayısının fazla olması alan hastalarda problem çözme puan ortalamalarının düşük olduğu görülmektedir. Tarrier ve arkadaşları (1993) tek başına standart tedaviyle standart tedaviye eklenen problem çözme eğitimi ve standart tedaviye eklenen baş etme tekniklerini; Lecomte ve arkadaşları (2012) ise tek başına standart tedavi; standart tedaviye eklenen psikoeğitim, baş etme ve bilişsel yeniden yapılandırma ile standart tedaviye eklenen sosyal beceri eğitimini karşılaştırmışlardır (Tarrier 1993, Lecomte 2012). Duman ve arkadaşları (2007) tarafından 30 şizofreni hastasına 6 ay süreyle uygulanan sorun çözme programını içeren hastaların daha fazla uyum gösterdikleri ve kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği puanlarında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Aydın ve arkadaşlarının bir yıllık grup psikoterapisi sürecinde yaptığı araştırma da grup terapisi seanslarının şizofrenide ilaca dirençli belirtileri, dikkat sorunlarını, depresyon, kaygı, kendine güvensizlik gibi bulguları azaltmada etkili olduğunu belirtmiştir (Aydın ve ark. 2009). Şizofreni hastalarının baş etme, sorun çözme ve iletişim becerilerinin, kendine güven duygusunun artması, kişinin gerçekçi hedefler belirlemesinin sağlanması, yeti yitimi ve sosyal rol uyumunu bozan etmenlerin azaltılması ile gerçekleştiği söylenebilir. Hastaların grup eğitiminde yaşadığı sıkıntıların sadece kendinde olmadığını görmesine ve yalnızlık hissetmesinin önlenmesine yardımcı olur (Fehr 2000). TRSM'de verilen grup

terapilerinin bireylerin toplum içinde kendini ifade etmesini sağlayarak hastaları olumlu etkilediği söylenebilir.

5.2.14. Hastaların Ailelerinin Aile Toplantısına Katılma Durumu

Hastaların ailelerinin aile toplantısına katılma durumlarına göre SiÖ ve alt ölçeklerinde anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$, Çizelge 4.20). Yıldırım'ın (2007) 66 Şizofreni hastası ve bakım vericisi ile yaptığı çalışmada da, ailelere yönelik yapılan psikoeğitim girişimlerinin, aile işlevlerinde sağlıklı ilerlemeler sağladığı saptanmıştır (Yıldırım 2007). Zhang ve arkadaşları tarafından Çin'de şizofreni hastalarının yakınlarına verilen grup halindeki ruhsal eğitimin hastalığın yinelemesini azalttığı, iş yaşamının daha düzenli olduğu görülmüştür (Zhang ve ark. 1998). Aile desteğinin hastalık yükünü azalttığını, hastaların sosyal işlevselliğine katkıda bulunduğunu gösteren veriler de vardır (Ekici, Yıldırım 2010). Aileye yönelik girişimlerin, fiziksel, ruhsal sağlık durumlarına karşı hastayı güçlendirdiği, hastalığın yineleme sıklığını, aile yükünü azalttığı, ilaç takibini sağladıklarını, hastaların özbakımlarına dikkat ettikleri söylenebilir.

Araştırmada aile toplantısına katılan hastaların ailelerinin PÇE, kendine güvenli yaklaşım alt ölçeğinde anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, Çizelge 4.20) Araştırmada aile toplantısına katılan hastaların ailelerinin katılmayanlara göre puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$, Çizelge 4.20). Şizofreni hastalarının tedavi ve rehabilitasyonuna aile katılımını sağlama, aile ile işbirliği kurma ve sürdürmede ekip yaklaşımına gereksinim vardır. Şizofrenili bireye bakım verme sürecinde hemşireler; hastalar ve ailelerle sürekli etkileşim halindedir. Temel özelliği, kişinin içinde bulunduğu durumu çözümsüz olarak algılaması ya da kendi kaynaklarının çözüm için yeterli olmadığına inanmasıdır (Danacı ve ark. 2005). Bu nedenle, boyuneğicilik düzeyi yüksek olanlar sorunları karşısında çözüm üretmemektedirler. Bu kişilerin, içinde buldukları duruma ilişkin denetim algılarının zayıflamış olduğu da görülmektedir. Denetimin kendilerinde olduğuna inanan kişilerse, sorunlar karşısında edilgen kalmamakta, sorunun çözümüne daha etkin bir biçimde katkıda bulunmaktadırlar (Smith ve Meyers 1998). Psikiyatri hemşireleri bakım verenlere problem çözme becerilerinin kazandırılması, ruhsal hastalıkla baş etme, şizofreni ve tedavisini öğrenme gibi konularda profesyonel destek sağlayabilir (Stuart 2001). Jeppesen ve arkadaşları (2005) yaptıkları çalışmada, ilk atak psikozun aile merkezli tedavisinde psikoeğitim uygulanan aile gruplarının duygu dışavurum düzeyinin, sadece ilaç tedavisi alan gruba göre anlamlı ölçüde sağlıklı düzeye indiğini belirlemişlerdir. Erken dönemde, ailelere uygulanan grup eğitimlerinin aile üyelerini olumlu yönde etkilediği

belirtilmektedir. Ailenin aşırı koruyucu, müdahaleci tutumlarının hastayı bağımlı hale getirerek, biliş düzeylerinin daha da bozulmasına neden olacağı belirtilmekte, bu tutumlarının değiştirilmesi konusunda psikososyal tedavi girişimlerinin hastalar kadar ailelere de eğitim verilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (McNab 2007, Üçok 2005).

Ruhsal sorunu olan hastaların ailelerinin yaşadığı bu duyguların yanı sıra, bazı güçlüklerde yaşadıkları saptanmıştır. Bunlar arasında; öz bakım, sosyal faaliyetlere katılım, boş zamanlarını değerlendirme, ilaç kullanımı, hastalığın belirtilerini tanıma, belirtilere yönelik ailenin ne yapacağını ve nasıl davranacağını bilmemesi, kontrollere gitmeme, stresle başetmede yetersizlik, duygularını uygun şekilde ifade edememe, sosyal destek eksikliği gibi güçlükler belirlenmiştir (Güney 1996). TRSM uygulamalarında aile eğitimi ve ailenin hastalık yönetimi konusunda sorumluluk alıyor olması aile yükü üzerinde olumlu etkilerde bulunduğu söylenebilir.

5.2.15. Hastaların Ailelerinin Aile Toplantısına Katılma Sayısı

Hastaların ailelerinin aile toplantısına katılma sayılarına göre SİÖ, sosyal etkinlikler ve iş/meslek alt ölçeğinde anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İleri analiz testi sonucunda haftada bir kez ailelere verilecek eğitim ile işlevsellik puanları olumlu etkilendiği belirlenmiştir. Chien ve arkadaşlarının 2007 yılında 84 aile üyesi ile vaka kontrol çalışması yapılmıştır. 42 kişilik vaka grubuna psikoeğitim verilmiş, 42 kişilik kontrol grubuna ise standart bakım verilmiştir. 12 aylık takip periyodu sonucunda psikoeğitim grubunun ailesel ve bireysel fonksiyonelliklerinde daha iyi oldukları, daha az yük algıladıkları bulunmuştur (Chien ve ark. 2007). Aynı zamanda Nasr ve Kausar'ın (2009) yapmış oldukları çalışmada 108 şizofreni hastası ve onların aile üyeleri ele alınmıştır. Her iki grubada psikotropik ilaçlar uygulanmış fakat sadece bir gruba psikoeğitim verilmiştir. Psikoeğitim alan grupta eğitim sonrasında aile yükünde önemli değişim olmuştur (Nasr ve Kausar 2009). Literatür de şizofreni hastaları için aile eğitimin önemli role sahip olduğu belirtilmektedir (Yıldız 2003, Gümüş 2006). Ailelerin katılacağı toplantıların arttırılması ve katılımın sağlanmasıyla hastaların sosyal işlevselliklerine olumlu katkı yapabileceği söylenebilir.

Hastaların ailelerinin aile toplantısına katılma sayılarına göre PÇE ve alt ölçeklerinde anlamlılık saptanmadı ($p<0.05$, Çizelge 4.21). Çalışmalar şizofreni hastalarının problem çözme düzeyi üzerinde aile yaşantısının etkisini ortaya koymuş ve rehabilitasyon programlarında aktif aile desteğinin önemini vurgulamıştır (Deveci ve ark. 2005, Gülseren ve ark. 2010). Yaptığımız araştırmada bu durumun aile toplantısına katılan örneklem sayısının az olmasından kaynaklandığı ve sonucu etkilediği düşünülebilir.

5.2.16. Hastaların Hastaneye Yatış Sayıları

Hastaların hastaneye yatış sayılarına göre SİÖ puan ortalamalarına bakıldığında bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$, Çizelge 4.22). Özdemir ve arkadaşları (2017) yaptığı çalışmada poliklinik ve TRSM hastalarından fark olmadığı belirtilmiştir. Taktak'ın (2010) yaptığı çalışmada hastaların hastaneye yatış sayısı arttıkça işlevsellik, davranış kontrolü gibi alanlarda bozulma oranının giderek artmakta olduğunu belirtmiştir. Aydın ve ark. (2009) 50 şizofrenili hasta ve yakınlarında yapmış oldukları çalışmalarında; hastalığın alevlenme ve hastaneye yatış sayılarındaki artışın hastalığın seyrini olumsuz etkilediğini bildirmektedirler. Araştırmada hastalık süresinin ve hastane yatışlarının olması, örneklem dağılımının bir grupta fazla olması, şizofrenik bozukluğun kronik seyirli ve nükslerle seyreden bir hastalık olmasından kaynaklanmış olabilir.

PÇE toplam puanında, kaçınan ve kendine güvenli yaklaşım alt ölçeğinde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$, Çizelge 4.22). İleri analiz Conover testi sonucu yatış sayısı az olan grubun farkı oluşturduğu görülmüştür. Gülseren'in (2002) yaptığı çalışmada hastaneye yatış sayısı arttıkça roller, davranış kontrolü, hastalık ile başa çıkma yöntemleri azaldığı görülmüştür. Çam ve Tümkaya (2007) kendine güvensiz yaklaşımın, bir problemi çözebilme konusunda bireyin sahip olduğu güven eksikliğini, sorumluluk almama ise; problem çözüme de sorumluluk üstlenmemeyi ifade ettiğine işaret etmiştir. Aydın ve ark. (2009) yaptığı çalışmada hastanede yatış sıklıkları arttıkça ilaç uyum ilişkisi kötüleşmekte olduğu belirtilmiştir. Hastaların ulusal ruh sağlığı modeline göre TRSM'de takip edilmesi yatış sayılarının azalmasını sağlayabilir. Hastanın düzenli ilaç takibi ve tedavisi, bakımı TRSM ekibinin hasta takibinde önemini gösterebilir.

5.2.17. TRSM'ye Kayıt Olma Süresi ve Gelme Sıklığı

Ülkemizde 2012 yılından beri hizmet vermekte olan TRSM'lerinde hastalara psikososyal destek, hastaların takip ve tedavisinin devamlılığı sağlanmaktadır. Hastaların TRSM'ye kayıt olma sürelerine göre SİÖ toplam, sosyal çekilme ile iş/meslek alt ölçeğinde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$, Çizelge 4.23). Conover testi sonucu iş/meslek alt ölçeğinde farkı oluşturan grup belirlenmemiştir. Sosyal çekilme alt ölçeğinde farkı oluşturan hasta grubunu 24 ay ve üzeri TRSM kayıtlı oldukları belirtilmiştir. Buchain ve ark. (2003) çalışmalarında uğraşı terapisinin rutin tedavi ile birlikte uygulanmasının bilişsel işlevlerde düzelmeye sağladığını bildirmiştir. Özdemir ve ark. (2017) poliklinik ve TRSM hastalarını karşılaştırdığı 150 şizofreni hastası ile işlevsellik açısından gruplar arasında yapılan karşılaştırmada, TRSM grubu daha yüksek işlevsellik düzeyine sahip

olduğunu belirtmişlerdir. TRSM’de uğraş ve eğitim ihtiyaçları, ilaç tedavisine uyumun sağlanması, gündelik yaşam aktiviteleri, ruh halinin daha sık izlenmesiyle şizofreni hastalarının sosyal işlevsellikleri geliştirilebilir.

Hastaların TRSM’ye kayıt olma sürelerine göre PÇE ve alt ölçekleri puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlılık saptanmadı ($p>0.05$, Çizelge 4.23). Ensari’nin Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarının yaşam kalitesini artırmada, yeti kaybını azaltmada ve işlevselliklerini artırmada oldukça yararlı olduğu bulunmuştur. Hastaların işlevsellik düzeyinin artırılması açısından toplum ruh sağlığı merkezlerinin önemi büyük olduğunu söyleyebiliriz.

Hastaların TRSM’ye gelme sıklığına göre SİÖ toplam, sosyal çekilme, bağımsızlık performans, bağımsızlık yetkinlik, boş zamanları değerlendirme ve sosyal etkinlikler puanlarında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$, Çizelge 4.24). İleri analiz için yapılan Conover testi sonucunda; her gün gelen hasta grubunda anlamlı fark bulunmuştur. ABD’de Dr. Douglas’ın yaptığı çalışma da bir TRSM’de altı ay süre ile verilen antipsikotik ve ruhsal toplumsal uyumlandırma hizmetlerinin etkinliğinin araştırıldığı bir çalışmada hastalığın belirtilerinin azalmasında ve ruhsal toplumsal işlevsellikte belirgin düzelme görülmüştür. Yıldız ve ark. ile Eryıldız tarafından yapılan çalışmalarda psikososyal rehabilitasyona katılan şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik puanlarında anlamlı derecede düzelme olduğu bildirmişlerdir.

Hastaların TRSM’ye gelme sıklığına göre PÇE ve alt ölçeklerinde anlamlılık saptanmadı. TRSM’ye gelme sıklığı az olan hasta grubunun verilen eğitimlere sınırlı sayıda katıldığı söylenebilir. TRSM’de ruhsal-toplumsal uyumlandırma ve bakım hizmetleri alan hasta grubun poliklinik hastasına göre, hem klinik göstergelerde, hem de işlevsellik, içgörü, tedavi uyumu ve yaşam becerileri gibi alanlarda olumlu katkı yaptığı, fakat kişilerarası ilişkiler alanlarında henüz farklılık oluşturmadığı görülmektedir (Özdemir ve ark. 2017). TRSM’de bağımsız yaşam becerilerinin ve problem çözme becerilerinin geliştirilerek hastaların daha iyi duruma gelebilecekleri söylenebilir.

5.2.18. Psikososyal Beceri Eğitimi Alma Durumu

Hastaların psikososyal beceri eğitimi alma durumuna göre psikososyal beceri eğitimi alan hastaların almayanlara göre anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$, Çizelge 4.25). Yılmaz (2016) tarafından psikososyal beceri eğitiminin şizofreni hastalarının işlevsel iyileşme ve içgörü düzeyini artırmada etkili olduğu belirlenmiştir. Roder ve ark. (2002) tarafından yapılan, şizofren hastalarda psikososyal beceri eğitiminin değerlendirildiği

deney ve kontrol gruplu çalışmada, eğitimin sonunda psikoeğitim alan hasta grubunda hastalık belirtilerinin kontrol grubuna oranla daha fazla azaldığı bulunmuştur. Chambon ve arkadaşlarının (1996) yaptıkları çalışmada psikoeğitim alan grup ve kontrol grubu karşılaştırıldığında sosyal beceri eğitimi ile bilgi, sosyal beceri ve sosyal işlevsellik gibi alanlarda eğitim alan hasta grubunda anlamlı bir gelişme olduğu bildirmiştir. Deveci ve arkadaşları tarafından (2008) 22 hastaya psikososyal beceri eğitimi programı uygulanmış ve şizofreni hastaları için belirti ve işlevsellik alanlarında önemli katkıları olduğunu belirtmişlerdir. TRSM'lerinde hastaların sosyal işlevselliğine ve sorun çözme becerine yönelik verilecek eğitim, hastanın işlevsellik düzeyinin artırılması ve problem çözme düzeyinin artırılması açısından önemli bir uygulama olduğu söylenebilir.

Hastaların psikososyal beceri eğitimi alma durumuna göre PÇE, planlı yaklaşım alt ölçeğinde psikososyal beceri eğitimi alan hastaların almayan hastalara göre puan ortalamaları anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$, Çizelge 4.25). Kıvılcım problemlerini çözmeyi amaçlayan şizofreni hastalarının problem çözme becerilerini arttırmaları önermiştir. Bu hastaların stres dolu durumlar ortaya çıktığı zaman problem odaklı başa çıkma gibi tedavi yollarını öğrenmeleri önermiştir (Kıvılcım 2011). Karşılaştığı sorunun asla çözülemeyecek kadar zor olduğunu, kendisinin bu olayla ilgili kontrol sahibi olmadığını düşünen biri problemi çözmek için hiçbir girişimde bulunmayacaktır. Kişinin gerek karşılaştığı sorun gerekse kendi hakkındaki değerlendirmeleri problem çözme süreci üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir (Eskin 2009). Söğütü (2014) tarafından yapılan çalışmada şizofreni hastalarının tedavisine psikososyal beceri eğitimi eklenmesi hastaların, depresyon düzeylerinde, iç görülerinde, ilaç uyumlarında, yaşam kalitelerinde ve işlevselliklerinde belirgin düzelmeye yol açmıştır. Sarıçay ve ark. (2012) tarafından psikoz hastaları ile yaptığı çalışmada hastaların uğraş çalışmaları yapması sosyalliklerinin, el becerilerinin, problem çözme becerilerinin ve toplum uyumlarının arttığı gözlenmiştir. Toplum ruh sağlığı merkezlerinin hizmetleriyle bu hastalara yeteneklerini ve yaratıcılıklarını fark ettirmek tedavi sürecinin devamlılığı dahil pek çok alanda katkıda bulunabilir. Sosyal beceri eğitimleriyle aslında hastaların işlevsellik düzeyleri ile baş etme becerileri arttırılmak istenmektedir. Üçok ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında bir yıl süresince rutin olarak izlenen 10 şizofreni hastasına her hafta ilaç tedavisine ek olarak psikososyal beceri eğitimi uygulanmışlardır. Eğitim sonrasında öncesine göre kişiler arası ilişkiler, ruhsal bulgular, kişisel faaliyetler alt ölçekleri puanlarında anlamlı düzeyde yükselme gözlemlenmişlerdir. Liberman ve arkadaşlarının (1993) yaptığı çalışma da hastalara verilen

psikososyal beceri eğitiminin içerisinde yer alan iletişim ve sorun çözme becerileri oturumlarının etkili olduğu görülmektedir. Razali ve arkadaşlarının (2000) yaptıkları çalışmada psikososyal beceri eğitiminin etkin olduğu, hastaların hastalıklarını anlamada ve kabul etmede daha başarılı oldukları ve daha iyi göz teması kurabildikleri saptamışlardır. Lecomte ve arkadaşları (2012) standart tedavi ve standart tedaviye eklenen psikososyal beceri eğitimine kıyasla standart tedaviye eklenen psikoeğitim, baş etme ve bilişsel yeniden yapılandırmadan oluşan müdahalenin daha etkili olduğunu belirtmişlerdir.

TRSM'deki planlı psikoeğitim programları ile hastaların; hastalıkla ilgili temel bilgiler, yineleme oranları, ilaçlar ve yan etkileri, tetikleyici faktörler, ilaç uyumunun önemi, belirti denetimi, stres yönetimi, özkıyım riski, damgalanma, erken yineleme belirtilerinin tanınması, düzenli yaşam sürdürme ile ilgili bilgi ve becerilerini arttırarak yaşam kaliteleri yükseltilebilir. Psikososyal beceri eğitimi ile hastaların sosyal beceri ve sosyal işlevsellik düzeylerinin arttığı, baş etme becerilerinin geliştirilmesi ve yeni beceriler kazandırılması hastaları olumlu etkilendiği söylenebilir.

5.3. Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri İlişkisinin İncelenmesi

Şizofreni hastalarının özellikle Sosyal İşlevsellik puanları ile Problem Çözme puanları arasında negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$, Çizelge 4.26). Bu bulgu hastaların işlevsellik düzeyleri arttıkça, problem çözme puanlarının azaldığını yani problem çözme düzeylerinin arttığını göstermektedir ($r = -0.309$, $p = 0.001$). Çeşitli çalışmalarda şizofreni hastalarının işlevsellikleri artırıldığında, biliş seviyesinde artışa paralel olarak belirtilerde iyileşmeye, sorunlarını çözmeye artışa, yatış sayısında azalmaya neden olduğu belirtilmiştir (Lieberman 2008, Doğan 2002).

Çalışmada SİÖ, sosyal çekilme alt ölçeği ile PÇE toplam ve kendine güvenli yaklaşım alt ölçekleri arasında SİÖ, kişiler arası işlevsellik alt ölçeği ile PÇE, değerlendirici yaklaşım alt ölçeği arasında SİÖ, bağımsızlık-performans alt ölçeği ile PÇE, aceleci yaklaşım, düşünen yaklaşım, kaçınan yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği arasında negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$, Çizelge 4.26). Araştırmada SİÖ, bağımsızlık-yetkinlik alt ölçeği ile PÇE toplam, aceleci yaklaşım, düşünen yaklaşım, kaçınan yaklaşım, değerlendirici yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, planlı yaklaşım alt ölçekleri arasında negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur. SİÖ, boş zamanları değerlendirme alt ölçeği ile PÇE toplam, düşünen yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği arasında negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur. Şizofreni hastalarında psikososyal beceri eğitiminin

kişilerarası işlevsellikleri arttıracakını ve problem çözme becerilerini geliştireceğini göstermektedir (Lieberman ve ark. 1986, Benton ve ark. 1990). TRSM'deki hasta ile düzenli ve iyi bir iletişim kurulmasının, hastalara uygulanan psikososyal eğitiminin hastaların farkındalığı arttırdığı ve daha çok motive olduklarını belirtmiştir (Özdemir ve ark. 2017).

SİÖ toplam ile PÇE toplam, aceleci yaklaşım, düşünen yaklaşım, kaçınan yaklaşım, değerlendirici yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, planlı yaklaşım alt ölçeği arasında negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur. Hastaların TRSM'de katıldıkları grup terapisinde aktif olarak eğitime katılmaları, yaşadıkları sorunları yalnız kendilerinin yaşamadıklarını görmeleri, sorunlarını sağlık ekibi ve ailelerinden farklı insanlarla paylaşma fırsatı bulmaları hastaların işlevselliğini geliştirmede yarar sağlamaktadır (Yıldız 2014, Söğütü 2014, Özdemir ve ark. 2017). Araştırmada hastaların toplumsal ortamlara uyum sağlayabilme, iletişim kurabilme, stresle başa çıkabilme, günlük planlar yapabilme ve uygulayabilme becerilerini geliştirilmelidir (Torres ve ark 2002, Yıldız ve ark 2004, Yılmaz 2006). Hastalara ruhsal-toplumsal uyumlandırma eğitimleriyle; onları olabildiğince hayatın içinde tutmak ve rehabilite etmek, üretken hale getirmek, hastaların ilgi ve yeteneğine göre güzel sanatlar, müzik, spor, el sanatları gibi alanlarda sosyal beceriler kazandırılabilir. Bilişsel rehabilitasyon yöntemleri, bireysel-grup terapi, sosyal beceri eğitimi uğraş terapisi gibi yöntemlerin tedaviyi destekleyici olarak eklendiklerinde hastaların işlevsellikleri ile problem çözmelerinin düzeylerine olumlu etki edebileceği söylenebilir. Araştırmada işlevsellik düzeyleri ile problem çözme düzeyleri arasında negatif ilişki bulunması yani sosyal işlevsellikleri arttıkça problem çözmelerinin arttığını söyleyebiliriz.

6. SONUÇ

6.1.Sonuçlar

- Hastaların %87.3'nün erkek, %25.3'nün 32-38 yaşlarında olduğu, %48.7'sinin bekar olduğu, %52.7'nin çocuğunun olmadığı, % 41.4'nün ilkokul mezunu olduğunu, %52'sinin serbest meslek sahibi olduğunu, %86'sının çalışmadığını, %73.3'nün hastalanmadan önce çalıştıklarını, %68'nin gelir durumun düşük olduğunu, %94.7'sinin ilde yaşadığını, %92.7'sinin aile ve akrabası ile yaşadığını, %68.7'sinin annesinin eğitiminin olmadığını, %50.6'sının babasının ilkokul okuduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.1).
- Hastaların %40.7'sinin 12 yıldan beri hasta olduğu, %54'nün tıp dışı kişilere (hacı-hoca) başvurmadıklarını, %52.7'sinin sadece ilaç tedavisi aldığını, katılan bütün hastaların ilaç kullandıkları, %39.3'nün ilaç kullanımı süresinin 12 yıldan uzun süreli olduğu, %62'sinin bireysel terapi aldığı, %57'sinin 1-3 uygulama aldığı, %71.3'nün grup terapisi aldığı, %32'sinin 1-3 uygulama aldığı, %78'nin aile toplantısına katılmadığı, %67.3'nün hastaneye en az bir kez yattığı, %28.7'sinin 12-17 ay süreli kayıtlı olduğu, %28'nin ayda bir kez geldiği, %89'nun psikososyal beceri eğitimi aldığı belirlenmiştir(Çizelge 4.2).
- Hastaların SİÖ ve PÇE puan ortalamalarına bakıldığında TRSM kayıtlı şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik ve problem çözme düzeylerinin orta seviyede olduğu görüldü (Çizelge 4.3) Hastaların SİÖ toplam 112.74 ± 22.52 , sosyal çekilme 9.95 ± 1.99 , kişiler arası işlevsellik 7.63 ± 1.05 , bağımsızlık-performans 20.31 ± 8.00 , bağımsızlık-yetkinlik 32.34 ± 5.71 , boş zaman değerlendirme 18.70 ± 4.98 , sosyal etkinlikler 23.13 ± 6.97 , iş/meslek 0.66 ± 1.76 olarak bulunmuştur. Hastaların PÇE toplam 93.50 ± 12.72 , aceleci yaklaşım 28.63 ± 4.09 , düşünen yaklaşım 9.21 ± 2.25 , kaçınan yaklaşım 10.80 ± 2.85 , değerlendirici yaklaşım 10.21 ± 2.75 , kendine güvenli yaklaşım 18.10 ± 3.35 , planlı yaklaşım 11.76 ± 2.43 olarak bulunmuştur (Çizelge 4.3).
- Hastaların yaşlarına göre SİÖ, bağımsızlık-yetkinlik alt ölçeğinde anlamlı fark görülmüştür ($p < 0.05$, Çizelge 4.4). 53 yaş ve üzeri hasta grubunun işlevselliklerinin

düşük ve anlamlı olduğu bulunmuştur. Hastaların yaşlarının PÇE ve alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$, Çizelge 4.4).

- Hastaların öğrenim durumlarına göre SİÖ bağımsızlık-performans, bağımsızlık-yetkinlik, boş zamanları değerlendirme, sosyal etkinlikler alt ölçek puan ortalamaları lise ve üzeri öğrenimi olan hastalarda yüksek ve anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, Çizelge 4.5). PÇE toplam, düşünen yaklaşım alt ölçeğinde puan ortalaması lise ve üzeri öğrenimi olan hastalarda düşük ve anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, Çizelge 4.5).
- Hastaların meslek durumlarına göre SİÖ, kişiler arası işlevsellik ile iş/meslek alt ölçeklerinde memur ve işçi olan hasta grubunun sosyal işlevsellik puanlarının yüksek ve anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, Çizelge 4.6). PÇE ve alt ölçekleri puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$, Çizelge 4.6).
- Hastaların çalışma durumuna göre SİÖ toplam, sosyal çekilme, bağımsızlık-yetkinlik, iş/meslek alt ölçeklerinde çalışan hastaların çalışmayanlara göre işlevselliklerinin yüksek ve anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$, Çizelge 4.7). PÇE ve alt ölçekleri puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$, Çizelge 4.7).
- Hastaların çalışma sürelerine göre SİÖ, iş/meslek alt ölçeğinin altı yıldan fazla çalışan hastalarda yüksek ve anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, Çizelge 4.8). PÇE ve alt ölçekleri puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).
- Hastaların gelir durumlarına göre SİÖ toplam, bağımsızlık-performans, sosyal etkinlikler ve iş/meslek alt ölçeğinde farkın gelir durumu düşük (aylık 300-599TL) olanlarda düşük ve anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$, Çizelge 4.9). PÇE, kendine güvenli yaklaşım alt ölçeğinde farkın gelir durumu düşük (aylık 300-599TL) olanlarda problem çözme puan ortalamaları yüksek ve anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, Çizelge 4.9).
- Hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre SİÖ ve alt ölçekleri puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$, Çizelge 4.10). PÇE, düşünen yaklaşım puan ortalamaları aile ve akraba ile yaşayanların yalnız yaşayanlara göre problem çözme puanları düşük ve anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, Çizelge 4.10).

- Hastaların anne öğrenim durumlarına göre SİÖ ve alt ölçekleri puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$, Çizelge 4.11). Hasta annelerinin öğrenim durumu PÇE toplam, düşünen yaklaşım ve kaçınan yaklaşım alt ölçekleri puan ortalamaları öğrenimi olmayan yüksek ve anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). ($p<0.05$).
- Hastaların baba öğrenim durumlarına göre SİÖ ve alt ölçekleri puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$, Çizelge 4.12). Hasta babalarının eğitim durumuna göre PÇE, düşünen yaklaşım alt ölçeğinde, eğitimi olmayan babaların problem çözme puanları yüksek ve anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).
- Hastaların hastalıklarının başlama süresine göre SİÖ, bağımsızlık-yetkinlik alt ölçeğinde puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, Çizelge 4.13). İleri analiz sonucunda farkı oluşturan grup belirlenememiştir. Hastalığın başlama süresine göre PÇE ve alt ölçeklerinin puan ortalamasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).
- Hastaların tedavi alma yılına göre SİÖ, alt ölçekleri puanlamasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$, Çizelge 4.14). Hastaların tedavi alma yılına göre PÇE, değerlendirici yaklaşım alt ölçeği puan ortalamasının 12 yıldan uzun süre tedavi gören hasta grubunun yüksek ve anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, Çizelge 4.14).
- Hastaların ilaç kullanma sürelerine göre SİÖ, bağımsızlık-yetkinlik alt ölçeğinde puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İleri analiz sonucunda farkı oluşturan grup belirlenememiştir. ($p>0.05$, Çizelge 4.15). PÇE ve alt ölçeklerinin puan ortalamasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).
- Hastaların bireysel terapi alma durumlarına göre SİÖ ve alt ölçeklerinde anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). PÇE, değerlendirici yaklaşım alt ölçeği puanında bireysel terapi alan hastaların almayanlara göre problem çözme puan ortalamaları düşük ve anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, Çizelge 4.16).
- Hastaların bireysel terapi alma sayılarına göre SİÖ, sosyal çekilme alt ölçeğinde 4 uygulamanın üzerinde bireysel terapi alan hastaların 1-3 uygulama alanlara göre sosyal işlevsellik puan ortalamaları yüksek ve anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, Çizelge 4.17). PÇE, kendine güvenli yaklaşım puanında 4 uygulamanın üzerinde

bireysel terapi alanların 1-3 uygulama alanlara göre problem çözme puan ortalamaları düşük ve anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

- Hastaların grup terapisi alma durumlarına göre SİÖ puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$, Çizelge 4.18). PÇE, kendine güvenli yaklaşım alt ölçeğinde grup terapisi alan hastaların almayanlara göre problem çözme puan ortalamaları düşük ve anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).
- Hastaların grup terapisi alma sayılarına göre SİÖ, sosyal çekilme alt ölçeğinde fark bulunmuştur($p<0.05$, Çizelge 4.19). İleri analiz sonucu farkı oluşturan hasta grubu belirlenememiştir. PÇE toplam, kaçınan yaklaşım ve kendine güvenli yaklaşım alt ölçeklerinde anlamlı bulunmuştur. İleri analiz sonucu farkı oluşturan hasta grubu belirlenememiştir. PÇE, planlı yaklaşım alt ölçeğinde 10 uygulama ve üzerinde grup terapisi alan hasta grubunun puan ortalamaları düşük ve anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, Çizelge 4.19).
- Hastaların ailelerinin aile toplantısına katılma durumuna göre SİÖ ve alt ölçeklerinde anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$, Çizelge 4.20). PÇE, kendine güvenli yaklaşım alt ölçeğinde aile toplantısına katılanların katılmayanlara göre problem çözme puan ortalamasının düşük ve anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).
- Hastaların ailelerinin aile toplantısına katılma sayılarına göre SİÖ, sosyal etkinlikler ve iş/meslek alt ölçeğinde haftada bir kez aile toplantısına katılanların puan ortalamaları yüksek ve anlamlıdır ($p<0.05$, Çizelge 4.21). PÇE ve alt ölçekleri puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).
- Hastaların hastaneye yatış sayısına göre SİÖ puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). PÇE toplam, kaçınan yaklaşım ve kendine güvenli yaklaşım alt ölçeğinde yatış sayısı az olan hasta grubunun problem çözme puan ortalamalarının düşük ve anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$ Çizelge 4.22).
- Hastaların TRSM'ye kayıt olma sürelerine göre SİÖ, sosyal çekilme ve iş/meslek alt ölçeklerinde anlamlı bulunmuştur. İleri analiz testi sonucu iş/meslek alt ölçeğinde farkı oluşturan hasta grubu belirlenememiştir. Sosyal çekilme alt ölçeğinde 24 ay üzeri kayıt süresi bulunan hasta grubunun puan ortalamaları

yüksek ve anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, Çizelge 4.23). PÇE ve alt ölçekleri puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).

- Hastaların TRSM'ye gelme sıklığına göre SİÖ toplam, sosyal çekilme, bağımsızlık-performans, bağımsızlık-yetkinlik, boş zamanlarını değerlendirme ve sosyal etkinlikler alt ölçeklerinde her gün gelen hasta grubunun puan ortalamaları yüksek ve anlamlı bulunmuştur. PÇE alt ölçekleri puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).
- Hastaların TRSM'de psikososyal beceri eğitimi alma durumuna göre SİÖ, sosyal etkinlikler alt ölçeğinde eğitim alan hastalarda almayanlara göre yüksek ve anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, Çizelge 4.25). PÇE, planlı yaklaşım alt ölçeğinde eğitim alan hastaların almayanlara göre problem çözme puan ortalamaları düşük ve anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).
- Hastaların sosyal işlevsellikleri ve problem çözme puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf ilişki olduğu, hastanın sosyal işlevsellik düzeyleri arttıkça, problem çözme düzeylerinin de arttığı saptanmıştır ($p<0.05$, Çizelge 4.26).
- Araştırmaya katılan hastaların cinsiyete, medeni duruma, çocuğunun olma durumuna, yaşadığı yere, çocuk sayısına, hastalık öncesi çalışma durumuna, tıp dışı kişilere (hacı-hoca) başvurma durumuna, ilaca ek olarak tedavi alma durumuna göre anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$, Ek Çizelgeler).

6.2.Öneriler

Bu bölümde elde edilen sonuçlar doğrultusunda öneriler sunulmuştur;

- Hastaların sosyal işlevsellik ve problem çözme düzeylerinin orta düzey bulunduğu hastaların TRSM'ye devam ederek sosyal işlevsellik ve problem çözme düzeylerinin artırılması,
- Hastaların eğitim durumunun artması ile sosyal işlevsellik ve problem çözme puan ortalamalarında artış bulunmuştur. Bu sebepler hastaların eğitim seviyesine göre programların hazırlanması, hastaların eğitim durumunun artması için gerekli yönlendirmelerin yapılması,

- Hastaların TRSM’de çalışmaya yönlendirilerek iş/meslek rehabilitasyonu sağlanması, sosyoekonomik koşullarının arttırılması,
- Ailesi ile birlikte yaşayan hastaların problem çözme becerilerinin artmış olması, hastaların ailelerinden psikolojik destek aldığı, ailenin hastaya destek olmada öneme sahip olduğu, ailelere yönelik hasta hakkında bilgilendirmelerin sağlanması,
- Anne ve baba öğrenim durumlarının artması, problem çözme becerilerini arttırmıştır. Anne ve baba öğrenim durumlarını dikkate alarak eğitim programları hazırlanmalı ve hasta ailelerinin aktif katılımının sağlanması,
- TRSM’de takip edilen hastaların hastalığın başladığı süre, tedavi alma süresi, ilaç kullanma süresi kayıt ve takiplerinin devamlılığının arttırılması,
- TRSM’de toplum ruh sağlığı hemşireleri ve klinik psikologlar tarafından yapılan psikososyal beceri eğitimlerinin sürekliliğinin sağlanması, hemşire ve psikologların terapi eğitimi almaları ve güncel terapi eğitimlerine katılımlarının arttırılması,
- Hasta ailelerine TRSM tarafından verilen şizofreni hastalığı ve hastalık belirtileri, ilaç yan etkileri, aile ile hasta arasında etkili iletişim, stresle baş etme, sosyal haklar ve destek sistemleri, damgalamayı önleme konularında eğitimlerin arttırılması,
- Toplum ruh sağlığı hemşirelerinin hastalar ile görüşme yaparken; hastaların problem çözme becerisi açısından değerlendirmesinin yapılması, iletişim becerilerini kullanarak hastaların duygu ve düşüncelerini dinlemeli ve gerektiğinde TRSM ekibi ile işbirliği yaparak hastanın değerlendirmesinin yapılması,
- TRSM’de ilaçlarını düzenli alan ve düzenli gelen hastaların sosyal işlevsellik ve problem çözme düzeylerinin daha iyi olduğu, TRSM’nin yaygınlaştırılması, hem hastanın tıbbi tedavisine devam etmesi, hem de hastanın işlevsellik seviyesinin artmasını sağlayacak uygulamaların arttırılması,
- TRSM’ye gelme sıklığının artmasıyla hastaların puan ortalamalarının artması, hastaların TRSM’ye gelmeye teşvik edilmeli, hastaların eğitimlerinin ve ilaç takibinin sağlanmasına özen gösterilmesi,

- TRSM’de iş-uğraşı eğitimleri, bireysel ve grup terapileri, aile görüşmeleri, danışmanlık, tedavi takip ve ilaç kontrolleri yapılarak hastaların sosyal işlevsellikleri ve problem çözme düzeylerinin artırılması,
- TRSM’de ruhsal-toplumsal uyumlandırma çalışmalarının artırılması, psikososyal eğitimlerin devamlılığı sağlanarak sosyal işlevsellik ve problem çözme düzeylerinin artırılması önerilmektedir.



7.KAYNAKLAR

1. **Addington J, Addington D.** Neurocognitive and Social Functioning in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, **1999**, 25(1): 173-182.
2. **Addington J, Piskulic D, Marshall C.** Psychosocial Treatments for Schizophrenia. *Current Directions in Psychological Science*, **2010**, 19: 260-263.
3. **Akpınar Ş.** Şizofrenik hastalara uygulanan sorun çözme becerilerini geliştirme programının yaşam kalitesi ve sosyal işlevsellik düzeylerine etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, **2008**, Sivas
4. **Aleman A, Kahn RS, Selten JP.** Sex Differences in the Risk of Schizophrenia: Evidence from Meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, **2003**, 60(6):565-71
5. **Anlar L, Doğan S, Doğan O.** Sivas'ta Bir Psikiyatri Kliniğinden Taburcu Olan Hastaların Ruhsal Durumları, İşlevsellik Düzeyleri Ve İlgili Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2009**,10:293-300
6. **Arslan C.** Öfke ve öfkeyi ifade etme biçimlerinin, stresle başa çıkma ve kişiler arası problem çözme açısından incelenmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimler*,**2010**, 10(1): 7-43.
7. **Arslan G, Kabasakal Z.** Investigation of Relationships Between Attitudes of Parent and Problem Solving Skills of Adolescents. *International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic Spring*, **2013**; 8 (6): 33-42
8. **Arslantaş H, Adana F.** Şizofreninin Bakım Verenlerin Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011, 3:251- 277
9. **Atkinson J, Coia D, Gilmour H.** The Impact of Education Groups for People with Schizophrenia on Social Functioning and Quality of Life. *British Journal of Psychiatry*, **1996**, 168:199-204
10. **Aydemir Ö, Köroğlu E.** *Psikiyatride kullanılan ölçekler*. 7. Baskı, Hekimler yayın birliği, Ankara, **2014**, s. 449-451
11. **Aydın M, Çetin İlhan B, Çalışır S, Selvi F, Kırac AS. ve ark.** Konya eğitim ve araştırma hastanesi psikiyatri kliniğinde psikoz hastaları ile grup psikoterapisi deneyimi. Poster çalışması. Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyhekim Psikiyatri Kliniği, Selçuklu, Konya, **2014**.
12. **Awad AG, Voruganti LN.** The Burden of Schizophrenia on Caregivers: a Review. *Pharmacoeconomics*, **2008**, 26 (2):149-162.
13. **Bag B.** Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Hemşirenin Rolü: İngiltere Örneği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **2012**, 4(4):465-485
14. **Bedel A, Arı R.** Kişiler Arası Sorun Çözme Beceri Eğitiminin Ergenlerin Yapıcı Problem Çözme ve Sürekli Öfke Düzeylerine Etkisi. *İlköğretim Online*. **2012**, 11 (2): 440-451.
15. **Belli H, Özçetin A, Ertem Ü, Alpay E, Bahçebağı T. ve ark.** Şizofreni Hastalarında Bazı Sosyodemografik Özellikler Ve Tedavi ile ilişkili Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2007**,8: 102-112
16. **Benton MK, Schroeder HE.** Social Skills Training with Schizophrenics: A Metaanalytical Evaluation. *J. Consult Clin Psychol*, **1990**, 58(6): 741-747.
17. **Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K.** Türkiye'de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistematik Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2011**, 22(1):40-52.
18. **Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Copestake S.** The Social Functioning Scale. The Development And Validation of e Nev Scale of Social Adjustment for Use in Family İntervetion Programmes with Schizophrenic Patients. *Br. J. Psychiatry*,**1990**,157:853-859
19. **Birol L.** *Hemşirelik süreci*. Genişletilmiş 5. Baskı, İzmir, **2002**, s.17
20. **Bottger PG, Yetton PW.** Improving Group Performance by Training in Individulal Problem Solving. *Journal of Applied Psychology*,**1987**, 2(4):651-657
21. **Boyd MA.** Psychiayric Nursing Contemporary Practice. 4th Ed.*Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams&Wilkins*, **2008**, China, s.46-55.
22. **Buchain PC, Vizzotto Barbosa AD, Neto JH, Elkis H.** Randomized controlled trial of occupational threpy in patients with treatment-resistant schizophrenia. *Rev. Bra.s Psiquiatr*,**2003**, 25:26-30.
23. **Büyükkıncı A,** Uğraş Terapisi (Ergoterapi). *Klinik Psikiyatri*,**2010**,13:137-42.
24. **Ceylan ME, Çetin M.** Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, (Ed.) Ceylan ME, Çetin M. *Şizofreni*. Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri a.ş., İstanbul, **2005**, s.83-123.
25. **Chambon O, Marie-Cardine M, Dazard A.** Social Skills Training for Chronic Psychotic Patient: a Frech study. *European Psychiatry*, **1996**,s.11:2:77-84

26. **Cheng S.K.** Life Stres, Problem Solving, Perfectionizm and Depressive Symptoms in Chinese. *Cognitive Therapy Research*, **2001**, 25:303-310.
27. **Chien WT, Chan SW, Morrissey J.** The Perceived Burden Among Chinese Family Caregivers of People with Schizophrenia. *J. Clin Nurs*, **2007**;16:1151-1161
28. **Chien WT, Norman I.** Educational Needs of Families Caring for Chinese Patients with Schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, **2003**, 44(5): 490-498.
29. **Clark R.** Hastalığın Gözden Geçirilmesi, Şizofreninin Yükü. *Drugs in Context*, **2004**, 1(1): 1-40.
30. **Clarke DE, Adamoski E, Joyce B.** Inpatient Group Psychotherapy: The Role of the Staff Nurse. *Journal of Psychosocial Nursing*, **1998**, 36(5): 98-103
31. **Cooke M, Peters E, Fannon D.** Insight, Distress and Coping Styles in Schizophrenia. *Schizophr Res.* **2007**, 94:12-22
32. **Corrigan PW, Schade ML.** *Social Skills Training.* Handbook of Psychiatric Rehabilitation. Liberman RP (Ed), Allyn and Bacon, **1992**, s.95-126
33. **Coşar B.** Şizofrenin Alt tipleri, *Şizofreni Dizisi*, **1998**, 1(1):29-34
34. **Çam O.** Ruh sağlığı ve hastalıklarına genel bakış. Ed. Çam O, Engin E. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı.* İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi; **2014.** s.5-19.
35. **Çam O, Dülgerler Ş.** Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliğinde tedavi edici temel araçlar: Ortam ve iletişim. Çam O, Engin E. (Ed.) *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı.* İstanbul Tıp Kitapevi, **2014**, s.411-425
36. **Çam O, Bilge A.** Türkiye’de Ruhsal Hastalığa/Hastaya Yönelik İnanç, Tutum ve Damgalama Süreci: Sistematik Derleme, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, **2013**,4(2):91-101
37. **Çam S, Tümkeya S.** Kişilerarası Problem Çözme Envanteri’nin (KPÇE) Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, **2007**, 28(3):96-104
38. **Çelik O.** Şizofrenik bozukluklarda sık hastane yatışlarını etkileyen faktörler, Uzmanlık tezi, İstanbul, **1997**.
39. **Danacı AE, Karaca N, Deveci A.** Şizofreni Hastalarında Aile İşlevselliği ile Sosyal İşlevsellik Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Türkiye’de Psikiyatri*, **2005**, 7(3):103-108.
40. **Danacı AE, Yurtsever F, Deveci A, Deniz F, Yüksel EG.** Şizofrenide Psikososyal Becerilerin Eğitiminin İlgörü, Yaşam Kalitesi ve İntihar Olasılığı Üzerine Etkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2008**, 19: 266-73.
41. **Danışık DN.** Ergenlerin sürekli öfke, öfke ifade tarzları ile problem çözme becerisi arasındaki ilişki. Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikolojik Danışmanlık Ve Rehberlik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Bolu, **2005**.
42. **Demirbağ E.** Depresyonun sağaltımında sorun çözme eğitiminin etkililiği. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, **2013**.
43. **Doğan O, Doğan S, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö ve ark.** Şizofrenide Psikososyal Yaklaşımlar: Ayaktan Hastalar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2002**, 3(2): 69-74.
44. **Doğan U.** Lise öğrencilerinin duygusal zeka düzeyleri problem çözme becerilerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. Muğla Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, **2009**, Muğla.
45. **Dünya Sağlık Örgütü.** The global burden of disease. **2006** güncellemesi. www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html. Erişim 06/09/16.
46. **Dünya Sağlık Örgütü.** Schizophrenia. **2013**. Erişim tarihi: 18.06.2016. http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/index.htm
47. **D’Zurilla TJ, Nezu AM, Maydeu-Olivares A.** Manual for the Social Problem Solving Inventory-revised (SPSI-R). *Multi-Health Systems.* North Tonawanda, **2002**.
48. **Ensari H, Gültekin BK, Karaman D, Koç A, Beşkardeş AF.** Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hizmetlerinin Şizofreni Hastalarındaki Yaşam Kalitesi, Yeti Yitimi, Genel ve Sosyal İşlevsellik Üzerine Etkisi: Bir Yıllık İzleme Sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2013**, 14:108-114.
49. **Erakay SY.** Şizofreni tanılı hastalarda sosyal işlevsellik ölçeği (SİÖ) Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İzmir, **2001**.
50. **Eroğlu E.** Ailenin çocuklarda problem çözme yeteneğinin gelişmesi üzerindeki etkisi (Adapazarı Örneği). Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi. Sakarya Üniversitesi, **2001**, Sakarya
51. **Erol A, Ünal EK, Aydın ET, Mete L.** Şizofrenide Sosyal İşlevselliği Yordayan Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2009**, 20(4):313-321.

52. **Erol A.** Şizofrenide klinik özellikler ve tanı ölçütleri, kullanılan ölçekler. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H (Ed.). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, **2007**, s.166- 95.
53. **Eryıldız D.** Gündüz hastanesi ve rehabilitasyon merkezi'ne devam eden kronik şizofreni hastaları ile bir rehabilitasyon programına katılmayan kronik şizofreni hastalarının işlevsellik ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılması. Uzmanlık tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, **2008**.
54. **Eskin M, Akoğlu A, Uygur B.** Ayaktan Tedavi Edilen Psikiyatri Hastalarında Travmatik Yaşam Olayları ve Sorun Çözme Becerileri: İntihar Davranışı ile İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2006**, 14(4): 266-275.
55. **Falloon IRH, Barbieri L, Boggiani, Lamonaca D.** Problem Solving Training for Schizophrenia: Rationale and Review. *Journal of Mental Health*,**2007**, 16 (5): 553-568.
56. **Falloon IRH.** Problem solving as a core strategy in the prevention of schizophrenia and other mental disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **2000**, 34: 185-190.
57. **Fehr SS.** Grup terapisine giriş. 1. Baskı. İstanbul: Sistem Yayıncılık; **2000**.
58. **Fidaner H.** Şizofreni Tanı ve Sınıflandırılma, *Şizofreni Dizisi*, **1998**, 1(1):17-22
59. **Gaite L, Vazquez-Barquere JL, Bora C, Ballesteros J, Schene A et al.** Beş Avrupa Ülkesinde Şizofrenisi Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi: EPSILON çalışması. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **2002**, 105(4): 283-292.
60. **Green MF.** What are the Functional Consequences of Neurocognitive Deficits in Schizophrenia? *Am J Psychiatry*,**1996**, 153:321-330.
61. **Greenberg JS, Seltzer MM, Krauss MW, Rita JA. et al.** The Effect of Quality of The Relationship Between Mothers and Adult Children With Schizophrenia, Autism or Down Syndrome on Maternal Well-Being: The Mediating Role of Optimism. *American Journal of Orthopsychiatry*, **2004**, 74(1):14-25.
62. **Goldman CR, Quinn FL.** Effects of Patient Education Programme in the Treatment of Schizophrenia, *Hospital and Community Psychiatry*,**1998**, 39(3):282-286
63. **Tuncer M, Demiralp M.** Psikososyal Beceriler. Öz F, Demiralp M. (Ed.)*Psikososyal Hemşirelik Genel Hasta Bakımı İçin*. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, **2014**, s.15-31
64. **Gönüllüoğlu N.** Şizofreni hastalarına verilen psikososyal beceri eğitiminin hastaların işlevsel iyileşme düzeylerine etkisi. Yüksek lisans tezi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, **2011**.
65. **Güdük M.** Şizofreni hastalarında zihin kuramı becerilerinin başa çıkma tutumları ve sosyal işlevsellik ile ilişkisi. Tıpta uzmanlık tezi, İstanbul, **2010**.
66. **Gülseren, L.** Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2002**, 13(2):143-151.
67. **Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı AE. ve ark.** Şizofrenide Ailenin Yükünü Etkileyen Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2010**, 21(3):203-212.
68. **Gümüş BA.** Şizofrenide Hasta Ve Ailelerinin Yaşadığı Güçlük, Psikoeğitim ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **2006**, 1:2
69. **Güneş D.** Şizofreni hastalarının yaşam kalitesinin ve sosyal işlevselliğinin objektif ve subjektif değerlendirilmesi. Tıpta uzmanlık tezi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, **2010**.
70. **Güney M.** Şizofreniler, *Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Ders Kitabı*, Antıp Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar, Ankara, **1996**, s.80-82
71. **Hassan S, Cino-Mars C, Sigman M.** Conflict in Group Therapy of Chronic Schizophrenics: Coping With Agression. *American Journal of Psychotherapy*, **2000**, 54(2):243-257.
72. **Heppner PP, Peterson CH.** The Development and Implications of a Personal Problem Solving Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, **1982**, 29: 66-75.
73. **Hofer A, Rettenbacher MA, Widschwendter CG, Kemler G, Hummer M. et al.** Correlates of Subjective and Functional Outcomes in Outpatient Clinic Attendees With Schizophrenia and Schizoaffective Disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*,**2006**, 256: 246-255.
74. **Işık E.Güncel Şizofreni.** 1. Baskı, Format Matbaacılık, Ankara, **2006**, s.18-62.
75. **Javed MA.** Gender and Schizophrenia. *Journal of Pakistan Medikal Association*, **2000**, 50(2):63-68.
76. **Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Abel MB, Oehlenschlaeger J. et al.** Integrated Treatment of Firstepisode Psychosis: Effect of Treatment on Family Burden: OPUS trial. *Br J Psychiatry*, **2005**, 48:85-90

77. **Karabulut OE, Ulucan H.** Yetiştirme Yurdunda Kalan Öğrencilerin Problem Çözme Becerilerinin Çeşitli Değişkenler Bakımından İncelenmesi (Kırşehir İli Örneği). *Ahi Evran Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, **2011**, 12 (1): 227-238
78. **Kavak F.** Kendi evlerinde yaşayan ve korumalı evlerde yaşayan şizofreni hastalarının yaşam niteliklerinin ve işlevsel iyileşme düzeylerinin karşılaştırılması. Yüksek lisans tezi. **2011**.
79. **Kaya Y.** Şizofreni hastalarının sosyal işlevsellikleri ve hastalara bakım veren yakınlarının bakım yükü. Yüksek lisans tezi, Ankara, **2013**.
80. **Kırpınar İ.** Erzurum İlinde Ruhsal Bozukluklar Nedeni ile Tıp Dışı Kişilere Başvuru Davranışı Üzerine Bir Araştırma. 16. Ulusal Psikiyatri Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Yayınlar Kitabı, İzmir, **1990**, 2. Cilt, s.497-505
81. **Kıvılcım R.** The explanatory relationship among self-esteem, problem solving, ways of coping, social support and suicidal ideation of patients with schizophrenia, Master of science, Middle East Technical University, Ankara, **2011**.
82. **Köroğlu E, Güleç C.** *Psikiyatri Temel Kitabı*. Şizofreni. Hekimler yayın birliği, 2. Baskı, Ankara, **2007**, s.338-341.
83. **Köroğlu E.** *Psikiyatri Elkitabı*. Hekimler yayın birliği, 4.Baskı, Ankara, **2011**, s.52-56.
84. **Köroğlu E,** DSM-5 Tanı Odaklı Klinik Psikiyatri. Ed. 2. Baskı. Ankara: HBY Basım Yayın; **2015**
85. **Kum N.** Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. İstanbul: Vehbi Koç Yayınları, **2000**
86. **Lachler MD, Roder V, Osterhausen KV.** Changes in Different Areas of Functioning in Schizophrenia Patients Treated with Social Skills Training. *Schizophrenia Research*, **2003**, 60(1):324.
87. **Leung A, Chue P.** Sex Differences in Schizophrenia, a Review of the Literature. *Acta Psychiatr Scand*, **2000**, 59:165-72.
88. **Lieberman LP, Derisi W, Mueser KT.** Social Skills Training for Psychiatric Patients. *Allyn and Bacon*. Boston, MA. **1989**.
89. **Lieberman LP, Wallace CJ, Blackwell G.** Innovations İn Skills Training for the Seriously Mentally İll: The UCLA Social and Independent Living Skills modules. *Inn Res*, **1993**, s.2: 43-60.
90. **Lieberman RP.** Yeti yitiminden iyileşmeye: Psikiyatrik İyileştirim Elkitabı. Çeviri: Yıldız M. Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği, **2011**, Ankara
91. **Lindenmayer JP, McGurk SR, Khan A, Kaushik S, Thanju A et al.** Improving Social Cognition in Schizophrenia: a Pilot Intervention Combining Computerized Social Cognition Training with Cognitive Remediation. *Schizophrenia Bulletin*, **2013**, s.39: 507-17.
92. **Maner F. Kayatekin ZE. Abay E. Saygılı S. Şener Aİ.** Psikiyatrik Hastalıklar ve Suç. *Düşünen Adam Dergisi*, **1991**, 4:1
93. **March D, Hatch SL, Morgan C et al.** Psychosis and place. *Epidemiol Review*. **2008**, 30:84-100.
94. **McFarland GK, Thomas MD.** Psychiatric Mental Health Nursing Application of The Nursing Process. *J.B.Lippincott Company*,**1991**, 841-857
95. **McGrath JJ.** Myths and Plain Truths About Schizophrenia Epidemiology-the NAPE lecture, *Acta Psychiatr Scand*, **2005**,111(1):4-11
96. **McNab C, Haslam N, Burnett P.** Expressed Emotion, Attributions, Utility Beliefs, and Distress in Parents of Young People with First Episode Psychosis. *Psychiatry Research*, **2007**, 151:97-106.
97. **Medalia A, Hanni D, Gans SW.** Treating Problem-Solving Deficits on An Acute Care Psychiatric İnpatient Unit. *Psychiatry Research*, **2000**, 97: 79-88.
98. **Meltzer HY.** International Suicide Prevention Trial Study Group. Clozapine Treatment For Suicidality in Schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Archives of General Psychiatry*, **2003**, s.60(1):82-91.
99. **Milev P, Ho BC, Arndt S, Andreasen NC.** Predictive Values of Neurocognition and Negative Symptoms on Functional Outcome in Schizophrenia: a Longitudinal First episode Study with 7-Year Follow-Up. *Am J Psychiatry*, **2005**, 162:495-506.
100. **Miller J.** Problem-solving Treatment. *Nursing Times*, **1989**, 85(17): 45-47.
101. **Moran M, Lawlor B.** Late Life Schizophrenia. *Psychiatry*, **2005**, 4: 51-55.
102. **Mueser KT, Bond GR, Drake RE.** Community-Based Treatment of Schizophrenia and Other Severe Mental Disorders: Treatment Outcomes, *Medscape General Medicine* ,**2001**, 3(1)
103. **Nasrallah HA, Smeltzer DJ.** *Şizofreni Güncel Tanı ve Tedavi Kitabı*, Tekin B.(Ed.) 1. Baskı, AND Yayıncılık, Ankara, **2005**.
104. **Neziroğlu G.** Ruminasyon, yaşantısal kaçınma ve problem çözme becerileri ile depresif belirtiler arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Yüksek lisans tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalı, Ankara, **2010**.

105. **Öz YC, Ünsal Barlas G.** Şizofrenili Bireylerde İstihdamın Önemi. Derleme çalışması. *G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN*, 2017, 3(Ek sayı):46-50
106. **Öztürk MO.** *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2004, s.217-279
107. **Öztürk MO, Uluşahin A.** *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Kitabı* 1. Cilt. Yenilenmiş 11. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2011, s.1-16.
108. **Özdamar K.** *SPSS ile Biyoistatistik*. Yenilenmiş 9. Baskı, Nisan kitabevi, Ankara, 2013.
109. **Özdemir İ, Şafak Y, Örsel S, Karaoğlan Kahiloğulları A, Karadağ H.** Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Şizofreni Hastalarına Uygulanan Ruhsal-Toplumsal Uyumlandırma Etkinliğinin Araştırılması: Kontrollü Çalışma. *Anadolu Psikiyatri Derisi*, 2017, 18(5):419-427
110. **Prasko J, Vrbova K, Latalova K, Mainerova B.** Psychoeducation for Psychotic Patients. *Journal Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*, 2011, 155 (4): 385-396.
111. **Racenstein JM, Harrow M, Reed R, Martin E, Herbener E, Penn DL.** The Relationship Between Positive Symptoms and Instrumental Work Functioning in Schizophrenia: A 10 year follow-up study. *Schizophr Res*, 2002, 56: 95-103..
112. **Razali SM, Hasanah Cİ, Khan UA, Subramanian M.** Psycosocial Interventions for Schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 2000, 9(3)283-290.
113. **Revhaim N, Medalia A.** Verbal Memory, Problem-solving Skills and Community Status in Schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 2004, 68: 149-158.
114. **Roder V, Brenner HD, Müller D ve ark.** Development of Specific Social Skills Training Programmes for Schizophrenia Patients: Result of a Multicentre Study. *Acta Psychiatr Scand*, 2002, 105:363-371.
115. **Sadock BJ, Sadock V, Kaplan & Sadock's** *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Aydın H, Bozkurt A.(Ed.) 8. Baskı, Güneş Kitabevi, Ankara, 2007, Cilt 2, s.1329-1512.
116. **Sağlık Bakanlığı (2006)** Türkiye hastalık yükü çalışması2004. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.
117. **Saha S, Chant D, Welham J ve ark.** A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med*, 2005 2: e141.
118. **Saka MC, Atbaşoğlu EC.** *Şizofreni Epidemiyolojisi, Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar*. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H. Ed. Türkiye Psikiyatri Derneği Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi No.6, 2007, s.18
119. **Saraswat N, Rao K, Subbakrishna DK, Gangadhar BN.** The Social Occupational Functioning Scale (SOFS): a Brief Measure of Functional Status in Persons with Schizophrenia. *Schizophr Res*.2006, 81: 301-309.
120. **Sarıçay KK, Toker Uğurlu T, Kalkan NO.** Psikiyatri hastaları ile uğraş çalışmaları deneyimi. Poster bildirim. Pamukkale Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Denizli, 2012.
121. **Schooler NR.** Relapse Prevention and Recovery in the Treatment of Schizophrenia. *J.Clin Psychiatry*, 2006, 67(1):19-23.
122. **Seçer İ.** *SPSS VE LISREL ile Pratik Veri Analizi*. Anı yayınları, Ankara, 2013.
123. **Sevi MO.** Şizofrenide grup psikoterapisi: bilişsel ve davranışçı tekniklerin etkililiğinin karşılaştırılması. Yüksek lisans tezi. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı. İzmir.2014.
124. **Sevinçok L.** Şizofreni Etiyolojisinde Psikososyal Nedenler. *Şizofreni Dizisi*, 2000, 15: 5-10.
125. **Sevindik CS, Özer AÖ, Kolat U, Önem R.** Major Depresif Bozukluğu veya Psikotik Bozukluğu Bulunan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma ve İşlevsellik Üzerine Etkisi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 2014, Cilt: 48, Sayı: 3 sayfa:204
126. **Sezgin E.** Problem çözme becerisi ölçeğinin geliştirilmesi. Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Programları Anabilim Dalı, Eğitimde Program Geliştirme Bilim Dalı, Yüksek lisans tezi, Ankara, 2011.
127. **Söğütlü L.** Toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına psikososyal beceri eğitimi uygulanması ve sonuçları. Uzmanlık Tezi. 2014, İstanbul
128. **Stanghellini G, Ballerini M.** Şizofreni Hastalarında B Ölçütü (Sosyal İşlev Bozukluğu): Bir Bulmaca. *Curr Opin Psychiatry*, 2008, s.4(1):14-21.
129. **Stuart G.** Principles and Practicice of Psychiatric Nursing.8'th Edition, China, 2001.
130. **Sungur MZ, Yalnız Ö.** Şizofreni Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Yaklaşımlar. *Klinik psikiyatri*, 1999, 2:160-166.
131. **Şahin NH, Heppner PP.** Psychometric Properties of the Problem Solving Inventory in a Group of Turkish university students. *Cognitive Therapy and Research*, 1993, 17(4):379-396.

132. **Şendur İ, Karagöz N, Sarıçay K, Toker Uğurlu T, Sözeri Varma G. ve ark.** Psikoz hasta grubu: İki Yıllık Uğraşı Grubu Deneyimi. Poster çalışması. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, **2009**, Denizli.
133. **Şenol S.** Erken Başlangıçlı Şizofreni. Candansayar S.(Ed.). *Neden Nasıl Şizofreni*. **2005**, Ankara, Şen Matbaa, s.35-62
134. **Taktak Ş, Erkıran M, Karşıdağ Ç, Özeren M, Alpay N.** Şizofren Olgularda Aile İşlevselliğinin Algılanması, Sosyo-demografik ve Klinik Özelliklerle İlişkisi Üzerine Bir Çalışma. *Düşünen Adam*, **2000**,13(4), 196-203.
135. **Tambağ H.** Öğrencilerin Problem Çözme Ve İletişim Becerilerine Kendini Tanıma Ve İletişim Yönetimi Dersi'nin Etkisi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, **2017**, 41:152-161
136. **Tarrier N.** Are Some Types of Psychotic Symptoms More Responsive to Cognitive-Behaviour Therapy? *Behav Cogn Psychother*, **2000**, 29:45-55
137. **Tarrier N, Sharpe L, Beckett R, Harwood, SA.** A Trial of Two Cognitive Behavioural Methods of Treating Drug-Resistant Psychotic Symptoms in Schizophrenic Patients: II. Treatment Specific Changes in Coping and Problemsolving Skills. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **1993**, 28 (1):5-10
138. **Tatlıdil E.** Şizofreni tanımlı hastalarda semptomatolojinin sosyal işlevsellik üzerine etkisi. Uzmanlık tezi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, **2008**.
139. **Taylan S.** Heppner'in problem çözme envanterinin uyarlama, güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları. Yayımlanmamış Yüksek lisans tezi. A.U. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, **1990**.
140. **Tekeli ŞG.** Lise son sınıf öğrencileri ile üniversite öğrencileri arasında bir karşılaştırma: Akademik benlik yeterliği, denetim odağı, stresle başa çıkma ve problem çözme becerisi. A. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora tezi, Ankara, **2010**
141. **Tel H, Doğan S, Özkan B, Çoban S.** Hasta Yakınlarına Göre Kronik Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Uyumu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, **2010**,1(1); 7-12,
142. **Tetik S. ve Açıkgöz A.** Duygusal Zeka Düzeyinin Problem Çözme Becerisi Üzerindeki Etkisi: Meslek Yüksekokulu Öğrencileri Üzerine Bir Uygulama. *Electronic Journal of Vocational Colleges*. UMYOS Özel Sayı. **2013**, 87-97.
143. **T.C. Sağlık Bakanlığı.** (2011). Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge. Erişim:<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/112038/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-hakkinda-yonerge.html>. Erişim Tarihi: 15/06/2017.
144. **T.C. Sağlık Bakanlığı.** Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara, Erişim:<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1.../h/ulusal-ruh-sagligi-eylem-planı.pdf>. Erişim Tarihi:01.07.2017.
145. **T.C. Sağlık Bakanlığı** Türk Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK). TRSM mevzuat. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı. **2014**. Erişim: <https://www.tkhk.gov.tr/DB/9/2743-ruh-sagligi-birimi-i> Erişim Tarihi:09/07/2017.
146. **Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu.** http://khgm.saglik.gov.tr/DB/6/1789_toplum-ruh-sagligi-m Erişim Tarihi: 09.10.2016
147. **Trigoboff E.** Cognitive and behavioral interventions. Kneisl CR, Wilson HS Trigoboff E. (Ed.). *Contemporary psychiatric-mental health nursing*, **2004**, s.707-723
148. **Uğurlu N.** Şizofreni tanısı konan hastalarda bir işte çalışmanın ve derneğe üye olmanın işlevsel iyileşme, tedaviye uyum ve stresli durumlara baş etme üzerine etkisi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara, **2011**.
149. **Uzunoğlu H, Demir K.** Okul Öncesi Öğretmenlerinin, Problem Çözme Becerilerinin Epistemolojik İnançları, Yaratıcılık Düzeyleri ve Düşünme Stilleri ile İlişkisinin İncelenmesi. *Journal of Teacher Education and Educators*, **2014**, 3:167-184
150. **Üçok A, Ath H, Çetinkaya Z, Kandemir PE.** Şizofreni Hastalarında Bütüncül Yaklaşımlı Grup Tedavisinin Yaşam Kalitesine Etkisi: Bir Yıllık Uygulama Sonuçları. *Nöropsikiyatri Arşivi*, **2002**, 39(2-3-4): 113-118.
151. **Üçok A.** Şizofrenide psikososyal tedaviler: Şizofreni hastaları için bütüncül yaklaşımli grup tedavisi. PAREM. İstanbul Kutu Grafik. **2007**
152. **Ünüvar A.** Çok yönlü algılanan sosyal desteğin 15-18 yaş arası lise öğrencilerinin problem çözme becerisine ve benlik saygısına etkisi. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Eğitimde Psikolojik Hizmetler Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya, **2003**.
153. **Ünsal BG.** Kronik Şizofren Hastalarda Psikososyal Beceri Eğitiminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, **2004**.

154. **Ünsal BG, Can DÖ, Şahin EHK, Şahin Ş, Şimşek E.** Kırıkkale Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde Takip Edilen Şizofreni Hastalarının Değerlendirilmesi. *KÜ Tıp Fak Dergisi*, **2014**, 16(2): 15-9.
155. **Videbeck SL.** Psychiatric Mental Health Nursing. 2nd ed., Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, **2004**, 3-15.
156. **Vural ED.** Okul öncesi öğretmen adaylarının duygusal zekaları ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *e-Journal of New World Sciences Academy*. **2010**, 5 (3): 972-980.
157. **World Health Organization.** WHO Basic documents, 143rd ed. Geneva, World Health Organization, **2001**.
158. **Worley NK.** *Mental health nursing in the community: Mosby Year Book*, United States of America **1997**, s.33-34
159. **Yanık M.** Türkiye ruh sağlığı sistemi üzerine değerlendirme ve öneriler, ruh sağlığı eylem planı önerisi. *Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar*. **2007**, (özel sayı):16-20.
160. **Yıldırım A, Ekinci M.** Ruhsal eğitimin şizofreni hastalarının ailelerinin aile işlevleri, hastaların sosyal destek düzeyleri ve tedaviye uyum üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2010**, 11:195-205.
161. **Yıldız M, Yazıcı A, Ünal S.** Şizofreninin Ruhsal-Toplumsal Tedavisinde Sosyal Beceri Eğitimi; Belirtilerle Başetme ve İlaç Tedavisi Yaklaşımının Türkiye'de Çok Merkezli Bir Uygulaması. *Türk Psikiyatri Dergisi*; **2002**, 13(1):41-47
162. **Yıldız M, Tural Ü, Kurdoğlu S.** Şizofreni Rehabilitasyonunda Aile ve Gönüllülerle Yürütülen Bir Kulüp-Ev Denemesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2003**, 14(4): 281-287
163. **Yıldız M, Veznedaroğlu B, Eryavuz A, Kayahan B.** Şizofreni tedavisinde ruhsal ve toplumsal beceri eğitiminin toplumsal işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerine etkisi: Kontrollü bir çalışma. 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Kuşadası, 28 Eylül – 03 Ekim, **2004**, s.477-480.
164. **Yıldız M.** Şizofreni Hastaları İçin Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği, İstanbul, **2011**.
165. **Yıldız M.** Şizofrenide Ruhsal ve Toplumsal Tedavi Girişimleri. İçinde: Biyolojik Psikiyatri, Ed. Ceylan ME, Çetin M, 1. cilt: *Şizofreni*, 3. baskı, İstanbul, **2005**, s.1403-1413
166. **Yıldız Ö.** Bilişsel Rehabilitasyonun şizofreni tanılı hastaların tedavisindeki etkinliği ve psikososyal işlevsellik üzerindeki etkisi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi. **2009**
167. **Yılmaz E.** Şizofreni hastalarında farkındalık temelli psikososyal beceri eğitiminin işlevsel iyileşme ve içgörü düzeyine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, **2006**.
168. **Yüksel N.** *Ruhsal Hastalıklar*. Akademisyen tıp kitap evi, Ankara, **2014**, s.324-325.
169. **Zanello A, Perrig L, Huguelet P.** Cognitive Functions Related to İnterpersonal Problem-solving Skills in Schizophrenic Patients Compared with Healthy Subjects. *Psychiatry Researc.* **2006**, s.142:67-78.
170. **Zhang M, He Y, Gittelman M, Wong Z, Yan H.** Group Psychoeducation of Relatives of Schizophrenic Patients: two-year Experiences. *Psychiatry Clin Neurosci*. **1998**, 52(Suppl):344-7.

EK 1.

T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
TIBBİ ETİK KURULU

Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur / (Rıza) Formu

Araştırmanın Konusu	: Şizofreni Hastalarında Sosyal İşlevsellik ve Problem Çözme Düzeyleri
Araştırmanın Amacı	: “Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellik ile Problem Çözme Düzeylerinin Belirlenmesi”
Araştırmaya Katılma Süresi	: 50-60/dk
Araştırmaya Katılacak Yaklaşık Gönüllü Sayısı:	180

Araştırmacının Açıklaması

Sayın Katılımcı

Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde tedavisine devam edilen şizofreni hastalarında sosyal işlevsellik ve problem çözme düzeylerini belirlemeye yönelik bir araştırma yapmaktayım. Araştırmanın ismi “Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki Şizofreni Hastalarında Sosyal İşlevsellik ile Problem Çözme Düzeylerinin Belirlenmesi”dir. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyorum. Ancak hemen söyleyeyim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyorum. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememin nedeni, Sosyal İşlevsellik ile Problem Çözme arasındaki ilişkiyi ortaya çıkararak toplum ruh sağlığı merkezlerinde verilen hizmetin kalitesinin artması, sağlıklı ve güvenli hale getirilmesi sizin iyilik halinizin devamının sağlanması açısından oldukça önemlidir. Bu bakımdan çalışmamızın bu alandaki hemşirelik hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesinde rehber olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle araştırmaya katılmanızın sizin yaşam kalitenize katkı sağlayacağını düşünmemdir.

Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda öncelikle size ilişkin bazı sorular soracağım. Daha sonra size sosyal işlevsellik ve problem çözme düzeylerinizi belirlemeye yönelik 7 alt sorudan ve 35 sorudan oluşan iki ölçek vereceğim. Size ilişkin sorular ve ölçeklerin doldurulması yaklaşık 50-60dk. sürecektir.

Şunu bilmeniz gerekir ki çalışma sonunda elde edilen bilgiler, kimliğiniz belirtilmeden ancak bilimsel nitelikteki çalışmalarda kullanılacaktır, tüm bu bilgiler başka bir amaç için kullanılmayacaktır ve başkalarına verilmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde toplum ruh sağlığı merkezi koşullarınızda hiçbir değişiklik olmayacak aynı hizmeti almaya devam edeceksiniz. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında da ayrılma hakkına sahipsiniz.

Şimdiden vereceğiniz samimi yanıtlar, paylaşımlarınız, işbirliğiniz ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

Adres: MKÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Antakya
Tel: 0326 2455774
e-mail: ebrukarakurt834@gmail.com

EK 1. Devamı

Katılımcının Beyanı

Sayın Ebru KARAKURT tarafından Gaziantep Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli bilgi verildi. Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim. Ayrıca toplum ruh sağlığı hizmeti alma koşullarımda hiçbir değişiklik olmamak koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, araştırmacı Ebru KARAKURT’u 0326 2455774 no’lu telefondan ve Mustafa Kemal Üniversitesi Hatay Sağlık Bilimleri Enstitüsü’den arayabileceğimi biliyorum.

Yukarıdaki, araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bana, tanık huzurunda aşağıda konusu belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılmama hakkımın olduğunu, araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğum gibi kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza
Bilgi Verebilecek Kişi:	
VELİ, VASİ VEYA VEKİL (18 yaşından küçük olanlar için)	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza:
Yakınlığı:	
ARAŞTIRMACI	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza
GEREKTİĞİNDE GÖNÜLLÜ VEYA YAKINININ BAŞVURABİLECEĞİ KİŞİ:	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza
TANIK:	
Adı Soyadı: Görevi: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza

NOT: Bu belge dört örnek halinde hazırlanacak, birer örnek araştırmacı, gönüllü, tanık ve kurum tarafından saklanacaktır.

EK 2.**TANITICI BİLGİ FORMU**

- 1.Yaş : ()
- 2.Cinsiyet: Kadın () Erkek ()
- 3.Medeni Durum:
Bekâr () Evli () Diğer ()
- 4.Çocuğunuz var mı ?
Evet()Evet ise sayısı Hayır ()
- 5.Öğrenim durumunuz
İlkokul+Okur yazar () Ortaokul () Lise ve üzeri ()
6. Mesleğiniz nedir ?
7. Şu anda bir işte çalışıyor musunuz?
Evet () Hayır ()
- 8.Daha önce çalıştınız mı?
Evet() Evet ise süre belirtiniz Hayır ()
9. Aylık geliriniz ne kadardır?
10. Şu anda yaşadığınız şehir/ kasaba:
11. Kiminle yaşıyorsunuz?
Aile ve Akraba () Yalnız ()
12. Ailenizin öğrenim durumu:
Anne: Yok () Baba: Yok ()
İlkokul () İlkokul ()
Ortaokul ve üzeri () Ortaokul ve üzeri ()
13. Hastalığınızın başlama tarihi ve süresi nedir?
14. Hastalığınız için kaç yıldır tedavi alıyorsunuz?
15. Tıp dışı kişilere (hacı-hoca) başvurduğunuz mu?
Evet() Belirtiniz? Hayır ()
16. Hangi tedavi yöntemlerini denediniz ?
İlaç () İlaç+geleneksel+yoga ()
17. Hangi tedavi yöntemini ne kadar süre ile kullanıyorsunuz ? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
İlaç Kullanımı () ne kadar süre
Bireysel Terapi () ne kadar süre
Grup Terapisi () ne kadar süre
Aile Toplantısı () ne kadar süre
18. Hastalığınız nedeniyle tedavi olmak için hastaneye yattınız mı?
Evet () Evet ise kaç kez yattınız? Hayır ()
- 19.Toplum Ruh Sağlığı Merkezine ne zaman kayıt oldunuz?.....
- 20.Toplum Ruh Sağlığı Merkezine hangi zaman aralıkları ile geliyorsunuz?
Her gün ()
Haftada üç gün ()
Haftada bir gün ()
Ayda bir gün () Ayda iki gün ()
21. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde şizofreni hastaları için verilen ruhsal toplumsal beceri eğitimini aldınız mı?
Evet () Evet ise süre belirtiniz? Hayır ()

EK 3.

SOSYAL İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ

SOSYAL UĞRAŞI/SOSYAL ÇEKİLME

1. Her gün kaçta kalkıyorsunuz?

Hafta içi ortalama

Hafta sonu ortalama.....

(eğer farklıysa)

2. Günün kaç saatini yalnız geçiriyorsunuz?

Örn. odada tek başına,
tek başına dolaşarak,
radyo dinleyerek ya da televizyon izleyerek vb.
Lütfen kutulardan birini işaretleyin:

Tek başına geçirdiğiniz saatler

0-3 Tek başına geçirdiği süre çok az

3-6 Zamanın bir kısmı

6-9 Zamanın önemli bir kısmı

9-12 Zamanın büyük bir kısmı

12 Hemen hemen zamanın hepsi

3. Evde ne kadar sıklıkla bir sohbeti başlatıyorsunuz?

Hemen hemen hiç / Nadiren / Bazen / Sık sık

4. Evden ne sıklıkta çıkıyorsunuz?

Hemen hemen hiç / Nadiren / Bazen / Sık sık

5. Yabancıların varlığına nasıl tepki gösterirsiniz?

Onlardan kaçınma

Huzursuz olma

Onları kabul etme

Onlardan hoşlanma

KİŞİLERARASI İŞLEVSELLİK

1. Şu anda kaç arkadaşınız var?

(düzenli olarak görüştüğü, birlikte etkinliklerde bulunduğu vb.)

.....

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

Evet Hayır

3. Anlamli veya mantıklı konuşmayı ne sıklıkta başarıyorsunuz?

Hemen hemen hiç

Nadiren

Bazen

Sık sık

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

Çok kolay

- Oldukça kolay
- Orta
- Oldukça zor
- Çok zor

SOSYAL ETKİNLİKLER

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

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Müzik aleti çalma				
Dikiş-nakış, örgü				
Bahçe işleri				
Okuma				
Televizyon izleme				
Teyp ya da radyo dinleme				
Yemek pişirme				
Kendi başına yapılan etkinlikler (resim, maket yapma)				
Tamir işleri (araba, bisiklet, ev)				
Yürüyüş, dolaşma				
Spor yapmak				
Araba kullanma, bisiklete binme				
Hobi (örn: koleksiyon yapma)				
Alışveriş yapma				
Sanatsal etkinlikler (el sanatları, resim yapma)				
Sinema/ Tiyatro/ Sergi				
Dini etkinliklere katılmak				

BOŞ ZAMANLARI DEĞERLENDİRME

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

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

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ – YETKİNLİK

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

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

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ – PERFORMANS

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

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

İŞ / MESLEK

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

1. EĞER YANITINIZ EVETSE: Ne tür bir iş?.....

Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?.....

Ne zamandır bu işte çalışıyorsunuz?.....

2. EĞER YANITINIZ HAYIRSA: En son ne zaman bir işte çalıştınız?

.....

Ne tür bir işti?.....

Haftada kaç saat çalışırdınız?.....

- Özürlü olduğunuza ilişkin bir belge verildi mi? Evet Hayır
- Ayaktan tedavi için hastaneye gidiyor musunuz? Evet Hayır
- Herhangi bir işte çalışabileceğinizi düşünüyor musunuz?

Kesinlikle evet

Zorlanırım

Kesinlikle hayır

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

Hemen hemen hiç

Nadiren

Bazen

Sık sık

EK 4.

PROBLEM ÇÖZME ENVANTERİ

Bu envanterin amacı, günlük yaşantınızdaki problemlerinize genel olarak nasıl tepki gösterdiğinizizi belirlemeye çalışmaktır. Sözü ettiğimiz bu problemler, kendini karamsar hissetme, arkadaşlar ile geçinememe, bir mesleğe yönelme konusunda yaşanan belirsizlikler ya da karar verilmesi zor konularda ve hepimizin başına gelebilecek türden sorunlardır.

Lütfen aşağıdaki maddeleri elinizden geldiğince samimiyetle ve bu tür sorunlarla karşılaştığınızda tipik olarak nasıl davrandığınızı göz önünde bulundurarak cevaplandırın. Cevaplarınızı, bu tür problemlerin nasıl çözülmesi gerektiğini düşünerek değil, böyle sorunlarla karşılaştığınızda **gerçekten ne yaptığınızı** düşünerek vermeniz gerekmektedir. Bunu yapabilmek için kolay bir yol olarak her soru için kendinize şu soruyu sorun:

“ Burada sözü edilen davranışı ben ne sıklıkla yaparım? ”

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:

1. Her zaman böyle davranırım. 4. Arada sırada böyle davranırım.
2. Çoğunlukla böyle davranırım. 5. Ender olarak böyle davranırım.
3. Sık sık böyle davranırım. 6. Hiçbir zaman böyle davranmam.

	Her Zaman	Hiçbir Zaman
1. Bir sorunumu çözmek için kullandığım çözüm yolları başarısız ise bunların neden başarısız olduğunu araştırmam.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
2. Zor bir sorunla karşılaştığımda ne olduğunu tam olarak belirleyebilmek için nasıl bilgi toplayacağımı uzun boylu düşünmem.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
3. Bir sorunumu çözmek için gösterdiğim ilk çabalar başarısız olursa o sorun ile başa çıkabileceğimden şüpheye düşerim.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
4. Bir sorunumu çözdükten sonra bu sorunu çözerken neyin işe yaradığını, neyin yaramadığını ayrıntılı olarak düşünmem.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
5. Sorunlarımı çözme konusunda genellikle yaratıcı ve etkili çözümler üretebilirim.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
6. Bir sorunumu çözmek için belli bir yolu denedikten sonra durur ve ortaya çıkan sonuç ile olması gerektiğini düşündüğüm sonucu karşılaştırırım.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
7. Bir sorunum olduğunda onu çözebilmek için başvurabileceğim yolların hepsini düşünmeye çalışırım.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
8. Bir sorunla karşılaştığımda neler hissettiğimi anlamak için duygularımı incelerim.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
9. Bir sorun kafamı karıştırdığında duygu ve düşüncelerimi somut ve açık –seçik terimlerle ifade etmeye uğraşmam.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
10. Başlangıçta çözümünü fark etmesem de sorunlarımın çoğunu çözme yeteneğim vardır.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
11. Karşılaştığım sorunların çoğu, çözebileceğimden daha zor ve karmaşıktır.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
12. Genellikle kendimle ilgili kararları verebilirim ve bu kararlardan hoşnut olurum.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	
13. Bir sorunla karşılaştığımda onu çözmek için genellikle aklıma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	

gelen ilk yolu izlerim.	
14. Bazen durup sorunlarım üzerinde düşünmek yerine gelişigüzel sürüklenip giderim.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
15. Bir sorunla ilgili olası bir çözüm yolu üzerinde karar vermeye çalışırken seçeneklerimin başarı olasılığını tek tek değerlendirmem.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
16. Bir sorunla karşılaştığımda, başka konuya geçmeden önce durur ve o sorun üzerinde düşünürüm.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
17. Genellikle aklıma ilk gelen fikir doğrultusunda hareket ederim.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
18. Bir karar vermeye çalışırken her seçeneğin sonuçlarını ölçer, tarar, birbirleriyle karşılaştırır, sonra karar veririm.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
19. Bir sorunumu çözmek üzere plan yaparken o planı yürütebileceğime güvenirim.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
20. Belli bir çözüm planını uygulamaya koymadan önce, nasıl bir sonuç vereceğini tahmin etmeye çalışırım.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
21. Bir soruna yönelik olası çözüm yollarını düşünürken çok fazla seçenek üretmem.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
22. Bir sorunumu çözmeye çalışırken sıklıkla kullandığım bir yöntem; daha önce başıma gelmiş benzer sorunları düşünmektir.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
23. Yeterince zamanım olur ve çaba gösterirsem karşılaştığım sorunların çoğunu çözebileceğime inanıyorum.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
24. Yeni bir durumla karşılaştığımda ortaya çıkabilecek sorunları çözebileceğime inancım vardır.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
25. Bazen bir sorunu çözmek için çabaladığım halde, bir türlü esas konuya giremediğim ve gereksiz ayrıntılarla uğraştığım duygusunu yaşarım.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
26. Ani kararlar verir ve sonra pişmanlık duyarım.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
27. Yeni ve zor sorunları çözebilme yeteneğine güveniyorum.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
28. Elimdeki seçenekleri karşılaştırırken ve karar verirken kullandığım sistematik bir yöntem vardır.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
29. Bir sorunla başa çıkma yollarını düşünürken çeşitli fikirleri birleştirmeye çalışmam.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
30. Bir sorunla karşılaştığımda bu sorunun çıkmasında katkısı olabilecek benim dışındaki etmenleri genellikle dikkate almam.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
31. Bir konuyla karşılaştığımda, ilk yaptığım şeylerden biri, durumu gözden geçirmek ve konuyla ilgili olabilecek her türlü bilgiyi dikkate almaktır.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
32. Bazen duygusal olarak öylesine etkilenirim ki, sorunumla başa çıkma yollarından pek çoğunu dikkate bile almam.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
33. Bir karar verdikten sonra, ortaya çıkan sonuç genellikle benim beklediğim sonuca uyar.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
34. Bir sorunla karşılaştığımda, o durumla başa çıkabileceğimden genellikle pek emin değilimdir.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
35. Bir sorunun farkına vardığımda, ilk yaptığım şeylerden biri, sorunun tam olarak ne olduğunu anlamaya çalışmaktır.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)

EK 5.





MKÜ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		"Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ndeki şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik ve problem çözme düzeylerinin belirlenmesi"	
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		30/06/2015/109	
ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	MKÜ TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
	AÇIK ADRESİ:	MKÜ Alahan Kampüsü Antakya HATAY	
	TELEFON	0326 245 51 14	
	FAKS	0326 245 51 14	
	E-POSTA	tipetik@gmail.com	

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd.Doç.Dr.Hatice TAMBAĞ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Anabilim Dalı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	MKÜ Hatay Sağlık Yüksekokulu			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLAR ARASI <input type="checkbox"/>	

EK 5'in devamı

MKÜ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		"Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ndeki şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik ve problem çözme düzeylerinin belirlenmesi"							
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		30/06/2015/109							
Yrd.Doç.Dr.Fatih SEFİL	Fizyoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E ✓	K □	E □	H ✓	E ✓	H □	
Av.Süleyman TENEKECİOĞLU	Hukuk	MKÜ Hukuk Müşavirliği	E ✓	K □	E □	H ✓	E □	H ✓	Katılmadı
Yusuf COŞKUN	Esnaf	Serbest Çalışan	E ✓	K □	E □	H ✓	E ✓	H □	
Osman ÖZKAN	Eğitimci	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı	E ✓	K □	E □	H ✓	E □	H ✓	
Murat EKENER	Kimyager	Serbest Çalışan	E ✓	K □	E □	H ✓	E ✓	H □	

*:Toplantıda Bulunma

EK 5'in devamı

MKÜ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ndeki şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik ve problem çözme düzeylerinin belirlenmesi"
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	30/06/2015/109

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	2015/100	1
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	ELAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONLUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:13	Tarih: 13/08/2015		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sorunca bulunmadığına toplantıda katılan etik kurul üye tarı sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	DOÇ.DR.NAZAN SAVAŞ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilgili		Katılım *		İmza
			E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Nazan SAVAŞ	Halk Sağlığı	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Cumali GÖKÇE	İç Hastalıkları	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Aydiner KALACI	Ortopedi ve Travmatoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Zafer YÖNDEN	Tıbbi Biyokimya	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İznil
Doç.Dr.Barçın ÖZER	Tıbbi Mikrobiyoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Neslihan PINAR	Tıbbi Farmakoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İznil

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı :Doç.Dr.Nazan SAVAŞ
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

EK 6.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Gaziantep İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 12815781 -010.07- 4084
Konu : Araştırma İzni

T.C TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ
KURUMU GAZİANTEP KHB GENEL
SEKRETERLİĞİ
KAYIT TARİHİ: 30.06.2015 09:13:00
TÜRÜ: GİDEN EVRAK
EVRAK NO: 14926
BİRİM ADI: TIBBİ HİZMETLER



MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

İlgi: 25.06.2015 tarih ve 8404 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ile Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Ebru KARAKURT un "Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellik ve Problem Çözme Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını 15 Ekim 2015 – 15 Haziran 2016 tarihleri arasında Dr. Ersin Devlet Hastanesi ve Şhitkamil Devlet Hastanesinin Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde tedavi gören hastalara anket ve envanter kullanarak yapabilmeleri hususunda Kurumumuzun görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Bahse konu olan araştırma izni kapsamında yapılması düşünülen tez çalışmasını öğrencinin bizzat kendilerinin yapması, araştırma sonuçlarının Genel Sekreterliğimize bildirilmesi ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumundan izin almadan yayınlanmaması kaydı ile araştırmanın yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç.Dr. İlyaz DENİZ
Genel Sekreter

Gaziantep İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Şhitkamil /GAZİANTEP
Telefon:(0342) 338 26 00 /1502 Fax:(0342) 323 39 79 Ayrıntılı bilgi için S.SEZGİN
Not: Lütfen yazımıza vereceğiniz cevapta tarih ve sayıyı belirtiniz.

EK 7.Ölçek İzinleri

Sosyal İşlevsellik Ölçeği Çelen Kutusu x

Ebru Karakurt 14.05.2015 ☆
İyi günler hocam, ben Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü H...

Serpil Erakay <serpilerakay@yahoo.com> 14.05.2015 ☆
Alıcı: bana ▾
Geçerlik ve güvenilirliğini yaptığım Sosyal İşlevsellik Ölçeği'ni kullanmanıza izin veriyorum. İyi çalışmalar.
Serpil Yaprak

[Yanıtlamak](#) veya [Yönlendirmek](#) için burayı tıklayın

15 GB'lık kotanın 0,29 GB'ı (%1) kullanılıyor [Yönet](#) [Sarılar - Gizlilik](#) Son hesap etkinliği: 5 gün önce [Ayrıntılar](#)

Yüksek Lisans Gelen Kutusu x

Ebru Karakurt <ebrukarakurt834@gmail.com> 6.07.2015 ☆
Alıcı: nesrinhislisah. ▾
İyi günler hocam, ben Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümünde Yüksek Lisans öğrencisiyim. Toplum Ruh Sağlığı konusunda planladığım tez konusu için geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız Problem Çözme Envanteri' nin soru ve değerlendirme kısmını incelemek ve tezimde kullanmak istiyorum. Gereğini arz ederim.

Nesrin Hisli Sahin <nesrinhislisahin@gmail.com> 8.09.2015 ☆
Alıcı: bana ▾
Sayın Karakurt,
Problem Çözme Becerileri Ölçeği'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak Ölçeğin orjinalinin Paul Heppner tarafından geliştirilmiş olduğunu ve o nedenle kendisine gereken referansın verilmesi gerektiğini de hatırlatmak isterim. Ayrıca, sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil, size gönderdiğim kopyasını, puanlama anahtarını ve ölçeğin ilk sayfasındaki kaynakçayı da kullanmanızdır. İlgili kaynakçayı da dijital ortamda olduğundan iletiyorum.

Serpil
serpilerakay@yahoo.com
[Ayrıntıları göster](#)

Nesrin Hisli Sahin
nesrinhislisahin@gm...
Son Yayın
The fastest and easiest Free Online YouTube Downloader. Download any videos from The Simplest YouTube Video ...
Herkesle açık olarak paylaşıldı - 13 gün önce
[+1](#)
[Ayrıntıları göster](#)

EK 8. Ek Çizelgeler

Ek Çizelge 1.Hastaların Cinsiyete Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Cinsiyet			
	Kadın (n=19) $\bar{X}\pm SS$	Erkek (n=131) $\bar{X}\pm SS$	*Z	p
SiÖ Alt Ölçekleri				
Sosyal Çekilme	9.84±1.57	9.96±2.04	-0.332	0.740
Kişiler Arası İşlevsellik	7.36±0.95	7.36±1.07	-1.214	0.225
Bağımsızlık-Performans	19.78±9.32	20.38±7.83	-0.458	0.647
Bağımsızlık-Yetkinlik	30.63±6.58	32.58±5.56	-1.145	0.252
Boş zamanları değerlendirme	18.10±4.84	18.79±5.01	-0.340	0.734
Sosyal etkinlikler	24.15±5.57	22.98±7.15	0.894	0.371
İş/Meslek	0.0± 0.00	0.75±1.87	-1.767	0.077
SiÖ Toplam	109.89±22.99	113.15±22.51	-0.537	0.591
PÇE Alt Ölçekleri				
Aceleci Yaklaşım	28.94±5.13	28.58±3.94	-0.235	0.814
Düşünen Yaklaşım	14.89±3.74	15.00±3.09	-0.242	0.809
Kaçıngan Yaklaşım	10.52±2.48	10.83±2.91	-0.302	0.762
Değerlendirici Yaklaşım	9.21±2.32	9.21±2.25	-0.183	0.855
Kendine Güvenli Yaklaşım	17.78±3.27	18.15±3.37	-0.292	0.770
Planlı Yaklaşım	12.21±3.67	11.6947±2.20	-0.559	0.576
PÇE Toplam	93.57±15.28	93.49±12.37	-0.416	0.678

*Mann-Whitney U

Ek Çizelge 2. Hastaların Medeni Durumlarına göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Medeni Durum				
	Bekar (n=73) $\bar{X}\pm SS$	Evli (n=52) $\bar{X}\pm SS$	Boşanmış (n=25) $\bar{X}\pm SS$	F	p
SiÖ Alt Ölçekleri					
Sosyal Çekilme	9.67±1.84	10.28±2.20	10.08±1.86	1.531	0.220
Kişiler Arası İşlevsellik	7.60±1.08	7.63 ±1.02	7.72±1.06	0.113	0.893
Bağımsızlık Performans	20.31±8.35	20.00±6.60	20.96±9.73	0.120	0.887
Bağımsızlık Yetkinlik	32.60±5.56	32.32±5.65	31.60±7.19	0.284	0.753
Boş zamanları değerlendirme	19.34±5.20	18.34±4.45	17.60±5.29	1.352	0.262
Sosyal etkinlikler	24.04±7.08	22.19±6.52	22.44±7.46	1.220	0.298
İş/Meslek	0.57±1.69	0.78±1.89	0.64±1.77	0.220	0.803
SiÖ Toplam	114.15±22.39	111.57±21.13	111.04±26.14	0.281	0.755
PÇE Alt Ölçekleri					
Aceleci Yaklaşım	28.84±4.17	27.90±3.65	29.52±4.63	1.521	0.222
Düşünen Yaklaşım	14.90±3.22	14.67±2.53	15.92±4.06	1.368	0.258
Kaçıngan Yaklaşım	10.57±2.75	10.51±2.59	12.04±3.40	2.909	0.058
Değerlendirici Yaklaşım	9.38±2.18	8.73±2.11	9.72±2.63	2.054	0.132
Kendine Güvenli Yaklaşım	17.98±2.89	17.71±3.47	19.28±4.16	1.958	0.145
Planlı Yaklaşım	11.58±2.12	11.86±2.68	12.04±2.77	0.392	0.677
PÇE Toplam	93.28±12.27	91.40±10.58	98.50±12.72	2.725	0.069

*One-way Anova

Ek Çizelge 3. Hastaların Çocuğun Olma Durumuna göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Çocuğunun Olma Durumu			
	Evet (n=71) $\bar{x}\pm SS$	Hayır (n=79) $\bar{x}\pm SS$	t	p
SiÖ Alt Ölçekleri				
Sosyal Çekilme	10.09±2.19	9.82±1.78	0.846	0.399
Kişiler Arası İşlevsellik	7.66±1.01	7.60±1.10	0.313	0.755
Bağımsızlık-Performans	20.28±7.46	20.34±8.51	-0.046	0.964
Bağımsızlık-Yetkinlik	32.16±5.88	32.49±5.58	-0.346	0.730
Boş zamanları değerlendirme	18.19±4.73	19.16±5.17	-1.188	0.237
Sosyal etkinlikler	21.98±7.05	24.16±6.77	-1.929	0.056
İş/Meslek	0.71±1.80	0.60±1.74	0.382	0.703
SiÖ Toplam	111.11±22.52	114.20±22.56	-0.838	0.403
PÇE Alt Ölçekleri				
Aceleci Yaklaşım	28.67±3.54	28.59±4.56	0.121	0.904
Düşünen Yaklaşım	15.00 ± 2.51	14.98±3.68	0.025	0.980
Kaçıngan Yaklaşım	10.92±2.75	10.68±2.95	0.526	0.600
Değerlendirici Yaklaşım	9.22±2.18	9.20±2.33	0.062	0.951
Kendine Güvenli Yaklaşım	18.25±3.43	17.97±3.30	0.506	0.613
Planlı Yaklaşım	11.87±2.64	11.65±2.23	0.539	0.590
PÇE Toplam	93.95±10.76	93.10±14.30	0.411	0.682

*Student t testi

Ek Çizelge 4. Hastaların Yaşadığı Yere Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Yaşadığı Yer			
	İl (n=142) $\bar{x}\pm SS$	İlçe (n=8) $\bar{x}\pm SS$	*Z	p
SiÖ Alt Ölçekleri				
Sosyal Çekilme	9.93±1.99	10.25±2.12	-0.605	0.545
Kişiler Arası İşlevsellik	7.64±1.03	7.50±1.51	-0.218	0.827
Bağımsızlık-Performans	7.50±1.51	22.12±6.31	-0.569	0.569
Bağımsızlık-Yetkinlik	32.38±5.63	31.62±7.40	-0.042	0.967
Boş zamanları değerlendirme	18.57±4.91	21.12±5.86	-1.203	0.229
Sosyal etkinlikler	22.80±6.84	28.87±7.19	-2.257	0.054
İş/Meslek	0.69±1.81	0.00±0.00	-1.101	0.271
SiÖ Toplam	112.24±22.22	121.50±27.42	-1.121	0.262
PÇE Alt Ölçekleri				
Aceleci Yaklaşım	28.67±4.14	27.87±3.27	-0.424	0.672
Düşünen Yaklaşım	14.96±3.20	15.50±2.72	-0.656	0.512
Kaçıngan Yaklaşım	10.80±2.88	10.75±2.43	-0.042	0.966
Değerlendirici Yaklaşım	9.17±2.29	9.87±1.45	-0.948	0.343
Kendine Güvenli Yaklaşım	18.07±3.36	18.75±3.45	-0.702	0.483
Planlı Yaklaşım	11.77±2.47	11.50±1.51	-0.308	0.758
PÇE Toplam	93.46±12.87	94.25±10.22	-0.276	0.782

*Mann Whitney U

Ek Çizelge 5. Hastaların Çocuk Sayısına Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Çocuk Sayısı (n=71)			
	1-3 (n=56) $\bar{x}\pm SS$	4 ve üzeri (n=15) $\bar{x}\pm SS$	*Z	p
SiÖ Alt Ölçekleri				
Sosyal Çekilme	10.00±2.14	10.37±2.47	-0.734	0.463
Kişiler Arası İşlevsellik	7.55±1.04	7.93±0.85	-1.196	0.232
Bağımsızlık-Performans	21.09±7.08	17.93±8.46	-1.247	0.213
Bağımsızlık-Yetkinlik	32.85±5.55	30.12±6.75	-1.586	0.113
Boş zamanları değerlendirme	18.57±4.42	17.31±5.66	-0.779	0.436
Sosyal etkinlikler	22.75±6.74	19.87±7.77	-1.344	0.179
İş/Meslek	0.85±1.94	0.31±1.25	-1.036	0.300
SiÖ Toplam	113.68±21.45	103.87±25.02	-1.367	0.175
PÇE Alt Ölçekleri				
Aceleci Yaklaşım	28.42±3.67	29.62±3.07	-1.357	0.175
Düşünen Yaklaşım	14.90 ± 2.60	15.37±2.27	-1.137	0.256
Kaçıngan Yaklaşım	10.79±2.84	11.18±2.48	-0.460	0.646
Değerlendirici Yaklaşım	9.42±2.07	8.25±2.11	-1.945	0.052
Kendine Güvenli Yaklaşım	18.55±3.48	17.18±3.22	-1.510	0.131
Planlı Yaklaşım	12.05±2.55	11.12±2.91	-0.988	0.323
PÇE Toplam	94.16±11.16	92.75±9.69	-0.014	0.989

*Mann Whitney U

Ek Çizelge 6. Hastalık Öncesi Çalışma Durumuna Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Hastalık Öncesi Çalışma Durumu			
	Çalışan (n=40) $\bar{x}\pm SS$	Çalışmayan (n=110) $\bar{x}\pm SS$	*t	P
SiÖ Alt Ölçekleri				
Sosyal Çekilme	9.72±1.66	10.03±2.09	0.846	0.399
Kişiler Arası İşlevsellik	7.50±1.01	7.68±1.07	0.930	0.354
Bağımsızlık-Performans	19.35±8.49	20.66±7.82	0.388	0.376
Bağımsızlık-Yetkinlik	30.80±6.06	32.90±5.50	2.011	0.056
Boş Zamanları Değerlendirme	17.95±4.11	18.82±5.11	0.084	0.933
Sosyal Etkinlikler	23.22±6.52	23.10±7.15	-0.097	0.923
İş/Meslek	0.00±0.00	0.90±2.01	4.688	0.12
SiÖ Toplam	109.25±22.56	114.00±22.47	1.146	0.254
PÇE Alt Ölçekleri				
Aceleci Yaklaşım	29.52±4.14	28.30±4.05	-1.615	0.108
Düşünen Yaklaşım	14.33±2.30	15.10±3.12	0.740	0.460
Kaçıngan Yaklaşım	10.85±3.05	10.78±2.79	-0.129	0.898
Değerlendirici Yaklaşım	9.70±2.02	9.03±2.31	-1.601	0.112
Kendine Güvenli Yaklaşım	17.85±3.05	18.20±3.47	0.563	0.574
Planlı Yaklaşım	11.95±2.52	11.69±2.40	-0.576	0.566
PÇE Toplam	94.55±12.83	93.12±12.71	-0.604	0.546

*Student t testi

Ek Çizelge 7. Hastaların Tıp Dışı Kişilere (hacı-hoca) Başvurma Durumuna Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	Tıp Dışı Kişilere (hacı-hoca) Başvurma Durumu			
	Kullanan (n=69) $\bar{X}\pm SS$	Kullanmayan (n=81) $\bar{X}\pm SS$	*t	P
SIÖ Alt Ölçekleri				
Sosyal Çekilme	9.91±1.91	9.98±2.06	-0.228	0.820
Kişiler Arası İşlevsellik	7.52±1.07	7.72±1.03	-1.194	0.234
Bağımsızlık-Performans	21.91±7.06	18.95±8.53	2.325	0.021
Bağımsızlık-Yetkinlik	33.11±4.60	31.67±6.46	1.583	0.116
Boş zamanları değerlendirme	18.88±4.40	18.55±5.45	0.408	0.684
Sosyal etkinlikler	23.23±6.44	23.04±7.42	0.159	0.874
İş/Meslek	0.66±1.89	0.65±1.66	0.042	0.966
SIÖ Toplam	115.24±18.40	110.60±25.42	1.293	0.198
PÇE Alt Ölçekleri				
Acelecı Yaklaşım	29.02± 4.19	28.29± 4.00	-0.080	0.258
Düşünen Yaklaşım	14.95± 3.28	15.02± 3.09	-0.131	0.896
Kaçıngan Yaklaşım	10.52± 2.91	11.03± 2.79	-1.103	0.272
Değerlendirici Yaklaşım	9.23 ±2.58	9.19±1.95	0.091	0.928
Kendine Güvenli Yaklaşım	18.13± 3.45	18.08± 3.29	0.080	0.937
Planlı Yaklaşım	11.55±2.84	11.93± 2.02	-0.947	0.345
PÇE Toplam	93.42±13.42	93.58±12.16	-0.077	0.939

*Student t testi

Ek Çizelge 8. Hastaların İlaç Ek Olarak Tedavi Alma Durumuna Göre Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları

Ölçekler	İlaç Ek Olarak Tedavi Alma Durumu			
	İlaç Tedavisi Alan n=79	İlaç+geleneksel +yoga n=71	*t	P
SIÖ Alt Ölçekler				
Sosyal Çekilme	10.07±1.99	9.81±1.99	0.795	0.428
Kişiler Arası İşlevsellik	7.67±1.09	7.59±1.02	0.457	0.648
Bağımsızlık-Performans	19.31±8.47	21.42±7.34	-1.630	0.105
Bağımsızlık-Yetkinlik	31.74±6.31	33.00±4.92	-1.362	0.175
Boş zamanları değerlendirme	18.64±5.44	23.21±7.23	-0.158	0.875
Sosyal etkinlikler	23.04±6.71	0.67±1.68	0.151	0.880
İş/Meslek	0.67±1.68	0.64±1.86	0.079	0.937
SIÖ Toplam	111.34±24.81	114.29±19.72	-0.811	0.419
PÇE Alt Ölçekler				
Acelecı Yaklaşım	28.40±4.28	28.88±3.900	-0.718	0.474
Düşünen Yaklaşım	14.92±3.25	15.07±3.09	-0.281	0.779
Kaçıngan Yaklaşım	11.08±2.74	10.47±2.95	1.309	0.192
Değerlendirici Yaklaşım	9.25±1.96	9.16±2.55	0.224	0.823
Kendine Güvenli Yaklaşım	18.00±3.43	18.22±3.29	-0.409	0.683
Planlı Yaklaşım	11.98±2.00	11.50±2.82	1.188	0.237
PÇE Toplam	93.65±12.93	93.33±12.56	0.153	0.878

*Student t testi

ÖZGEÇMİŞ

1992 yılında Şanlıurfa'da doğdu. İlköğretim ve lise öğrenimini Şanlıurfa'da tamamladı. 2009-2013 yılları arasında Mardin Artuklu Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nden mezun oldu. 2014 yılında Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Programında Yüksek Lisans yapmaya hak kazandı. 2013 yılı itibariyle Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahi Kliniğinde hemşire olarak çalışmaktadır.

