

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA YETİYİTİMİ İÇGÖRÜ VE ÖZ
BAKIM GÜCÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Cansu SOLGUN

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Gülgün DURAT

MAYIS 2019

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



ŞİZOFRENİ HASTALARINDA YETİYİTİMİ İÇGÖRÜ VE ÖZ BAKIM
GÜCÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Cansu SOLGUN

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

“Bu tez 22/05/2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oy birliği / Oy çokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Prof. Dr. Nazmiye Yıldırım	Başarılı	
Dr. Öğr. Üyesi Gülşen Duran	Başarılı	
Dr. Öğr. Üyesi Havva Serit	Başarılı	

BEYAN

Bu tez çalışması T.C. Sakarya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 26.09.2017 (Sayı: 71522473/050.01.04/204) tarihinde onay alınarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurullar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

22/05/2019

Cansu SOLGUN



TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans eğitimim süresince fikir, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım ve bu araştırmanın planlanmasından yazım aşamasına kadar fikir ve görüşleriyle beni destekleyen değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Gülgün DURAT'a, tezimin hazırlanma sürecinde ve olgulara ulaşmamda yardımcı olan Uzm. Dr. Bülent Kadri GÜLTEKİN, Uzm. Dr. Bülent TAYMUR, Uzm. Dr. Batuhan AYIK'a, değerli arkadaşım Arş. Gör. Bedia TARSUSLU'ya ve bu süreçte maddi manevi yardımlarını esirgemeyen sevgili anne, baba ve kardeşime, hayatıma girdiği günden beri her koşulda destekçim olan sevgili eşim Eren KORKMAZ'a teşekkür ederim.

Saygılarımla.

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	vii
ŞEKİLLER	viii
TABLolar	ix
ÖZET.....	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. ŞİZOFRENİ.....	3
2.2. TARİHÇE.....	3
2.3. ŞİZOFRENİ EPİDEMİYOLOJİSİ.....	5
2.4. ŞİZOFRENİ ETİYOLOJİSİ.....	5
2.4.1. Genetik Etkenler	6
2.4.2. Çevresel Etkenler.....	7
2.4.3. Nörokimyasal Etkenler	8
2.4.3.1. Dopamin.....	8
2.4.3.2. Serotonin.....	8
2.4.3.3. Glutamat.....	9
2.4.3.4. GABA (Gama Amino Bütirik Asit).....	9
2.4.3.5. Östrojen.....	10
2.4.4. Beyin Görüntüleme Çalışmaları	10
2.4.5. Nörogelişimsel Varsayım	11
2.4.6. Nörodejeneratif Varsayım.....	11
2.4.7. Psikanalitik Açından Şizofreni	11
2.5. SINIFLAMA VE TANILAMA.....	12
2.5.1. ICD-11' e Göre Sınıflama ve Tanı Kriterleri.....	12
2.5.2. DSM-V' E Göre Tanılama.....	13
2.6. GİDİŞ VE SONLANIŞ	14
2.6.1. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerde En Sık Kullanılan NANDA Hemşirelik Tanıları	16
2.6.1.1. ALAN 1: Sağlık Farkındalığı- Sağlıkın Yönetimi.....	16
2.6.1.2. ALAN 2: Beslenme ve Metabolizma.....	16
2.6.1.3. ALAN 3: Eliminasyon	16

2.6.1.4. ALAN 4:Aktivite/ Dinlenme	16
2.6.1.5. ALAN 5:Algı/ Biliş	17
2.6.1.6. ALAN 6: Kendini Algılama	17
2.6.1.7. ALAN 7: Rol İlişkileri.....	17
2.6.1.8. ALAN 8:Cinsellik.....	17
2.6.1.9. ALAN 9: Başa Çıkma/ Stres İntoleransı.....	18
2.6.1.10. ALAN 10: Yaşam İlkeleri.....	18
2.6.1.11. ALAN 11: Güvenlik / Korunma	18
2.6.1.12. ALAN 12: Konfor Alanı.....	18
2.7. ŞİZOFRENİDE İÇGÖRÜ	19
2.8. YETİ YİTİMİ.....	20
2.9. ÖZ BAKIM	22
2.10. ŞİZOFRENİ HASTALARINA YÖNELİK HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI..	27
2.10.1 Dorothea Orem Öz Bakım Eksikliği Hemşirelik Kuramına Göre Şizofreni Hastasına Yaklaşım	29
2.11. ŞİZOFRENİ VE ÖZ BAKIM.....	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	32
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ	32
3.2. ARAŞTIRMA İZİNİ	32
3.3. ÖRNEKLEM.....	32
3.3.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Ölçütleri	33
3.3.2. Araştırmaya Dâhil Edilmeme Ölçütleri	33
3.3.3. Örneklem Büyüklüğü.....	33
3.4. VERİLERİN TOPLANMASINDA KULLANILAN ARAÇLAR	34
3.4.1. Görüşme Formu	34
3.4.2 Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS)	34
3.4.3. Birchwood İçgörü Ölçeği.....	35
3.4.4. Dünya Sağlık Örgütü- Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS-II)	35
3.4.5. Öz Bakım Gücü Ölçeği.....	36
3.5. İSTATİKSEL DEĞERLENDİRME	36
4. BULGULAR.....	38
4.1. POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PANNS), DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YETİYİTİMİ DEĞERLENDİRME ÇİZELGESİ (WHO-DAS 2) VE ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ CRONBACH ALFA DEĞERLERİ.....	38
4.2. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER.....	39

4.3. HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER	41
4.4. ŞİZOFRENİ HASTALARINDA ÖZ BAKIMA YÖNELİK BULGULAR ...	42
4.5. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLER İLE POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR	43
4.6. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE BIRCHWOOD İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR.....	50
4.7. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLER İLE DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YETİYİTİMİ DEĞERLENDİRME ÇİZELGESİ (WHO-DAS 2) 'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR.....	58
4.8. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLER İLE ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR.....	68
4.9. POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PANNS) İLE BRİCHWOOD İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULAR	72
4.10. POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PANNS) İLE DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YETİYİTİMİ DEĞERLENDİRME ÇİZELGESİ (WHO-DAS 2) ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULAR	73
4.11. POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PANNS) İLE ÖZ- BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULAR	74
4.12. BRİCHWOOD İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ İLE DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YETİYİTİMİ DEĞERLENDİRME ÇİZELGESİ (WHO-DAS 2) ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULAR	75
4.13. BRİCHWOOD İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ İLE ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULAR	76
4.14. DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YETİYİTİMİ DEĞERLENDİRME ÇİZELGESİ (WHO-DAS 2) İLE ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULAR	76
5. TARTIŞMA	78
5.1. POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PANNS),BRİCHWOODİÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ, DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YETİYİTİMİ DEĞERLENDİRME ÇİZELGESİ (WHO-DAS 2) VE ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ CRONCBACH ALFA DEĞERLERİNE YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI	78
5.2. SOSYO-DEMOGRAFİK VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİN TARTIŞILMASI	78

5.3. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE POZİTİF VE NEGATİF SENDROM (PANNS) ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI	85
5.4. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE BRİCHWOOD İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI	87
5.5. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YETİ YİTİMİ DEĞERLENDİRME ÇİZELGESİ (WHO-DAS 2)'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI	91
5.6. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI	97
5.7. ÖLÇEKLERİN ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN TARTIŞILMASI.....	100
5.7.1. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) İle Birchwood İçgörü Ölçeği Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması.....	100
5.7.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) İle Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması	101
5.7.3. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) İle Öz-Bakım Gücü Ölçeği Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması.....	103
5.7.4. Birchwood İçgörü Ölçeği ile Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesine Yönelik Bulguların Tartışılması.....	104
5.7.5. Birchwood İçgörü Ölçeği ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesine Yönelik Bulguların Tartışılması.....	105
5.7.6. Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesine Yönelik Bulguların Tartışılması	105
6. SONUÇ.....	107
KAYNAKLAR	110
EKLER.....	130
ÖZGEÇMİŞ.....	143

KISALTMALAR

WHO	:World Health Organization
DSM	:Diagnostic and Satatistical Manual of Mental Disorders
ICD	:International Classification of Diseases and Related Health Problems
PANNS	:Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği
WHO-DAS 2	:Dünya Sağlık Örgütü- Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi
TRSM	:Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
EKT	: Elektro Konvülsif Tedavi

ŞEKİLLER

Şekil 1: Verbrugge Ve Arkadaşlarının Geliştirdiği Yeti Yitimi Süreci Şeması **21**

TABLULAR

Tablo No:	Sayfa No:
Tablo 1: PANNS, Birchwood İlgörü Ölçeği, WHO-DAS 2 Ve Öz Bakım Gücü Ölçeği Cronbach Alfa Değerleri	38
Tablo 2: Şizofreni Hastalarının Demografik Özelliklere Göre Dağılımları.....	40
Tablo 3: Şizofreni Hastalarının Mevcut Sağlığına İlişkin Bildirimlerinin Dağılımları	42
Tablo 4: Şizofreni Hastalarının Öz Bakımlarını Gerçekleştirmelerine Göre Dağılımları	42
Tablo 5: Cinsiyete Göre Pozitif Ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS)Puanlarının Karşılaştırılması	43
Tablo 6: Medeni Duruma Göre Pozitif Ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) Puanlarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 7: Eğitim Durumuna Göre Pozitif Ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) Puanlarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 8: Çalışma Durumuna Göre Pozitif Ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) Puanlarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 9: Gelir Durumuna Göre Pozitif Ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) Puanlarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 10: Hastaların Alınan Tedavilere Göre Pozitif Ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) Puanlarının Karşılaştırılması	45
Tablo 11: Hastaların Yatarak Tedavi Görme Sürelerine Göre Pozitif Ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) Puanlarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 12: Hastalık Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olduğunu Düşünme Durumuna Göre Pozitif Ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) Puanlarının Karşılaştırılması	46
Tablo 13: Psikiyatrik Hastalık Dışında Başka Ciddi Sağlık Sorununa Sahip Olma Durumuna Göre Pozitif Ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) Puanlarının Karşılaştırılması	47
Tablo 14: Aldıkları Tedavi Neticesinde İyileşeceğine İnanma Durumuna Göre Pozitif Ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) Puanlarının Karşılaştırılması....	47

Tablo 15: Hastaların Günlük Yaşamda Karşılaştığı Zorluklarda Başvurduğu Kişilere Göre Pozitif Ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) Puanlarının Karşılaştırılması	48
Tablo 16: Öz Bakım İhtiyaçlarını Kendilerinin Karşılama Durumlarına Göre Pozitif Ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) Puanlarının Karşılaştırılması	48
Tablo 17: Öz Bakım İhtiyaçlarını Karşılama Daha Önce Başka Birinden Yardım Alma Durumuna Göre Pozitif Ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) Puanlarının Karşılaştırılması	49
Tablo 18: Ailede Psikiyatrik Yakınma Durumuna Göre Pozitif Ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) Puanlarının Karşılaştırılması	49
Tablo 19: Hastalık Dışında Yaşamı Etkileyen Önemli Bir Sorun Yaşama Durumuna Göre Pozitif Ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) Puanlarının Karşılaştırılması	50
Tablo 20: Hastaların Medeni Durumuna Göre Birchwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	50
Tablo 21: Eğitim Durumuna Göre Birchwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	51
Tablo 22: Çalışma Durumuna Göre Birchwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	51
Tablo 23: Gelir Durumuna Göre Birchwood İçgörü Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılması	52
Tablo 24: Alınan Tedavilere Göre Birchwood İçgörü Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılması	52
Tablo 25: Hastanede Yatış Süresine Göre Birchwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	53
Tablo 26: Hastalık Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumuna Göre Birchwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	53
Tablo 27: Psikiyatrik Hastalık Dışında Tedavi Gerektiren Ciddi Sağlık Sorunu Olma Durumuna Göre Birchwood İçgörü Ölçeği Puan Ortalaması Karşılaştırılması	54
Tablo 28: Aldıkları Tedavinin Hastalıklarını İyileştireceğine İnanma Durumuna Göre Birchwood İçgörü Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılması	54
Tablo 29: Günlük Yaşamda Karşılaşılan Zorluklarda Başvurulan Kişilere Göre Birchwood İçgörü Ölçeği Puan Ortalaması Karşılaştırılması	55

Tablo 30: Hastaların Öz Bakım İhtiyaçlarını Karşılama Durumuna Göre Birchwood İçgörü Ölçeği Puan Ortalaması Karşılaştırılması.....	56
Tablo 31: Öz Bakım İhtiyaçlarını Karşılama Daha Önce Başka Birinden Yardım Alma Durumuna Göre Birchwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	56
Tablo 32: Ailede Psikiyatrik Yakınma Durumuna Göre Birchwood İçgörü Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılması	57
Tablo 33: Hastalık Dışında Yaşamı Etkileyen Önemli Bir Sorun Yaşama Durumuna Göre Birchwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	58
Tablo 34: Cinsiyete Göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) Puanlarının Karşılaştırılması	58
Tablo 35: Medeni Duruma Göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) Puanlarının Karşılaştırılması	59
Tablo 36: Eğitim Durumuna Göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) Puanlarının Karşılaştırılması	60
Tablo 37: Çalışma Durumuna Göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) Puanlarının Karşılaştırılması	60
Tablo 38: Gelir Durumuna Göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) Puanlarının Karşılaştırılması	61
Tablo 39: Hastanede Yatış Süresine Göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) Puanlarının Karşılaştırılması	62
Tablo 40: Hastalık Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumuna Göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) Puanlarının Karşılaştırılması	63
Tablo 41: Şizofreni Hastalığı Dışında Tedavi Gerektiren Ciddi Bir Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) Puanlarının Karşılaştırılması	63
Tablo 42: Şizofreni Hastalarının Aldıkları Tedavi Neticesinde İyileşeceğine İnanma Durumuna Göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) Puanlarının Karşılaştırılması	64
Tablo 43: Günlük Yaşamdaki Zorluklar Karşısında Başvurulan Kişilere Göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	65

Tablo 44: Şizofreni Hastalarının Öz Bakımlarını Kendi Yapma Durumuna Göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	66
Tablo 45: Şizofreni Hastalarının Daha Önce Öz Bakım İhtiyaçlarını Karşılama Başka Birinden Yardım Alma Durumuna Göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	67
Tablo 46: Şizofreni Hastalarının Ailelerindeki Psikiyatrik Yakınma Durumuna Göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	67
Tablo 47: Hastalık Dışında Yaşamı Etkileyen Önemli Bir Sorun Yaşama Durumuna Göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	68
Tablo 48: Sosyodemografik Özelliklere Göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	69
Tablo 49: Hastanede Yatış Süresine Göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	69
Tablo 50: Hastalıkları Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	70
Tablo 51: Psikiyatrik Hastalıkları Dışında Ciddi Sağlık Sorunu Olma Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	70
Tablo 52: Aldıkları Tedavi Neticesinde İyileşeceğine İnanma Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Puanlarının Karşılaştırılması.....	70
Tablo 53: Hastaların Günlük Yaşamda Karşılaştığı Zorluklarda Başvurduğu Kişilere Göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puanlarını Karşılaştırılması.....	71
Tablo 54: Şizofreni Hastalarının Öz Bakım İhtiyaçlarını Karşılama Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	71
Tablo 55: Şizofreni Hastalarının Öz Bakım İhtiyaçlarını Karşılama Başka Birinden Yardım Alma Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	72
Tablo 56: Ailede Psikiyatrik Yakınma Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	72

Tablo 57: Hastalık Dışında Yaşamı Etkileyen Önemli Bir Sorun Yaşama Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	72
Tablo 58: PANNS İle Birchwood İçgörü Ölçeği Arasındaki İlişki	73
Tablo 59: PANNS İle WHO-DAS 2 Arasındaki İlişki	74
Tablo 60: PANNS İle Öz- Bakım Gücü Ölçeği Arasındaki İlişki	75
Tablo 61: Birchwood İçgörü Ölçeği İle WHO-DAS 2 Arasındaki İlişki.....	75
Tablo 62: Birchwood İçgörü Ölçeği İle Öz-Bakım Gücü Ölçeği Arasındaki İlişki..	76
Tablo 63: WHO-DAS 2 Ölçeği İle Öz-Bakım Gücü Ölçeği Arasındaki İlişki.....	77

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Şizofreni pozitif-negatif belirtilerle seyreden, içgörüyü olumsuz etkileyen, ağır yeti yitimiyle sonuçlanan dolayısıyla hastaların günlük yaşam ve öz bakım becerilerini azaltan kronik bir hastalıktır. Çalışmamızda remisyon dönemindeki şizofreni hastalarında pozitif negatif belirtiler, içgörü ile yeti yitimi arasındaki ilişki ve buna bağlı öz bakım gücünün değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırmaya Kasım 2017- Mayıs 2018 tarihleri arasında, belirlenen Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde şizofreni tanısıyla izlenen 100 hasta dahil edilmiştir. Veriler Görüşme Formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS), Birchwood İçgörü Ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2), Öz-Bakım Gücü Ölçekleri kullanılarak toplanmıştır. Veriler bağımsız T testi, ANOVA ve pearson korelasyon testleri ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Çalışmada PANNS ölçeği negatif sendrom alt boyut puanı ile Birchwood İçgörü ölçeği belirtilerin farkında olma alt boyut puanı arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. PANNS ölçeği alt boyutları ile WHO- DAS 2 ölçeği tüm alt boyutları arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. PANNS ölçeği alt boyutları ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği toplam puanı arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır. Belirtilerin farkında olma ve Birchwood İçgörü Ölçeği toplam puanı ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde ilişki tespit edilmiştir. WHO-DAS 2 ölçeği tüm alt boyutları ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği toplam puanı arasında negatif yönde ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$).

SONUÇ: Çalışmamıza katılan hastaların negatif belirtilerle seyrettiği, yaşamın her alanında yeti yitimi yaşadığı ve öz bakım güçlerinin orta düzeyde olduğunu söyleyebiliriz. Bu sonuçlar hastaların yeti yitimini iyileştirmeye ve öz bakım becerilerini geliştirmeye yönelik girişimler planlanması açısından önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Hemşire, İçgörü, Öz bakım, Şizofreni, Yeti yitimi.

SUMMARY

THE ASSESSMENT OF DISABILITY, INSIGHT AND SELF-CARE IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS

INTRODUCTION AND Aim: Schizophrenia is a chronic disorder with positive-negative symptoms, adversely affecting insight, resulting in severe disability, thereby reducing the daily life and self-care abilities of patients. In our study, it was aimed to evaluate the relationship between positive negative symptoms, insight and disability in schizophrenia patients during remission period and the efficiency of self-care associated with these.

MATERIALS AND METHODS: A total of 100 patients, who were being monitored with schizophrenia diagnosis in designated Community Mental Health Centers between November 2017 and May 2018, were included in the study. Data were collected by using Interview Form, Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Birchwood Insight Scale, World Health Organization Disability Assessment Chart (WHO-DAS 2), Self-Care Power Scales. The data were evaluated by independent T test, ANOVA and Pearson correlation tests.

FINDINGS: In the study, a positive correlation was found between PANSS scale negative syndrome sub-dimension score and awareness of Birchwood Insight scale sub-dimension score. A positive correlation between the PANSS scale sub-dimensions and all sub-dimensions of WHO-DAS 2 scale was determined. The results exhibited a negative correlation between the PANSS scale sub-dimensions and the total score of the Self-Care Power Scale. A negative correlation was measured between the awareness of the symptoms and the Birchwood Insight Scale total score, and the Self-Care Power Scale mean scores. A negative correlation was detected between all sub-dimensions of the WHO-DAS 2 scale and the total score of the Self-Care Power Scale ($p < 0.05$).

CONCLUSION: We can say that the patients who participate in our study have negative symptoms, experience impairments in all areas of life and the effectiveness of their self-care skills are moderate. These results are important in terms of planning interventions to improve the impaired daily functions and develop self-care skills.

Key Words: Disability, Insight, Nurse, Self-care, Schizophrenia.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni genç yaşta başlayan, duygu, düşünce, davranış ve algıda bozulmalarla seyreden, süregelen iyileşme ve yinelemelerle giden ağır yeti yitimine neden olan kronik bir toplum ruh sağlığı sorunudur (Heinssen, Liberman and Kopelowicz 2000, Yıldız, Tural, Kurdoğlu ve Önder 2003).

Şizofreni her toplumda en sık görülen ruhsal bozukluklardan biridir. Sıklık ve yaygınlık üzerine yapılan çalışmalar değişkendir; yapılan çalışmalarda bir yıllık yaygınlığı %1 ve yaşam boyu yaygınlığı % 1,5 olarak kabul görmektedir (Karakuş, Kocal ve Sert 2017) Dünya üzerinde 21 milyondan fazla şizofreni hastası bulunmaktadır (http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/ Erişim Tarihi: 14.03.2018)

Şizofreni, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve ülkemizde gerçekleştirilen ruh sağlığı eylem planı (2007) verilerine göre tüm hastalıklar arasında en çok yeti yitimine neden olan 10 hastalıktan biridir (Şevik ve ark 2012, Randall et al 2014).

Şizofreni hastalarında hastalığın neden olduğu pozitif ve negatif belirtileri azaltmak amacıyla farmakolojik tedaviler ve psikososyal girişimler uygulanmaktadır. Uygulanan tedavi yöntemlerine rağmen hastalardaki inatçı belirtiler, bireyin öz bakım becerilerini ve günlük yaşam aktivitelerini kısıtlar, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Bireyler hastalık öncesi aktivite düzeyine ulaşmakta güçlük çeker dolayısıyla hastalarda yeti yitimi görülmektedir. (Doğan ve ark 2002, Yıldız 2004, Sönmez 2009).

Bireylerin hastalıklarının, semptomların ve tedavi ihtiyacının bilincinde olması içgörü kavramıyla açıklanmaktadır (David 1990, Amador, Strauss, Yale and Gorman 1991). İçgörü psikotik belirtilerden ve hastalık seyrinden farklı bir durum olarak tanımlanır

(Rathee, Luhrmann, Bhatia and Deshpande 2018). Şizofreni tedavisinde en önemli husus hastaların içgörü sahibi olmasıdır (Yıldız 2005). İçgörü eksikliği ve hastalığa yönelik olumsuz tutum hastanın uyuma dönük davranışlar geliştirmesine engel olmaktadır (Dikeç ve Kutlu 2014).

Şizofreni gibi kronik seyirli ağır yeti yitimiyle sonuçlanan ruhsal hastalıklarda, sosyal ve mesleki işlevsellik büyük ölçüde bozulmaktadır. Hastalar anlama ve iletişim kurma, kişiler arası ilişkiler, toplumsal yaşama katılım, öz bakım ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlükler çekmektedir (Arslan, Yazıcı, Yılmaz, Coşkun ve Kurt 2015). Literatürdeki bu bilgiler ışığında;

Araştırmanın modeli; akut dönemi atlatmış toplum ruh sağlığı merkezleri tarafından ayaktan takibi yapılan şizofreni hastalarında, pozitif negatif belirtiler, içgörü ile yeti yitimi arasındaki ilişki ve buna bağlı öz bakım gücünün değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın Hipotezi:

Hipotez 1: Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde takipli şizofreni hastalarında pozitif ve negatif belirtilerin seyri, içgörü ve yeti yitimleri arasında fark vardır.

Hipotez II: Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde takipli şizofreni hastalarında pozitif ve negatif belirtilerin seyri, içgörü ve yeti yitimleri arasındaki ilişkinin öz bakım gücüne etkisi vardır..

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ŞİZOFRENİ

Şizofreni, bireyde duygu, düşünme, algılama, davranış, toplumsal ilişki, iş yaşamı gibi alanları olumsuz etkileyen, yeti yitimine neden olan, alevlenmelerle seyredabilen kronik belirtiler kümesidir (Heinssen et al 2000).

2.2. TARİHÇE

Şizofreni, insanlık tarihi kadar eskiye dayanmaktadır. Eski çağ Sanskrit yazılarında, Hipokrat okuluna bağlı Yunan hekimlerinin yazılarında şizofrenik belirtiler gösteren ruh hastalıklarının anlatıldığı bilinmektedir. Orta çağ Avrupa'sında psikotik bireyler şeytanın ve kötü ruhların esiri olarak nitelendirilmiştir (Belene 2009, Öztürk ve Uluşahin 2016). 17.yüzyılda Willis belirgin bir neden olmaksızın bilişsel bozukluklarla seyreden juvenile dementia praecox benzeri tabloları tanımlarken, şizofreniye dair ilk tanımlamalardan biri 18. Yüzyılda Fransız Philippe Pinel tarafından yapılmıştır. Pinel ruhsal hastalıkları beş gruba ayırarak, şizofreni hastalarını 'düşünce kabiliyeti bozulan ya da ortadan kalkan' hastalar grubunda ele almıştır (Üzümlüoğlu Coşkun 2008, Belene 2009, Öztürk ve Uluşahin 2016). 18.yüzyılın başında İngiltere'de John Haslam ve George Man'ın tanımladıkları gençlik çağında başlayan içe kapanma, düşünce bozukluğuyla seyreden ve bir ad veremedikleri iç kaynaklı bozukluğun şizofreni olduğu düşünülebilir (Öztürk ve Uluşahin 2016).

Benedict A. Morel ilk kez 1860 yılında ergenlikte başlayıp yıkım gösteren hastalar için Démence précoce (erken bunama) terimini kullandı. E. Hecker1871'de hebefrenideki

bizar davranışları ve K.L Kahlbaum 1874’de katatoni semptomlarını tanımlamıştır (Kaplan and Sadock 2004). 1896’da ünlü Alman Ruh hekimi E.Kraepelin bu iki hastalık tipine paranoid ve basit tipleri de ekleyerek, tümünü ‘‘dementia praecox ‘’ tanısı altında toplamıştır (Öztürk ve Uluşahin 2016). E. Kraepelin Morel’in terimini dementia praecox şeklinde latinceleştirmiş ve bu terim farklı bir bilişsel süreci ‘‘bunama (dementia)’’ ve erken başlangıcı (praecox) belirtir hale getirmiştir (Kaplan and Sadock 2004).

1911 yılında yayınladığı ‘Dementia Praecox ya da Şizofreniler Grubu isimli kitabı ile yeni bir çığır açan E. Bleuler’in şizofreni anlayışı ile Kraepelin’in şizofreni anlayışı arasındaki en önemli fark; şizofrenide erken bunamada olduğu gibi hastalığın yıkımla sonuçlanmasının zorunlu olmamasıdır (Kaplan and Sadock 2004, Öztürk ve Uluşahin 2016)

Bleuler hastalığıdaki başlıca sorunun kritik bilişsel süreçteki bozukluklar olduğuna, bunun da zihin bütünlüğünün bozulması ve zihin bölünmesi olduğuna inanıyordu. Bu nedenle bireyin ruhsal yaşamındaki yarılmaya (schisme) dikkat çekerek ‘‘schizofrenia’’ zihin bölünmesi/ yarılmaya adını önermiştir (Yıldız 2009). Zamanla ‘dementia praecox’ terimi önemini yitirdi. Şizofreni terimi uluslararası kabul görmüştür.

Bleuler’e göre şizofrenideki bozukluğun temelini oluşturan zihinsel işlevler 4 A belirtisi olarak bilinmektedir. Bunlar; assosiyasyon bozukluğu, affektif bozukluk, ambivalans ve autism’dir (McGlashan 2011). Bleuler’in tanımladığı 4 A belirtisi birincil belirtilerdir. Bozukluğu tanımlamada Kraepelin’in de kullandığı varsanı, sanrı, negativizm gibi belirtiler ise ikincil belirtilerdir (Kaplan and Sadock 2004, Atmaca 2016).

Adolf Meyer, Harry Stack Sullivan, Gabriel Langfeldt ve Kurt Schneider şizofreninin farklı yönlerinin tanınmasında önemli katkılarda bulunmuşlardır (Kaplan and Sadock 2004).

Psikobiyojinin kurucusu Adolf Meyer şizofreni ve mental bozuklukların reaktif özelliklerini vurgulamıştır. Biyolojik olarak hastalığa zemin hazırlayan faktörlerle çevresel stresin etkileşiminin sonucu olduğunu belirtmiştir. Harry S. Sullivan şizofreniye sosyal izolasyonun neden olduğunu savunmuştur. G. Langfeldt psikotik belirtileri, gerçek şizofreni ve şizofreniye benzer psikozlar olmak üzere ikiye ayırmıştır.

Gerçek şizofrenide sinsi başlangıç, derealizasyon, depersonalizasyon, otizm ve affektif küntlük gibi özellikler olması gerektiğini belirtmiştir (Ceylan ve Çetin 2009).

K. Schineider şizofreniye özgül olmayan fakat tanıya yardımcı birinci sıra semptomlar tanımlamıştır. Bu belirtiler DSM ölçütlerini oluşturmada temel oluşturmuştur (Kaplan and Sadock 2004, Ceylan ve Çetin 2009).

2.3. ŞİZOFRENİ EPİDEMİYOLOJİSİ

Şizofreni tüm toplumlarda, coğrafi alanlarda ve çeşitli sosyoekonomik sınıflarda görülen ağır yeti yitimi ile seyreden bir halk sağlığı sorunudur (Nargis Sarı 2011, Öztürk ve Uluşahin 2016).

Dünya çapında yapılan epidemiyolojik çalışmalar, şizofreninin yıllık yaygınlığının 1,4-4,6/1000 ve sıklığının 16-42/100000 arasında olduğunu göstermektedir. Şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı %1,5 dolaylarındadır. (Simeone, Ward, Rotella, Collins and Windish 2015, Ünal 2015, Karakuş ve ark 2017).

Eski çalışmalar şizofreni hastalığında cinsiyet farklılıklarını gözetmezken, son 10 yılda şizofrenideki heterojenliği araştıran çalışmalarda cinsiyet farklılıkları daha belirgin hale gelmiştir. Güncel araştırmalar hastalığın başlangıç yaşını erkeklerde 18- 25, kadınlarda 25-35 yaş olarak belirtmektedir. Cinsiyet bazında yaygınlık ise 35 yaşından önce erkeklerde 1,5-2 kat daha fazladır. Hastalık seyri açısından kadın cinsiyeti daha iyi remisyona ve daha az relapsa sahiptir. (Ochoa, Usall, Cobo, Labad and Kulkarni 2012, Fatemi, Zai and Luca 2015). Medeni durumun bekar olması ve sosyoekonomik düzeyin düşük olduğu ailelerde şizofreni görülme sıklığı artmaktadır (Karakuş ve ark 2017).

2.4. ŞİZOFRENİ ETİYOLOJİSİ

Şizofreni klinik görünüm ve etiyolojisi açısından komplike bir hastalıktır. Etiyolojisi halen tam olarak bilinmemektedir (Kahraman ve Karamustafalıoğlu 2012)

2.4.1. Genetik Etkenler

Şizofreni genetiği ile ilgili yapılmış çalışmaların büyük çoğunluğu ailesel kalıtım ve ikiz araştırmaları üzerinde durmaktadır. 1930'larda yapılan klasik şizofreni çalışmalarında aile üyelerinden birinde şizofreni hastalığı varsa, kişinin şizofreni olma olasılığı ve bu olasılığın akrabalığın yakınlık derecesiyle doğru orantılı olduğu sonucuna varılmıştır. 1980 sonrası modern şizofreni çalışmaları da bu bulguları destekler niteliktedir (Kaplan and Sadock 2004, Kahraman ve Karamustafaloğlu 2012). Şizofreni hastalarının birinci derece akrabalarında ortalama şizofreni ortaya çıkma riski %8-10 olarak bulunmuştur (Kokurcan 2014).

Ebeveynlerden birinin şizofreni olması durumunda hastalığa yakalanma oranı %13, her iki ebeveynin şizofreni olması durumunda ise hastalığa yakalanma oranının %35-40 dolaylarında olduğu saptanmıştır (Atmaca 2016).

Şizofrenide aile çalışmalarıyla yakınlık belirlenmiş fakat yakınlığı oluşturan asıl etken belirlenememiştir. Bu yakınlığın genetik mi yoksa çevresel etkenlerden mi kaynaklandığını belirlemek için ikiz ve evlat edinme çalışmaları yapılmıştır (Kokurcan 2014).

Monozigot ikiz çalışmalarında ikizlerden birinin şizofreni hastası olması durumunda konkordans oranı %48, dizigot ikizlerde ise %12-14 oranındadır (Fatani, Aldawod, Alhawaj, Alsadah, Slais, Alyaseen, Ghamri, Banjar and Qassaim 2017).

Evlat edinilmiş monozigot ikiz çalışmalarında, evlat edinen ebeveynler tarafından yetiştirilen ikizlerle, biyolojik ebeveynlerle yetiştirilen ikizlerin aynı oranda şizofreni konkordansına sahip oldukları görülmüştür. Bu sonuç genetik etkenlerin çevresel etkenlerden daha baskın olduğunu göstermektedir (Kaplan and Sadock 2004, Walker, Kestler, Bollini and Hochman 2004).

Yapılan analizler sonucu birçok kromozomda şizofreni ile ilişkilendirilen gen bölgeleri bulunmuştur. Bunlardan en önemlileri 22q11-12, 8p22-21, 6p24-22 olarak kabul edilmektedir (Jurewicz, Owen, O'Donovan, Owen 2001, Levinson 2003, Walker et al 2004).

2.4.2. Çevresel Etkenler

Şizofreni hastalığının ortaya çıkmasında genetik faktörlerin yanısıra çevresel faktörlerinde rol oynadığı düşünülmektedir.

Epidemiyolojik çalışmalar incelendiğinde, şizofreni sosyoekonomik düzeyi düşük toplumlarda daha fazla görülmektedir. Kalabalık ev ortamında yaşama, yetersiz beslenme, prenatal bakımın eksikliği, stresle baş etme mekanizmalarının yetersiz oluşu, ekonomik problemler, ümitsizlik duyguları da hastalığa yatkınlığı arttırmaktadır (Townsend 2016).

Stres ve travmatik yaşam olaylarının şizofreniye neden olduğuna dair görüşler olmakla birlikte, kesin kanıt yoktur. Stresin hastalığın şiddetine ve seyrine etkisinin olduğu düşünülmektedir. Bu doğrultuda özel yatkınlığı (diatez) olan kişilerde stresli yaşam olaylarının (ebeveyn kaybı, doğup büyüdüğü yerden koparıma, göç, ruhsal veya bedensel hastalığa yakalanma; savaş, işkence, cinsel istismar gibi şiddet olaylarına maruz kalma; depresyon, sel, yangın gibi doğal afetler yaşama, bunun yanı sıra mesleki, akademik ve ticari kayıplar) psikotik epizodu başlatabileceği bilinmektedir. Bu durum literatüre Stres-Diatez Modeli olarak geçmiştir. Sonuç olarak stres; şizofreniye genetik yatkınlığı olan kişilerde semptomların kötüleşmesine ve relaps oranının artmasına sebep olmaktadır (Kaplan and Sadock 2004, Eskin, Akoğlu ve Uygur 2006, Townsend 2016).

Şizofreni etiolojisinde üzerinde durulan faktörlerden birisi de mevsimsel risk ve D vitamini eksikliğidir. Kış ve ilkbahar mevsiminde doğan kişilerin şizofreniye yakalanma oranı, sonbahar ve yaz mevsiminde doğanlara göre %5- 8 fazladır (Kim et al 2017).

Mevsimsel özellik gösteren viral hastalıkların intrauterin süreçte beyin gelişimi üzerine etki ederek ileride şizofreniye yatkınlık oluşturabileceği düşünülmektedir (Demirbek ve Özdemir 2012). Intrauterin süreçte şizofreni etiolojisinde İnfluenza, Toxoplasma Gondii, Herpes Simplex Virüs Tip 2, Ebsteinn Barr Virüsü (EBV), Varisella Zoster, Sitomegalo Virüs ve nadiren Rubella virüslerinin rolü olduğu düşünülmektedir (Brown and Derkits 2010).

Annenin gebelikte yetersiz güneş ışığına maruz kalması dolayısıyla D vitamini sentezinin azlığı şizofreni riskini arttırmaktadır (Gürbüz ve Yüksel 2013, Schwartz 2014).

2.4.3. Nörokimyasal Etkenler

Şizofreninin açıklanmasındaki en eski ve en köklü teoriler beyin nörokimyasına dayanmaktadır. Dopamin, serotonin, glutamat, GABA (gama amino bütirik asit) ve östrojen en çok üzerinde durulan nörokimyasallardır (Towsend 2016).

2.4.3.1. Dopamin

Dopamin, adrenalın ve nöradrenalin katekolamin ailesine ait olan şizofreni patofizyolojisinde rol alan bir nörokimyasaldır (Brisch, Saniotis, Wolf, Bielau, Bernstein, Steiner, Bogerts, Braun, Jankowski, Kumaratilake, Henneberg and Gos 2014). Beynin substantia nigra ve ventral tegmental bölgelerinde üretilmekte devinim kontrolü, zevk ve acıyı duyma gibi tepkilerle beyin süreçlerinde rol oynamaktadır (Brisch et al 2014, Öztürk ve Uluşahin 2016).

Şizofreni etiyojisinde en eski nörokimyasal görüş ‘‘dopamin hipotezi’’ üzerine odaklanmaktadır. Bu hipotez dopaminerjik nörotransmitter sistemdeki bir disfonksiyonun, kortikal bölgelerde dopamin konsantrasyonunun azalmasına ve striatal bölgelerde dopamin fazlalığına neden olduğunu öne sürmektedir (Nieratschker, Nöthen and Rietschel 2010).

Şizofrenide artan dopamin aktivitesi sanrı ve varsanı gibi psikotik belirtiler, azalan dopamin aktivitesi ise anhedoni, motivasyon eksikliği, konuşma yoksulluğunu içeren negatif belirtilere neden olur (Brisch et al 2014).

2.4.3.2. Serotonin

Şizofrenide serotonin hipotezi, dopamin hipotezinden daha eskiye dayanmaktadır. Yapılan çalışmalar sonucunda ruhsal bozuklukların beyinde yetersiz serotonin aktivitesi sonucu gerçekleşebileceği üzerinde durulmaktadır.

Şizofrenide serotonerjik ve dopaminerjik sistemler ile ilişkili bozukluklar, birbirinden bağımsız süreçlerden çok iki sistem arasındaki dinamik etkileşimlerle açıklanmaktadır.

Serotonin çeşitli beyin bölgelerinde farklı etkiler ortaya çıkararak dopamin nöronları üzerinde düzenleyici bir etki göstermektedir (Yavaşçı Öztepe ve Akkaya 2012). Serotonin (5-HT) reseptörlerinin, psikoz, biliş ve duygu durumunda kilit rol oynadığı ileri sürülmüştür (Sumiyoshi, Bubenikova- Valesova, Horacek and Bert 2008).

2.4.3.3. Glutamat

Glutamat merkezi sinir sisteminde en fazla bulunan eksitatör nörotransmitterdir (Marsman et al 2014). Glutamerjik nöronal iletimdeki bozukluğun çeşitli nöropsikiyatrik hastalıklara yol açtığı bilinmektedir (Özdemir ve Güzel Özdemir 2016). Bir NMDA reseptör kanalı antagonisti olan fensiklidinin sağlıklı gönüllü kişilere verilmesinin şizofreni benzeri paronaya, ajitasyon, depersonalizasyon, derealizasyon, işitme varsanıları gibi pozitif; apati, anhedoni, sosyal hayattan geri çekilme, dikkat azalması gibi negatif belirtilere neden olduğu görülmüştür. Fensiklidinin, remisyondaki şizofreni hastalarına verilmesi durumunda da hastalardaki psikotik belirtilerin alevlendiği gözlenmiştir (Özdemir ve Güzel Özdemir 2016, Öztürk ve Uluşahin 2016). Yapılan son çalışmalara göre glutamatın kronik şizofreni hastalarında azaldığı, ilaç tedavisi almayan şizofreni hastalarında ise arttığı görülmektedir (Marsman et al 2014).

2.4.3.4. GABA (Gama Amino Bütirik Asit)

Şizofreni hastalarında çalışma hafızası gibi bilişsel işlevlerde bozukluk yaygın olup prefrontal korteksin işlev bozukluğuna bağlanmıştır. Bu bozukluğun GABA nörotransmisyonundaki değişikliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Şizofreni hastalarıyla yapılan post mortem çalışmalar GABA sentezinden sorumlu ana enzimin düşük olduğunu göstermektedir (Hoftman et al 2015).

GABAerjik intibitör salınımı azalması dopaminerjik ve nöradrenerjik sistemde hiperaktiviteye yol açarak şizofreni semptomlarının görülmesine neden olur. Şizofrenideki uyku bozukluğunda, dopamin hiperaktivasyonunun yanı sıra GABA dizgesindeki bozukluğun da etkisi vardır (Eren 2006, Öztürk ve Uluşahin 2016).

2.4.3.5. Östrojen

Kraepelin ve Kretchmer şizofreni etiolojisinde hipoöstrojenizimden bahsetmiştir (Evren Kılıçaslan, Erol, Zengin, Köşger, Türkoğlu, Eliküçük ve Mete 2014). Östrojen, şizofrenide nöropsikolojik fonksiyonlara, bilişsel işlevlere ve nörolojik belirtilerin özel alanlarına etki etmektedir. Östrojenin kadınlarda menapoz dönemine kadar hastalığa yatkınlığı azalttığına dair çalışmalar mevcuttur (Eren 2006, Evren Kılıçaslan, Erol, Zengin, Çetinay Aydın ve Mete 2014).

2.4.4. Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Şizofreni hastalarında yapılan yapısal görüntüleme çalışmaları klinik uygulamada tanı koyma bakımından nitelikli olmamakla beraber hastalığın patofizyolojisini anlamak açısından önemlidir (Öztürk ve Uluşahin 2016).

Şizofreni etiolojisini aydınlatmak için birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda şizofreninin beyindeki yapısal değişimler sonucu olabileceği ya da beyinde yapısal birtakım değişikliklere neden olabileceğine dair görüşler öne sürülmüştür. Bu değişikliklerin kortikal ve subkortikal alanlardaki nöronlarda yapısal ve fonksiyonel bozukluk şeklinde olduğu ileri sürülmüştür (Kaya, Açıkgozoğlu, Çilli ve Açıkgozoğlu 2002).

Şizofreni hastalarındaki beyin görüntüleme bulgularındaki anomaliler aşağıda sıralanmıştır:

- Üçüncü ventrikül (beyin omurilik sıvısı orta hattında) ve yan ventriküllerde özellikle sol tarafta genişleme (Saygılı ve Kara 1991, Öztürk ve Uluşahin 2016)
- Bilateral gri madde azalması
- Beyaz madde bütünlüğünde bozulma
- Frontal ve temporal kortekste hacim azalması
- Serebralsimetrik görünüm
- Kavum septum pellucidum, korpus kallozum boyutunda ve şeklinde değişiklik (Öztürk ve Uluşahin 2016)

2.4.5. Nörogelişimsel Varsayım

Bu varsayıma göre gelişimin erken dönemlerinde genetik ya da çevresel etkenlerle beyin gelişimi bozulmakta, ilerleyen zamanlarda bozukluk hastalığına yatkınlık yaratmaktadır. Kişi yaşam evreleri sürecinde herhangi bir stresörle karşılaştığında ve baş etme mekanizmaları yetersiz kaldığında şizofreni belirtileri gelişmektedir. Bu noktada özellikle frontal, parietal, temporal ve limbik korteks arasında anormal bağlantılara neden olan beyin gelişimi üzerinde durulmaktadır (Demirbek ve Özdemir 2012).

2.4.6. Nörodejeneratif Varsayım

Hastalık başladıktan sonra beynin belli bölgelerinde dejenerasyonlar olmakta bu da hastalığın prognozunu kötüleştirmektedir. Şizofrenideki negatif belirtilerin hastalığın ilk dönemlerinde hafif olması hastalık süregelenleştikçe ön plana geçip alevlenmesi bu varsayımı desteklemektedir. Aynı zamanda sağaltım görmemiş şizofreni hastalarında yeti yitimi ve bilişsel kayıplar daha fazla olmaktadır. Bu dejenerasyon sürecinin olduğunu ve farmakolojik tedaviyle kısmen düzeldiğini göstermektedir. (Öztürk ve Uluşahin 2016).

2.4.7. Psikanalitik Açıdan Şizofreni

Psikanalitik kurama göre; libido normal gelişimde cinsel enerjinin dinamik belirtisidir. İlk gelişim dönemlerinde çocuğun benliğinde ve bedeninde tutulan bu enerjiye birincil narsisizm denir. Çocuk büyüdükçe çevreyle ilişki kurdukça libido çevredeki nesnelere yatırılır. Böylece gerçek sevgi ilişkileri gelişir.

Şizofrenide ise ruhsal ya da organik nedenlerle libido gelişimi narsistik düzeyde saplanır kalır (Birincil Narsizm). Ya da yaşamın sonraki evrelerinde değişik stresörlerle benlik bu ilkel düzeye geriler. Böylece libido dış dünyadaki nesneden çekilerek özbenliğe yatırılır (İkincil Narsizm). Fakat her zaman için bir miktar birincil narsistiklik durumda da kalır. Yani kişi kendisini de sever. Bu durum nesne ilişkisinin gelişimine engel teşkil etmez.

Şizofrenide nesne libidosunun gerileyip bedene, benliğe çekilerek kişinin dış dünya ile ilişkisinin azalması ile hasta adeta küçük bir çocuk gibi olabilir. Dış dünyada nesneye

yöneltilmiş ilginin bedene geri çevrilmesi (İkincil Narsizm) durumu şizofreni hastalarının kendi bedenleriyle aşırı uğraşmalarına ve otizm belirtileri görülmesine neden olur. Bu gerileme çocukluktan itibaren temel güven duygusunun sağlanamaması, düş kırıklıkları ve kişiler arası ilişkilerin bozukluğundan kaynaklanabilir. Psikanalitik yaklaşımda şizofrenide doğuştan yapısal yatkınlık, ego zayıflığı ve birincil narsistlik durumuna kolayca gerileyebilme eğilimi olduğu kabul edilir (Öztürk ve Uluşahin 2016).

Şizofreninin kökenleri uzun yıllar psikanalitik kavramlar kullanılarak açıklanmaya çalışılmıştır. Günümüzde şizofreni patofizyolojisinde psikanalitik kuramın yeri oldukça zayıflamıştır (Dereboy 2000).

2.5. SINIFLAMA VE TANILAMA

Psikiyatrik bozukluklar için iki temel sınıflandırma sistemi kullanılmaktadır. Bunlardan ilki Dünya Sağlık Örgütü'nün (World Health Organization) ICD (International Classification of Diseases) diğeri ise Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (American Psychiatric Association) DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sınıflandırmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün ICD'si tüm hastalıkları kapsayan bütünsel bir tanı kriterlerini kitabı olmakla birlikte DSM yalnızca psikiyatrik hastalıklar için kullanılan tanı kriterini içermektedir (Sancaktar 2017).

2.5.1. ICD-11' e Göre Sınıflama ve Tanı Kriterleri

ICD -11'de ' Şizofreni', 'Şizofreni veya Diğer Primer Psikotik Bozukluklar' başlığı altında yer almaktadır.

6A20. Şizofreni

6A20.0. Şizofreni, birinci bölüm

6A20.00 Şizofreni, ilk epizod, şu anda semptomatik

6A20.01 Şizofreni, ilk epizod, kısmi remisyonda

6A20.02 Şizofreni, ilk epizod, tamamen remisyonda

6A20.0Z Şizofreni, ilk epizod, tanımlanmamış

6A20.1. Şizofreni, çoklu bölüm

6A20.10 Şizofreni, çoklu epizodlar, şu anda semptomatik

6A20.11 Şizofreni, çoklu ataklar, kısmi remisyonunda

6A20.12 Şizofreni, birçok epizod, tam remisyonunda

6A20.1Z Şizofreni, çoklu epizod, tanımlanmamış

6A20.2 Şizofreni, sürekli6A20.20 Şizofreni, sürekli, şu anda semptomatik

6A20.21 Şizofreni, sürekli, kısmi remisyonunda**6A20.22** Şizofreni, sürekli, tam remisyonunda

6A20.2Z Şizofreni, sürekli, tanımlanmamış

6A20.Y Diğer tanımlanmış şizofreni

6A20.Z Şizofreni, belirtilmemiş (<https://icd.who.int/browse11/l-m/en> Erişim Tarihi: 07.02.2019).

2.5.2. DSM-V' E Göre Tanılama

DSM-V' e göre Şizofreni tanısını koymak için gerekli olan kriterler:

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

1.Sanrılar

2.Varsanılar

3.Dezorganize konuşma (örn; sık sık konudan sapma gösterme ya da tutarsız konuşma)

4.Büyük ölçüde dağınık davranış ya da katatoni davranışı

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

B. Bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde; mesleki, kişiler arası ilişkiler ya da öz bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır

(çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa, kişilerarası, akademik ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişemez).

C. Bu bozukluğun süregiden belirtileri en az altı ay sürmektedir. Bu altı aylık süre, A tanı ölçütünü karşılayan en az bir aylık (ya da başarı tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri içermelidir. Hastalığın prodromal ve rezidüel(kalıntı) belirtilerle seyreden dönemlerini de içerebilir. Bu prodromal veya rezidüel süreçte, rahatsızlığın belirtileri, sadece negatif semptomlarla veya zayıflatılmış biçimde mevcut olan A tanı ölçütünde listelenen iki veya daha fazla semptomla (ör. Garip inançlar, olağandışı algısal deneyimler) ortaya çıkabilir.

D. Şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk ya da psikotik özellik gösteren çökkünlük ya da ikiüçlü (bipolar) bozukluk dışlanır.

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

F. Otizm spektrum bozukluğu ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni ek tanısı konulabilmesi için gerekli diğer belirtilerine ek olarak belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur (Köroğlu 2013).

2.6. GİDİŞ VE SONLANIŞ

Şizofreni yüksek mortalite ve morbidite oranına sahip kronik, yıpratıcı ve klinik seyri değişken bir nöropsikiyatrik bozukluktur (Nasrallah et al 2017, Sağlam Aykut 2017).

Şizofreni akut ya da sinsi başlangıç gösterebilir. Alevlenme ve remisyon dönemleriyle seyretmektedir. Hastalık başlangıcından önce kişide depresyon, uyku düzeninde bozulma, dikkat dağınıklığı, öz bakımını aksatma ve anksiyete gibi prodromal belirtiler gözlenebilmektedir. Bazı vakalarda yalnızca başlangıç aşamasında birkaç hafta ya da ay süren bu belirtiler, diğerlerinde kronikleşerek işlevsellikte bozulmaya yol açabilir. Hastalık ilk psikoz atağından sonraki 5-10 yıl içinde pozitif belirtilerin görüldüğü alevlenmeler ve remisyonla seyreder. Remisyon döneminde negatif belirtiler

şiddetlenerek sürer. Hastalığın başlangıcından 5-10 yıl sonrasında çoğu hastada, alevlenme görülmezken işlev düzeyi de fazla değişmez. İlerleyen yaşla birlikte sanrı ve varsanılar şiddetini yitirip negatif belirtilerle yer değiştirir bu durum tükenmişlik teorisiyle açıklanmaktadır. Yapılan çalışmalar şizofreni hastalarının en az dörtte birinin tamamen iyileştiğini, yarısının belirtilerinin yatıştığını, sosyal işlevlerinin iyi olduğunu göstermektedir. (Donovan, Regehr and George 2013, Öztürk ve Uluşahin 2016, Karakuş ve ark 2017, Sağlam Aykut 2017).

Şizofrenide hastalığın gidişini belirleyen olumlu ve olumsuz faktörler bulunmaktadır.

Olumlu gidiş

- Hastalık öncesi kişilik özelliklerinin sağlıklı, zeka düzeyinin normal olması
- Hastanın kadın, medeni halinin evli olması
- Hastanın prenatal komplikasyon öyküsünün olmaması
- Ailede şizofreni öyküsü bulunmaması
- Hastalığın geç yaşta ve aniden başlaması
- Hastalığa neden olan faktörlerin stres kaynaklı olması
- Hastalık seyrinde negatif ve bilişsel belirtiler olmaması
- Sanrı ve varsanıların baskın olması
- Sosyo-ekonomik düzeyin, içgörünün yüksek olması
- Aile ve sosyal desteğin yüksek olması

Olumsuz gidiş

- Hastalığın erken yaşta ve sinsi başlaması
- Hastanın erkek, medeni halinin bekar olması
- Ailede şizofreni öyküsü olması
- Hastalık öncesi kişilik özelliklerinin obsesif kompulsif, şizoid ya da şizotipal olması
- Zeka düzeyinin düşük olması
- Hastalık öncesi ve sırasında alkol-madde kullanımı olması
- Tedaviye geç başlanması
- Sık ve uzun süre hastane yatışlarının olması
- Hastalık belirtilerinin negatif olması
- Komorbid psikiyatrik tanılarının bulunması

- Aile ve sosyal çevre desteğinin yetersizliği (Öztürk ve Uluşahin 2016, Karakuş ve ark 2017, Sağlam Aykut 2017).

2.6.1. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerde En Sık Kullanılan NANDA Hemşirelik Tanıları

2.6.1.1. ALAN 1: Sağlık Farkındalığı- Sağlığın Yönetimi

Sedanter Yaşam Tarzı

Riskli Sağlık Davranışı

Etkili Olmayan Sağlık Bakımı

Etkili Olmayan Sağlık Yönetimi

Etkin Olmayan Koruma

2.6.1.2. ALAN 2: Beslenme ve Metabolizma

Dengesiz Beslenme: Vücut Gereksiniminden Daha Az

Dengesiz Beslenme: Vücut Gereksiniminden Daha Fazla

Aşırı Kilo Alma Riski

Sıvı Elektrolit Dengesizliği Riski

2.6.1.3. ALAN 3: Eliminasyon

Üriner Boşaltımda Bozulma

Konstipasyon Riski

2.6.1.4. ALAN 4: Aktivite/ Dinlenme

Aktivite İntolerans Riski

Uyku Örüntüsünde Bozulma

Enerji Alanında Dengesizlik

Amaçsızca Dolaşma

Yürüyüşte Bozulma

Öz Bakımı Geliştirmek İçin Hazırlık

Banyo Yapmada Öz Bakım Açığı

Giyinmede Öz Bakım Açığı

Beslenmede Öz Bakım Açığı

Kendini İhmal Etme

2.6.1.5. ALAN 5:Algı/ Biliş

Etkin Olmayan Dürtü Kontrolü

Sözel İletişimde Bozulma

Dikkat Eksikliği

Bilgi Eksikliği

Bellekte Bozulma

2.6.1.6. ALAN 6: Kendini Algılama

Düşük Benlik Saygısı Riski

Beden İmajında Bozulma

Umutsuzluk

2.6.1.7. ALAN 7: Rol İlişkileri

İşlevsel Olmayan Aile Süreci

Ebeveynlik Rolünde Bozulma Riski

Etkin Olmayan Rol Performansı

Bozulmuş Sosyal Etkileşim

2.6.1.8. ALAN 8:Cinsellik

Cinsel İşlev Bozukluğu

Cinsel Örüntüde Etkisizlik

2.6.1.9. ALAN 9: Başa Çıkma/ Stres İntoleransı

Etkisiz Bireysel Baş Etme

Toplumla Baş Etmede Etkisizlik

Anksiyete

Ölüm Kaygısı

Etkisiz İnkâr

Korku

Keder

Güçsüzlük Riski

2.6.1.10. ALAN 10:Yaşam İlkeleri

Serbest Karar Vermede Bozulma Riski

Dinsel Kurallara Uymada Bozulma

Manevi Sıkıntı/Riski

2.6.1.11. ALAN 11: Güvenlik / Korunma

Enfeksiyon Riski

Oral Mukoz Membranda Bozulma Riski

İntihar Riski

Şiddet Riski: Kendine Yönelik

Şiddet Riski: Başkalarına Yönelik

2.6.1.12. ALAN 12: Konfor Alanı

Yalnızlık Riski

Sosyal İzolasyon (Herdman ve Kamitsuru 2018).

2.7. ŞİZOFRENİDE İÇGÖRÜ

Şizofrenide içgörü psikolojik, psikopatolojik, nörobilişsel ve kişilerarası ilişkileri de içine alan çok yönlü bir kavramdır (Dankı, Dilbaz, Okay ve Telci 2007).

Psikiyatride klinik içgörüyü tanımlayan ilk araştırmacılardan biri olan Jaspers'e göre içgörü, hastalığın ve belirtilerin farkında olma durumudur. Aubrey Lewis klinik içgörüyü 'kişinin kendindeki morbid değişimlere karşı doğru bir tutum geliştirmesi ve hastalığın zihinsel olduğunu idrak etmesi' olarak tanımlamıştır (David 1990). Gestalt psikologlarına göre içgörü bir farkındalık yaşantısıdır (Aslan ve Altınöz 2010). Psikanalitik yaklaşıma göre içgörü; biliçdışı dürtü ve davranışların farkında olma veya bilinçli bir başa çıkma stratejisinin bir sonucudur (Amador ve David 2004).

Anthony S. David, içgörünün hastalığın tedavisinde ele alınması gereken en önemli nokta olduğunu belirtmiştir. İçgörü kavramını 3 boyutta tanımlamıştır (Aslan ve Altınöz 2010, Reddy 2015).

1. Hastalığın farkında oluş (*ben hastayım*)
2. Psikotik yaşantıların anormalliğini değerlendirme yeteneği (*bu düşünceler sanrıdır, bu görüntüler gerçek değil hayaldir*)
3. Tedaviye uyum (*bu belirtilerin geçmesi için tedavi olmam lazım*) (Yıldız 2011b).

Literatüre göre içgörü ruhsal muayene ve hastanın ruhsal durumu hakkında bilgi veren önemli bir kavramdır (Aslan ve Altınöz 2010).

Ruh sağlığı alanında yapılan çalışmalarda klinik içgörü üzerine yoğunlaşmakla beraber bilişsel içgörü kavramının da öne çıktığı görülmektedir. Bilişsel içgörü, bireyin bilişsel akıl yürütme yeterliliği veya hatalı çıkarımlarını sorgulayabilme ve işlevsel olanla değiştirilmesine ilişkin yeterliliği tanımlamaktadır (İpçi, İncedere, Kiras ve Yıldız 2018). Bilişsel içgörü birçok nöropsikolojik işlevle ilişkilidir. Bunlardan en önemlisi yürütücü işlevdir (Cooke, Peters, Fannon, Aasen, Kuipers and Kumari 2010). Yürütücü işlevin bozulması sonucu kendini değerlendirme bozulmaktadır. Kendini değerlendirmesi bozulan hastalarda bilişsel içgörünün oluşması güçleşir bu durum hastaların öznel iyileşmelerini değerlendirmesini etkilemektedir (Fıstıkçı, Keyvan ve Cesur 2016, İpçi ve ark 2018).

Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarının %50-80'inde tamamen ya da kısmen içgörünün olmadığı görülmüştür. Düşük içgörü; psikososyal disfonksiyon, kötü yaşam kalitesi, tedaviye uyumsuzluk, saldırganlık ile ilişkilendirilmiştir (Cabeza, Diaz-Caneja, Ovejero and Portugal 2018, Tordesillas-Gutierrez et al 2018). Uzun vadede içgörü eksikliğinin; işlevselliği etkilediği, öz bakım ve bağımsız yaşam becerilerini zorlaştırdığı, sosyal ilişkiler ve mesleki işlevselliği sürdürmede yetersizliğe yol açtığına dair çalışmalar mevcuttur (Ulusoy ve Delice Arslan 2015, Yılmaz ve Okanlı 2018). İçgörünün gelişiminde en önemli faktörlerden biri tedavinin sürdürülmesidir (Yıldız 2011a).

2.8. YETİ YİTİMİ

Yeti yitimi, vücut fonksiyonlarındaki bozulmalardan kaynaklanan yetersizliği, aktivite ve günlük yaşama katılımın kısıtlanmasına neden olan hastalıkların sonuçlarını tanımlamaktadır (Uluğ, Ertuğrul, Göğüş ve Kabakçı 2001, Kaçan Softa ve Ulaş Karamehmetoğlu 2016). Yeti yitimi bireyin sağlık durumu ile çevresel-bireysel bağlamda kişisel etmenler (motivasyon, özgüven) arasındaki olumsuz etkileşimi vurgular. Tanımdaki en önemli nokta bireyin çeşitli faktörlerden etkilenen kişisel yetersizlikleri sebebiyle sosyal yaşama katılamaması ve işlevselliğinin bozulmasıdır (Karşıdağ, Taktak ve Alpay 2000, Kaçan Softa ve Ulaş Karamehmetoğlu 2016).

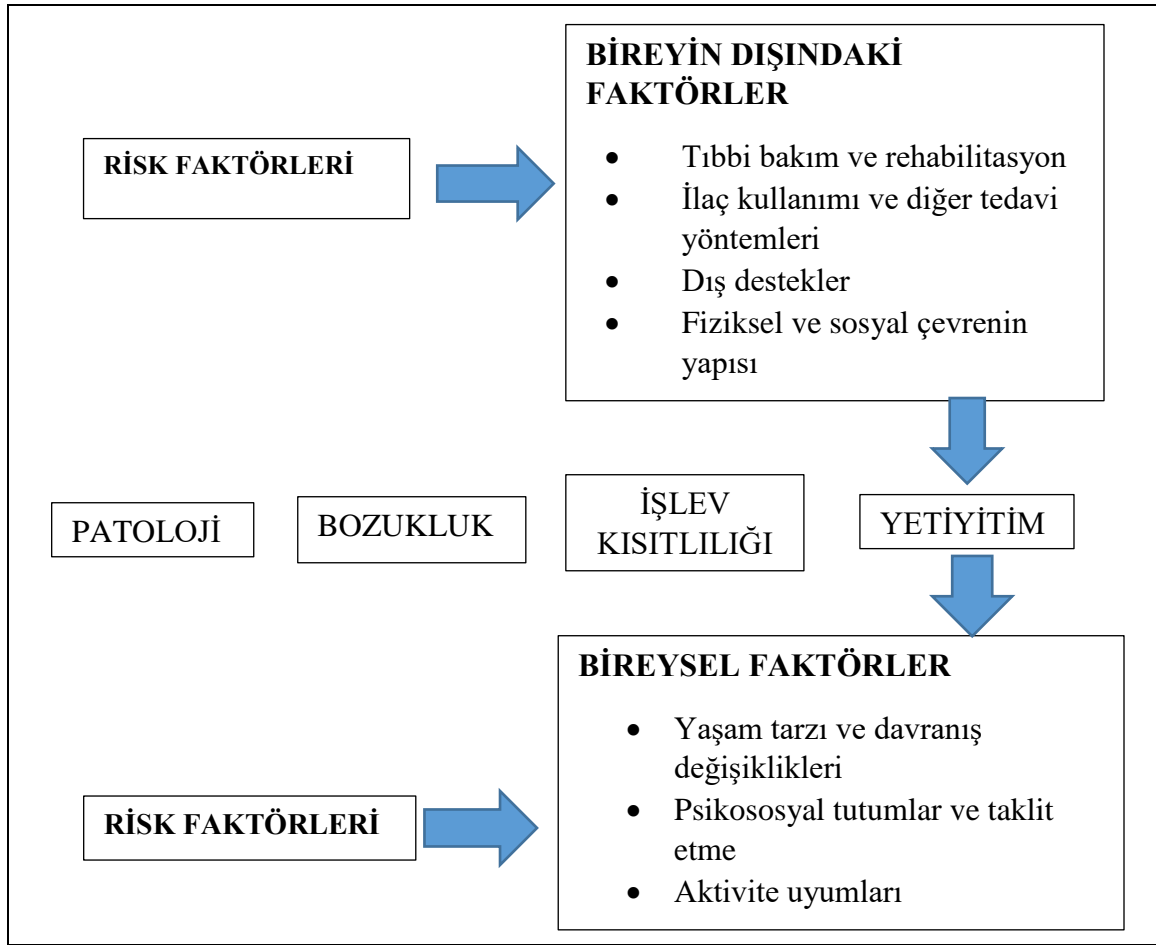
Yeti yitimi, bireyin bağımsızlığını doğrudan etkileyerek başkalarına bağımlı bir yaşam sürmesine, kendini işe yaramaz hissetmesine, benlik saygısının düşmesine ve yüksek bakım maliyetlerine neden olmaktadır. (Tel, Tay, Canbay, Akaya ve Yalçınkaya 2014). Yeti yitimine bağlı sağlık harcamalarında ruhsal bozukluklar önemli yer tutmaktadır (Meerding, Bonneux, Polder, Koopmanschap and Maas 1998).

Nöropsikiyatrik hastalıklar yeti yitimi içinde geçen yılların %31 ini oluşturmaktadır. Yeti yitimi içinde geçen yılların önde gelen nedenleri sıralamasında ilk 20 sağlık sorunun beşi (unipolar depresif bozukluk, alkol kullanım bozuklukları, şizofreni, bipolar afektif bozukluk, Alzheimer ve diğer demanslar) ruhsal sorunlardır (Kılıç

2017,http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal_program.pdf Erişim Tarihi: 20.01.2019).

Verbrugge ve arkadaşları tarafından Yeti yitimi Süreci Modeli geliştirilmiştir. Model, yeti yitimi sürecinin; akut ve kronik hastalıklarda günlük yaşam aktivitelerini, temel fiziksel ve ruhsal hareketleri, vücut sistemlerini nasıl etkilediğini tanımlamış, model süreci hızlandıran veya yavaşlatan bireysel ve çevresel faktörlerle açıklanmaya çalışılmıştır (Şekil. 1) (Karşıdağ ve ark 2000).

Şekil 1: Verbrugge ve arkadaşlarının geliştirdiği yeti yitimi süreci şeması



Kaynak: Karşıdağ Ç, Taktak Ş, Alpay N. (2000). Yeti Yitimi Kavramı ve Ruhsal Hastalıklarda Rehabilitasyon. Düşünen Adam Dergisi,13(4):225-230.

Uzun yıllar psikiyatrik hastalıklarla mücadele eden bireylerin yaşadığı üretkenlik ve toplumsal yaşama katılımındaki kayıplar yeti yitiminin önemini daha belirgin hale getirmiştir (Karşıdağ ve ark 2000).

2.9. ÖZ BAKIM

Öz bakım, sağlık ve iyilik halinin devamını sağlamak için bireyler tarafından başlatılan ve sürdürülen etkinliklerin tümüdür. Öz bakım tecrübe ile öğrenilmiş davranışlardır. Öz bakım kabiliyeti çocukluktan yetişkinliğe doğru gelişimsel bir sıra izlemektedir. Bireyin uyum yeteneğinin gelişmesinde, günlük yaşam aktivitelerinin bağımsız gerçekleştirilmesi önemli rol oynamaktadır. Fawcett öz bakım becerilerinin bireyin isteği, başka kişilerin talimat ve denetimleriyle bireyin kendi deneyimlerinden kaynaklandığını belirtmektedir (Fawcett 2005). Öz bakım kavramıyla ilgili ilk tanımlamalar, 1800'lü yılların ortalarına dayanmakla birlikte günümüzde Dorothea Orem 'e atfedilmektedir (Karadağlı ve Ecevit Alpar 2017, Kılıçgün Yurtsever 2013).

D.Orem 1956 yılında hemşirelik uygulamalarında en sık kullanılan teori olan 'Öz bakım Teorisi'ni oluşturmaya başlamıştır. 1979 yılında yayımlanan 'Uygulamada Hemşirelik Kavramları (Nursing Concept of Practice) isimli kitabında hemşirelikle ilgili kavramların yapısal çerçevesini çizmiştir. Öz bakım Teorisi'ni 1971- 2001 yılları arasında 'Öz bakım Eksikliği Hemşirelik Teorisi' olarak şekillendirilmiştir (Akça Ay 2012, Çam ve Engin 2014, Ünsal Avdal ve Kızılcı 2010). Orem hemşireliğin ilgi alanının insanlara öz bakımlarını yapabilmek için yardım etmek olduğunu vurgulamış ve hemşireliği insana verilen hizmet olarak tanımlamıştır. Orem'in kuramının odağında, hasta bireyin ihtiyaçları ve bunları karşılamak için hemşirenin yaptığı eylemler vardır. Orem'e göre hasta biyolojik, fizyolojik, gelişimsel ve sosyal ihtiyaçlarını tamamıyla karşılayamadığı zaman hemşirelik bakımına ihtiyaç duyar. Hemşirelik bakımı ihtiyacı, öz bakım yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Temelde Orem'in öz bakım kuramı öz bakım ihtiyaçlarının karşılanamadığı durumlarda, hemşirelik bakımı ile bu ihtiyaçların karşılanmasıdır. Hemşire hem bireye yardım eder, hem de aile ve arkadaşlarına hasta bireye nasıl yardım edeceklerini öğretir (Akça Ay 2012, Çam ve Engin 2014).

Orem'in öz bakım kuramı kişi, çevre ve uyumsal güçler üzerine odaklanarak üç varsayıma dayanmaktadır.

İlk varsayım: Bireyin biyolojik, fizyolojik, gelişimsel ve sosyal bir bütün olarak fonksiyon görmesidir. Toplumun etkisi, kişi-çevre etkileşimine yansımaktadır. Öz

bakım bireyin farkındalığına, algılarına, karar vermesine, motivasyonuna, öğrenmeye ilgisine ve öğrendiği bilgiyi uygulamasına bağlıdır (Hartweg 1991).

İkinci varsayım: Yaşam döngüsünün her evresinde bir bütün olarak fonksiyon gören, insan ile bütünleşmiş bir sistem olan çevreyi tanımlar. Kişinin işlevselliği, çevre sınırları içinde güvenle değiştirilebilir (Hartweg 1991).

Üçüncü varsayım: Kişi ve çevre içindeki uyumsal güçlerle ilgilidir. Kişinin gereksinimleri çevrenin şartlarına göre ayarlanır. Teknoloji gereksinimleri karşılama çevreyi kontrol etmede kullanılır (Hartweg 1991).

Orem'in Öz Bakım Eksikliği Hemşirelik Kuramı, hemşirelik uygulamalarında kullanılan en yaygın kuramlardandır (Çelik ve Yıldırım 2016).

Orem, kuramını öz bakım eksikliği teorisi olarak adlandırır. Bu genel teori 'öz bakım teorisi', 'öz bakım eksikliği teorisi', ve 'hemşirelik sistemleri teorisi' olmak üzere birbiri ile ilişkili üç teoriden oluşur (Orem 2001).

1-ÖZ BAKIM TEORİSİ: Yaşamın devamı için öz bakımın neden gerekli olduğunu açıklar. Öz bakım, bireylerin yaşamlarını sağlık ve iyilik durumlarını kaliteli bir şekilde devam ettirmek için yapılan aktivitelerdir. Çocuklar, yaşlılar, hastalar öz bakım aktivitelerinde tamamen veya kısmen başkalarının yardımına ihtiyaç duyarken, yetişkin bir bireyin kendi sağlık ve iyiliği için sürekli çabası olmalıdır (Çam ve Engin 2014).

Orem öz bakım gereksinimini; evrensel, sağlıktan sapmada öz bakım gereksinimleri ve gelişimsel öz bakım gereksinimleri olmak üzere üç bölümde sınıflandırır.

Evrensel öz bakım gereksinimleri: Yaşam süreci ve insan yapı- fonksiyonlarının bütünlüğünü devam ettirme ile ilgilidir. Orem, evrensel öz bakım gereksinimleri; 'hava-su-besin', 'eliminasyon', 'aktivite ve dinlenme', 'yalnızlık ve toplumsal etkileşim', 'yaşam ve iyiliğe yönelik tehditler', 'normallik' olarak belirtmiştir (Çam ve Engin 2014).

Sağlıktan sapsalarda öz bakım gereksinimleri: Orem, 'yalnızca rahatsızlıklar, sakatlık ya da hastalık olaylarında gereksinim duyulan' şeklinde tanımlamıştır. Sağlıktan sapsalarda öz bakım gereksinimleri, genetik ve yapısal defektler, insan yapı ve

fonksiyonlarındaki sapmalar ve onların etkileri, hekimler tarafından yapılan tıbbi tanı ve tedavi tedbirleri ile ilgilidir (Çam ve Engin 2014).

Gelişimsel öz bakım gereksinimleri: Orem' e göre gelişimsel öz bakım gereksinimleri, insanın gelişimsel süreci ile yaşam döngüsü içinde meydana gelen durumlar ve olaylarla ilişkilidir (Çam ve Engin 2014).

2- ÖZ BAKIM EKSİKLİĞİ TEORİSİ: Orem'in kuramının merkezini oluşturur. Hemşirenin niçin ve ne zaman gerekli olduğunu açıklar. Öz bakım eksikliği söz konusu olduğunda hemşirelik uygulamaları 5 alanda toplanmıştır.

- Hastalarla, bireylerle, ailelerle, gruplarla iletişime girme ve devam ettirme.
- Hastalara hemşirelik uygulamalarıyla nasıl yardım edileceğini belirleme.
- Hastaların isteklerine, beklentilerine cevap verme.
- Hasta ve yakınlarına hemşirelik yardımını tanımlama, destekleme, düzenleme.
- Hastaların günlük yaşamını düzenleme, gerekli olan sosyal ve eğitim gereksinimlerini karşılama (Çam ve Engin 2014).

3- HEMŞİRELİK SİSTEMLERİ TEORİSİ: Orem, hemşireliği kişilerarası bir süreç olarak görmektedir. Bu süreçte, hemşirelik, kişisel sağlık durumundan dolayı, öz bakımını sağlayamayan bireye gereksinim duyduğu yardımı doğrudan vermektir.

Orem kuramında bazı kavramlar tanımlamıştır. Bu kavramlar başlıklar halinde aşağıda sıralanmıştır.

- Öz bakım
- Öz bakım gücü
- Terapötik öz bakım gereksinimleri
- Öz bakım eksikliği/açığı
- Hemşirelik gücü
- Hemşirelik sistemi
- Temel durumsal faktörler

Öz Bakım

Orem öz bakımı ‘bireylerin yaşamlarını, sağlıklarını ve esenliğini korumak için kendi adlarına başlattıkları ve gerçekleştirdikleri faaliyetler pratiği’ olarak tanımlamıştır (Hartweg 1991).

Öz Bakım Gücü

Orem öz bakım gücünü bireylerin kendi kendine bakım yapabilme yetisi olarak tanımlar. Öz bakım gücü çocuklukta gelişen, yetişkinlikte olgunluğa ulaşan ve yaşlılıkla birlikte azalan öz bakımla ilgilenme yeteneğidir. Fonksiyon görmeyi düzenlemek için gereksinimleri belirlemek, ne yapılacağına karar vermek, öz bakım gereksinimlerini karşılamada bakım önlemlerini yerine getirmektir (Hartweg 1991, Çam ve Engin 2014).

Terapötik Öz Bakım Gereksinimi

Her bireyin, yaşamı sağlığı ve refahı teşvik eden birçok gereksinimi veya bu koşulu yerine getirmesi için kapsamlı bilgi ve beceri gerektiren terapötik öz bakım gereksinimi vardır. Tecrübe sayesinde birey, yerine getirilmesi gereken özel gereksinimleri öğrenir. Hastalık ve sakatlık gibi durumlar ortaya çıktıkça hemşire, bireyi harekete geçirmek için yeni gereksinimleri bildirir. Bu nedenle kişi ve çevrede içsel olan bilimsel bilginin bir araya getirilmesi vardır (Hartweg 1991).

Öz Bakım Eksikliği/ Açığı

Terapötik öz bakım gereksinimi, bireyin gereksinimlerini karşılama potansiyelinden daha fazla olduğunda meydana gelmektedir (Çam ve Engin 2014).

Hemşirelik Gücü

Hemşirelerin bireye yardım etmede kullanacağı bilimsel hastalık bilgisi, klinik hemşirelik deneyimi, hemşirelik becerilerini kullanmada ustalığı, bireyin öz bakım gücünü test edebilmesi ve gereksinimlerini tanımlayabilmesi ile değişen uzmanlık yeteneğidir (Hartweg 1991, Kumar 2007, Ünsal Avdal ve Kızılcı 2010). Teoride hemşirenin gücünü ve uygulamalarını etkileyen özellikleri, *hemşirelik gücü güç bileşenleri* olarak adlandırılmıştır. Bu bileşenler, hemşirenin kanıtlanmış güncel ve güvenilir bilgiye ulaşma yeteneği, hemşirelik görev yetki sorumlulukları sınırlarında otonomisini kullanma yeteneği, güdülenmesi, hemşirelik bakımı sunma isteği, hedefe

ulaşmada farklılıkları görme ve birleştirme yeteneği, hemşirelik işlev performansında süreklilik ve kendini yenileme yeteneğini içermektedir (Ünsal Avdal ve Kızılcı 2010).

Hemşirelik Sistemi

Birey ya da hastanın belli terapötik gereksinimleri veya öz bakım eksikliğini karşılaması için hemşirelerin, hemşirelik girişimleri yoluyla oluşturdukları sistemdir (Hartweg 1991, Orem 2001, Ünsal Avdal ve Kızılcı 2010).

Orem, sağlıklı ya da hasta bireyin gereksinimlerini karşılamada üç tip hemşirelik sisteminin önemine vurgu yapmıştır.

1. Tamamen telafi edici sistem
2. Kısmi telafi edici sistem
3. Destekleyici ve eğitici hemşirelik sistemi (Orem 2001).

Hemşire, birey ya da hastaya bu sistemlerden hangisinin uygulanacağına bakım gereksinimlerini sorgulayarak karar vermelidir.

Hasta bakım eylemlerini gerçekleştiremiyorsa, hemşire hasta bakımında gerekli tüm eylemleri gerçekleştirir. Yani tamamen telafi edici sistem devreye girmektedir. Örneğin; yoğun bakım ünitesinde tedavisi devam eden komadaki hasta bakımında tamamen telafi edici sistem devreye girer. Demansı olan bir bireyin bakım gereksinimlerinde kısmi telafi edici sistem devreye girer. Yeni anne olmuş bir kadına emzirme teknikleri hakkında bilgi verme, besleme deneyimleri sırasında annenin yanında olmada ise destekleyici eğitici sisteme ihtiyaç duyulur. İnme geçiren bir hasta akut dönemde öz bakımını yerine getiremeyebilir. Fizik tedavi, farmakolojik ve non farmakolojik tedavi seçenekleriyle hasta kısmen de olsa öz bakımı yapabilir hale gelir. Günlük egzersiz planı, ilaçların nasıl kullanılacağı, bol sıvı alımı, sigara ve alkolden uzak yaşam gibi taburculuk sonrası eğitimlerle de destekleyici-eğitici sistem devreye girer. Bu durumda tamamen telafi edici sistemden destekleyici eğitici sisteme doğru bir bakım planı izlenebilir (Hartweg 1991).

Temel Durumsal Faktörler

Bireyin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, aile sistemi, sağlık durumu, sağlık bakım sistemi, sosyokültürel durum, çevresel durum, yaşam şekli, kaynakların varlığı ve yeterliliği gibi özellikleri bireyin öz bakım gereksinimleri ve öz bakım gücünü etkileyen faktörlerdir. Temel durumsal faktörlerden bazıları yaşam boyu değişmeden kalırken bazıları da değişikliğe uğrayabilir (Ünsal Avdal ve Kızılcı 2010).

2.10. ŞİZOFRENİ HASTALARINA YÖNELİK HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Şizofreni algı, duygu, düşünce, davranış ve sosyal işlevsellik bakımından her bireyi farklı etkilemektedir. Hemşirelik yaklaşımı; hastanın deneyimlediği belirtilere yoğunlaşma şeklinde değil, onu bir birey olarak kabullenme ile başlamalıdır. Şizofreni hastasında ruhsal sistemin işleyişinde çok yönlü bozulma olduğundan, hemşire hastasının her yönüne birden yönelemez. Bu nedenle hemşirenin bir başlangıç noktası, kısa ve uzun vadeli çalışma stratejisi belirlemesi gerekmektedir. Şizofreniye yönelik hemşirelik yaklaşımında en büyük sorun; kişilerarası iletişime kapalı hastanın sosyal yaşama uyumunu sağlıklı bir şekilde sağlamaktır. Hastaya güven, yakınlık, hoşgörü ve ilgi göstermekle başlayan uzun ve sabır gerektiren bir çalışmanın sonunda sosyal yaşama uyum mümkündür. Hemşire-hasta arasında terapötik görüşme ortamı sağlanmalıdır. Bu görüşmelerin zaman ve mekânı hasta ile belirlenmelidir. Tedavideki rolünün bilincinde, hastayla içtenlikle çalışmak istediğini hissettiren bir hemşire tutumu hastayı rahatlatır ve çalışmaya güdüler. Hastaya yardımcı olmaya çalışan hemşire tedaviye olumlu katkılarda bulunur. Bu noktada hastaya fırsat tanımadan hastanın yapması gereken sorumlukları üstlenen hemşire tutumu zararlıdır. Hastanın sağaltımı, bireysel özel gereksinimleri ve yetilerine göre planlanmalıdır. (Yürekli 1991, Özbay, Göka ve Kılıç 1996). Hemşire şizofreni hastasının bakımını planlarken 'biyo-psiko-sosyal yaklaşım' modelini temel alarak bütüncül yaklaşmalıdır (Çam ve Engin 2014).

Hemşirelik kuramcılarında H. Peplau tarafından geliştirilen terapötik ilişki kavramında, ilişkinin odağı hastanın ihtiyaçları olup hasta merkezli bakım uygulanmaktadır (Slemon, Jenkins and Bungay 2017). Hastayı tanıma, güç ve

sorumluluk paylaşımı, güven ve saygı, anlaşılır doğru ve etkili iletişimle hasta merkezli bakımın temelleri atılır (Goulding, Allerby, Ali, Gremyr and Waern 2018).

Tedavi edici hasta-hemşire ilişkisi oluşturmak için:

1. Hastayla konuşurken sakın bir tavır sergilenir. Anksiyete bulaşıcıdır ve olumsuz sonuçlara yol açar.
2. Hasta ile konuşulurken gizlilik ilkesine uyulacağı açıklanmalıdır. Bu güven duygusunu pekiştirir.
3. Halüsinasyonlar pekiştirilmez. Hemşire gerçeği algılayışımı basit bir dille ifade etmelidir. Yer zaman ve mekân oryantasyonu sağlanır. Oryantasyon gerçekliği pekiştirir.
4. Hastaya haber verilmeden dokunulmaz. Hasta bu teması bir tehdit olarak algılayabilir.
5. Olumlu davranışlar pekiştirilir. Pekiştirme olumlu davranışların artırır.
6. Yarışma tarzındaki aktivitelerden kaçınılmalıdır. Yarışma benlik saygısını azaltır ve tehdit unsuru barındırır.
7. İçe kapanık hastalarla birebir iletişim uygulanır. Hasta- hasta etkileşimine göre hasta- hemşire etkileşimi daha sağlıklı olup tedavi edicidir.
8. Hasta duygularını ifade etmesi konusunda cesaretlendirilir (Yürekli 1991, Çam ve Engin 2014).

Şizofreni hastalarında hemşirelik yaklaşımı tedavi edici ilişkinin kurulmasıyla başlamaktadır. Şizofreni tedavisinde iyi bir başlangıç hastalığın seyrini değiştirebilmektedir. Hemşire hastayı olağandışı deneyimleriyle kabul eder, hastaya hastalıkları ve tedavisi hakkında bilgi vererek içgörü kazandırmaya çalışır. İçgörü sahibi olan hastalar etkin başa çıkma becerisi kazanır ve prognoz olumlu etkilenir (Xia, Merinder and Belgambar 2011). Hastalık belirtileriyle başa çıkmayı öğretmeden önce beynin fonksiyonlarının etkilendiği fiziksel bir durum olduğu ve rahatsızlığının bununla ilişkili olduğu açıklanmalıdır. Şizofreninin kronik seyirli bir hastalık olduğu ve belirtileri kontrol altına almak için uzun süre ilaç tedavisi alacağı anlatılmalıdır. Bu ilaçların etki mekanizmaları, çoklu ilaç tedavisi alıyorsa ilaç etkileşimi, yan etkileri ve yan etkilerin yönetimi konusunda eğitimi verilmelidir (Kikkert et al 2006,

Dibonaventura, Gabriel, Dupclay, Gupta and Kim 2012). Hastaya her türlü tedavi girişimine rağmen geçmeyen inatçı belirtilerle yaşama becerisi kazandırılmalı, alevlenme ve yinelenme öncesi ‘uyarıcı belirtiler’ olarak adlandırılan öncül belirtiler konusunda bilinçlendirilmelidir (Çam ve Engin 2014). Şizofrenide sözel bellek bozuklukları başta olmak üzere, çalışma belleği ve yönetici işlevlerdeki bozukluklar işlevsellik, mesleki performans ve kişilerarası işleyişi etkiler (Revhaim et al 2006, Lepage, Bodnar and Bowie 2014). Bu noktada hastanın bilişsel yetileri üzerinde durup geliştirmeye yönelik bakım planlanmalıdır. Kısa ve uzun vadeli hedefler belirlenip, damgalamaya karşı psikoeğitim grupları oluşturulmalıdır. Hemşire tedavi ekibi içinde hastayla en çok vakit geçiren en aktif çalışan üye olmasına karşın hastanın taburculuğuyla birlikte bu görev hasta yakınlarının üzerine düşmektedir. Hemşire hasta bakımını planlarken, tedaviye hasta yakınlarının katılımını da sağlanmalıdır (Yürekli 1991, Çam ve Engin 2014).

2.10.1 Dorothea Orem Öz Bakım Eksikliği Hemşirelik Kuramına Göre Şizofreni Hastasına Yaklaşım

Teoriye dayalı bilgi kullanımı; hemşirelerin hastalara uygulayacağı bakımı belirleyerek müdahaleler oluşturmasına dayanak sağlar. Bu sayede şizofreni hastalarına bütüncül bakım sağlamayı destekler. Orem’in kuramı hemşirelerin, şizofreni hastalarının fiziksel ve psikolojik sağlığını geliştirmede anlamlı bir çerçeve sunmaktadır (Wazni and Gifford 2017).

Birey, çocukluğundan itibaren öğrendiği kişisel hijyen, taranma, giyinme, beslenme, uyku, boşaltım ihtiyacını yardım almadan gerçekleştirebilmelidir. Bu eylemler gerçekleştirilemediğinde öz bakım eksikliği ortaya çıkar (Orem 2001). Ruhsal hastalıkların varlığı normalden sapma yarattığı için, hastaların fiziksel sağlığını iyileştirme konusunda öznel deneyimlerini göz önünde bulundurmak gerekir (Vandyk and Baker 2012). Şizofrenide karar verme yetisi, dikkat, bellek, planlama gibi bilişsel bozukluk meydana geldiği için bireyi destekleme, bakıma yönlendirme gereksinimi duyulur (Aksaray, Oflu ve Kaptanoğlu 2001). Öz bakım eksikliğinin değerlendirilmesinde kültür, inanışlar, sağlık durumu, sosyoekonomik faktörler de etkili olmaktadır. Öz güven eksikliği ve yapamama korkusu da öz bakım eksikliğinde rol oynar. Bu nedenle başlangıçta basit, ulaşılabilir hedefler belirlenerek birey

desteklenmeli, eksiklikleri gidermeye yardımcı olunmalıdır. Öz bakım eksikliğinde hemşire; doğrudan yardım etmede, denetlemede ve öğretmede rol oynar (Taş ve Buldukoğlu 2018). Hemşirelik bakım uygulamaları, öz bakım eksikliği durumunda bireylerin optimal düzeye ulaşması için hareket ederek, öğreterek, gözlemleyerek, destekleyerek fiziksel ve ruhsal sağlığa olumlu katkı sağlar (Wazni ve Gifford 2017). Bakım için elverişli bir ortam yaratılıp, bireyin kendi bakımında sorumluluk alması sağlanmalıdır (Taş ve Buldukoğlu 2018). Şizofreni hastalarının kişisel bakım ihtiyacı, diğer kronik hastalığa sahip bireylerden farklılık göstermektedir. Bu nedenle kötü fiziksel sağlığa, artan morbidite ve erken ölüm riskine karşı özel öz bakım önlemleri gerekmektedir (Werner 2012). Bakıma yönelik müdahaleleri birey kendisine saldırı ve otonomisine tehdit olarak algılayabilir. Birey ihtiyaçları için sembolik ya da manasız mesajlar verebilir. Hemşire bu mesajlara duyarlı olmalıdır (Taş ve Buldukoğlu 2018).

Hemşire, birey için en uygun bakımı içinde bulunduğu sosyal, kültürel, ekonomik ve çevresel koşullara göre planlar (Bonney and Stickley 2008). Sağlığı geliştirerek, motivasyon ve farkındalığı artırır. Bu noktada kanıta dayalı uygulamalar kullanılır. Hemşire bakım verirken, bakımın önündeki engelleri en aza indirerek bakım kalitesi en üst düzeye çıkarır. Hastaların fiziksel sağlıkları ve yaşam kalitesi iyileştirilip, maksimum bağımsızlık düzeyine ulaşmaları için çalışılacaktır. (Wazni and Gifford 2017).

2.11. ŞİZOFRENİ VE ÖZ BAKIM

Şizofreni semptomları sosyal, bilişsel ve davranışsal eksiklere yol açabilmektedir. Bu eksiklikler hastalarda yetersiz kişisel bakım ve sağlık sorunlarına neden olabilmektedir (Holmberg, Kane 1999). Şizofreni semptomları nedeniyle günlük yaşam aktiviteleri zorlu bir hal almaktadır (Nawaz and Jahangir 2017). Pozitif semptomlardan paranoid düşünceler zihni meşgul ederek, bireyin temel ihtiyacı olan beslenmeyi bir tehdit unsuru olarak algılamasına sebep olabilir. Bu durum bireyin açlık ve susuzluk durumlarını algılayışını da zayıflatabilir. Negatif semptomlar ise enerji kaybı, araç kullanma, sosyal yaşama katılma, konuşma, hareket etmede isteksizliğe yol açabilmektedir (Villadsen

and Sorensen 2017). Birey bu süreçte banyo yapmama, traş olmama, oral hijyene özen göstermeme ve giyim kuşamda alışılmadık fiziksel görüntüye bürünebilir (Nawaz and Jahangir 2017). Şizofrenide pozitif ve negatif semptomların varlığı, öz bakım becerisini azaltarak günlük yaşamı aktivitelerinin yerine getirilmesini aksatabilir (Villadsen and Sorensen 2017). Hastaların genel hijyen ve fiziksel sağlıklarını ihmal ediş, yardım arama davranışının olmayışı, yetersiz sosyal destek obezite, sigara kullanımı, lipid yüksekliği ve glukoz intoleransı gibi tıbbi sorunlara da sebep olmaktadır (Döngel Demirel, Tamam ve Kır 2017, Döngel Demirel, Demirkol ve Tamam 2018).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu araştırma şizofreni hastalarında, pozitif- negatif belirtiler, içgörü ile yeti yitimi arasındaki ilişki ve buna bağlı öz bakım gücünün değerlendirilmesi amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. ARAŞTIRMA İZİNİ

Bu araştırma Sakarya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 26.09.2017 tarihinde 71522473/050.01.04/204 protokol numarası ile onaylanmıştır (Ek 1). Çalışmanın yapıldığı T.C.İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Sancaktepe Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Pendik Devlet Hastanesi'ne bağlı Pendik Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden de kurum izni alınarak çalışmaya başlandı (Ek 2).¹

3.3. ÖRNEKLEM

Araştırmaya Kasım 2017- Mayıs 2018 tarihleri arasında, İstanbul ili Anadolu yakasında bulunan Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Sancaktepe Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Pendik Devlet Hastanesi'ne bağlı Pendik Toplum Ruh Sağlığı Merkezine başvuran, remisyon evresinde, mental retardasyonu

¹ Çalışmanın yapıldığı T.C. İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Sancaktepe Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Pendik Devlet Hastanesi'ne bağlı Pendik Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışmanın kurumda yapılabilmesi için etik kurul onayı istediği için etik kurul onayından sonra kurum izni alınmıştır.

bulunmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden 18-65 yaşları arasında 112 hasta dâhil edilmiştir.

Katılımcılara araştırmanın amacı açıklanmış, uygulamanın yaklaşık 45-60 dakika süreceği, katılımcının istediği zaman uygulamaya ara verip sonrasında kaldığı yerden devam edeceği hatırlatılmış ve Gönüllü Olur Formunu okuyarak katılmaları istenmiştir (Ek 2).

Araştırmada kullanılan formlar katılımcıya okunmuş, verdiği cevaplar görüşmeci tarafından doldurulmuştur. Katılımcılardan 12 kişi soruların tamamına yanıt vermediği için çalışma dışında bırakılmıştır. Araştırmanın örnekleme, soruların tamamına gönüllü yanıt veren 100 kişiden oluşmuştur.

3.3.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Ölçütleri

- Sancaktepe Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Pendik Toplum Ruh Sağlığı Merkezine başvuran DSM-V tanı kriterlerine göre şizofreni tanısı (psikiyatrik ek tanı alanlar hariç) ile takip ediliyor olmak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,
- 18-65 yaş arasında olmak,
- Remisyonda ve iletişime açık olmak,
- Ölçeklerdeki tüm sorulara yanıt verebilmek.

3.3.2. Araştırmaya Dâhil Edilmeme Ölçütleri

- Bilgilendirme formuna ve ayrıntılı açıklamalara rağmen çalışmaya katılmayı kabul etmemek,
- Mental retarde olmak,
- Hastalığın alevlenme döneminde olmak.

3.3.3. Örneklem Büyüklüğü

Çalışmamızda evrenden örneklem seçimine gidilmemiş, araştırmaya katılmayı kabul eden ve ulaşılabilen 112 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmanın güç analizi NCSS PASS (Güç analizi istatistik yazılımı) 11 programı ile yapılmıştır. Ölçek ortalamaları arasında 0,626 birimlik ilişki için korelasyon analizi

kullanılarak %99,92 güç elde edildi. Bu güç seviyesine göre örneklem büyüklüğünün sayısı oldukça yeterli olduğu tespit edildi. Sonuçlar aşağıda belirtilmiştir (Zar 1984).

Power	N1	N2	Allocation ratio	R1	R2	R1-R2	Alpha	Beta
0,9992	100	100	1,00	0,000	0,626	-0,626	0,050	0,0008

3.4. VERİLERİN TOPLANMASINDA KULLANILAN ARAÇLAR

Çalışmaya dâhil edilen katılımcılar;

- Görüşme Formu
- Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS)
- Birchwood İçgörü Ölçeği
- Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2)
- Öz Bakım Gücü Ölçekleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

3.4.1. Görüşme Formu

Hastaların sosyodemografik özellikleri, hastalıklarının geçmiş ve güncel durumu, hastalıklarını ve tedavilerini algılayışları, ve öz bakım ihtiyaçlarını karşılayabilme durumları hakkındaki bilgileri görüşmeci tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle alınmıştır (Ek 4).

3.4.2 Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS)

Kay ve arkadaşları tarafından geliştirilen 30 maddelik ve yedi puanlı şiddet değerlendirilmesi içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir (Kay, Fiszbein and Opler 1987). 30 psikiyatrik parametreden yedisi pozitif belirtiler alt ölçeğine, yedisi negatif belirtiler alt ölçeğine ve geri kalan on altısı genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır PANNS Türkçe uyarlamasında pozitif sendrom, negatif sendrom ve genel psikopatoloji alt ölçeklerinin psikopatoloji alt ölçeklerinin toplam Cronbach alfa değeri sırasıyla 0.75, 0.77, 0.71 olarak bulunmuştur (Kostakoğlu, Batur, Tiryaki ve Göğüş 1999) (Ek 5). Çalışmamızda PANNS pozitif sendrom, negatif sendrom ve genel

psikopatoloji alt ölçeklerinin toplam Cronbach alfa değeri sırasıyla 0,750, 0,783, 0,891 olarak bulunmuştur.

3.4.3. Birchwood İçgörü Ölçeği

Birchwood İçgörü Ölçeği, 1994'te Birchwood ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Türkçe çevirisi geçerlilik ve güvenilirliği 'Remisyonda Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Hastalarında Zihin Kuramı Bozukluklarının İçgörü ve Diğer Bilişsel İşlevlerle İlişkisi' isimli tezde yapılmıştır (Sakarya 2012). Ölçek hastalığın ve tedavi ihtiyacının farkında olmayı ve hastalık belirtilerinin neye bağlandığını değerlendirmektedir. 1 ve 8. maddeler belirtilerin, 2. ve 7. maddeler hastalığın, 3, 4, 5, 6. maddeler tedavi gereksiniminin farkında olmayı değerlendirmektedir. Tüm maddelerden 0, 1, 2 puan alınabilir; 1, 2, 7 ve 8. maddelerin puanları doğrudan toplam puana katkı yapar. Ancak 3, 4, 5, 6. maddelerden alınan puanlar toplanıp ikiye bölünür ve elde edilen sayı toplam puana katkı yapar. Ölçekten en fazla 12 en az 0 puan alınabilir. 12 puan tam içgörüyü, 0 puan içgörü yokluğunu işaret etmektedir. 9 puan ve üzeri iyi düzeyde içgörü göstergesi olarak kabul edilmektedir (Sakarya 2012) (Ek 6).

3.4.4. Dünya Sağlık Örgütü- Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS-II)

36 maddelik yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. Tıbbi tanıdan bağımsız olarak, bireyin faaliyet düzeyinde ve topluma katılımında olan kısıtlılıkları belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Değerlendirmeye alınacak süre son bir ay olarak seçilmiştir. Bu araç, bireyin belli faaliyetleri yaparken ne kadar güçlük çektiğini saptamaya çalışmaktadır ve birçok kültürde ortak olarak önemli sayılan faaliyetleri içeren 6 alandan oluşmaktadır. Bunlar;

DAS 1: Anlama ve İletişim Kurma,

DAS 2: Hareket Etme ve Bir Yerden Bir Yere Gitme,

DAS 3: Kendine Bakım,

DAS 4: İnsan İlişkileri,

DAS 5: Yaşam Faaliyetleri,

DAS 6: Toplumsal Yaşama Katılım başlıkları altında toplanmıştır.

Tüm bu alanlarla ilgili sorularda kişinin *son bir ayda* o faaliyet sırasında ne kadar güçlük çektiği sorulup hiç, hafif, orta derecede, çok fazla aşırı/hiç yapamıyorum şeklinde alınan cevaplar 1-5 arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliği Uluğ ve arkadaşları tarafından 2001 yılında yapılmıştır (Uluğ ve ark 2001) (Ek 7).

3.4.5. Öz Bakım Gücü Ölçeği

Bireyin kendi kendisine bakım verme yeteneği ya da öz-bakım gücünü ölçmek için kullanılan ölçek, İngilizce olarak 43 madde halinde geliştirilmiştir. (Kearney and Fleicher 1979), Türkçe'ye uyarlandığında 35 maddenin geçerlilik ve güvenilirliğinin uygun olduğu belirlenmiştir. Ölçek bireylerin öz-bakım eylemleriyle ilgilenme durumlarını kendi değerlendirmeleri üzerine odaklanmıştır. Her bir ifade, 0'dan 4'e kadar puanlanmıştır. Bireylerin öz-bakıma karşı yönelimleri 5'li Likert tip ölçek üzerinde katılımcıların yanıtlaması ile belirlenir. Yanıt seçeneklerinden, “Beni hiç tanımlamıyor” yanıtına 0 puan, diğerlerine sırasıyla “Beni pek tanımlamıyor” 1 puan, “Fikrim yok” 2 puan, “Beni biraz tanımlıyor” 3 puan ve “Beni çok tanımlıyor” yanıtına 4 puan verilir. Türkçeleştirilen ölçekte 8 madde (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26. ve 31. maddeler) negatif olarak değerlendirilir ve puanlama ters döndürülür. Maksimum puan ise 140'dır. Ölçekten alınan puanın yüksekliği bireyin öz-bakım ya da kendi kendine bakma yeteneğinin, gücünün yüksekliğini gösterir. Sınır/kesme değeri (cut off value) yoktur (Nahcıvan 2004) (Ek 8).

3.5. İSTATİKSEL DEĞERLENDİRME

Veriler IBM SPSS Statistics 23 programına aktarılarak tamamlanmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken sayısal değişkenler, Büyük Sayılar Yasası'na göre $n \rightarrow \infty$ için, örneklem ortalamasının dağılımı normal dağılıma yaklaşır (İnal ve Günay 2002). Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımı, sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) verilmiştir. İki gruba sahip kategorik değişkenler arasındaki farkın incelenmesinde “iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi” (bağımsız t testi), grup sayısı ikiden fazla ise “tek yönlü varyans analizi” (ANOVA) ile test edilmiştir. Analiz

sonucunda öncelikle varyans homojenliği için Levene testine, ardından farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı “çoklu karşılaştırma testi”(Bonferonni ya da Tamhane’s T2) ile kontrol edilmiştir. Varyans homojenliğini sağlayan değişkenlerde gruplar arasındaki fark incelemesi için Bonferonni, varyans homojenliğini sağlamayan değişkenlerde gruplar arasında fark incelemesi için Tamhane’s T2 testine bakılmıştır. İki sayısal değişken arasındaki ilişkinin incelenmesinde pearson korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Ölçek güvenilirliği için ise cronbach alfa değerinden yararlanılarak sonuçlar tablolar halinde verilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PANNS), DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YETİYİTİMİ DEĞERLENDİRME ÇİZELGESİ (WHO-DAS 2) VE ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ CRONBACH ALFA DEĞERLERİ

Tüm kullanılan ölçeklerin ve alt gruplarının cronbach alfa değerleri hesaplanmıştır. Pozitif Sendrom Ölçeği cronbach alfa değeri 0,750, Negatif Sendrom Ölçeği cronbach alfa değeri 0,783, Genel İzlenim Şiddet Ölçeği cronbach alfa 0,891, WHO-DAS 2 toplam cronbach alfa değeri 0,945, Öz- Bakım Gücü Ölçeği cronbach alfa 0,905, Brichwood İçgörü Ölçeği için toplam cronbach alfa değeri 0,629 bulunmuştur (Tablo-1).

Tablo 1: PANNS, Birchwood İçgörü Ölçeği, WHO-DAS 2 ve Öz Bakım Gücü Ölçeği Cronbach Alfa Değerleri

Ölçek	Cronbach's Alfa
Pozitif Sendrom Ölçeği	0,750
Negatif Sendrom Ölçeği	0,783
Genel İzlenim Şiddet Ölçeği	0,891
DAS1	0,831
DAS2	0,758
DAS3	0,744
DAS4	0,804
DAS5	0,933
DAS6	0,853
DAS Toplam	0,945
Öz-bakım Gücü Ölçeği	0,905
Birchwood İçgörü Ölçeği	0,629

4.2. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Çalışmaya İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Sancaktepe Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Pendik Devlet Hastanesi'ne bağlı Pendik Toplum Ruh Sağlığı Merkezi tarafından takip edilen 112 hasta dâhil edilmiştir. Katılımcılardan 12 kişi soruların tamamına yanıt vermediği için çalışma dışında bırakılmıştır. Bu araştırmanın örnekleme, gönüllü olup soruların tamamına gönüllü yanıt veren 100 kişiden oluşmuştur.

- ✓ Hastalarının %67,7'si erkek %33'ü kadındır. Olguların %63,0'ünün bekar, %31,0'ının evli, %6,0'ının dul ya da boşanmış olduğu saptanmıştır.
- ✓ Hastaların %39,0'ının eğitim durumu ilköğretim ve altı, %28,0'ının lise, %25,0'ının ortaöğretim ve %8,0'ı üniversite mezunudur.
- ✓ Katılımcıların %16,0'sı çalışmakta, %84,0'ının sağlık güvencesi bulunmaktadır.
- ✓ Çalışmaya katılan hastalara gelir durumlarını nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda, %19,0'ı iyi, %43,0'ı orta ve %38,0'ı kötü olarak tanımlamıştır.
- ✓ Hastaların birlikte yaşadıkları kişiler açısından dağılımları incelendiğinde %55,0'i anne-baba, %20,0'si eşleriyle, %10,0'unun kardeşleriyle yaşadığı, %8'inin kurum bakımında, %6'sının yalnız, %1'ininde ikinci-üçüncü derece akrabalarıyla yaşadığı belirlenmiştir.
- ✓ Hastaların aileleri psikiyatrik yakınma açısından değerlendirildiğinde %55'i ailede kendinden başka psikiyatrik yakınması olan kişi olmadığını ifade ederken, %45'i anne, baba, dede, hala, teyze, amca, kuzen gibi ikinci ve üçüncü derece akrabalarında psikiyatrik yakınması olan kişiler olduğunu ifade etmiştir.
- ✓ Çalışmaya katılan hastaların %67 'sinin son zamanlarda hastalık dışında (doğal afet, kaza, maddi-manevi kayıp, yakınlarının vefatı vb.) yaşamlarını etkileyen önemli bir olay yaşamadıkları tespit edilmiştir (Tablo-2).

Tablo 2: Şizofreni Hastalarının Demografik Özelliklere Göre Dağılımları

Demografik Özellikler		Hasta Sayısı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	33	33,3
	Erkek	66	66,7
Medeni durum	Evli	31	31,0
	Bekâr	63	63,0
	Dul-boşanmış	6	6,0
Eğitim durumu	İlköğretim ve altı	39	39,0
	Ortaöğretim	25	25,0
	Lise	28	28,0
	Üniversite	8	8,0
Çalışma durumu	Çalışmıyorum	84	84,0
	Çalışıyorum	16	16,0
Sağlık güvencesi	Var	84	84,0
	Yok	16	16,0
Gelir durumu	İyi	19	19,0
	Orta	43	43,0
	Kötü	38	38,0
Ailede psikiyatrik yakınma durumu	Hayır	55	55,0
	Evet	45	45,0
Yaşamı etkileyen önemli bir sorun varlığı	Hayır	67	67,0
	Evet	33	33,0

4.3. HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

Çalışmamızda kadınlarda başlangıç yaş ortalaması $22,39 \pm 7,29$ iken, erkeklerde $23,41 \pm 7,58$ 'dir.

Hastalıkları süresince uygulanmış olan tedavilere göre dağılımları incelendiğinde olgulardan %73 ünün sadece antipsikotik tedavi aldığı, %27 sinin ise daha önce ilaç tedavisine ek elektro konvülsif tedavi (EKT) ve psikoterapi gördüğü saptanmıştır.

Olguların yatarak tedavi görmelerine göre dağılımı incelendiğinde, %5 inin daha önce yatarak tedavi görmediği, % 52,1'inin bir ay ve üzeri , %14,6 'sının 3 hafta, %17,7'sinin 15 gün, %15,6'sının 1 hafta süre ile hastanede yatarak tedavi gördüğü şeklindedir.

Hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumları incelendiğinde, hastaların %53'ü yeterli bilgiye sahip olmadığını ifade etmiştir.

Olguların %16'sının şizofreni dışında kronik fiziksel hastalığı vardır.

Çalışmaya katılan hastaların, aldıkları tedavinin kendilerini iyileştireceğine dair beklentileri değerlendirildiğinde, hastaların %81'inin iyileşeceklerine inandıkları, %98'inin takiplerine düzenli olarak gittikleri belirlenmiştir.

Hastaların günlük yaşamda karşılaştıkları sorunlarla başa çıkmada %48'inin anne, baba ve kardeşlerinden, %21'inin eş ve çocuklarından yardım aldığı, %20'sinin sağlık kuruluşlarına başvurduğu, %11'inin ise komşu, arkadaş ve kurumsal bakım hizmeti sağlayan personellerden yardım aldıkları belirlenmiştir (Tablo-3).

Tablo 3: Şizofreni Hastalarının Mevcut Sağlığına İlişkin Bildirimlerinin Dağılımları

		n	Yüzde(%)
Alınan tedaviler	İlaç	73	73,0
	Diğer(ilaç/ekt/psikoterapi)	27	27,0
Daha önce yatarak tedavi görme	Hayır	5	5,0
	Evet	95	95,0
En uzun yatış süresi	1 hafta	15	15,6
	15 gün	17	17,7
	3 hafta	14	14,6
	Bir ay ve üzeri	50	52,1
Yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünme	Hayır	53	53,0
	Evet	47	47,0
Başka ciddi sağlık sorunu	Yok	84	84,0
	Var	16	16,0
İyileşeceğine inanma	Hayır	19	19,0
	Evet	81	81,0
Takiplere düzenli gitme	Hayır	2	2,0
	Evet	98	98,0
	Anne-baba	48	48,0
Günlük yaşamda sorun yaşadığında başvuru alan birey	Eş	21	21,0
	Diğer	11	11,0
	Hastaneye gitme	20	20,0

4.4. ŞİZOFRENİ HASTALARINDA ÖZ BAKIMA YÖNELİK BULGULAR

Çalışmaya katılan hastalar öz bakımlarını gerçekleştirme durumlarına göre değerlendirildiğinde, %70'inin öz bakım ihtiyaçlarını (banyo yapma, traş olma, genital hijyen, diş fırçalama, taranma, giyinme vb.) kendilerinin karşıladığı, %30'unun öz bakım ihtiyaçlarını karşılamada anne, baba, kardeş ve eşinden yardım aldığı belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların %58'inin daha önce öz bakım ihtiyaçlarını karşılamada başka bir bireyden (sağlık personeli, kurumsal bakım hizmeti sağlayan personel, anne, baba, kardeş, eş) yardım aldığı belirlenmiştir (Tablo-4).

Tablo 4: Şizofreni Hastalarının Öz Bakımlarını Gerçekleştirmelerine Göre Dağılımları

		n	Yüzde(%)
Öz bakımı kendi yapma	Hayır	30	30,0
	Evet	70	70,0
Daha önce başka birinden yardım alma	Hayır	42	42,0
	Evet	58	58,0

4.5. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLER İLE POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR

Olguların cinsiyete göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, cinsiyet ile ölçeğin tüm alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo-5).

Tablo 5: Cinsiyete Göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) Puanlarının Karşılaştırılması

PANNS Ölçeği Alt Boyutları	Cinsiyet	n	X	SS	t	p
Pozitif sendrom ölçeği	Kadın	33	15,85	8,074	-0,436	0,664
	Erkek	66	16,64	8,671		
Negatif sendrom ölçeği	Kadın	33	20,33	8,092	-0,255	0,799
	Erkek	66	20,83	9,682		
Kompozit ölçeği	Kadın	33	-4,49	8,772	-0,159	0,874
	Erkek	66	-4,20	8,384		
Genel izlenim şiddet ölçeği	Kadın	33	41,42	18,257	-0,661	0,510
	Erkek	66	44,05	18,763		

t: bağımsız t testi, *: $p<0,05$

Olguların medeni durumlarına göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, medeni durum ile ölçeğin tüm alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo-6).

Tablo 6: Medeni Duruma Göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) Puanlarının Karşılaştırılması

PANNS Ölçeği Alt Boyutları	Medeni Durum	n	X	SS	t	p
Pozitif sendrom ölçeği	Evli	31	18,29	9,850	1,551	0,124
	Bekar	69	15,49	7,584		
Negatif sendrom ölçeği	Evli	31	20,23	7,531	-0,485	0,629
	Bekar	69	21,10	9,956		
Genel izlenim şiddet ölçeği	Evli	31	44,48	18,626	0,385	0,701
	Bekar	69	42,93	18,709		

t: bağımsız t testi, *: $p<0,05$

Olguların eğitim durumlarına göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında eğitim durumu ile ölçeğin tüm alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo-7).

Tablo 7: Eğitim Durumuna Göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) Puanlarının Karşılaştırılması

PANNS Ölçeği Alt Boyutları	Eğitim Durumu	n	X	SS	F	p
Pozitif sendrom ölçeği	İlköğretim ve altı	39	16,72	8,420	0,070	0,932
	Ortaöğretim	25	15,92	7,141		
	Lise ve üzeri	36	16,28	9,352		
Negatif sendrom ölçeği	İlköğretim ve altı	39	21,79	8,930	0,768	0,467
	Ortaöğretim	25	21,52	9,479		
	Lise ve üzeri	36	19,31	9,471		
Genel izlenim şiddet ölçeği	İlköğretim ve altı	39	45,41	17,736	0,569	0,568
	Ortaöğretim	25	43,96	17,013		
	Lise ve üzeri	36	40,86	20,677		

F: Tek Yönlü Varyans Analiz (ANOVA), *: $p < 0,05$

Şizofreni hastalarının çalışma durumlarına göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında çalışma durumları ile ölçeğin tüm alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo-8).

Tablo 8: Çalışma Durumuna Göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) Puanlarının Karşılaştırılması

PANNS Ölçeği Alt Boyutları	Çalışma Durumu	n	X	SS	t	p
Pozitif sendrom ölçeği	Çalışmıyorum	84	16,04	8,487	-0,883	0,379
	Çalışıyorum	16	18,06	7,979		
Negatif sendrom ölçeği	Çalışmıyorum	84	20,96	9,334	0,331	0,741
	Çalışıyorum	16	20,13	9,010		
Genel izlenim şiddet ölçeği	Çalışmıyorum	84	43,89	19,274	0,593	0,555
	Çalışıyorum	16	40,88	14,850		

t: bağımsız t testi, *: $p < 0,05$

Hastaların gelir durumlarına göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında gelir durumları ile ölçeğin tüm alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo-9).

Tablo 9: Gelir Durumuna Göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) Puanlarının Karşılaştırılması

PANNS Ölçeği Alt Boyutları	Gelir Durumu	n	X	SS	F	p
Pozitif sendrom ölçeği	İyi	19	18,68	10,258	1,265	0,287
	Orta	43	15,07	8,060		
	Kötü	38	16,66	7,691		
Negatif sendrom ölçeği	İyi	19	20,89	9,826	0,313	0,732
	Orta	43	20,05	9,601		
	Kötü	38	21,68	8,690		
Genel izlenim şiddet ölçeği	İyi	19	43,26	18,159	0,851	0,430
	Orta	43	40,91	18,816		
	Kötü	38	46,32	18,648		

F: Tek Yönlü Varyans Analiz (ANOVA)

Hastaların aldıkları tedavilere göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında alınan tedaviler ile ölçeğin tüm alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo- 10).

Tablo 10: Hastaların Alınan Tedavilere Göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) Puanlarının Karşılaştırılması

PANNS Ölçeği Alt Boyutları	Alınan Tedavi	n	X	SS	t	p
Pozitif sendrom ölçeği	İlaç	73	15,64	7,905	-1,408	0,162
	Diğer(ilaç+ekt)	27	18,30	9,510		
Negatif sendrom ölçeği	İlaç	73	20,37	8,982	-0,817	0,416
	Diğer(ilaç+ekt)	27	22,07	9,984		
Genel izlenim şiddet ölçeği	İlaç	73	42,95	18,931	-0,409	0,683
	Diğer(ilaç+ekt)	27	44,67	17,974		

*t: bağımsız t testi, *: $p<0,05$*

Hastaların yatarak tedavi görme sürelerine göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında yatarak tedavi görme süresine göre ölçeğin tüm alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo-11).

Tablo 11: Hastaların Yatarak Tedavi Görme Sürelerine Göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) Puanlarının Karşılaştırılması

PANNS Ölçeği Alt Boyutları	Yatarak Tedavi Görme Süreleri	n	X	SS	F	p
Pozitif sendrom ölçeği	1 hafta	15	15,07	6,912	0,752	0,524
	15 gün	17	15,76	8,997		
	3 hafta	14	14,64	7,592		
	Bir ay ve üzeri	50	17,72	8,951		
Negatif sendrom ölçeği	1 hafta	15	21,33	8,381	1,074	0,364
	15 gün	17	17,94	9,404		
	3 hafta	14	20,07	8,062		
	Bir ay ve üzeri	50	22,46	9,773		
Genel izlenim şiddet ölçeği	1 hafta	15	40,87	15,287	1,230	0,303
	15 gün	17	40,76	23,655		
	3 hafta	14	39,93	18,566		
	Bir ay ve üzeri	50	47,74	17,156		

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Katılımcıların hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünme durumuna göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında pozitif sendrom ölçeği alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken ($p>0,05$), negatif sendrom ölçeği ($p=0,005$) ve genel izlenim şiddet ölçeği ($p=0,042$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünmeyenlerin negatif ve genel izlenim puan ortalaması, yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (Tablo-12).

Tablo 12: Hastalık Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olduğunu Düşünme Durumuna Göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) Puanlarının Karşılaştırılması

PANNS Ölçeği Alt Boyutları	Yeterli Bilgiye Sahip Olduğunu Düşünme	n	X	SS	t	p
Pozitif sendrom ölçeği	Hayır	53	16,96	8,424	0,760	0,449
	Evet	47	15,68	8,416		
Negatif sendrom ölçeği	Hayır	53	23,26	8,725	2,899	0,005*
	Evet	47	18,09	9,127		
Genel izlenim şiddet ölçeği	Hayır	53	46,96	18,233	2,061	0,042*
	Evet	47	39,40	18,387		

t: bağımsız t testi, *: $p<0,05$

Olguların psikiyatrik hastalık dışında başka ciddi sağlık sorununa sahip olma durumuna göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında başka ciddi sağlık sorununa sahip olma durumlarına göre ölçeğin tüm alt boyutları ve toplam

puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo- 13).

Tablo 13:Psikiyatrik Hastalık Dışında Başka Ciddi Sağlık Sorununa Sahip Olma Durumuna Göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) Puanlarının Karşılaştırılması

PANNS Ölçeği Alt Boyutları	Başka Sağlık Sorunu	n	X	SS	t	p
Pozitif sendrom ölçeği	Yok	84	15,99	8,456	-1,014	0,313
	Var	16	18,31	8,089		
Negatif sendrom ölçeği	Yok	84	20,87	9,206	0,096	0,923
	Var	16	20,63	9,743		
Genel izlenim şiddet ölçeği	Yok	84	42,79	18,817	-0,767	0,445
	Var	16	46,69	17,640		

t: bağımsız t testi, *: $p<0,05$

Olguların aldıkları tedavi neticesinde iyileşeceklerine inanma durumuna göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında iyileşeceğine inanma durumuna göre ölçeğin tüm alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo-14).

Tablo 14:Aldıkları Tedavi Neticesinde İyileşeceğine İnanma Durumuna Göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) Puanlarının Karşılaştırılması

PANNS Ölçeği Alt Boyutları	İyileşeceğine İnanma	n	X	SS	t	p
Pozitif sendrom ölçeği	Hayır	19	18,84	8,428	1,438	0,153
	Evet	81	15,78	8,341		
Negatif sendrom ölçeği	Hayır	19	22,42	10,564	0,832	0,407
	Evet	81	20,46	8,937		
Genel izlenim şiddet ölçeği	Hayır	19	49,68	19,746	1,648	0,103
	Evet	81	41,94	18,139		

t: bağımsız t testi, *: $p<0,05$

Hastaların günlük yaşamda karşılaştığı zorluklarda başvurduğu kişilere göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında günlük yaşamdaki zorluklar karşısında başvuru alan kişiler ile ölçeğin tüm alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo-15).

Tablo 15: Hastaların Günlük Yaşamda Karşılaştığı Zorluklarda Başvurduğu Kişilere Göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) Puanlarının Karşılaştırılması

PANNS Ölçeği Alt Boyutları	Başvurulan Kişiler	n	X	SS	F	p
Pozitif sendrom ölçeği	Anne-baba	48	15,79	8,113	0,235	0,872
	Eş	21	16,43	9,261		
	Diğer	11	18,09	7,120		
	Hastane	20	16,70	9,240		
Negatif sendrom ölçeği	Anne-baba	48	20,71	9,686	0,519	0,670
	Eş	21	19,33	7,683		
	Diğer	11	20,45	9,699		
	Hastane	20	22,90	9,711		
Genel izlenim şiddet ölçeği	Anne-baba	48	42,08	18,023	0,786	0,505
	Eş	21	40,33	15,654		
	Diğer	11	46,91	18,080		
	Hastane	20	47,90	22,946		

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Hastaların öz bakım ihtiyaçlarını kendilerinin karşılama durumuna göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, bireylerin öz bakımını kendilerinin karşılması durumuna göre pozitif sendrom ölçeği ($p=0,005$), negatif sendrom ölçeği ($p=0,027$) ve genel izlenim şiddet ölçeği ($p=0,002$) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre öz bakımını kendi karşılamayanların PANNS puan ortalaması, öz bakımını kendi karşılayanlara göre anlamlı derecede yüksektir (Tablo-16).

Tablo 16: Öz Bakım İhtiyaçlarını Kendilerinin Karşılama Durumlarına Göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) Puanlarının Karşılaştırılması

PANNS Ölçeği Alt Boyutları	Öz bakımını kendi yapma	n	X	SS	t	p
Pozitif sendrom ölçeği	Hayır	30	20,30	9,330	2,931	0,005*
	Evet	70	14,67	7,421		
Negatif sendrom ölçeği	Hayır	30	23,93	8,586	2,242	0,027*
	Evet	70	19,50	9,253		
Genel izlenim şiddet ölçeği	Hayır	30	52,20	18,263	3,238	0,002*
	Evet	70	39,64	17,561		

t: bağımsız t testi, *: $p<0,05$

Çalışmaya katılan hastaların öz bakım ihtiyaçlarını karşılamada daha önce başka bir bireyden yardım alma durumuna göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, daha önce başka birinden yardım alma durumuna göre pozitif sendrom ölçeği ($p=0,011$), negatif sendrom ölçeği ($p=0,001$) ve genel izlenim

şiddet ölçeği ($p=0,000$) puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. Buna göre öz bakım ihtiyaçlarını karşılamada daha önce başka birinden yardım alanların PANNS puan ortalaması, almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo-17).

Tablo 17: Öz Bakım İhtiyaçlarını Karşılamada Daha Önce Başka Birinden Yardım Alma Durumuna Göre Pozitif Ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) Puanlarının Karşılaştırılması

PANNS Ölçeği Alt Boyutları	Daha Önce Başka Birinden Yardım Alma	n	X	SS	t	p
Pozitif sendrom ölçeği	Hayır	42	13,86	7,148	-2,608	0,011*
	Evet	58	18,17	8,826		
Negatif sendrom ölçeği	Hayır	42	17,19	8,526	-3,541	0,001*
	Evet	58	23,47	8,903		
Genel izlenim şiddet ölçeği	Hayır	42	35,45	16,473	-3,891	0,000*
	Evet	58	49,17	18,040		

t: bağımsız t testi, *: $p<0,05$

Çalışmaya katılan hastaların ailelerinde psikiyatrik yakınma olması durumuna göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, ailede psikiyatrik öykü ile ölçeğin tüm alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo- 18).

Tablo 18: Ailede Psikiyatrik Yakınma Durumuna Göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) Puanlarının Karşılaştırılması

PANNS Ölçeği Alt Boyutları	Ailede Psikiyatrik Yakınma	n	X	SS	t	p
Pozitif sendrom ölçeği	Hayır	55	16,24	8,110	-0,162	0,872
	Evet	45	16,51	8,836		
Negatif sendrom ölçeği	Hayır	55	21,24	9,006	0,484	0,629
	Evet	45	20,33	9,604		
Genel izlenim şiddet ölçeği	Hayır	55	43,49	18,150	0,048	0,962
	Evet	45	43,31	19,348		

t: bağımsız t testi, *: $p<0,05$

Katılımcıların hastalık dışında yaşamlarını etkileyen önemli bir sorun yaşama durumuna göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, yaşamı etkileyen önemli bir sorun yaşama durumuna göre ölçeğin tüm alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo- 19).

Tablo 19: Hastalık Dışında Yaşamı Etkileyen Önemli Bir Sorun Yaşama Durumuna Göre Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) Puanlarının Karşılaştırılması

PANNS Ölçeği Alt Boyutları	Yaşamı Etkileyen Önemli Bir Sorun Yaşama	n	X	SS	t	p
Pozitif sendrom ölçeği	Hayır	67	15,70	8,487	-1,118	0,266
	Evet	33	17,70	8,191		
Negatif sendrom ölçeği	Hayır	67	20,31	8,737	-0,753	0,455
	Evet	33	21,88	10,255		
Genel izlenim şiddet ölçeği	Hayır	67	41,15	17,290	-1,750	0,083
	Evet	33	48,00	20,535		

t: bağımsız t testi, *: $p < 0,05$

4.6. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE BIRCHWOOD İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR

Bu bölümde hastaların sosyo demografik verilerine göre Birchwood İçgörü Ölçeği puanları karşılaştırılacaktır.

İlk olarak hastaların medeni durumuna göre Birchwood İçgörü Ölçeği puanları karşılaştırılmıştır. Ölçeğin tüm alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$)(Tablo-20).

Tablo 20: Hastaların Medeni Durumuna Göre Birchwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Birchwood İçgörü Ölçeği Alt Boyutları	Medeni Durum	n	X	SS	t	p
Belirtilerin farkında olma	Evli	31	1,55	1,091	0,109	0,913
	Bekar	69	1,52	1,145		
Hastalığın farkında olma	Evli	31	0,94	1,031	1,010	0,315
	Bekar	69	0,74	0,834		
Tedavi gereksiniminin farkında olma	Evli	31	1,26	0,406	0,109	0,914
	Bekar	69	1,25	0,533		
Birchwood içgörü ölçeği	Evli	31	3,74	1,683	0,684	0,471
	Bekar	69	3,49	1,552		

t: bağımsız t testi, *: $p < 0,05$

Hastaların eğitim durumuna göre Birchwood İçgörü Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmış, eğitim durumlarına göre ölçeğin tüm alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo-21).

Tablo 21: Eğitim Durumuna Göre Birchwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Birchwood İçgörü Ölçeği Alt Boyutları	Eğitim Durumu	n	X	SS	F	p
Belirtilerin farkında olma	İlköğretim ve altı	39	1,77	1,135	1,473	0,234
	Ortaöğretim	25	1,40	1,225		
	Lise ve üzeri	36	1,36	1,018		
Hastalığın farkında olma	İlköğretim ve altı	39	0,95	1,075	1,363	0,261
	Ortaöğretim	25	0,84	0,800		
	Lise ve üzeri	36	0,61	0,728		
Tedavi gereksiniminin farkında olma	İlköğretim ve altı	39	1,15	0,489	1,218	0,300
	Ortaöğretim	25	1,32	0,497		
	Lise ve üzeri	36	1,31	0,497		
Birchwood içgörü ölçeği Toplam Puan	İlköğretim ve altı	39	3,87	1,542	1,447	0,240
	Ortaöğretim	25	3,56	1,845		
	Lise ve üzeri	36	3,25	1,422		

*Tek Yönlü Analiz (ANOVA)

Hastaların çalışma durumuna göre Birchwood İçgörü Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmış, çalışma durumlarına göre ölçeğin alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo-22).

Tablo 22: Çalışma Durumuna Göre Birchwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Birchwood İçgörü Ölçeği Alt Boyutları	Çalışma Durumu	n	X	SS	t	p
Belirtilerin farkında olma	Çalışmıyorum	84	1,55	1,124	0,358	0,721
	Çalışıyorum	16	1,44	1,153		
Hastalığın farkında olma	Çalışmıyorum	84	0,73	0,855	-1,906	0,060
	Çalışıyorum	16	1,19	1,047		
Tedavi gereksiniminin farkında olma	Çalışmıyorum	84	1,24	0,506	-0,549	0,584
	Çalışıyorum	16	1,31	0,443		
Birchwood içgörü ölçeği Toplam Puan	Çalışmıyorum	84	3,50	1,647	-1,009	0,315
	Çalışıyorum	16	3,94	1,223		

t: bağımsız t testi, *: $p<0,05$

Olguların gelir durumuna göre Birchwood İçgörü Ölçeği Puan ortalamaları karşılaştırılmış; gelir durumuna göre ölçeğin alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo-23).

Tablo 23: Gelir Durumuna Göre Birchwood İçgörü Ölçeği Puan ortalamaları karşılaştırılması

Birchwood İçgörü Ölçeği Alt Boyutları	Gelir Durumu	n	X	SS	F	p
Belirtilerin farkında olma	İyi	19	1,47	1,264	0,081	0,922
	Orta	43	1,58	1,159		
	Kötü	38	1,50	1,033		
Hastalığın farkında olma	İyi	19	0,79	0,787	0,009	0,991
	Orta	43	0,81	0,906		
	Kötü	38	0,79	0,963		
Tedavi gereksiniminin farkında olma	İyi	19	1,29	0,481	2,321	0,104
	Orta	43	1,35	0,518		
	Kötü	38	1,12	0,457		
Birchwood içgörü ölçeği Toplam Puan	İyi	19	3,55	1,825	0,388	0,680
	Orta	43	3,41	1,559		
	Kötü	38	3,41	1,559		

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Hastaların aldıkları tedavilere göre Birchwood İçgörü Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmış; aldıkları tedavilere göre belirtilerin farkında olma alt boyutu, hastalığın farkında olma alt boyutu, Birchwood Ölçeği Toplam puan ortalamaları ile alınan tedaviler arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p>0,05$), tedavi gereksiniminin farkında olma alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0,000$). Sadece ilaç kullananların tedavi gereksiniminin farkında olma alt boyutu puan ortalaması ilaç tedavisine ek tedavi alanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo-24).

Tablo 24: Alınan Tedavilere Göre Birchwood İçgörü Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılması

Birchwood İçgörü Ölçeği Alt Boyutları	Alınan Tedaviler	n	X	SS	t	p
Belirtilerin farkında olma	İlaç	73	1,55	1,167	0,261	0,794
	Diğer(ilaç+ekt+psikoter api)	27	1,48	1,014		
Hastalığın farkında olma	İlaç	73	0,79	0,881	-0,100	0,921
	Diğer(ilaç+ekt+psikoter api)	27	0,81	0,962		
Tedavi gereksiniminin farkında olma	İlaç	73	1,36	0,510	4,675	0,000*
	Diğer(ilaç+ekt+psikoter api)	27	0,96	0,308		
Birchwood içgörü ölçeği Toplam Puan	İlaç	73	3,69	1,695	1,192	0,236
	Diğer(ilaç+ekt+psikoter api)	27	3,26	1,235		

Olguların hastanede yatış süresine göre Birchwood İçgörü Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmış, yatış süresine göre ölçeğin alt boyut ve ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo-25).

Tablo 25: Hastanede Yatış Süresine Göre Birchwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Birchwood İçgörü Ölçeği Alt Boyutları	Yatış Süresi	n	X	SS	F	p
Belirtilerin farkında olma	1 hafta	15	1,80	1,320	0,421	0,738
	15 gün	17	1,65	0,931		
	3 hafta	14	1,36	1,008		
	Bir ay ve üzeri	50	1,52	1,182		
Hastalığın farkında olma	1 hafta	15	0,80	0,775	0,427	0,734
	15 gün	17	0,82	0,728		
	3 hafta	14	1,07	1,141		
	Bir ay ve üzeri	50	0,76	0,938		
Tedavi gereksiniminin farkında olma	1 hafta	15	1,43	0,495	0,959	0,416
	15 gün	17	1,21	0,435		
	3 hafta	14	1,21	0,642		
	Bir ay ve üzeri	50	1,19	0,473		
Birchwood içgörü ölçeği Toplam Puan	1 hafta	15	4,03	1,778	0,478	0,698
	15 gün	17	3,68	1,274		
	3 hafta	14	3,57	1,828		
	Bir ay ve üzeri	50	3,47	1,614		

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Olguların hastalıkları hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumuna göre Birchwood İçgörü Ölçeği Puan ortalamaları karşılaştırılmış; hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumuna göre ölçeğin alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo-26).

Tablo 26: Hastalık Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumuna Göre Birchwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Birchwood İçgörü Ölçeği Alt Boyutları	Yeterli Bilgiye Sahip Olma	n	X	SS	t	p
Belirtilerin farkında olma	Hayır	53	1,72	1,133	1,787	0,077
	Evet	47	1,32	1,086		
Hastalığın farkında olma	Hayır	53	0,87	1,020	0,801	0,425
	Evet	47	0,72	0,743		
Tedavi gereksiniminin farkında olma	Hayır	53	1,23	0,542	-0,504	0,615
	Evet	47	1,28	0,440		
Birchwood içgörü ölçeği Toplam Puan	Hayır	53	3,79	1,536	1,496	0,138
	Evet	47	3,32	1,627		

t: bağımsız t testi, *: $p<0,05$

Olguların psikiyatrik hastalık dışında tedavi gerektiren ciddi sağlık sorunu olma durumuna göre Birchwood İçgörü Ölçeği Puan Ortalaması karşılaştırılmış; sağlık sorunu olma durumuna göre ölçeğin alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo-27).

Tablo 27: Psikiyatrik Hastalık Dışında Tedavi Gerektiren Ciddi Sağlık Sorunu Olma Durumuna Göre Birchwood İçgörü Ölçeği Puan Ortalaması Karşılaştırılması

Birchwood İçgörü Ölçeği Alt Boyutları	Başka Sağlık Sorunu	n	X	SS	t	p
Belirtilerin farkında olma	Hayır	84	1,58	1,153	1,260	0,220
	Evet	16	1,25	0,931		
Hastalığın farkında olma	Hayır	84	0,85	0,925	1,155	0,251
	Evet	16	0,56	0,727		
Tedavi gereksiniminin farkında olma	Hayır	84	1,26	0,518	0,274	0,784
	Evet	16	1,22	0,364		
Birchwood içgörü ölçeği	Hayır	84	3,67	1,563	1,489	0,140
Toplam Puan	Evet	16	3,03	1,668		

t: bağımsız t testi, *: $p<0,05$

Olguların aldıkları tedavinin hastalıklarını iyileştireceğine inanma durumuna göre Birchwood İçgörü Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmış; aldıkları tedavinin iyileştireceğine inanma durumuna göre ölçeğin alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo-28).

Tablo 28: Aldıkları Tedavinin Hastalıklarını İyileştireceğine İnanma Durumuna Göre Birchwood İçgörü Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılması

Birchwood İçgörü Ölçeği Alt Boyutları	Tedavinin İyileştireceğine İnanma	n	X	SS	t	p
Belirtilerin farkında olma	Hayır	19	1,47	1,073	-0,242	0,810
	Evet	81	1,54	1,141		
Hastalığın farkında olma	Hayır	19	0,84	1,068	0,226	0,822
	Evet	81	0,79	0,862		
Tedavi gereksiniminin farkında olma	Hayır	19	1,26	0,537	0,128	0,898
	Evet	81	1,25	0,488		
Birchwood içgörü ölçeği	Hayır	19	3,53	1,338	-0,132	0,895
Toplam Puan	Evet	81	3,58	1,650		

t: Bağımsız t Testi

Olguların hastalıkları nedeniyle günlük yaşamda karşılaştıkları zorluklarda başvurduğu kişilere göre Birchwood İçgörü Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmış, zorluklar

karşısında başvuru alan kişilere göre ölçeğin alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo-29).

Tablo 29: Günlük Yaşamda Karşılaşılan Zorluklarda Başvuru Alan Kişilere Göre Birchwood İçgörü Ölçeği Puan Ortalaması Karşılaştırılması

Birchwood İçgörü Ölçeği Alt Boyutları	Başvuru Alan Kişiler	n	X	SS	F	p
Belirtilerin farkında olma	Anne-baba	48	1,46	1,202	0,753	0,523
	Eş	21	1,71	1,056		
	Diğer	11	1,18	0,982		
	Hastane	20	1,70	1,081		
Hastalığın farkında olma	Anne-baba	48	0,60	0,818	2,416	0,071
	Eş	21	0,90	1,044		
	Diğer	11	1,36	1,027		
	Hastane	20	0,85	0,745		
Tedavi gereksiniminin farkında olma	Anne-baba	48	1,29	0,534	0,566	0,639
	Eş	21	1,17	0,329		
	Diğer	11	1,14	0,393		
	Hastane	20	1,30	0,594		
Birchwood içgörü ölçeği Toplam Puanı	Anne-baba	48	3,33	1,606	0,703	0,553
	Eş	21	3,79	1,625		
	Diğer	11	3,68	1,437		
	Hastane	20	3,85	1,623		

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Hastaların öz bakım ihtiyaçlarını karşılama durumuna göre Birchwood İçgörü Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında öz bakım ihtiyacını kişinin kendisinin karşılaması durumuna göre belirtilerin farkında olma ve tedavi gereksiniminin farkında olma alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p>0,05$); hastalığın farkında olma alt boyutu ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre öz bakım ihtiyaçlarını kendileri karşılamayanların hastalığın farkında olma alt boyutu ve Birchwood İçgörü Ölçeği puan ortalaması, karşılayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (Tablo-30).

Tablo 30: Hastaların Öz Bakım İhtiyaçlarını Karşılama Durumuna Göre Birchwood İlgörü Ölçeği Puan Ortalaması Karşılaştırılması

Birchwood İlgörü Ölçeği Alt Boyutları	Öz Bakım İhtiyaçlarını Karşılama	n	X	SS	t	p
Belirtilerin farkında olma	Hayır	30	1,70	1,179	0,991	0,324
	Evet	70	1,46	1,099		
Hastalığın farkında olma	Hayır	30	1,13	1,008	2,490	0,014*
	Evet	70	0,66	0,814		
Tedavi gereksiniminin farkında olma	Hayır	30	1,22	0,449	-0,439	0,662
	Evet	70	1,26	0,516		
Birchwood ilçörü ölçeği	Hayır	30	4,05	1,868	2,007	0,047*
	Evet	70	3,36	1,419		

t: Bağımsız t Testi

Hastaların öz bakım ihtiyaçlarını karşılamada daha önce başka birinden yardım alma durumuna göre Birchwood İlgörü Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hastalarının öz bakım ihtiyaçlarını karşılamada daha önce başka birinden yardım alma durumuna göre, hastalığın farkında olma alt boyutu ve Birchwood İlgörü Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken $-(p>0,05)$, belirtilerin farkında olma alt boyutu ve tedavi gereksiniminin farkında olma alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre daha önce başka birinden yardım alanların, belirtilerin farkında olma alt boyutu, yardım almayanlara göre anlamlı derece yüksektir. Daha önce yardım almayanların, tedavi gereksiniminin farkında olma alt boyutu, yardım alanlara göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo-31).

Tablo 31: Öz Bakım İhtiyaçlarını Karşılama Daha Önce Başka Birinden Yardım Alma Durumuna Göre Birchwood İlgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Birchwood İlgörü Ölçeği Alt Boyutları	Daha Önce Başka Birinden Yardım Alma	n	X	SS	t	p
Belirtilerin farkında olma	Hayır	42	1,26	0,989	-2,124	0,036*
	Evet	58	1,72	1,182		
Hastalığın farkında olma	Hayır	42	0,76	0,726	-0,359	0,720
	Evet	58	0,83	1,011		
Tedavi gereksiniminin farkında olma	Hayır	42	1,42	0,529	2,977	0,004*
	Evet	58	1,13	0,435		
Birchwood ilçörü ölçeği Toplam Puan	Hayır	42	3,42	1,366	-0,820	0,414
	Evet	58	3,68	1,736		

Olguların ailelerinde psikiyatrik yakınması olan bireylerin var olma durumuna göre Birchwood İçgörü Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ailede psikiyatrik yakınma olması durumuna göre, belirtilerin farkında olma alt boyutu, hastalığın farkında olma alt boyutu ve Birchwood İçgörü Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p>0,05$), tedavi gereksiniminin farkında olma alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, ailede psikiyatrik yakınması olmayanların tedavi gereksiniminin farkında olma alt boyutu puan ortalaması psikiyatrik yakınması olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo-32).

Tablo 32: Ailede Psikiyatrik Yakınma Durumuna Göre Birchwood İçgörü Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılması

Birchwood İçgörü Ölçeği Alt Boyutları	Ailede Psikiyatrik Yakınma	n	X	SS	t	p
Belirtilerin farkında olma	Hayır	55	1,65	1,236	1,260	0,211
	Evet	45	1,38	0,960		
Hastalığın farkında olma	Hayır	55	0,71	0,896	-1,119	0,266
	Evet	45	0,91	0,900		
Tedavi gereksiniminin farkında olma	Hayır	55	1,38	0,535	3,165	0,002*
	Evet	45	1,09	0,389		
Birchwood içgörü ölçeği Toplam puan	Hayır	55	3,73	1,724	1,095	0,276
	Evet	45	3,38	1,403		

t: bağımsız t testi, *: $p<0,05$

Olguların hastalık dışında yaşamı etkileyen önemli bir sorun yaşama durumuna göre Birchwood İçgörü Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmış, yaşamı etkileyen önemli bir sorun yaşama durumuna göre ölçeğin tüm alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo-33).

Tablo 33: Hastalık Dışında Yaşamı Etkileyen Önemli Bir Sorun Yaşama Durumuna Göre Birchwood İçgörü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Birchwood İçgörü Ölçeği Alt Boyutları	Yaşamı Etkileyen Önemli Bir Sorun Yaşama	n	X	SS	t	p
Belirtilerin farkında olma	Hayır	67	1,55	1,118	0,281	0,779
	Evet	33	1,48	1,149		
Hastalığın farkında olma	Hayır	67	0,88	0,977	1,282	0,203
	Evet	33	0,64	0,699		
Tedavi gereksiniminin farkında olma	Hayır	67	1,25	0,495	-0,107	0,915
	Evet	33	1,26	0,502		
Birchwood içgörü ölçeği	Hayır	67	3,66	1,627	0,843	0,401
Toplam Puan	Evet	33	3,38	1,516		

t: bağımsız t testi, *: $p < 0,05$

4.7. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLER İLE DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YETİYİTİMİ DEĞERLENDİRME ÇİZELGESİ (WHO-DAS 2) 'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR

Olguların cinsiyete göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2)'den aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, cinsiyet ile ölçeğin tüm alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$) (Tablo-34).

Tablo 34: Cinsiyete Göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) Puanlarının Karşılaştırılması

WHO-DAS 2 Alt Boyutları	Cinsiyet	n	X	SS	t	p
DAS 1	Kadın	33	35,73	22,196	-0,643	0,522
	Erkek	66	38,95	24,080		
DAS 2	Kadın	33	27,12	21,903	-0,842	0,402
	Erkek	66	31,29	23,831		
DAS 3	Kadın	33	24,24	20,478	-0,720	0,473
	Erkek	66	27,84	24,763		
DAS 4	Kadın	33	34,09	25,108	-0,325	0,746
	Erkek	66	35,91	26,774		
DAS 5	Kadın	33	34,56	26,133	-0,698	0,487
	Erkek	66	38,54	27,035		
DAS 6	Kadın	33	46,88	24,420	0,323	0,748
	Erkek	66	45,27	22,893		
DAS Toplam	Kadın	33	35,25	14,757	-0,567	0,572
	Erkek	66	37,54	20,740		

Olguların medeni durumuna göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) puanları karşılaştırıldığında, medeni duruma göre, Das 1, Das 2, Das 3, Das 4, Das 5, Das Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), Das6 puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre medeni durumunu evli olan hastaların Das6 puan ortalaması bekarlara göre istatistiksel olarak anlamlı derece daha yüksektir (Tablo-35).

Tablo 35: Medeni Duruma Göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) Puanlarının Karşılaştırılması

WHO-DAS 2 Alt Boyutları	Cinsiyet	n	X	SS	t	p
DAS 1	Evli	31	43,68	21,834	1,555	0,123
	Bekâr	69	35,81	24,077		
DAS 2	Evli	31	36,29	23,451	1,733	0,086
	Bekâr	69	27,61	23,051		
DAS 3	Evli	31	30,44	25,553	0,981	0,329
	Bekâr	69	25,45	22,594		
DAS 4	Evli	31	40,97	26,970	1,382	0,170
	Bekâr	69	33,19	25,610		
DAS 5	Evli	31	38,81	26,709	0,236	0,814
	Bekâr	69	37,41	27,698		
DAS 6	Evli	31	56,55	19,488	3,098	0,003*
	Bekâr	69	41,49	23,702		
DAS Toplam	Evli	31	42,59	17,408	1,900	0,060
	Bekâr	69	34,77	19,692		

t: bağımsız t testi, *: $p<0,05$

Olguların eğitim durumuna göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2)'nin puan ortalamaları karşılaştırıldığında eğitim durumuna göre, Das 1, Das 2, Das 3, Das 4, Das 5, Das Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p>0,05$) Das6 alt boyut puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, ilköğretim ve altı eğitim durumundakilerin Das6 alt boyut puan ortalaması lise ve üzeri eğitim durumundakilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo-36).

Tablo 36: Eğitim Durumuna Göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) Puanlarının Karşılaştırılması

WHO-DAS 2 Alt Boyutları	Eğitim Durumu	n	X	SS	F	p	
DAS 1	İlköğretim ve altı	39	42,09	23,116	0,849	0,431	-
	Ortaöğretim	25	36,00	24,735			
	Lise ve üzeri	36	35,65	23,368			
DAS 2	İlköğretim ve altı	39	35,77	24,670	1,774	0,175	-
	Ortaöğretim	25	26,60	20,702			
	Lise ve üzeri	36	26,94	23,246			
DAS 3	İlköğretim ve altı	39	30,61	24,155	0,748	0,476	-
	Ortaöğretim	25	24,75	26,175			
	Lise ve üzeri	36	24,65	20,967			
DAS 4	İlköğretim ve altı	39	37,18	25,976	0,175	0,840	-
	Ortaöğretim	25	36,00	26,693			
	Lise ve üzeri	36	33,61	26,582			
DAS 5	İlköğretim ve altı	39	42,47	29,496	1,542	0,219	-
	Ortaöğretim	25	39,50	28,992			
	Lise ve üzeri	36	31,68	22,746			
DAS 6	İlköğretim ve altı	39	53,37	21,596	4,998	0,009*	1-3
	Ortaöğretim	25	48,00	25,831			
	Lise ve üzeri	36	37,07	21,131			
DAS Toplam	İlköğretim ve altı	39	41,84	18,953	2,328	0,103	-
	Ortaöğretim	25	36,89	21,197			
	Lise ve üzeri	36	32,37	17,442			

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Olguların çalışma durumuna göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2)'nin puan ortalamaları karşılaştırıldığında Das1, Das2, Das3, Das4, Das5, Das6, Das Toplam puan ortalamaları bakımından çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo-37).

Tablo 37: Çalışma Durumuna Göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) Puanlarının Karşılaştırılması

WHO-DAS 2 Alt Boyutları	Çalışma Durumu	n	X	SS	t	p
DAS 1	Çalışmıyorum	84	39,19	24,176	0,909	0,365
	Çalışıyorum	16	33,33	20,127		
DAS 2	Çalışmıyorum	84	31,07	24,261	0,753	0,453
	Çalışıyorum	16	26,25	18,394		
DAS 3	Çalışmıyorum	84	27,08	24,105	0,081	0,936
	Çalışıyorum	16	26,56	20,979		
DAS 4	Çalışmıyorum	84	36,73	25,969	0,987	0,326
	Çalışıyorum	16	29,69	27,170		
DAS 5	Çalışmıyorum	84	37,95	27,536	0,086	0,932
	Çalışıyorum	16	37,30	26,675		
DAS 6	Çalışmıyorum	84	46,99	23,717	0,810	0,420
	Çalışıyorum	16	41,80	22,211		
DAS Toplam	Çalışmıyorum	84	37,83	19,348	0,755	0,452
	Çalışıyorum	16	33,85	19,117		

Olguların gelir durumuna göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2)'nin puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gelir durumlarına göre Das 1, Das 2, Das 3, Das 4, Das 5 ve Das Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p>0,05$) Das6 alt boyutunun-puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre gelir durumu kötü olanların Das 6 alt boyut puan ortalaması, gelir durumu orta olanlara göre daha yüksektir (Tablo-38).

Tablo 38: Gelir Durumuna Göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) Puanlarının Karşılaştırılması

WHO-DAS 2 Alt Boyutları	Gelir	n	X	SS	F	p	Fark
DAS 1	İyi	19	39,25	25,051	0,368	0,693	-
	Orta	43	35,95	24,550			
	Kötü	38	40,35	22,071			
DAS 2	İyi	19	30,79	28,150	0,087	0,917	-
	Orta	43	29,19	21,847			
	Kötü	38	31,32	23,153			
DAS 3	İyi	19	28,29	27,589	2,457	0,091	-
	Orta	43	21,37	15,860			
	Kötü	38	32,73	27,472			
DAS 4	İyi	19	35,79	28,493	0,124	0,883	-
	Orta	43	34,19	26,836			
	Kötü	38	37,11	24,759			
DAS 5	İyi	19	37,01	35,786	1,125	0,329	-
	Orta	43	33,79	23,537			
	Kötü	38	42,85	26,316			
DAS 6	İyi	19	40,13	23,942	3,758	0,027*	2-3
	Orta	43	41,79	23,955			
	Kötü	38	54,11	20,870			
DAS Toplam	İyi	19	36,07	24,031	1,564	0,215	-
	Orta	43	33,96	18,029			
	Kötü	38	41,41	17,683			

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Olguların hastanede yatış süresine göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) puan ortalamaları karşılaştırıldığında hastanede yatış süresine göre, Das 1, Das 2, Das 3, Das 4, Das 6, Das Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p>0,05$) Das 5 puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, 1 ay ve üzeri süreyle hastanede yatanların Das 5 puan ortalaması 3

hafta hastanede yatanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo-39).

Tablo 39: Hastanede Yatış Süresine Göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) Puanlarının Karşılaştırılması

WHO-DAS 2 Alt Boyutları	Yatış Süresi	n	X	SS	F	p	Fark
DAS 1	1 hafta	15	33,89	22,040	1,453	0,233	-
	15 gün	17	32,11	24,903			
	3 hafta	14	33,63	24,045			
	Bir ay ve üzeri	50	43,08	23,155			
DAS 2	1 hafta	15	24,67	18,942	0,406	0,749	-
	15 gün	17	28,82	26,371			
	3 hafta	14	31,79	27,076			
	Bir ay ve üzeri	50	31,90	22,608			
DAS 3	1 hafta	15	21,67	17,013	1,563	0,204	-
	15 gün	17	27,94	26,343			
	3 hafta	14	17,86	21,631			
	Bir ay ve üzeri	50	31,38	24,337			
DAS 4	1 hafta	15	38,67	27,155	0,338	0,798	-
	15 gün	17	32,94	28,288			
	3 hafta	14	30,71	27,023			
	Bir ay ve üzeri	50	37,30	26,423			
DAS 5	1 hafta	15	34,79	19,331	3,639	0,016*	3-4
	15 gün	17	32,72	29,649			
	3 hafta	14	22,10	15,909			
	Bir ay ve üzeri	50	46,00	28,348			
DAS 6	1 hafta	15	45,83	25,213	0,760	0,519	-
	15 gün	17	41,36	29,305			
	3 hafta	14	46,65	22,450			
	Bir ay ve üzeri	50	50,63	19,346			
DAS Toplam	1 hafta	15	34,77	15,607	1,641	0,185	-
	15 gün	17	33,50	24,213			
	3 hafta	14	31,55	18,051			
	Bir ay ve üzeri	50	41,75	18,199			

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Hastaların hastalıkları hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumuna göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) puan ortalamaları karşılaştırıldığında Das1, Das4, Das5, Das Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünmeyenlerin, Das1, Das4, Das5 ve Das Toplam puan ortalaması düşünenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo-40).

Tablo 40: Hastalık Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumuna Göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) Puanlarının Karşılaştırılması

WHO-DAS 2 Alt Boyutları	Yeterli Bilgiye Sahip Olma	n	X	SS	t	p
DAS 1	Hayır	53	43,24	23,130	2,295	0,024*
	Evet	47	32,62	23,041		
DAS 2	Hayır	53	33,30	24,572	1,368	0,174
	Evet	47	26,91	21,783		
DAS 3	Hayır	53	31,13	26,131	1,922	0,058
	Evet	47	22,34	19,450		
DAS 4	Hayır	53	40,94	26,567	2,212	0,029*
	Evet	47	29,57	24,580		
DAS 5	Hayır	53	46,11	26,059	3,384	0,001*
	Evet	47	28,52	25,791		
DAS 6	Hayır	53	55,48	20,646	4,641	0,000*
	Evet	47	35,64	22,103		
DAS Toplam	Hayır	53	43,55	18,050	3,725	0,000*
	Evet	47	30,02	18,216		

t: bağımsız t testi, *: $p < 0,05$

Olguların şizofreni hastalığı dışında, tedavi gerektiren ciddi sağlık problemine sahip olma durumuna göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) puan ortalamaları karşılaştırıldığında Das 1, Das 2, Das 3, Das 4, Das 5, Das, Das Toplam alt ölçeklerin puan ortalamaları arasında tedavi gerektiren ciddi sağlık problemi olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$)(Tablo-41).

Tablo 41: Şizofreni Hastalığı Dışında Tedavi Gerektiren Ciddi Bir Hastalığa Sahip Olma Durumuna Göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) Puanlarının Karşılaştırılması

WHO-DAS 2 Alt Boyutları	Başka Sağlık Sorunu	n	X	SS	t	p
DAS 1	Yok	84	38,49	23,415	0,234	0,815
	Var	16	36,98	25,179		
DAS 2	Yok	84	29,40	23,017	-0,875	0,384
	Var	16	35,00	25,626		
DAS 3	Yok	84	27,98	23,675	0,950	0,344
	Var	16	21,88	22,822		
DAS 4	Yok	84	36,55	26,160	0,829	0,409
	Var	16	30,63	26,387		
DAS 5	Yok	84	39,77	26,840	1,632	0,106
	Var	16	27,73	28,134		
DAS 6	Yok	84	47,32	23,606	1,140	0,257
	Var	16	40,04	22,338		
DAS Toplam	Yok	84	38,04	19,055	1,002	0,319
	Var	16	32,77	20,419		

Çalışmaya katılan şizofreni hastalarının, aldıkları tedavi neticesinde iyileşeceğine inanma durumuna göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) puan ortalamaları karşılaştırıldığında aldıkları tedavi neticesinde iyileşeceğine inanma durumlarına göre Das1, Das2, Das3, Das4, Das5, Das6, Das Toplam alt ölçeklerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$)(Tablo-42).

Tablo 42: Şizofreni Hastalarının Aldıkları Tedavi Neticesinde İyileşeceğine İnanma Durumuna Göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) Puanlarının Karşılaştırılması

WHO-DAS 2 Alt Boyutları	İyileşeceğine İnanma	n	X	SS	t	p
Das1	Hayır	19	42,54	22,634	0,881	0,381
	Evet	81	37,24	23,821		
Das2	Hayır	19	34,74	29,367	0,917	0,361
	Evet	81	29,26	21,868		
Das3	Hayır	19	31,25	26,435	0,874	0,384
	Evet	81	26,00	22,867		
Das4	Hayır	19	45,79	33,261	1,558	0,133
	Evet	81	33,21	23,813		
Das5	Hayır	19	42,27	27,191	0,785	0,435
	Evet	81	36,81	27,350		
Das6	Hayır	19	54,61	19,581	1,763	0,081
	Evet	81	44,17	23,946		
Das Toplam	Hayır	19	43,27	19,594	1,539	0,127
	Evet	81	35,77	19,035		

t: bağımsız t testi, *: $p<0,05$

Hastaların günlük yaşamdaki zorluklar karşısında başvurduğu kişilere göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) puan ortalamaları karşılaştırıldığında, başvurduğu kişilere göre Das1, Das2, Das3, Das4, Das5, Das Toplam alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p>0,05$), Das6 puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, günlük yaşamdaki zorluklar karşısında eşine başvuranların Das6 puan ortalaması anne-babasına başvuranlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo-43).

Tablo 43: Günlük Yaşamdaki Zorluklar Karşısında Başvurulan Kişilere Göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

WHO-DAS 2 Alt Boyutları	Günlük Yaşamdaki Zorluklarda Başvurulan Kişiler	n	X	SS	F	p	Fark
DAS 1	Anne-baba	48	34,90	22,473	0,713	0,546	-
	Eş	21	39,68	24,246			
	Diğer	11	40,53	25,419			
DAS2	Hastane	20	43,54	25,017	1,809	0,151	-
	Anne-baba	48	25,52	20,967			
	Eş	21	39,05	25,081			
DAS 3	Diğer	11	34,55	24,643	0,713	0,546	-
	Hastane	20	30,25	25,156			
	Anne-baba	48	24,61	22,159			
DAS 4	Eş	21	33,33	27,623	0,239	0,869	-
	Diğer	11	28,41	20,984			
	Hastane	20	25,31	23,948			
DAS 5	Anne-baba	48	33,96	26,757	0,144	0,933	-
	Eş	21	36,19	27,473			
	Diğer	11	41,36	27,847			
DAS 6	Hastane	20	35,75	23,746	3,029	0,033*	1-2
	Anne-baba	48	37,89	26,095			
	Eş	21	38,84	30,032			
DAS Toplam	Diğer	11	32,95	28,207	0,904	0,442	-
	Hastane	20	39,38	28,360			
	Anne-baba	48	40,76	21,409			
DAS Toplam	Eş	21	58,33	21,248	0,904	0,442	-
	Diğer	11	42,90	25,621			
	Hastane	20	48,13	25,757			
DAS Toplam	Anne-baba	48	34,29	17,737	0,904	0,442	-
	Eş	21	42,36	20,370			
	Diğer	11	37,31	23,523			
DAS Toplam	Hastane	20	38,68	19,381	0,904	0,442	-
	Eş	21	42,36	20,370			
	Diğer	11	37,31	23,523			
DAS Toplam	Hastane	20	38,68	19,381	0,904	0,442	-
	Eş	21	42,36	20,370			
	Diğer	11	37,31	23,523			

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Hastaların öz bakımlarını kendilerinin yapma durumuna göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) puan ortalamaları karşılaştırıldığında; öz bakımlarını yapabilme durumlarına göre, Das 4'ün puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p>0,05$), Das1, Das2, Das3, Das5, Das6, Das Toplam alt boyut puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, öz bakımını kendi yapmayanların, Das1, Das2, Das3, Das5, Das6 ve Das Toplam puan ortalaması öz bakımını kendi yapanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo-44).

Tablo 44: Şizofreni Hastalarının Öz Bakımlarını Kendi Yapma Durumuna Göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

WHO-DAS 2 Alt Boyutları	Öz bakımlarını kendi yapma	n	X	SS	t	p
DAS 1	Hayır	30	48,75	24,052	3,033	0,003*
	Evet	70	33,75	22,050		
DAS 2	Hayır	30	40,50	24,752	2,963	0,004*
	Evet	70	25,93	21,540		
DAS 3	Hayır	30	40,63	25,625	3,702	0,001*
	Evet	70	21,16	20,085		
DAS 4	Hayır	30	43,00	29,583	1,876	0,064
	Evet	70	32,43	24,073		
DAS 5	Hayır	30	47,08	26,183	2,264	0,026*
	Evet	70	33,88	26,938		
DAS 6	Hayır	30	54,90	22,738	2,504	0,014*
	Evet	70	42,41	22,900		
DAS Toplam	Hayır	30	46,90	19,283	3,476	0,001*
	Evet	70	33,04	17,835		

t: Bağımsız t Testi

Hastaların öz bakım ihtiyaçlarını karşılamada daha önce başka birinden yardım alma durumuna göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) puan ortalamaları karşılaştırıldığında; öz bakım ihtiyaçlarını karşılamada daha önce başka birinden yardım alma durumu durumuna göre Das1, Das2, Das3, Das4,Das5, Das6 ve Das Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, hastalardan öz bakım ihtiyaçlarını karşılama konusunda daha önce başkalarından yardım alanların Das1, Das2, Das3, Das4,Das5, Das6 ve Das Toplam puan ortalaması yardım almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Tablo-45).

Tablo 45: Şizofreni Hastalarının Daha Önce Öz Bakım İhtiyaçlarını Karşılama Başka Birinden Yardım Alma Durumuna Göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

WHO-DAS 2 Alt Boyutları	Daha Önce Öz Bakım İhtiyaçlarını Karşılama Yardım Alma	n	X	SS	t	p
DAS 1	Hayır	42	29,96	21,547	-3,121	0,002*
	Evet	58	44,25	23,334		
DAS 2	Hayır	42	22,74	18,419	-2,989	0,004*
	Evet	58	35,78	25,197		
DAS 3	Hayır	42	17,26	17,396	-3,962	0,000*
	Evet	58	34,05	24,977		
DAS 4	Hayır	42	27,50	22,449	-2,719	0,008*
	Evet	58	41,47	27,242		
DAS 5	Hayır	42	29,09	23,421	-2,826	0,006*
	Evet	58	44,18	28,277		
DAS 6	Hayır	42	36,16	22,420	-3,875	0,000*
	Evet	58	53,39	21,605		
DAS Toplam	Hayır	42	28,39	15,171	-4,203	0,000*
	Evet	58	43,57	19,518		

t: bağımsız t testi, *: $p < 0,05$

Hastaların ailelerindeki psikiyatrik yakınma durumuna göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ailelerindeki psikiyatrik yakınma durumlarına göre, Das1, Das2, Das3, Das4, Das5, Das6 ve Das toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$) (Tablo-46).

Tablo 46: Şizofreni Hastalarının Ailelerindeki Psikiyatrik Yakınma Durumuna Göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

WHO-DAS 2 Alt Boyutları	Ailelerindeki Psikiyatrik Yakınma	n	X	SS	t	p
DAS 1	Hayır	55	39,47	22,707	0,570	0,570
	Evet	45	36,76	24,783		
DAS 2	Hayır	55	32,18	24,167	0,888	0,377
	Evet	45	28,00	22,497		
DAS 3	Hayır	55	25,57	22,415	-0,671	0,504
	Evet	45	28,75	24,979		
DAS 4	Hayır	55	38,64	27,896	1,288	0,201
	Evet	45	31,89	23,628		
DAS 5	Hayır	55	39,66	25,705	0,734	0,465
	Evet	45	35,63	29,204		
DAS 6	Hayır	55	49,15	24,654	1,417	0,160
	Evet	45	42,50	21,603		
DAS Toplam	Hayır	55	38,99	19,000	1,030	0,305
	Evet	45	35,00	19,585		

t: bağımsız *t* testi, *: $p < 0,05$

Olguların hastalık dışında yaşamını etkileyen önemli bir sorun yaşama durumuna göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) puan ortalamaları karşılaştırıldığında; olguların hastalık dışında yaşamlarını etkileyen önemli bir sorun yaşama durumuna göre Das1, Das2, Das3, Das4, Das5, Das6 ve Das toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$) (Tablo-47).

Tablo 47: Hastalık Dışında Yaşamı Etkileyen Önemli Bir Sorun Yaşama Durumuna Göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

WHO-DAS 2 Alt Boyutları	Yaşamı Etkileyen Sorun Yaşama	n	X	SS	t	p
DAS 1	Hayır	67	38,25	24,045	-0,002	0,998
	Evet	33	38,26	22,975		
DAS 2	Hayır	67	29,10	24,586	-0,726	0,470
	Evet	33	32,73	20,957		
DAS 3	Hayır	67	24,44	22,449	-1,561	0,122
	Evet	33	32,20	25,152		
DAS 4	Hayır	67	34,78	26,635	-0,447	0,656
	Evet	33	37,27	25,467		
DAS 5	Hayır	67	39,09	28,591	0,647	0,519
	Evet	33	35,32	24,587		
DAS 6	Hayır	67	46,74	24,512	0,350	0,727
	Evet	33	44,98	21,452		
DAS Toplam	Hayır	67	37,03	20,509	-0,118	0,906
	Evet	33	37,52	16,771		

t: bağımsız *t* testi, *: $p < 0,05$

4.8. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLER İLE ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULAR

Bu bölümde hastaların sosyo-demografik verilerine göre Öz- Bakım Gücü Ölçeği puanları karşılaştırılacaktır.

Öncelikle, hastaların cinsiyete göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puanları karşılaştırılmıştır. Cinsiyete göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Çalışmaya katılan hastaların medeni durumuna göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Olguların eğitim durumuna göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Olguların çalışma durumuna göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Çalışmaya katılan hastaların gelir durumuna göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre, gelir durumu orta olanların Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması, kötü olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo-48).

Tablo 48: Sosyodemografik Özelliklere Göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

		Öz-Bakım Gücü Ölçeği				
		n	X	SS	t	p
Cinsiyet	Kadın	33	92,39	21,446	1,304	0,195
	Erkek	66	86,06	23,404		
Medeni Durum	Evli	31	83,84	21,157	-1,209	0,230
	Bekâr	69	89,80	23,484		
Çalışma Durumu	Çalışmıyorum	84	88,48	22,809	0,526	0,600
	Çalışıyorum	16	85,19	23,617		
Eğitim Durumu	İlköğretim ve altı	39	81,95	19,788	2,853	0,062
	Ortaöğretim	25	88,12	20,721		
	Lise ve üzeri	36	94,33	25,986		
Gelir		n	X	SS	F	p
	İyi	19	92,05	23,994	3,976	0,022*
	Orta	43	93,19	21,976		
Kötü	38	79,97	21,515			

t: bağımsız t testi, *: $p<0,05$; F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Olguların hastanede yatış süresine göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması karşılaştırılmış, yatış süresine göre ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo-49).

Tablo 49: Hastanede Yatış Süresine Göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Öz-Bakım Gücü Ölçeği	Yatış Süresi	n	X	SS	F	p
Öz-bakım Gücü Ölçeği	1 hafta	15	86,13	25,562	0,612	0,609
	15 gün	17	92,24	22,129		
	3 hafta	14	90,07	18,537		
	Bir ay ve üzeri	50	84,42	22,894		

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Çalışmaya katılanların, hastalıkları hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumuna göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması karşılaştırılmış istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre hastalıkları hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenlerin Öz-Bakım Gücü puan ortalaması, düşünmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derece yüksektir (Tablo-50).

Tablo 50: Hastalıkları Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Öz-Bakım Gücü Ölçeği	Yeterli Bilgiye Sahip Olma	n	X	SS	t	p
Öz-bakım Gücü Ölçeği	Hayır	53	81,00	18,788	-3,344	0,001*
	Evet	47	95,79	24,622		

t: bağımsız t testi, *: $p<0,05$

Olguların psikiyatrik hastalıkları dışında ciddi sağlık sorunu olma durumuna göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması karşılaştırılmış olup, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo-51).

Tablo 51: Psikiyatrik Hastalıkları Dışında Ciddi Sağlık Sorunu Olma Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Öz-Bakım Gücü Ölçeği	Başka sağlık sorunu	n	X	SS	t	p
Öz-bakım Gücü Ölçeği	Yok	84	87,56	22,763	-0,390	0,697
	Var	16	90,00	23,950		

t: bağımsız t testi, *: $p<0,05$

Olguların aldıkları tedavi neticesinde iyileşeceğine inanma durumuna göre Öz-Bakım Gücü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo-52).

Tablo 52: Aldıkları Tedavi Neticesinde İyileşeceğine İnanma Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Puanlarının Karşılaştırılması

Öz-Bakım Gücü Ölçeği	İyileşeceğine İnanma	n	X	SS	t	p
Öz-bakım Gücü Ölçeği	Hayır	19	79,11	19,090	-1,899	0,060
	Evet	81	90,02	23,264		

t: bağımsız t testi, *: $p<0,05$

Olguların hastalıkları nedeniyle günlük yaşamda karşılaştığı zorluklarda başvurdukları kişilere göre Öz-Bakım Gücü puan ortalaması karşılaştırılmış, zorluklar karşısında

başvurulan kişilere göre Öz Bakım Gücü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo-53).

Tablo 53: Hastaların Günlük Yaşamda Karşılaştığı Zorluklarda Başvurduğu Kişilere Göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puanlarını Karşılaştırılması

Öz-Bakım Gücü Ölçeği	Zorluklarda Başvurduğu Kişiler	n	X	SS	F	p
Öz-bakım Gücü Ölçeği	Anne-baba	48	93,38	23,046	1,899	0,135
	Eş	21	84,00	23,362		
	Diğer	11	85,09	18,716		
	Hastane	20	80,65	22,258		

F: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Çalışmaya katılan hastaların öz bakım ihtiyaçlarını karşılama durumuna göre Öz-Bakım Gücü puan ortalaması karşılaştırılmış, öz bakım ihtiyaçlarını karşılama durumlarına göre, Öz-Bakım Gücü puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre öz bakımını kendi yapanların Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması, yapmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (Tablo-54).

Tablo 54: Şizofreni Hastalarının Öz Bakım İhtiyaçlarını Karşılama Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Öz-Bakım Gücü Ölçeği	Öz Bakım İhtiyaçlarını Karşılama	n	X	SS	t	p
Öz-bakım Gücü Ölçeği	Hayır	30	79,03	23,988	-2,630	0,010*
	Evet	70	91,77	21,399		

*t: bağımsız t testi, *: $p<0,05$*

Çalışmaya katılan şizofreni hastalarının öz bakım ihtiyaçlarını karşılamada daha önce başka birinden yardım alma durumuna göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması karşılaştırılmış aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre öz bakım ihtiyaçlarını karşılamada daha önce başka birinden yardım almayıp kendi yapanların Öz- Bakım Gücü ölçeği puan ortalaması daha önce başka birinden yardım alanlara göre daha yüksektir (Tablo-55).

Tablo 55: Şizofreni Hastalarının Öz Bakım İhtiyaçlarını Karşılama Daha Önce Başka Birinden Yardım Alma Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Öz-Bakım Gücü Ölçeği	Daha Önce Başka Birinden Yardım Alma	n	X	SS	t	p
Öz-bakım Gücü Ölçeği	Hayır	42	94,24	23,871	2,397	0,018*
	Evet	58	83,40	21,136		

Olguların ailede psikiyatrik yakınma durumuna göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo-56).

Tablo 56: Ailede Psikiyatrik Yakınma Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Öz-Bakım Gücü Ölçeği	Ailede Psikiyatrik Yakınma	n	X	SS	t	p
Öz-bakım Gücü Ölçeği	Hayır	55	87,20	21,507	-0,361	0,719
	Evet	45	88,87	24,607		

t: bağımsız t testi, *: $p<0,05$

Olguların hastalık dışında yaşamı etkileyen önemli bir sorun yaşama durumuna göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması karşılaştırılmış, yaşamı etkileyen önemli bir sorun yaşama durumuna göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo-57).

Tablo 57: Hastalık Dışında Yaşamı Etkileyen Önemli Bir Sorun Yaşama Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Öz-Bakım Gücü Ölçeği	Yaşamı Etkileyen Sorun Yaşama	n	X	SS	t	p
Öz-bakım Gücü Ölçeği	Hayır	67	88,70	22,779	0,467	0,642
	Evet	33	86,42	23,272		

t: bağımsız t testi, *: $p<0,05$

4.9. POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PANNS) İLE BRİCHWOOD İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULAR

Bu bölümde, PANNS ile Birchwood İçgörü Ölçeği karşılaştırılmıştır.

PANNS Ölçeği'nin negatif sendrom alt boyut puanı ile Birchwood Ölçeği belirtilerin farkında olma alt boyut puanı ($r=0,223$ $p=0,026$) arasında pozitif yönde düşük seviyede

ilişki saptanmıştır. Bunun dışında PANNS ve Birchwood İçgörü Ölçeklerinin alt boyutları ile toplam puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo-58).

Tablo 58: PANNS ile Birchwood İçgörü Ölçeği Arasındaki İlişki

Birchwood İçgörü Ölçeği Alt Boyutları	Pozitif sendrom ölçeği		Negatif sendrom ölçeği		Kompozit ölçeği		Genel izlenim şiddet ölçeği	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Belirtilerin farkında olma	0,117	0,248	0,223	0,026*	-0,125	0,214	0,102	0,312
Hastalığın farkında olma	0,154	0,126	0,065	0,520	0,080	0,427	0,023	0,820
Tedavi gereksiniminin farkında olma	-0,103	0,307	-0,152	0,132	0,062	0,539	-0,123	0,222
Birchwood içgörü ölçeği toplam puan	0,144	0,152	0,157	0,120	-0,027	0,789	0,056	0,581

*r: Pearson Korelasyon Analizi, *: $p<0,05$*

4.10. POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PANNS) İLE DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YETİYİTİMİ DEĞERLENDİRME ÇİZELGESİ (WHO-DAS 2) ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULAR

Bu bölümde PANNS ile WHO-DAS 2 ölçeği arasındaki ilişki incelenmiştir.

PANNS'ın pozitif sendrom ölçeği alt boyut puan ortalaması ile DAS 1 ($r= 0,433$ $p=0,000$), DAS 2 ($r=0,478$ $p=0,000$), DAS 3 ($r=0,375$ $p=0,000$), DAS 4 ($r=0,471$ $p=0,000$), DAS 6 ($r=0,341$ $p=0,001$) alt boyut ve DAS Toplam ($r=0,478$ $p=0,000$) puan ortalamaları arasında pozitif yönde orta seviyede, DAS 5 ($r=0, 246$ $p=0,014$) alt boyut puan ortalaması ile pozitif yönde düşük seviyede ilişki saptanmıştır.

PANNS'ın negatif sendrom ölçeği alt boyut puan ortalaması ile DAS 1 ($r=0,574$ $p=0,000$), DAS 2 ($r=0,511$ $p=0,000$), DAS 4 ($r=0,580$ $p=0,000$), DAS 6 ($r=0,529$ $p=0,000$) alt boyut ve DAS Toplam ($r=0,664$ $p=0,000$) puan ortalamaları arasında pozitif yönde yüksek seviyede, DAS 3 ($r=0,416$ $p=0,000$) ve DAS 5 ($r=0,485$ $p=0,000$) alt boyut puan ortalamaları arasında ise pozitif yönde orta seviyede ilişki saptanmıştır.

PANNS'ın kompozit ölçeği alt boyutu puan ortalaması ile DAS 5 ($r = -0,280$ $p = 0,005$), DAS 6 ($r = -0,235$ $p = 0,018$) alt boyut ve DAS toplam ($r = -0,247$ $p = 0,013$) puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf ilişki saptanmıştır.

PANNS'ın genel izlenim şiddet ölçeği alt boyut puan ortalaması ile DAS 1($r = 0,614$ $p = 0,000$), DAS 2 ($r = 0,586$ $p = 0,000$), DAS 4($r = 0,587$ $p = 0,000$), DAS 6($r = 0,571$ $p = 0,000$) alt boyut puan ortalamaları ve DAS toplam puan ortalaması($r = 0,686$ $p = 0,000$) arasında pozitif yönde yüksek seviyede DAS 3 ($r = 0,435$ $p = 0,000$) ve DAS 5 ($r = 0,438$ $p = 0,000$) alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde orta seviyede ilişki tespit edilmiştir (Tablo- 59).

Tablo 59: PANNS ile WHO-DAS 2 Arasındaki İlişki

WHO-DAS 2 Alt Boyutları	Pozitif sendrom ölçeği		Negatif sendrom ölçeği		Kompozit ölçeği		Genel izlenim şiddet ölçeği	
	r	p	r	p	r	p	r	p
DAS 1	0,433	0,000*	0,574	0,000*	-0,194	-0,054	0,614	0,000*
DAS 2	0,478	0,000*	0,511	0,000*	-0,082	0,417	0,586	0,000*
DAS 3	0,375	0,000*	0,416	0,000*	-0,080	0,427	0,435	0,000*
DAS 4	0,471	0,000*	0,580	0,000*	-0,163	0,106	0,587	0,000*
DAS 5	0,246	0,014*	0,485	0,000*	-0,280	0,005*	0,438	0,000*
DAS 6	0,341	0,001*	0,529	0,000*	-0,235	0,018*	0,571	0,000*
DAS Toplam	0,478	0,000*	0,664	0,000*	-0,247	0,013*	0,686	0,000*

*r: Pearson Korelasyon Analizi, *: $p < 0,05$*

4.11. POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PANNS) İLE ÖZ- BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULAR

Bu bölümde PANNS ile Öz-Bakım Gücü ölçeği arasındaki ilişki incelenmiştir. PANNS'ın pozitif sendrom ($r = -0,304$ $p = 0,002$), negatif sendrom ($r = -0,560$ $p = 0,000$) ve genel izlenim şiddet ölçeği ($r = -0,536$ $p = 0,000$) alt boyut puanları ile Öz-Bakım gücü ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönde orta seviyede bir ilişki tespit edilmiştir.

Kompozit ölçeği puan ortalaması ile Öz-bakım gücü ölçeği puan ortalaması arasında pozitif yönde orta seviyede ilişki saptanmıştır (Tablo-60).

Tablo 60: PANNS ile Öz- Bakım Gücü Ölçeği Arasındaki İlişki

	Pozitif sendrom ölçeği		Negatif sendrom ölçeği		Kompozit ölçeği		Genel izlenim şiddet ölçeği	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Öz-Bakım Gücü Ölçeği	-0,304	0,002*	-0,560	0,000*	0,305	0,002*	-0,536	0,000*

r: Pearson Korelasyon Analizi, *: $p < 0,05$

4.12. BRICHWOOD İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ İLE DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YETİYİTİMİ DEĞERLENDİRME ÇİZELGESİ (WHO-DAS 2) ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULAR

Bu bölümde Birchwood İçgörü Ölçeği ile WHO-DAS 2 arasındaki ilişki incelenmiştir.

Birchwood İçgörü Ölçeği-belirtilerin farkında olma alt boyutunun puan ortalaması ile DAS 5 ($r=0,341$ $p=0,001$) ve DAS 6 ($r=0,302$ $p=0,002$) alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde orta seviyede, DAS toplam (r 0,269 $p=0,007$) puan ortalaması arasında pozitif yönde düşük seviyede ilişki saptanmıştır.

Birchwood İçgörü Ölçeği toplam puan ortalaması ile DAS 5 ($r= 0,331$ $p=0,001$) ve DAS 6 ($r=0,320$ $p=0,001$) alt boyutları arasında orta seviyede, DAS toplam ($r= 0,292$ $p=0,003$) puan ortalaması arasında pozitif yönde düşük seviyede bir ilişki tespit edilmiştir (Tablo-61).

Tablo 61: Birchwood İçgörü Ölçeği ile WHO-DAS 2 Arasındaki İlişki

WHO-DAS 2 Alt Boyutları	Belirtilerin farkında olma		Hastalığın farkında olma		Tedavi gereksiniminin farkında olma		Birchwood içgörü ölçeği toplam puan	
	r	p	r	p	r	p	r	p
DAS 1	0,106	0,296	0,128	0,203	0,067	0,510	0,177	0,078
DAS 2	0,052	0,611	0,125	0,214	-0,061	0,546	0,094	0,353
DAS 3	0,148	0,141	0,144	0,152	-0,154	0,125	0,146	0,148
DAS 4	0,156	0,122	0,059	0,561	0,018	0,862	0,156	0,120
DAS 5	0,341	0,001*	0,192	0,055	-0,080	0,428	0,331	0,001*
DAS 6	0,302	0,002*	0,177	0,078	-0,005	0,963	0,320	0,001*
DAS Toplam	0,269	0,007*	0,186	0,063	-0,041	0,687	0,292	0,003*

r: Pearson Korelasyon Analizi, *: $p < 0,05$

4.13. BRICHWOOD İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ İLE ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULAR

Bu bölümde Birchwood İçgörü Ölçeği ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği arasındaki ilişki incelenmiştir.

Belirtilerin farkında olma ($r = -0,324$ $p = 0,01$) ve Birchwood İçgörü Ölçeği toplam puan ($r = -0,346$ $p = 0,000$) ile Öz-Bakım Gücü ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönde orta seviyede ilişki saptanmıştır (Tablo-62).

Tablo 62: Birchwood İçgörü Ölçeği ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği Arasındaki İlişki

	Belirtilerin farkında olma		Hastalığın farkında olma		Tedavi gereksiniminin farkında olma		Birchwood içgörü ölçeği toplam puan	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Öz-bakım gücü ölçeği	-0,324	0,001*	-0,137	0,175	-0,119	0,240	-0,346	0,000*

*r: Pearson Korelasyon Analizi, *: $p < 0,05$*

4.14. DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YETİYİTİMİ DEĞERLENDİRME ÇİZELGESİ (WHO-DAS 2) İLE ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BULGULAR

Bu bölümde WHO-DAS 2 ile Öz-bakım gücü ölçeği arasındaki ilişki incelenmiştir.

DAS 1 ($r = -0,583$ $p = 0,000$), DAS 5 ($r = -0,532$ $p = 0,000$), DAS 6 ($r = -0,622$ $p = 0,000$) alt boyut puan ortalamaları ve DAS toplam puan ortalaması ($r = -0,622$ $p = 0,000$ ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönde yüksek seviyede, DAS 2 ($r = -0,329$ $p = 0,001$), DAS 3 ($r = -0,322$ $p = 0,001$) ve DAS 4 ($r = -0,385$ $p = 0,000$) alt boyut puan ortalamaları ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması arasında da negatif yönde orta seviyede ilişki tespit edilmiştir (Tablo- 63).

Tablo 63: WHO-DAS 2 Ölçeği ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği Arasındaki İlişki

WHO-DAS 2 Alt Boyutları	Öz-bakım gücü ölçeği	
	r	p
DAS 1	-0,583	0,000*
DAS 2	-0,329	0,001*
DAS 3	-0,322	0,001*
DAS 4	-0,385	0,000*
DAS 5	-0,532	0,000*
DAS 6	-0,622	0,000*
DAS Toplam	-0,626	0,000*

r: Pearson Korelasyon Analizi, *: $p < 0,05$

5. TARTIŞMA

Çalışmamızın öncelikli amacı, şizofreni hastalarında pozitif negatif semptomlar, yeti yitimi, içgörü ve buna bağlı öz bakım gücünün değerlendirilmesidir. Bu değerlendirmeyi yaparken şizofreninin pozitif ve negatif belirtilerle seyredebileceği göz ardı edilmemiştir. Ayrıca sosyo demografik ve hastalığa ilişkin özellikler ile yeti yitimi, içgörü ve öz bakım gücü arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

5.1. POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PANNS),BRİCHWOOD İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ, DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YETİYİTİMİ DEĞERLENDİRME ÇİZELGESİ (WHO-DAS 2) VE ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ CRONCBACH ALFA DEĞERLERİNE YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda kullanılan Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS2), Birchwood İçgörü Ölçeği, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) ve Öz Bakım Gücü Ölçeklerinin croncbach alfa değerleri 0,70'in üzerinde olması nedeniyle, güvenilirlik kat sayıları yüksek bulunmuştur.

5.2. SOSYO-DEMOGRAFİK VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİN TARTIŞILMASI

Çalışmaya katılan hastaların, %66,7'si erkek, %33,3'ü kadındır. Binbay ve arkadaşlarının çalışmasında şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı erkeklerde kadınlara

göre daha yüksek bulunmuştur (Binbay, Ulaş, Elbi ve Alptekin 2011). Benzer şekilde Nalbant ve arkadaşlarının şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada katılımcıların %56,3'ü erkektir (Nalbant ve ark 2016). Yapılan başka çalışmalar göz önüne alındığında olguların cinsiyete göre dağılımları literatürle uyumlu bulunmuştur.

Hastaların medeni durumuna göre dağılımı incelendiğinde; %63,0'ü bekâr, %31'i evli, %6'sının dul veya boşanmış olduğu görülmüştür. Belli ve arkadaşlarının bir bölge psikiyatri hastanesinde şizofreni hastalarıyla yürüttüğü çalışmada katılımcıların %60,3'ünün bekâr olduğu görülmüştür (Belli, Özçetin, Ertem, Alpay, Bahçebaşı, Kıran, Baykız ve Bayık 2007). Deshmukh ve arkadaşlarının, Hindistan'da şizofreni hastalarıyla yaptığı 3 aylık kesitsel çalışmada ise katılımcıların %69,3'ünün evli olduğu, hastalığın erken yaşta başlamasının evlilik için dezavantaj olduğu ifade edilmiştir. Aynı çalışmada kadın cinsiyet, çocuk sahibi olma, hastalığa evlilik sonrası yakalanmanın evliliği sürdürmedeki etkisi olumlu görülmüştür (Deshmukh, Bhagat, Shah, Sonavane and Desousa 2016). Çalışmamızdaki hastaların büyük çoğunluğunun bekar olduğunu görmekteyiz. Bu durum toplumsal yaşama katılım, ikili ilişkilerde yetersizlik, öz güven eksikliği ve stigma ile ilişkilendirilebilir. Evliliğin kültürel anlamı bazı toplumlarda farklı olsa da, hastalığın prognozunda olumlu bir faktördür. Literatürdeki farklı sonuçlar, şizofrenide medeni durumla ilgili yeni çalışmalar yapılmasına gereksinim olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların eğitim durumunu incelediğimizde %39'unun ilköğretim ve altı, %28'inin lise, %25'inin ortaöğretim ve %8'inin üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Jamaika'da şizofreni ve bipolar hastaların eğitim durumunun karşılaştırıldığı çalışmada, şizofreni hastalarının %71'inin ortaöğretim düzeyinde eğitim gördüğü belirlenmiştir. Aynı çalışmada, katılımcıların ilköğretim öncesi ve ortaöğretim sonrası eğitim durumu yaklaşık olarak eşit seviyede bulunmuştur (Burgess, Curtis-Downes and Gibson 2013). Hollanda'da kayıt temelli bir araştırmada şizofreni hastalarında ilköğretimden itibaren akademik başarının düşük olduğu görülmüştür (Tempelaar, Termorshuizen, MacCabe, Boks and Kahn 2017). Kuzey Malavi'de şizofreni hastalarının sosyo-demografik özelliklerinin incelendiği çalışmada ise, katılımcıların %75'i ilköğretim ve daha düşük eğitim seviyesine sahip olduğu görülmüştür (Kaminga, Dai, Liu, Myaba, Banda and Wen 2019). Ülkemizde toplum ruh sağlığı merkezinde takip edilen şizofreni

hastalarının değerlendirildiği bir çalışmada hastaların %42,9 'unun ilköğretim, %32,1'inin lise ve %3,6'sının yüksekokul mezunu olduğu görülmüştür (Gül, Can, Kılıçaslan Şahin, Şahin ve Şimşek 2014). Çalışmamız literatür bilgileriyle paralellik göstermekte olup, şizofreni hastalarının akademik başarısı genel popülasyona göre düşük bulunmuştur. Hastalığın algı, yönelim, dikkat ve odaklanma gibi bilişsel işlevlerde bozulmaya neden olduğu buna bağlı eğitim düzeyi ve akademik başarının düşük olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda hastaların %84'ünün herhangi bir işte çalışmadığı görülmektedir. Kiejna ve arkadaşlarının, şizofreni hastalarının mesleki durumlarını incelediği bir çalışmada, şizofreni hastalarında istihdam oranlarının Avrupa'da %8- %35 arasında olduğunu belirtmiştir (Kiejna, Piotrowski, Misiak, Adamawski, Schubert, Skrzekowska-Baran and Frydecka 2015). Şizofreni hastalarının sosyodemografik ve klinik özelliklerinin incelendiği bir başka çalışmada katılımcıların %90,3 'ünün herhangi bir işte çalışmadığı görülmüştür (Guedes de Pinho, Pereira and Chaves 2018). Şizofreni hastalarında toplumsal işlevselliği inceleyen bir çalışmada da katılımcıların %64'ünün herhangi bir işte çalışmadığını görmekteyiz (Yıldız ve ark 2018). Bu sonuçlar çalışmamızı destekler niteliktedir. Çalışmamız literatürle paralel sonuçlar vermektedir. Şizofreni hastalarının yaşadığı en önemli psikososyal engellerden biri işsizliktir. Sürekli istihdamın iyileşmenin en önemli parçası olduğu unutulmamalıdır. İş hayatı bireye yalnızca finansal destek sağlamakla kalmayıp, toplumla bütünleşme ve öz saygı kazanımını da desteklemektedir. Şizofreni hastalarında istihdam oranının normal popülasyona göre düşük oluşunu; sosyal izolasyon, içgörü eksikliği, bilişsel işlevlerde bozukluk ve şizofreniye eşlik eden tıbbi sorunlardan kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Katılımcıların %43'ü gelir durumunu orta, %38'i kötü olarak değerlendirmiştir. Danimarka'da yapılan nüfusa dayalı meta-analiz çalışmasında şizofreni riski ile sosyoekonomik durum arasında ters orantılı bir ilişki tespit edilmiş bu sonuç genetik yatkınlığı olan bireylerde sosyal ve maddi statü kaybı ile ilişkilendirilmiştir (Agerbo, Sullivan, Vilhjalmsen, Pedersen, Mors, Borglum, Hougaard, Hollegaard, Meier, Mattheisen, Ripke, Wray and Mortensen 2015). Şizofreni hastalarıyla yapılan bir kohort çalışmasında, hastaların %56'sının, ruhsal bozukluklar nedeniyle engelli maaşı aldığı belirtilmiştir (Jaaskelainen et al 2015). Çalışmamıza katılan hastaların %84'ünün sağlık

güvencesinin bulunduğu ve gelir düzeyini orta olarak değerlendirdikleri görülmektedir. Bu veriler sağlık güvencesi olanların, aynı zamanda orta düzeyde bir gelire sahip olduklarını da düşündürmektedir. Sağlık güvencesini varlığı ile gelir düzeyinin belli bir düzeyde olması ise hastaların bakım hizmetlerine daha iyi ulaşabilmesi anlamına gelmektedir.

Çalışmamıza katılan hastaların %55'i anne- baba, %20'si eş, %10'u kardeşi ile yaşadığını %8'i kurum bakımı aldıklarını, %6'sı yalnız ve %1'i akrabalarıyla birlikte yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Kronik bir ruhsal hastalık olan şizofreni, sadece hastayı değil hastaya bakım veren tüm bireyleri de etkilemektedir. Bakım verici rolünde ise genelde şizofreni hastalarının birinci derece akrabalarını ve aile üyelerini görmekteyiz. Dünyada ve özellikle ülkemizde bakım verici rolünü en çok anneler üstlenmektedir (Aydın, Çökmüş, Balıkçı, Ünal Aydın ve Danacı 2018). Amerika'da şizofreni hastalarının bakımını üstlenen 697 kişi ile yapılan bir çalışmada bakım vericilerin %82'si kadın ve bunlarında %90 'ı annedir. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada hastayla en çok ilgilenen kişilerin çoğunluğunun kadınlardan, kadınların büyük çoğunluğunun da annelerden oluştuğunu görmekteyiz. Brody' ye göre bu durumun nedeni, kadınların duygusal ve fiziksel desteği birincil olarak üstlenip aile üyesine bakımı görev olarak kabul etmelerinden kaynaklanmaktadır. Erkek aile üyeleri ise kriz durumunda bakıma katılıp destek vermektedir (Arslantaş ve Adana 2011). Çalışmamızın sonuçları da literatürle paralellik göstermektedir. Bu durumu ataerkil toplumlarda kadınların birincil görevlerinin çocuk, hasta ve yaşlı bakımı oluşuyla açıklayabiliriz.

Çalışmamızda hastaların %45'inin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan bireylerin olduğu tespit edilmiştir. Yıldız ve arkadaşlarının şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada hastaların %26,3'ünün ailesinde psikoz öyküsü tespit edilmiştir (Yıldız, Kutlu ve Tural 2011). Şizofreni hastalarının yakınlarıyla yapılan bir çalışmada, hasta yakınlarında büyük oranda şizotipal özellikler bulunmuştur (Çavuş, Darçın, Dilbaz ve Kaya 2012). Şizofreni hastalarının birinci derece yakınlarıyla yapılan bir çalışmada, sağlıklı birinci derece akrabalar ile sağlıklı kontroller çeşitli bilişsel işlevler açısından karşılaştırılmış olup, şizofreni hastalarındaki bilişsel kusurların düşük seviyede de olsa hastaların akrabalarında da gözlemlendiği bildirilmiştir (Yücel, Özgüven Devrimci, Sakarya,

Baskak, Özel Kızıl, Sakarya ve Haran 2016). Finlandiya’da şizofreni hastalarının ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsünün incelendiği bir kohort çalışmasında ise ailede psikotik hastalık varlığı, hastalarda iki yıllık takip sonucu daha fazla psikopatolojik semptomla, beş yıllık takip sonucunda ise yeniden hastane yatışıyla ilişkilendirilmiştir (Kakela, Marttila, Keskinen, Veijola, Isohanni, Koivumaa-Honkannen, Haapea, Jaaskelainen and Miettunen 2017). Bu sonuçlar yaşanılan çevre ve aile ortamının kişinin ruhsal durumu üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Katılımcılara son zamanlarda kendilerini derinden etkileyen yaşam olayı deneyimleme durumları sorulduğunda %67’si derinden etkilendiği ve üzüldüğü bir olay yaşamadığını ifade ederken %33’ü ise yaşadığını ifade etmiştir. Eskin ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %75,4’ünün en az bir travmatik yaşam olayı deneyimlediklerini görmekteyiz (Eskin ve ark 2006). Yapılan bir başka çalışmada çocukluk döneminde karşılaşılan zorlu yaşam olayları (düşük sosyo-ekonomik durum, ebeveynlerden birinin yokluğu, işsizlik, madde kullanımı, şiddet, istismar evsizlik vb.) ile şizofreni riskinin doğru orantılı olduğu yönünde veriler bulunmaktadır. Aynı çalışmada dörtten daha fazla zorlu yaşam olayı deneyimlemiş çocuklar için şizofreni riskinin 2,7 kat arttığı ifade edilmiştir (Wicks, Hjern, Gunnell, Lewis and Dalman 2005). Ergenlik çağında şiddete maruz kalan katılımcılarla yapılan çalışma verilerinde, şiddete maruziyetin paranoya, sanrı ve disosiyatif yaşantılar gibi psikotik deneyimlere eğilimi arttırdığı belirtilmiştir (Summakoğlu ve Barış 2018). Kişiyi derinden etkileyen travmatik yaşam olaylarının, genetik yatkınlığı olan bireylerin ruhsal dayanıklılığını bozarak psikiyatrik rahatsızlıklara daha yatkın hale getirdiğini söyleyebiliriz. Çalışmamızdaki katılımcıların yarıdan fazlası travmatik bir yaşam olayı deneyimlemediğini ifade etmiştir. Bu sonuç literatürle uyumlu bulunmamıştır. Ülkemizde bu konuda hasta yakınlarının da dahil edildiği daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmaya katılanların yatarak tedavi görme durumları incelendiğinde %95’inin daha önce yatarak tedavi olduğu tespit edilmiştir. En uzun yatış süresi ise %52,1 ile bir ay ve üzeridir. %17,7’si 15 gün, %15,6’sı bir hafta süre ile hastanede yatarak tedavi görmüştür. Koçak ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların ortalama 27.3 gün hastanede kaldıkları bildirilmiştir. İzmir’de bir klinikte yapılan çalışmada ortalama yatış günü 34,0 olarak bulunmuştur. Almanya’da 738 hasta ile yapılan bir araştırmanın

sonucuna göre hastaların yatarak tedavi görme süresi ortalama 58 gündür. Hindistan’da yapılan bir çalışmada ise hastanede yatış süresi ortalama 13 gün olarak bulunmuştur (Koçak, İlhan, Kuruoğlu ve Kaptan 2018). Bizim çalışmamızda katılımcıların yarısından fazlası bir ay ve üzeri süreler ile yatarak tedavi görmüştür. Ülkemizde psikiyatrik hasta bakımı hastane koridorlarından toplum temelli bakıma doğru yön değiştirmektedir. Ülkemizde ve dünyada toplum ruh sağlığı hizmeti veren kurumların sayıca ve nitelik olarak artması, zaman içinde yatarak uzun süreli tedavilerin yerini ağırlıklı olarak toplum temelli ruh sağlığı merkezlerine bırakmaktadır.

Şizofreni yaşamın birçok alanında yeti yitimi ile seyreden kronik bir hastalıktır. Şizofreninin neden olduğu yeti yitiminin öz bakım gücünde azalmaya ve buna bağlı sekonder tıbbi ek tanı alma olasılığını arttırdığı düşünülerek, hastalara şizofreni dışında başka ciddi sağlık sorunu yaşayıp yaşamadıkları sorulmuştur. Hastaların %16’sının sekonder sağlık probemi yaşadığı tespit edilmiştir. Adana’da Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’nde 537 hasta ile yapılmış fiziksel hastalıkların değerlendirildiği bir çalışmada hastaların oral problemleri dışlandığında %60,9’unun genel tıbbi durumu ilgilendiren bir hastalığa sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Demirel Döngel ve ark 2018). Şizofreni hastalarının %50’sinin fiziksel hastalık tanıları nedeniyle yaşamını kaybettiğine dair çalışmalar da bulunmaktadır (Karşıdağ, Aksoy, Yüksel, Alpay ve Uysal 2013). Literatürdeki çalışmaların çoğunlukla yatarak tedavi gören hastalarla yapıldığını görmekteyiz. Çalışmamızda başka bir sağlık problemine sahip olma oranının az olması, örneklemimizin ayaktan takip edilen hastalardan oluşmasına ve genel sağlık taramalarının detaylı yapılmamasına bağlanabilir.

Çalışmaya katılanların %81’inin aldıkları tedavi neticesinde iyileşeceklerine inandıklarını görmekteyiz. Bu hastaların iyileşeceklerine dair umutlu olduklarını göstermektedir. Şizofreni hastalarının umut düzeyi ve işlevsel iyileşme durumunu incelendiği bir çalışmada hastalarda umut düzeyinin orta seviyede olduğu bulunmuştur (Olçun ve Şahin Altun 2017, Coşkun ve Şahin Altun 2018). Hastalarımızın büyük bir kısmının iyileşeceklerine dair inançlarının olması Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde edindikleri sosyal ve mesleki kazanımlar neticesinde öz güven kazanmaları ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmamıza katılanların, hastalıkları nedeniyle günlük yaşamda karşılaştığı zorluklarda %48'i anne-baba, %21'i eş, %20'si hastane, %11'si ise diğer şekilde bildirmiştir. Hasta bireyin aile üyeleri de yaşam boyu bu süreçten etkilenmektedir. Aile hastaya en önemli destek kaynağıdır. Çalışmamızda bekâr hastaların %55'inin anne-baba ile yaşamasından ötürü günlük yaşamda karşılaşılan zorluklarda başvurulan kişilerin anne-babaları olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamıza katılan hastaların %98'i takiplerine düzenli katılmaktadır. Hastaların, %73'ü sadece ilaç tedavisi gördüğünü, %27'si ise ilaç tedavisine ek daha önce elektro konvülsif tedavi gördüğünü belirtmiştir. Şizofreni hastalarının taburculuk sonrasında erken dönemde değerlendirildikleri bir çalışmada hastalarının %87,1'inin ilaçlarını düzenli kullandığı belirtilmiştir (Taş ve Buldukoğlu 2018). Çalışmamıza katılan hastaların takiplerine düzenli olarak sürdürmeleri tedaviye uyumu da beraberinde getirmektedir. Tedaviye uyum hasta, hekim ve hemşire işbirliğinde gerçekleşmektedir. Hastalara kontroller esnasında ilaçtan fayda görüp görmediği, yan etkileri, çoklu ilaç kullanımlarında bu ilaçların biriyle etkileşimi gibi konularda eğitimler verilerek farmakolojik tedavinin devamlılığı sağlanmalıdır.

Çalışmaya katılan hastaların %70'i öz bakım ihtiyaçlarını kendilerinin karşıladığını ifade etmiştir. Hastaların %58'i ise yeti kayıpları nedeniyle hayatının bir döneminde başka birinden öz bakım ihtiyaçlarını karşılama konusunda yardım aldığını belirtmiştir. Kocaeli' de 425 hastanın katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada; hastaların büyük çoğunluğunun sabah 08.00'den önce uyanıp, her gün el yüz yıkadığı, diş fırçaladığı, iç çamaşırı ve çorap değiştirip haftada bir kez tırnak kestiği belirtilmiştir. Aynı çalışmada hastaların %45'inin her gün yaşam alanını düzenleme alışkanlığı geliştirdiği ifade edilmektedir (Yıldız ve ark 2017). Cinsiyet bazında inceleme yapıldığında kadınlarda bu alışkanlıkların daha fazla olduğunu görmekteyiz. Yıldız ve arkadaşlarının çalışması ülkemiz literatüründe bu alanda yapılmış ilk kapsamlı çalışmadır. Çalışmamızda öz bakım ihtiyaçlarını karşılamada daha önce başka birinden yardım alma davranışları hastalığın geçmişteki başlangıç ve alevli dönemiyle ilişkili olabilir. Çalışmaya katılan hastalarımızın büyük çoğunluğunun öz bakım ihtiyaçlarını kendilerinin karşıyor olmasını hastalığın remisyon döneminde olmalarına ve toplum ruh sağlığı merkezlerindeki uyum ve beceri faaliyetlerinin etkinliğine bağlayabiliriz.

5.3. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE POZİTİF VE NEGATİF SENDROM (PANNS) ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde sosyo-demografik veriler ile Pozitif ve Negatif Sendrom (PANNS) Ölçeği'nin karşılaştırılmasına yönelik bulgular tartışılmıştır.

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği şizofreni hastalarında hem genel psikopatolojiyi hemde pozitif ve negatif semptomları değerlendirmek için geliştirilmiştir. Çalışmamızda hastaların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, aldıkları tedavi, yatarak tedavi görme süresi, psikiyatrik hastalık dışında tedavi gerektiren başka sağlık sorun varlığı, iyileşeceğine inanma, günlük yaşamda karşılaşılan zorluklarda başvurduğu kişiler, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve psikiyatrik hastalık dışında yaşamı etkileyen önemli bir sorun varlığı ile PANNS ölçeği tüm alt boyutları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Dragioti ve arkadaşlarının çalışmasında kadın şizofreni hastalarının duygusal semptom gösterme olasılığı yüksekken, erkek hastalarda psikomotor davranış anormallikleri, negatif ve bilişsel defisit oranı yüksek bulunmuştur. PANNS'ın semptom yapısındaki cinsiyet farklılığı ile ilgili bir başka çalışmada kadınlarda depresyon, erkeklerde düşmanlık ile ilgili faktörler tespit edilmiştir (Dragioti, Wiklund, Siamouli, Moutou and Fountoulakis 2017). Hayashi ve arkadaşlarının çalışmasında ise PANNS ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Hayashi, Igarashi, Yamashina and Suda 2002).

Hastaların psikotik semptom şiddeti ile algılanan ayrımcılık arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada, hastaların eğitim durumu ile PANNS ölçeği genel belirtiler arasında ilişki bulunmuştur. Buna göre eğitim seviyesinin düşüklüğü ile algılanan ayrımcılık doğru orantılı bulunmuştur (Vremaroiu and Fodoreanu 2013).

Şizofreni hastalarının katıldığı 18 aylık bir izlem çalışmasında PANNS puanları düşük olan hastaların daha fazla istihdam edildiği görülmüştür. Aynı çalışmada hastalık öncesi iş tecrübesine sahip olanların PANNS puanları düşük bulunmuştur. Çalışan ve

çalışmayan hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve hastalık süresi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. İstihdam edilen hastaların daha az depresif semptom, daha iyi işlevsellik ve sosyal uyum sergilediği görülmüştür (Martini et al 2017).

Hastanede yatış süresi ve hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumu ile psikotik semptom şiddetinin incelendiği bir çalışmada, yatış süresi 3 aydan fazla olan hastalar, 3 ay ve daha az süreyle yatarak tedavi alanlara göre, psikiyatrik hastalık hakkında ve tedavi ihtiyacı konusunda daha az bilgiye sahip olduğu belirtilmiştir (Zhou et al 2015). Bir başka çalışmada ise tekrarlayan yatışlar ile PANNS puanları arasında doğrusal bir ilişki bulunmuştur (Gültekin, Güler, Kesebir, Gülücü ve Ergelen 2013).

Çalışmamızda hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünmeyenlerin negatif ve genel izlem puan ortalaması, yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenlere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olma, hastalık ve tedavi farkındalığı, tedaviye uyum içgörü kavramı ile açıklanabilir. İçgörünün alt bileşenleri ile şizofreninin klinik özelliklerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada hastalığın farkında olma ve hastalığın sosyal sonuçlarının farkında olma, hastalık belirtilerinin olmaması ya da az olması sadece pozitif belirti şiddeti ile ilişkili bulunmuştur. Aynı çalışmada hastalığın sosyal sonuçlarına farkındalığının olup olmaması negatif belirti şiddetinden tamamen bağımsız olarak saptanmıştır (Sevy, Nathanson Visweswaraiiah and Amador 2004). Çalışmamızın sonucundan farklı olarak şizofreni hastalarındaki içgörü ile negatif belirtilerin şiddeti arasında ters orantı olduğu, pozitif ve genel psikopatoloji belirtilerinin şiddeti ile içgörünün ilişkili olmadığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Dankı ve ark2007).

Bu çalışmada hastaların *negatif* ve ya *pozitif* yöne doğru değişkenlerini tespit edebilmek amacıyla PANNS ölçeğini kullanıldı. Çalışmamızda kompozit ölçek ortalaması -4,47 bulunarak hastalarımızda negatif belirtilerin belirgin olduğu belirlendi. Kore'de kronik şizofreni hastalarında ilaç uyumu ve içgörünün incelendiği çalışmada daha az depresif semptom gösteren hastaların daha iyi ilaç uyumu ve içgörüye sahip olduğu bildirilmiştir (Na et al 2015). Bu çalışma sonucu bizim çalışma sonucumuzla paralellik göstermektedir. Hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı düşünenlerin negatif ve

genel izlem puan ortalamasının yüksek oluşu, örnekleminizdeki hastaların prognozunun negatif belirtilerle seyretmesiyle ilişkili olabileceği ve literatür çalışmalarından farklı olarak çalışmanın örnekleminin toplum ruh sağlığı merkezindeki hastalardan oluşmasıyla açıklayabiliriz.

Çalışmaya katılan hastalardan öz bakımını kendi karşılayamayan hastaların PANNS puan ortalaması, öz bakımını kendi karşılayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Şizofrenideki bilişsel bozulmalar nedeniyle hastalar, hastalık öncesi işlevsellik düzeyine tamamen ulaşamamaktadır. Bu noktada hastalar öz bakım ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kalabilmektedir (Khankeh, Rahgözar and Ranjbar 2011). Bir başka çalışmada ise öz bakım eksikliğinin sosyal davranışta bozulma ve negatif belirtilerle ilişkili olduğu belirtilmiştir (Brewer, Edwards, Anderson, Robinson and Pantelis 1996).

Çalışmamızda öz bakım ihtiyaçlarını karşılamada daha önce başka birinden yardım alan hastaların PANNS puan ortalaması, yardım almayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Şizofreni hastalarının aileleriyle yapılan bir çalışmada ailelerin öz bakım becerisi yüksek olan hastalarına bakmaya daha istekli oldukları görülmüştür. Yapılan bir başka çalışmada ise bakım vericiler, öz bakım becerisi yetersiz yeti yitimi fazla olan hastaların kurumsal bakım gözetiminde olmalarını istemektedir (Khankeh et al 2011). Şizofreni hastalarında öz bakıma yönelik literatürde az sayıda çalışma olup ileri araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

5.4. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE BRICHWOOD İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde sosyo- demografik verilere göre Birchwood İçgörü Ölçeği'nin karşılaştırılmasına yönelik bulgular tartışılmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların; eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, yatış süresi, hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumu, psikiyatrik hastalık dışında tedavi gerektiren başka hastalığın varlığı, psikiyatrik tedavinin kendilerini

iyileştireceğine inanma durumu, günlük yaşamdaki zorluklar karşısında başvurduğu kişiler, hastalık dışında yaşamını etkileyen önemli bir olay varlığı ile Birchwood İçgörü Ölçeği Puanları karşılaştırılmış olup, değişkenlerin içgörü ölçek puanlarını etkilemediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Literatürde de çalışmamızla benzer şekilde şizofreni hastalarında yaş, eğitim durumu (Gigante ve Castel 2004, Aslan, Türkçapar, Uğurlu ve Karakaş 2005), çalışma durumu, gelir durumu (Atmaca 2016) gibi demografik değişkenler ile içgörü arasında anlamlı bir ilişki olmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Yapılan bir çalışmada hastalık süresi ve yatış sayısı ile içgörü arasında negatif ilişki, eğitim süresi ile içgörü arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Aynı çalışmada ailede psikoz öyküsü olmayan hastaların içgörü düzeyi, aile öyküsü olanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Dankı ve ark 2007). Macpherson ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim düzeyi ile içgörü arasında pozitif ilişki tespit edilmiştir (Macpherson, Jerrom and Hughes 1996). Bir başka çalışmada hastalığın başlangıç yaşı ve içgörünün, hastalığın seyri ve hastaneye yatış sayısı ile orta düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir (Ramachandran, Ramanathan, Praharaaj, Kanradi and Sarma 2016). Literatürdeki sonuçların farklılığı, çalışmaya katılan örneklem gruplarının sosyo demografik özelliklerinin farklı olmasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda hastaların aldıkları tedaviler ile Birchwood İçgörü Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmış, tedavi gereksiniminin farkında olma alt boyut ($p=0,000$) puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Buna göre sadece ilaç kullananların, tedavi gereksiniminin farkında olma alt boyutu puan ortalaması ilaç tedavisine ek tedavi (EKT+ psikoterapi) alanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. İlaç ve psikoterapilerin içgörüye etkisini inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmesine karşın, ortak görüş bireyselleştirilmiş bir psikoeğitimin içgörü üzerine olumlu etki ettiği yönündedir (Aslan ve Altınöz 2010). Ascher-Svanum ve Whitesel'in yaptığı çalışmanın sonucunda psikoeğitim ile hastalığa yönelik içgörünün arttığı, ilaç alımına yönelik olumsuz düşüncelerin azaldığı ve hastalık ile ilgili bilginin arttığı tespit edilmiştir (Ascher-Svanum and Whitesel 1999). Başka çalışmada ise bilişsel davranışçı terapinin, ilaç tedavisine eklendiği durumlarda akut ve kronik şizofreni tedavisinde içgörü üzerinde

olumlu etki sağladığı belirtilmiştir (Rathod ve Turkington 2005).Yapılan çalışmalarda hastalığa uyum, tedavi gereksiniminin farkındalığı ve ilaç kullanma tutumu içgörü ile ilişkili bulunmuştur (Ramachandran et al 2016). Çalışmamızda beklenen sonuç ilaç tedavisine ilave tedavilerin, tedavi gereksiniminin farkındalığı alt boyutuna olumlu etki göstermesiydi. Oysaki sadece ilaç tedavisi alanların tedavi gereksinimi farkındalığı daha yüksek çıkmıştır. Bu beklediğimiz ve literatürle uyumlu olan bir sonuç değildir. Bu durum Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin terapötik açıdan destekleyici ortamlar olmasına rağmen, toplumda psikotik hastalara yönelik bireysel psikoeğitimin sınırlı sayıda hastaya verilmesi, genel popülasyonun bu tedavi yöntemlerinden yararlanamamasından kaynaklanabilir. Şizofreni tedavisinde hedef, belirtileri azaltma ya da ortadan kaldırma, yaşam kalitesini ve topluma uyumu artırarak hastalığın yıkıcı etkilerini azaltmaktır. Farmakolojik tedavi semptomları hafifleterek hastaneye yatışları ve hastalığın tekrarlamasını azaltmakla birlikte hastanın yitirdiği yetilerini en aza indirirken, psikososyal tedaviler sosyal iyileşme üzerinde etkilidir. Bu nedenle şizofreni hastalığının tedavisinde bütüncül yaklaşımın önemi büyüktür (Summakoğlu ve Ertuğrul 2018).

Çalışmamızda hastaların öz bakım ihtiyaçlarını karşılama durumu ile Birchwood İçgörü Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmış, öz bakım ihtiyaçlarını kendileri karşılamayan hastaların hastalığın farkında olma alt boyutu ve Birchwood İçgörü Ölçeği puan ortalaması, karşılayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Lucock ve arkadaşlarının çalışmasında hastanın tıbbi tedavi gereksiniminin farkında olması ile öz bakım davranışlarının ilişkili olduğu ifade edilmiştir. Hastanın günlük hayatta öz bakım davranışları konusundaki farkındalığı iyi bir içgörü ile sağlanmalıdır (Lucock et al 2011). Bu noktada çalışmamızın sonucu literatürden farklı bulunmuştur. Öz bakım ihtiyaçlarını karşılayamayan hastaların Birchwood İçgörü puan ortalamasının yüksek olması, katılımcıların hastalığı sekonder kazanç olarak görmeleri, öz bakım ihtiyaçlarını giderme sorumluluğunu edinmek istememeleri ya da hastalığın kronikleşme sürecine bağlı kaçınılmaz bazı yeti kayıpları ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda şizofreni hastalarının daha önce öz bakım ihtiyaçlarını karşılamada başka bir bireyden yardım alma durumu ile Birchwood İçgörü Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Buna göre daha önce öz bakım ihtiyaçlarını karşılamada başka

birinden yardım talebinde bulunanların belirtilerin farkında olma alt boyutu yardım talebinde bulunmayanlara göre daha yüksektir. Bu durum hastaların, öz bakım ihtiyaçlarını kendileri karşılayamasalar bile yetersizliklerinin farkında oldukları şeklinde yorumlanabilir. Bu da hastalığın seyri ve içgörü bakımından olumlu bir göstergedir. Daha önce yardım almayanların tedavi gereksinimlerinin farkında olma alt boyutu da yardım alanlara göre daha yüksektir. Taş ve Buldukoğlu'nun şizofreni hastalarının öz bakım gücünü değerlendirdikleri çalışmada, günlük bakım ihtiyaçlarını karşılamada zorluk çektiği halde yardım talebinde bulunmayan hastaların bulunduğu belirlenmiştir (Taş ve Buldukoğlu 2018). Bizim çalışmamızda ise öz bakım ihtiyaçlarını gerçekleştirilmede yardım almayıp tedavi gereksiniminin farkında olan hastalar mevcuttur. Literatürden edindiğimiz bilgiler ışığında şizofreni hastalarının birincil bakım vericileri aileleridir. Çalışmamızda tedavi gereksiniminin farkında olan fakat yardım talep etmeyen hastaların, destekleyici ve koruyucu bir aile ortamının yetersizliği nedeniyle böyle bir davranış sergiledikleri düşünülebilir.

Çalışmaya katılan hastaların ailelerinde psikiyatrik öyküsünün var olma durumu ile Birchwood İçgörü Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ailede psikiyatrik yakınma öyküsü olmayanların tedavi gereksiniminin farkında olma alt boyut puan ortalaması, psikiyatrik yakınma öyküsü olanlara göre anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$). Hastalık durumunda hasta bireyin fonksiyonel yeterliliğindeki değişimden tüm aile üyeleri etkilenmektedir (Bademli ve Çetinkaya Duman 2018). Hastalığın doğasından kaynaklanan duygusal ve bilişsel deneyimler aile bireyleri açısından endişe yaratabilmektedir. Bu nedenle fiziksel hastalıklar dışında meydana gelen alışılmadık semptomların varlığının hastaları tedavi arayışına yönelttiği söylenebilir.

5.5. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YETİ YİTİMİ DEĞERLENDİRME ÇİZELGESİ (WHO-DAS 2)'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde sosyo-demografik verilere göre Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2)' nin karşılaştırılmasına yönelik bulgular tartışılmıştır.

WHO-DAS 2 çizelgesi 6 alandan oluşmaktadır. Her alanda belirli günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmeye yönelik ifadeler yer almaktadır. Bu alanlarla ilgili konu başlıkları aşağıda belirtilmiştir (Uluğ ve ark 2000).

DAS 1: Anlama- iletişim kurma alanı

DAS 2: Hareket etme- bire yerden bir yere gitme

DAS 3: Kendine bakım

DAS 4: İnsan ilişkileri

DAS 5: Yaşam faaliyetleri

DAS 6: Toplumsal yaşama katılım (Uluğ ve ark 2000).

Kişinin önceden zorlanmadan yaptığı günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirememesi, bu aktiviteleri eskisi gibi yerine getirememesi ve günlük yaşamda uyum problemleri yaşaması durumuna yeti yitimi denmektedir (Yıldız 2011b). Yeti yitimi tıbbi tanıdan bağımsız olmakla beraber, kronik hastalıkların meydana getirdiği kayıplar olarak karşımıza çıkmaktadır (Uluğ ve ark 2000). Çalışmamızda cinsiyet, çalışma durumu, tedavi gerektiren başka ciddi bir hastalığın varlığı, tedavi neticesinde iyileşeceğine inanma durumu, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, psikiyatrik hastalık dışında yaşamını etkileyen önemli bir sorun yaşama durumları ile WHO-DAS 2 ölçeği tüm alt boyut ve toplam puan bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmamızda WHO-DAS 2 ölçeği tüm alt boyutları ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$) yapılmış olan bir kohort çalışmasında da cinsiyet ile yeti yitimi ilişkili bulunmamıştır (Johnson, Sathyaseelan,

Charles, and Jacob 2014). Tayvan'da şizofreni hastalarında yeti yitimini inceleyen büyük ölçekli bir veri tabanı araştırmasında; erkek katılımcıların anlama- iletişim kurma, hareket etme, öz- bakım, insan ilişkileri, yaşam faaliyetleri ve toplumsal yaşama katılım alanlarında kadınlara göre anlamlı derecede düşük Das skoru elde ettiği belirtilmiştir. Bu skora göre Tayvan'daki kadın şizofreni hastalarında erkeklere göre daha fazla yeti yitimi tespit edilmiştir (Chen, Liou, Chang, Yen, Liao, Chi and Chou 2018). Literatürdeki çalışmalarda farklı sonuçların elde edilmesi, farklı çalışmalardaki örneklemelerin-cinsiyete göre dağılımlarının da benzer olmaması ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda medeni durum ile WHO-DAS 2 ölçeği karşılaştırılmış sadece medeni duruma göre Das 6 alt boyut puan ortalaması ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre evli olanların Das 6 (toplumsal yaşama katılım) alan puan ortalaması bekârlara göre anlamlı derecede yüksektir. Yapılan bir geçerlilik güvenilirlik çalışmasında şizofreni hastalarında medeni durum ile yeti yitimi arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Uluğ ve ark 2001). Bir başka çalışmada ise bekar olan şizofreni hastalarında tüm alanlarda daha fazla yeti yitimi gözlenmiştir (Akinsulore et al 2015). Akinsulore ve arkadaşlarının çalışmasında da bekar hastalarda yeti yitimi puanlarının fazla olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda evlilerin DAS 6 alt boyut puan ortalamasının yüksek oluşunu aile üyesi olmanın maddi-manevi sorumlulukları beraberinde getirmesi ve evli bireylerin toplumsal yaşama katılımında kendilerine daha az zaman ayırmasıyla ilişkilendirilebilir. Farklı çalışmalardaki sonuçların da farklı bulunması nedeni ile medeni durum ile yeti yitimi arasındaki ilişki net değildir.

Hastaların eğitim durumu ve WHO-DAS 2 ölçeği puanları karşılaştırıldığında, sadece Das 6 alt boyut (toplumsal yaşama katılım) alanında ilköğretim ve altı eğitim durumundakilerin puan ortalaması lise ve üzeri eğitim durumundakilerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$). Tayvan'da yapılan çalışmada, erkek hastaların çoğu ortaöğretim ve lise mezunu, kadın hastalar ise ilköğretim ve lise düzeyinde eğitim durumuna sahiptir. Yine aynı çalışmada kadın cinsiyet ve düşük eğitim seviyesine sahip hastaların WHO-DAS 2 ölçeğinin tüm alanlarında daha yüksek puanlar aldıklarını görmekteyiz (Chen ve ark 2018). Şizofrenide görülen bilişsel bozukluklar sonucu eğitim seviyesinin düşük olabileceği bunun da toplumsal yaşama katılımı olumsuz etkileyeceği düşünülebilir.

Şizofreni hastalarının günlük yaşamda karşılaştığı en büyük sorunlardan biri de istihdamdır. Çalışmamızda hastaların çalışma durumları ile WHO- DAS 2 ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Lu ve arkadaşlarının, şizofreni hastalarında istihdam durumunu değerlendirdiği çalışmada, herhangi bir işte çalışmayan hastaların, çalışanlara göre WHO- DAS 2.0 puanlarının tüm alanlarında yüksek olduğu bildirilmiştir (Lu et al 2018).Yapılan bir başka çalışmada ise ağır ruhsal bozukluklar ve işsizlik bağlantılı bulunmuştur. Şizofreni hastalarında sınırlı istihdam Asya ülkelerinde batıya göre daha yaygın bulunmuştur. Dünya genelinde ruhsal hastalıklarda işsizlik oranı %61-90 olarak ifade edilmiştir (Chen et al 2018). Marhawa ve Johnson yaptıkları bir çalışmada istihdam edilen şizofreni hastalarında daha az semptom, daha iyi sosyal işlevsellik, benlik saygısında ve yaşam kalitesinde artış olduğunu belirtmişlerdir (Marhawa and Johnson 2004).Ülkemizde yapılmış bir çalışmada ise şizofreni hastalığının yıkıcı etkisinden dolayı hastaların büyük çoğunluğunun çalışmadığı, hastalık öncesi ve sonrası çalışma süresinin beklenenin altında olduğu ifade edilmiştir (Kaytaz, Abut ve Yıldız 2017). Şizofreni hastalarına istihdamına yönelik mesleki eğitim ve rehabilitasyon programları oluşturulması konusunda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Şizofreninin kronik seyri, kişinin mesleki becerilerinde kayıplara neden olan ekonomik olarak da maliyeti yüksek bir hastalıktır. Çalışmamızda hastaların gelir durumları ile WHO- DAS 2 ölçeği karşılaştırıldığında sadece Das 6 alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre gelir durumunu kötü olarak tanımlayan hastaların Das 6 (Toplumsal yaşama katılım) alt boyut puanı yüksektir. Nijerya’da yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarının yarıdan fazlasının akrabalarından gelen maddi yardımlarla geçindikleri görülmektedir. Yine aynı çalışmada ruhsal bozukluğa sahip hastaların yüksek ücretli iş bulamadıkları ifade edilmiştir (Olagunju, Adegbaaju and Uwakwe 2016). Genel olarak hastalar istihdam sıkıntısı çekmekte ve buna bağlı maddi sorunlar yaşamaktadır. Çalışmamızdan yola çıkarak maddi imkânları yetersiz, gelir durumu kötü hastaların toplumsal yaşama katılımının zorlaştığını söyleyebiliriz.

Çalışmaya katılan hastaların hastanede yatış süreleri ile WHO-DAS 2 ölçeğinin Das 5 (Yaşam faaliyetleri) alt boyut puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı

bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre geriye dönük 1 ay ve üzeri süreyle hastanede yatanların puan ortalaması 1 ay ve daha az yatanlara göre anlamlı derecede yüksek olup, yatış süresi uzun olan hastaların DAS 5 (yaşam faaliyetleri) alan puanları daha yüksektir. Gültekin ve arkadaşlarının şizofreni hastalarında geriye dönük tekrarlayan yatış sıklığını ve süresini inceledikleri çalışmada, tekrarlayan yatışı olan hastaların ortalama yatışı $85,6 \pm 52,1$ gündür. Tekrarlayan yatışı olan hastaların geriye dönük yatışlarının da daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Gültekin ve ark 2013). Bir başka çalışmada tekrarlayan ve uzun yatışların hastaların tek başına yaşamalarından kaynaklandığı bildirilmiştir (Lay, Lauber and Rössler 2006). Çalışmamızda Das 5 alanında ev ve iş yaşamları ile ilgili faaliyetleri içeren sorular yer almaktadır. Hastalarımızın çoğunluğu bekâr, aileleriyle yaşamakta ve bu hastaların geriye dönük, uzun ve sık hastaneye yatış öyküleri bulunmaktadır. Ayrıca hastalığın kötü seyri ve yıkıcılığı nedeniyle hastalarda ev ve iş yaşamına dair sorumluk bilincinin gelişmediği de düşünülebilir. Tüm bu nedenlerle, dolaylı olarak hastalar yaşam faaliyetlerini gerçekleştirmede yeterli başarıyı gösterememiş olabilirler.

Hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olma ile WHO-DAS 2 puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Buna göre hastalıkları hakkında yeterli bilgiye sahip olmayanların, Das 1 (Anlama ve iletişim kurma), Das 4 (İnsan İlişkileri), Das 5 (Yaşam faaliyetleri) ve Das Toplam puanları, yeterli bilgiye sahip olanlara göre anlamlı derecede yüksektir. Şizofreni hastalarının toplumsal ve fiziksel çevrelerine ilgisizliği, toplumsal ilişki ve törensel davranışların eksik kalmasına neden olmaktadır. Selamlaşma, teşekkür ve vedalaşma gibi temel törensel davranışlarda eksikliklerin görülmesi bu alanlardaki eğitime gereksinimi ortaya koymaktadır. Bireyin ruhsal, duygusal ve motor davranışlarının farkına varması, onları izlemesi ve kabullenmesi gerekmektedir. Bu noktada şizofreni hastalarına beceri edinme ve toplumsal uyum programları oluşturulmalıdır (Yıldız 2011b). Çalışmaya katılan hastaların anlama-iletişim kurma, insan ilişkileri ve yaşam faaliyetleri alt boyutlarında uyum problemleri yaşadığı görülmektedir. Şizofreni tanımı, etiyolojisi, ilaç tedavileri, ilaç etkileşimi, yan etki eğitimi verilerek hastalığa yönelik farkındalık oluşturulmalıdır. Ruhsal toplumsal beceri eğitimi ve psikoeğitim programları ile hastalar, bilgi eksikliğine bağlı iletişim sorunlarının üstesinden gelebilmeleri konusunda desteklenebilir.

Çalışmaya katılanların şizofreni dışında tedavi gerektiren ciddi sağlık problemlerine sahip olma durumu ile WHO-DAS ölçeği puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Şizofreni hastaları belirgin bir şekilde erken ölüm riski altındadır. Sigara kullanımı, ilaç yan etkileri, azalmış öz-bakım, düzensiz beslenme, obezite risk faktörleri arasındadır. Artan intihar oranları ve diğer ölüm nedenlerine rağmen, ölümlerin çoğu kardiyovasküler sistem, solunum sistemi (KOAH, influenza, pnömoni), kanser, hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabetus melilitus gibi hastalıklardan kaynaklanmaktadır (Olfson, Gerhard, Huang, Kristal and Stroup 2015). Bu çalışmada şizofreni dışındaki sağlık problemlerine sahip olmanın ya da olmamanın hastaların yeti kayıpları ile ilişkisinin olmadığı bulunmuştur. Ancak şizofreni hastalarının tıbbi sağlık durumlarını konu alan daha ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmaya katılan şizofreni hastalarının günlük yaşamdaki zorluklar karşısında başvurduğu kişiler ve WHO-DAS 2 ölçeği karşılaştırılmış, sadece Das 6 alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Toplumsal yaşama katılımında zorluk yaşayanlar hastaların en çok eş desteğine ihtiyaç duydukları bulunmuştur. Şizofrenilerle yapılan çalışmaların büyük çoğunluğu genel olarak aile desteği ve ailenin bakım yükü üzerindedir. Şizofreni hastalarında evlilik oranlarının düşük olması nedeniyle bakım sorumluluğu diğer aile fertleri tarafından üstlenilmektedir. Eşlerden birinde kronik ruhsal hastalık varlığı evlilik ve aile içindeki dengelerin bozulmasına neden olabilmektedir. Hasta eşin aile içindeki sorumlulukları genelde sağlıklı eşe yüklenir. Bakım verici rolündeki eşin ruhsal dayanıklılığı ve sorunlarla başa çıkması hastalığın prognozu açısından son derece önemlidir. Yapılan çalışmalarda bakım verici rolündeki eşin, toplumsal katılımında azalma, kendine zaman ayıramama, maddi kayıplar, yorgunluk ve hasta eşinin bakım ihtiyaçlarıyla kuşatılmış olduğunu görmekteyiz (Arslantaş ve Adana 2011, Köroğlu ve Hoccoğlu 2017). Çalışmamızda evlilerin oranı %31'dir. Evli olanların bakım verici rolünü de ağırlıklı olarak eşleri üstlenmektedir. Literatürde hasta eşin aile içindeki sorumluluklarını yerine getirmede dolayısıyla toplumsal yaşam katılımında yaşadıkları sıkıntılı durumlarda eşlerinden destek bekledikleri görülmüştür (Arslantaş ve Adana 2011). Bu da bizim çalışmamızın bulguları ile uyumludur.

Çalışmaya katılanların öz bakımını kendilerinin yapma durumları ile WHO-DAS 2 ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmış Das 1, Das 2, Das 3, Das 5, Das 6, Das toplam alt boyut puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Öz bakımını kendi yapmayanların, yapanlara göre; anlama ve iletişim kurma, hareket etme ve bir yerden bir yere gitme, kendine bakım, yaşam faaliyetleri ve toplumsal yaşama katılım alanlarında yeti yitimleri olduğunu görmekteyiz. Yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarında öz bakım eksikliğine bağlı yeti yitimi orta düzeyde bulunmuştur. Bu çalışma sonucuna göre katılımcılar öz bakım alanında diğer işlev alanlarına göre daha az zorluk çekmiştir (Chen et all 2018). Başka bir çalışma sonucuna göre ise hastalarda en fazla toplumsal yaşama katılım, en az öz bakım alanında yeti yitimi görülmüştür (Olagunju, Adegbaaju and Uwakwe 2016). Yeti yitiminin önce sosyal alanlarda başlayıp, ardından aile üyeleri ile ilişkinin bozulmasını takip ederek, kişinin kendisine yönelik öz bakım faaliyetlerini ihmal etme şeklinde bir hiyerarşik düzen izlediği varsayımına dayanarak (Karşıdağ, Taktak ve Albay 2000); öz bakım ihtiyaçlarını kendi karşılayan hastalarımızın yeti yitimlerinin kendine bakım alanında düşük olduğunu görmekteyiz. Bu durumun iki nedeni olabilir. Birincisi yeti yitiminin hiyerarşik düzeni nedeniyle hastaların en son aşamada öz bakım davranışlarını ihmal ettikleri dikkat çekmektedir. Bu hastalığın alevli dönemi olabilir. İkinci durumda ise rehabilitasyon ve uyum programlarının olumlu sonuçları nedeni ile hastaların işlevselliğinin arttığı ve öz bakımı uygulamalarını gerçekleştirdikleri düşünülebilir. Çalışmaya katılan öz bakım ihtiyaçlarını kendi karşılayan hastaların kendine bakım alanında yeti yitimlerinin daha düşük oluşu, toplum ruh sağlığı merkezlerindeki rehabilitasyon ve uyum programlarının etkinliği ile ilişkilendirilebilir.

Daha önce öz bakım ihtiyacını karşılamada başka birinden yardım alma durumuna göre WHO-DAS 2 puan ortalamaları karşılaştırıldığında; tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre daha önce öz bakım ihtiyaçlarını gidermede yardım alanların, almayanlara göre; anlama ve iletişim kurma, hareket etme- bir yerden bir yere gitme, kendine bakım, insan ilişkileri, yaşam faaliyetleri ve toplumsal yaşama katılım alanlarında yeti yitimlerinin daha fazla olduğunu görmekteyiz. Hastalar semptomlar nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede zorlanabilmektedir. Pozitif belirtiler zihni meşgul ederek; hastanın

kişisel bakım yapmasını zorlaştırabilir. Negatif belirtiler ise hastaların topluma katılma ve kişiler arası iletişimini engelleyerek sosyal işlevselliği bozabilmektedir. Bu durumda hasta öz bakım ihtiyacının gerekliliğini önemsemeyebilir. Ya da öz bakım ihtiyaçlarını giderme noktasında desteklenmemiş olabilir (Villadsen and Sorensen 2017). Çalışmamızda hastalığının herhangi bir döneminde öz bakım ihtiyaçlarını karşılamada yardım talebinde bulunan hastaların tüm WHO-DAS 2 alanlarında yeti yitimlerinin olması; hastaların günlük yaşam faaliyetlerini gerçekleştirmede fiziksel enerji, motivasyon ve özgüven eksikliğinden kaynaklanabilir. Şizofreni ve öz bakım ile ilgili daha kapsamlı ve ayrıntılı çalışmalara gereksinim vardır.

Çalışmaya katılan şizofreni hastalarının ailelerindeki psikiyatrik yakınma durumu ve hastalık dışında yaşamı etkileyen önemli bir sorun yaşama durumu ile WHO-DAS 2 ölçeği puan ortalamaları ve tüm alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Şizofrenide akrabalık ne kadar yakınsa ve hasta akraba sayısı ne kadar fazla ise şizofreni riskinin o kadar arttığını ve hastalığın seyirinin kötüleştiğini bilmekteyiz (Öztürk ve Uluşahin 2016). Kişinin hayatını etkileyen önemli ve travmatik yaşam olayları da bireyi psikiyatrik hastalıklara yatkın hale getirmektedir (Eskin, Akoğlu ve Uygur 2006). Dolayısı ile şizofrenide de hastalık dışında yaşamı etkileyen önemli bir sorunun varlığı yeti yitimi için risk faktörü olabilmektedir.

5.6. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLERE GÖRE ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde hastaların sosyo- demografik verilerine göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puanlarına yönelik bulgular tartışılmıştır.

Çalışmamızda hastaların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, hastanede yatış süresi, psikiyatrik hastalık dışında ciddi sağlık sorunu, aldıkları tedavi neticesinde iyileşeceğine inanma, günlük yaşamdaki zorluklar karşısında başvurduğu kişiler, ailede psikiyatrik yakınma durumu, hastalık dışında yaşamı etkileyen önemli bir

sorun yaşama durumu ile Öz-Bakım Gücü puan ortalamaları karşılaştırılmış olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Şizofreni hastalarında taburculuk öncesi erken dönemde öz- bakım gücünü değerlendiren bir çalışmada bizim bulgularımızla benzer şekilde hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, hastalık süresi, psikiyatrik hastalık dışında başka bir kronik hastalık varlığı ile öz- bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (Taş ve Buldukoğlu 2018). Bir başka çalışmada ise öz-bakım gücü ile yaş, medeni durum, çalışma durumu, ikamet yeri, sosyal güvence ve aile tipi (çekirdek/geniş) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, aynı çalışmada cinsiyet ve eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir (Çiftçi, Yıldırım, Şahin Altun ve Avşar 2015).

Çalışmamıza katılan hastaların gelir durumları ile Öz- Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Buna göre gelir durumu orta olan katılımcıların, gelir durumu kötü olan katılımcılara göre Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Çiftçi ve arkadaşlarının ruhsal hastalığa sahip bireylerin öz- bakım gücünü değerlendirdikleri çalışma bizim çalışmamızla benzer sonuca sahip olup asgari ücretin üzerinde geliri olan hastaların öz bakım gücü daha fazla bulunmuştur (Çiftçi ve ark 2015). Orem'e göre de öz bakım gücü bireylerin ekonomik durumundan etkilenmektedir (Orem 2001). Çörçem ve Partlak Günüşen'in çalışmasında da sosyo-ekonomik düzey arttıkça hastaların öz bakım gücünün arttığı ifade edilmiştir (Çörçem ve Partlak Günüşen 2010). Literatürdeki çalışma sonuçları bizim çalışmamızla benzer olup, sosyo-ekonomik düzeyi iyi olan hastaların öz bakım gücünün yüksek olması; daha az maddi gelir kaygısı yaşama, sağlık bakım hizmetlerine ve öz bakımla ilgili kaynaklara daha kolay ulaşmanın bir sonucu olduğunu düşünebiliriz.

Çalışmamıza katılan hastaların, hastalıkları hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumu ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Buna göre hastalıkları hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenlerin Öz-Bakım Gücü puan ortalaması, yeterli bilgiye sahip olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Kronik hastalıklarda hedef, bireyi sadece tedavi etmek olmayıp semptomlara uyum

sağlama ve başa çıkma becerileri kazandırmaktır (Taş ve Buldukoğlu 2018). Bu noktada hemşireler, hastaların tedavi ve bakım gereksinimlerinin karşılanmasında, bilgi gereksiniminin belirlenerek gerekli eğitimlerin verilmesinde, hastaların da bakım sürecinedahil edilerek öz-bakımlarının güçlendirilmesine katkı sağlayarak sekonder koruma rollerini yerine getirmiş olmaktadır (İstek ve Karakurt 2018). Çalışmamızda hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olanların Öz-Bakım Gücü puan ortalamasının yüksek olması beklenen bir sonuç olup, çalışmamız bu alanda yapılmış sınırlı sayıda araştırmalardan biridir. Bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmaya katılan hastaların öz bakım ihtiyaçlarını karşılama durumları ile Öz Bakım Gücü Puan ortalaması karşılaştırılmıştır. Buna göre öz bakımını kendi yapanların Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması, kendi yapmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Öz bakım, her bireyin yaşamı, sağlığı ve refahını korumak ve kişisel sağlık ihtiyacının sürdürülebilirliğini sağlayan kişisel eylemlerdir (Roldán-Merino, Lluch-Canut, Menarguez-Alcaina, Foix-Sanjuan and Haro Abad 2016). Tanimura ve arkadaşlarının çalışmasında öz bakım gücü yüksek olan bireylerin sağlıklı yaşam davranışı benimseme potansiyeli ve sağlıklı yaşam davranışlarına yönelik farkındalıklarının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tanimura et al 2019). Çalışmamızda öz bakımını kendi gerçekleştiren bireylerin, öz bakım gücü puanlarının yüksek oluşu literatürle uyumlu bir sonuçtur.

Çalışmaya katılan hastaların daha önce öz bakım ihtiyaçlarını karşılamada yardım alma durumu ile Öz-Bakım Gücü puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Buna göre öz bakım ihtiyaçlarını karşılamada daha önce yardım almayıp kendi karşılayanların, yardım alanlara göre Öz-Bakım Gücü puan ortalaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Roldán -Merino ve arkadaşlarının çalışmasında şizofreni hastalarının normal popülasyona göre günlük yaşam aktivitelerini ve öz bakım ihtiyaçlarını karşılamada 2-12 kat daha fazla zorluk çektiği görülmüştür (Roldán- Merino et al 2014). Şizofreni hastaları yeti kayıpları nedeniyle öz bakım ihtiyaçlarını karşılamada zorluk çekebilmektedir. Çalışmamızda hastaların öz bakım ihtiyaçlarını yardım almadan gerçekleştirmiş olmaları günlük yaşam aktivitelerinin ve öz bakım ihtiyaçlarını karşılayacak motivasyon ve destek sistemlerinin olmaması ile ilişkili olabilir.

Literatürde öz bakım ile ilgili yapılmış birçok çalışma mevcuttur. Fakat mevcut çalışmalar fiziksel hastalıklar üzerine yoğunlaşmıştır. Psikiyatrik hastalığı olan bireylerin öz- bakım gücünü değerlendiren az sayıda çalışmaya ulaşılmıştır (Çörçem ve Partlak Günüşen 2010, Çiftçi ve ark 2015, Taş ve Buldukoğlu 2018). Bu konuda daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

5.7. ÖLÇEKLERİN ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN TARTIŞILMASI

5.7.1. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) İle Birchwood İçgörü Ölçeği Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Bu bölümde PANNS ölçeği ile Birchwood İçgörü Ölçeği arasındaki ilişki incelenmiştir. PANNS ölçeğinin negatif sendrom alt boyut puanı ile Birchwood Ölçeği belirtilerin farkında olma alt boyut puanı ($r=0,223$ $p=0,026$) arasında pozitif yönde düşük seviyede ilişki bulunmuştur. Ancak her iki ölçeğin toplam puanları arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Akut psikotik hastalarla yapılan bir çalışmada; içgörünün pozitif ve genel semptomlarla ilişkili olduğu ancak negatif semptomlarla ilişkili olmadığı saptanmıştır (Nieto et al 2012). Kurtgözlü ve arkadaşlarının çalışmasında içgörünün, negatif semptomlar ve nörokognitif bozulma ile ilişkili olmadığı saptanmıştır (Kurtgöz Zorlu, Bilgiç, Şahin ve Zorlu 2017). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada pozitif semptomlar ile içgörü arasında negatif korelasyon bulunmuştur (Dankı ve ark 2007). Literatürde pozitif semptomların artmasıyla içgörü azalmasına dair farklı yaklaşımlarda bulunulmuştur. İlk yaklaşım; pozitif semptomların, kişinin günlük yaşamdaki olaylar karşısında neden-sonuç ilişkisi kuramaması ya da hastalığa bağlı gelişen olaylarda neden-sonuç ilişkisini engellendiğine yönelik yaklaşımdır. Bu durum hastalığa karşı içgörü yetersizliği ile ilişkilendirilebilir. İkinci yaklaşım ise hastalığın zihinsel süreçlere yönelik farkındalığı bozması ile ilişkili olarak içgörünün azalmasıdır. Çalışmamızda negatif sendrom ölçeği alt boyut ile belirtilerin farkında olma alt boyutu arasındaki pozitif yönde düşük seviyedeki ilişki; hastalığın negatif belirtilerle seyretmesi ve belirtilerin farkında olmanın olumlu prognoz göstergesi olmasıyla açıklanabilir. Literatürde içgörü ile negatif ve pozitif sendrom arasındaki ilişkiyi inceleyen

çalışmaların çelişkili sonuçlar verdiğini görmekteyiz. Farklı sonuçları, çalışmalardaki örneklem özelliklerine ve içgörüyü değerlendiren farklı ölçeklerin kullanımıyla ilişkilendirebiliriz.

5.7.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) İle Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Bu bölümde PANNS ölçeği ile WHO-DAS 2 ölçeği arasındaki ilişki incelenmiştir.

PANNS'ın pozitif sendrom ölçeği alt boyut puan ortalaması ile DAS 1 ($r=0,433$ $p=0,000$), DAS 2 ($r=0,478$ $p=0,000$), DAS 3 ($r=0,375$ $p=0,000$), DAS 4 ($r=0,471$ $p=0,000$), DAS 6 ($r=0,341$ $p=0,001$) ve DAS Toplam ($r=0,478$ $p=0,000$) alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde orta seviyede, DAS 5 ($r=0,246$ $p=0,014$) alt boyut puan ortalaması ile de pozitif yönde düşük seviyede ilişki saptanmıştır. Buna göre çalışmamıza katılan hastaların pozitif sendrom ölçeği alt boyut puan ortalamaları arttıkça WHO-DAS 2 alt boyutlarındaki yeti kayıpları da artmaktadır. Akinsulore ve arkadaşlarının şizofreni hastalarıyla yaptıkları bir çalışmada pozitif belirtilerin WHO-DAS 2 ölçeği alt boyutlarından DAS 1, DAS 4, DAS 6 alanıyla pozitif yönde yüksek korelasyonu olduğunu tespit etmişlerdir. Aynı çalışmanın sonucuna göre pozitif belirtilerin ciddiyeti, hastaların anlama ve iletişim kurma (DAS 1), insan ilişkileri (DAS 4), yaşam faaliyetleri (DAS 5), toplumsal yaşama katılma (DAS 6) alanlarıyla ilişkili bulunmuştur (Akinsulore et al 2015).

PANNS'ın negatif sendrom ölçeği alt boyut puan ortalaması ile DAS 1 ($r=0,574$ $p=0,000$), DAS 2 ($r=0,511$ $p=0,000$), DAS 4 ($r=0,580$ $p=0,000$), DAS 6 ($r=0,529$ $p=0,000$) ve DAS Toplam ($r=0,664$ $p=0,000$) alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde yüksek seviyede ilişki, DAS 3 ($r=0,416$ $p=0,000$) ve DAS 5 ($r=0,485$ $p=0,000$) alt boyut puan ortalamaları arasında ise pozitif yönde orta seviyede ilişki saptanmıştır. Buna göre çalışmamıza katılan hastaların negatif sendrom ölçeği alt boyut puan ortalamaları arttıkça WHO-DAS 2 ölçeği alt boyut puan ortalamaları da artmaktadır. Yapılan bir çalışmada negatif belirtiler WHO – DAS 2' nin tüm alanlarıyla anlamlı ilişkisi bulunmuştur. Aynı çalışmanın sonucuna göre negatif belirtiler, pozitif belirtilere göre yeti yitimi ile daha yakından ilişkilidir. (Akinsulore et al 2015). Bir

başka çalışma sonucu da PANNS negatif sendrom ölçeği alt boyutunda yüksek skorlara sahip şizofreni hastalarının yeti kayıplarının daha fazla olduğu bildirilmektedir (Kostakoğlu ve ark 1999, Zhang et al 2014). Cabeza ve arkadaşlarının çalışmasında da PANNS negatif sendrom ölçeğindeki puan artışı daha yüksek WHO-DAS skoruyla ilişkili bulunmuştur (Cabeza et al 2018).

PANNS'ın kompozit ölçeği alt boyutu puan ortalaması ile DAS 5 ($r = -0,280$ $p = 0,005$), DAS 6 ($r = -0,235$ $p = 0,018$), DAS Toplam ($r = -0,247$ $p = 0,013$) alt boyut puan ortalamaları bakımından negatif yönde zayıf ilişki saptanmıştır. Buna göre PANNS kompozit ölçek puanı ile DAS 5, DAS 6, DAS Toplam puanları arasında ters orantı bulunmaktadır. PANNS kompozit ölçeği alt boyutu şizofrenideki belirtilerin negatif ya da pozitif yöne eğilimini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. PANNS Kompozit ölçek puanı, PANNS pozitif sendrom puanından PANNS negatif sendrom puanının çıkarılmasıyla elde edilmektedir. Bizim çalışmamızda PANNS kompozit ölçek puanı -4,47 bulunarak örneklemimizin negatif belirtilerle seyrettiği tespit edilmiştir. Negatif sendrom alt ölçeği puanlarının artması örneklemin kompozit puanının negatif sonuçlanması anlamına gelmektedir. Bu durumda negatif belirtilerin görüldüğü hastalarda DAS 5, DAS 6, DAS Toplam puanları artan hastaların yeti yitiminin daha fazla olduğu görülmektedir. Literatüre baktığımızda da Akinsulore ve arkadaşlarının negatif belirtilerin yeti yitimiyle yakından ilişkili olduğunu gösteren çalışması bizim bulgularımızı destekler niteliktedir (Akinsulore et al 2015).

PANNS'ın genel izlenim şiddet ölçeği alt boyut puan ortalaması DAS 1 ($r = 0,614$ $p = 0,000$), DAS 2 ($r = 0,586$ $p = 0,000$), DAS 4 ($r = 0,587$ $p = 0,000$), DAS 6 ($r = 0,571$ $p = 0,000$), DAS Toplam ($r = 0,686$ $p = 0,000$) alt boyut puan ortalamaları bakımından pozitif yönde yüksek seviyede ilişki, DAS 3 ($r = 0,435$ $p = 0,000$) ve DAS 5 ($r = 0,438$ $p = 0,000$) pozitif yönde orta seviyede ilişki tespit edilmiştir. Çalışmamızda elde edilen PANNS genel izlenim şiddet ölçeği alt boyut puanları ile PANNS negatif sendrom ölçeği alt boyut puanları istatistiksel olarak benzerlik göstermektedir. PANNS genel izlenim puanı arttıkça hastaların yeti kayıplarının da arttığı tespit edilmiştir. Genel Psikopatoloji ölçeği alt boyutları incelendiğinde; anksiyete, suçluluk duyguları, gerginlik, motor yavaşlama, dikkat azalması, irade bozukluğu, aktif biçimde sosyal

hayattan kaçınma gibi negatif belirtilerle ilişkili maddelerin bulunduğunu görmekteyiz. Sonuç olarak negatif belirtilerin yeti yitimiyle yakından ilişkili olduğu söylenebilir.

5.7.3. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANNS) İle Öz-Bakım Gücü Ölçeği Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Bu bölümde PANNS ile Öz-Bakım Gücü ölçeği arasındaki ilişki incelenmiştir.

PANNS'ın pozitif sendrom ($r = -0,304$ $p = 0,002$), negatif sendrom ($r = -0,560$ $p = 0,000$) ve genel izlenim şiddet ölçeği ($r = -0,536$ $p = 0,000$) alt boyut puanları ile Öz-Bakım gücü ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönde orta seviyede bir ilişki tespit edilmiştir.

Kompozit ölçeği puan ortalaması ile Öz-bakım gücü ölçeği puan ortalaması arasında pozitif yönde orta seviyede ilişki saptanmıştır ($r = 0,305$ $p = 0,002$).

Buna göre çalışmamıza katılan şizofreni hastalarının PANNS pozitif-negatif ve genel izlenim şiddet ölçeğindeki puan artışı Öz-Bakım Gücünü olumsuz etkilemektedir. Şizofreni hastaları sosyal, bilişsel ve davranışsal alanlarda yetersizlik riski altındadır. Bu risk yetersiz sağlık uygulamaları ve kişisel bakım becerilerinde azalmaya neden olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarının, hasta olmayan popülasyona göre öz bakım ve sağlığı geliştirme etkinliklerinde daha düşük performans gösterdiği belirtilmiştir (Holmberg and Kane 1999)

Ruh sağlığında öz bakımı uygulamalarını geliştirebilmek için, ruhsal sorunları olan bireylerin deneyimlerini dikkate almak çok önemlidir (Lucock et al 2011). Bu noktada PANNS ölçeğini kullanarak hastalarımızın pozitif ya da negatif semptomlarının öz bakım gücüne etkisi incelendi. Kompozit Ölçek puan ortalaması dikkate alınarak hastalarımızın negatif belirtilerle seyrettiği belirlendi (Pozitif Sendrom Ölçeği puan ortalaması: 16,36 Negatif Sendrom Ölçeği puan ortalaması: 20,83 Kompozit Ölçek puan ortalaması: -4,47). Çalışmamızda elde edilen kompozit ölçek puan ortalaması ile Öz-Bakım Gücü puan ortalaması arasındaki pozitif yönde orta düzeyde ilişki saptanmıştır. Bu sonucu, örneklemimizi negatif belirtilerle seyreden TRSM hastalarının oluşturmasına ve hastalarımızın TRSM bünyesindeki bireysel ve sosyal işlevselliği ve öz bakım becerilerini arttırmaya yönelik faaliyetlere katılmalarıyla ilişkilendirebiliriz.

5.7.4. Birchwood İçgörü Ölçeği ile Dünya Sağlık rgt Yeti yitimi Değerlendirme Cizelgesi (WHO-DAS 2) Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesine Yönelik Bulguların Tartışılması

Bu bölümde Birchwood İçgörü Ölçeği ile WHO-DAS 2 arasındaki ilişki incelenmiştir.

Belirtilerin farkında olma alt boyut puan ortalaması ile DAS 5 ($r=0,341$ $p=0,001$) ve DAS 6 ($r=0,302$ $p=0,002$) alt boyut puan ortalaması arasında pozitif yönde orta seviyede, DAS Toplam ($r=0,269$ $p=0,007$) puan ortalaması arasında pozitif yönde düşük seviyede ilişki saptanmıştır. Birchwood İçgörü Ölçeği puan ortalaması ile DAS Toplam ($r=0,292$ $p=0,003$) alt boyut puan ortalaması arasında pozitif yönde düşük seviyede, DAS 5 ($r=0,331$ $p=0,001$) ve DAS 6 ($r=0,320$ $p=0,001$) alt boyutları arasında pozitif yönde orta seviyede bir ilişki tespit edilmiştir

Bu durumda belirtilerin farkında olma alt boyut ve Birchwood İçgörü Ölçeği puan ortalaması arttıkça hastaların DAS 5, DAS 6, DAS Toplam alt boyut puan ortalamaları da artmaktadır. Belirtilerin farkında olan hastaların DAS 5 (yaşam faaliyetleri), DAS 6 (toplumsal yaşama katılım) ve DAS Toplam alanında yeti yitimlerinin görülmesi, içselleştirilmiş damgalanma algısını akla getirmektedir. Hastalığa dair olumsuz stereotip düşünceler, bireyin kendisi tarafından kabul edilip, utanç, değerersizlik düşünceleri ile geri çekilme gibi içselleştirilmiş damgalanma düşünceleri oluşturabilir. İçselleştirilmiş damgalanma algısının kişinin yaşam kalitesini ve işlevselliğini bozabileceğine dair çalışmalar bulunmaktadır. Yen ve arkadaşlarının çalışmasında da içgörü ile yaşam kalitesi ve işlevsellik ters orantılı bulunmuştur (Yen et al 2008). Ruhsal hastalığa sahip bireyler hastalığın alevli dönemleri geçse bile hastalığın izini taşırlar. Bu durumda birey yaşadığı algısal ve duyuusal değerifimlerin farkındadır (stndağ ve Kesebir 2013). Çalışmanın sonucuna göre, hastalık belirtilerinin farkında olan şizofreni hastalarının kendilerinin farklı oldukları duygusunu taşıdıkları bunun da toplumsal işlevselliği olumsuz etkilediği seklinde yorumlanabilir.

5.7.5. Birchwood İçgörü Ölçeği ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesine Yönelik Bulguların Tartışılması

Bu bölümde Birchwood İçgörü Ölçeği ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği arasındaki ilişki incelenmiştir. Belirtilerin farkında olma ($r = -0,324$ $p = 0,01$) ve Birchwood İçgörü Ölçeği toplam puan ($r = -0,346$ $p = 0,000$) alt boyut ortalaması ile Öz-Bakım Gücü ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönde orta seviyede ilişki saptanmıştır. Buna göre belirtilerin farkında olma ve Birchwood İçgörü Ölçeği alt boyut ortalaması arttıkça hastaların Öz- bakım gücü puan ortalaması azalmaktadır. Oysaki hastalık belirtilerinin farkında ve içgörüsü olan hastaların, öz bakım uygulamalarını gerçekleştirmeye yönelik istek ve olumlu değişimler göstermesi beklenir. Yapılan çalışmalarda yüksek içgörü daha fazla disfori, düşük benlik saygısı, azalmış refah ve yaşam kalitesiyle ilişkili bulunmuştur (Lysaker, Roe and Yanos 2007). Çalışma sonucundan elde ettiğimiz bulgulara göre ruhsal hastalıkların farkındalığı hastalarda, sosyal rollerde umutsuzluk ve motivasyon kaybına ve öz bakımlarını gerçekleştirme konusunda isteksizliğe yol açabileceğini düşünmekteyiz.

5.7.6. Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS 2) ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesine Yönelik Bulguların Tartışılması

Bu bölümde WHO-DAS 2 ile Öz-bakım gücü ölçeği arasındaki ilişki incelenmiştir.

DAS 1 ($r = -0,583$ $p = 0,000$), DAS 5 ($r = -0,532$ $p = 0,000$), DAS 6 ($r = -0,622$ $p = 0,000$), DAS Toplam ($r = -0,622$ $p = 0,000$) alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde yüksek seviyede ilişki, DAS 2 ($r = -0,329$ $p = 0,001$), DAS 3 ($r = -0,322$ $p = 0,001$) ve DAS 4 ($r = -0,385$ $p = 0,000$) alt boyut puan ortalamaları arasında da negatif yönde orta seviyede ilişki tespit edilmiştir. Çalışmamıza katılan hastaların öz-bakım gücü genel puan ortalaması $87,95 \pm 22,85$ olup, bu çalışmada bireyler öz-bakım gücü ölçeğinden en düşük 37, en yüksek 130 puan almıştır. (Ölçek puan aralığı: 0-140). Bu verilere göre çalışmamıza katılan hastaların öz bakım gücü puan ortalaması orta düzeyde bulunmuştur. Çalışmamızda DAS puanları azaldıkça öz-bakım gücü ölçeği puanları artmaktadır. Şizofreni bireysel, toplumsal ve sosyal alanda yeti yitimine neden olan süregelen bir ruhsal hastalık olduğu için, hastalar hastalık öncesi işlevsellik düzeyine

ulaşamayabilirler. Hindistan'da şizofreni hastalarının gereksinimlerinin değerlendirildiği bir çalışmada fiziksel sağlık, güvenli evre, insanlarla iletişim, aile desteği, istihdam, beslenme ve iyi ev yönetimi gibi konularda hastaların gereksinimleri olduğu belirtilmiştir (Ernest, Nagarajan ve Jacob 2013). Nijerya'da yapılan bir çalışmada en fazla yeti yitiminin DAS 6 (toplumsal yaşama katılım) alanında, en az yeti yitiminin DAS 4 (kişisel bakım) alanında olduğu belirtilmiştir (Olagunju, Adegba ju and Uwakwe 2016). Bu sonuç bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Toplumsal yaşama katılımı yüksek olan, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız bir şekilde gerçekleştiren bireylerde yeti kayıplarının daha az ve buna bağlı öz bakım gücünün yüksek olduğunu düşünebiliriz.

6. SONUÇ

Çalışmamızda şizofreni hastalarının sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerine göre pozitif- negatif belirlenimler, içgörü ve yeti yitimi arasındaki ilişki ve buna bağlı öz bakım gücünün değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda;

1. Olguların pozitif sendrom ölçeği puan ortalaması $16,36 \pm 8,40$, negatif sendrom ölçeği puan ortalaması $20,83 \pm 9,24$, genel izlenim şiddet ölçeği $43,21 \pm 18,60$ ve kompozit ölçek puan ortalaması $-4,47$ bulunmuştur.
2. Kompozit ölçek puan ortalamasına dayanarak örnekleme oluşturan hastaların, hastalıkları negatif belirtilerle seyrettiği tespit edilmiştir.
3. Çalışmamıza katılan hastaların öz-bakım gücü genel puan ortalaması $87,95 \pm 22,85$ olup, bu çalışmada bireyler öz-bakım gücü ölçeğinden en düşük 37, en yüksek 130 puan almıştır (Ölçek puan aralığı= 0-140).
4. Çalışmamızda cinsiyet, çalışma durumu, tedavi gerektiren başka ciddi sağlık sorununun varlığı, alınan tedavi neticesinde iyileşeceğine inanma durumu, ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün varlığı ile PANNS, Birchwood İçgörü ölçeği, WHO-DAS 2 ve Öz- bakım gücü ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).
5. Öz bakım ihtiyaçlarını kendi karşılamayanların PANNS puan ortalaması, karşılayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,005$).
6. Öz bakım ihtiyaçlarını karşılamada başka bir bireyden yardım alanların PANNS puan ortalaması, almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).
7. Öz bakım ihtiyaçlarını karşılamada daha önce başka bir bireyden yardım alanların, belirtilerin farkında olma alt boyut puanı yardım almayanlara göre anlamlı derecede yüksektir ($p < 0,05$).
8. Öz bakım ihtiyaçlarını karşılamada daha önce yardım almayanların, tedavi gereksiniminin farkında olma alt boyutu, alanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

9. Ailelerinde psikiyatrik yakınma olmayanların, tedavi gereksiniminin farkında olma alt boyut puan ortalaması, olanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).
10. Evli, eğitim düzeyi düşük ve gelir düzeyini kötü olarak değerlendiren hastaların DAS 6 (toplumsal yaşama katılım) puan ortalaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).
11. Bir ay ve üzeri süreyle hastanede yatanların DAS 5 (yaşam faaliyetleri) puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).
12. Hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünmeyenlerin DAS 1 (anlama- iletişim kurma), DAS 4 (insan ilişkileri), DAS 5 (yaşam faaliyetleri) ve DAS Toplam puan ortalaması, düşünmeyenlere göre anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$).
13. Günlük yaşamdaki zorluklar karşısında eşine başvuranların DAS 6 (toplumsal yaşama katılım) puan ortalaması anne- babasına başvuranlara göre anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$).
14. Öz bakımını ihtiyaçlarını kendi karşılamayanların WHO-DAS 2 ölçeği tüm alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$).
15. Gelir durumunu orta olarak değerlendirenlerin öz bakım gücü puan ortalaması, kötü olarak değerlendirenlere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).
16. Hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenlerin öz bakım gücü puan ortalaması, düşünmeyenlere göre anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$).
17. Öz bakımını kendi yapanların ve daha önce yardım almayanların öz bakım gücü puan ortalaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Özetlenecek olursa, şizofreni hastalarında öz bakım becerilerinin PANNS, içgörü, yeti yitimi ve öz bakım gücü ile ilişkili olduğu söylenebilir. Bu çalışmada şizofreni hastalarının öz bakım gücü orta seviyede olduğu düşünülebiliriz. Öz bakım gücünün gelir durumu, hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olma, yeti yitiminin ise medeni durum, eğitim durumu, hastanede yatış süresi gibi sosyo-demografik faktörlerden etkilendiği ifade edilebilir. Şizofreni toplumsal yaşama katılım alanı başta olmak

üzere hemen hemen tüm WHO-DAS 2 alanlarında yeti kayıplarına neden olabileceği tespit edilmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Toplum ruh sağlığı merkezlerinde toplumsal yaşama katılıma (sinema, tiyatro, piknik, gezi vb.) teşvik edici faaliyetlerin gerçekleştirilmesi,
- ✓ Toplum ruh sağlığı merkezlerinde hastalık bilinci ve farkındalık oluşturmaya yönelik psikoeğitlimlere daha fazla hastanın katılımının sağlanması,
- ✓ Günlük değerlendirme çizelgeleri oluşturularak hastalık nedeniyle ikinci plana atılan öz bakım uygulamalarının (banyo yapma, diş fırçalama, traş olma, saç tarama, temiz ve özenli giyim, sağlıklı beslenme vb.)düzenli takip edilmesi,
- ✓ Toplum ruh sağlığı merkezlerinden yararlanamayan hastalara düzenli ev ziyaretleri yapılarak hem hastaların hem de bakım vericilerin bilgilendirilmesi,
- ✓ Ruhsal hastalıklarda bire bir hasta ile yapılan ve öz bakım gücünü değerlendiren çalışmaların yetersizliği göz önüne alınarak bundan sonraki çalışmaların daha büyük örneklem grubuyla yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Agerbo E, Sullivan PF, Vilhjalmsson BJ, Pedersen CB, Mors O, Borglum AB, Hougaard DM, Hollegaard MV, Meier S, Mattheisen M, Ripke S, Wray NR, Mortensen PB. (2015). Polygenic Risk Score, Parental Socioeconomic Status, Family History of Psychiatric Disorders, and the Risk for Schizophrenia: A Danish Population-Based Study and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(7):635-641. Doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.0346.
- Akça Ay F. (Ed), (2012). Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler.4. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, s.543-592.
- Akinsulore A, Mapayi BM, Aloba OO, Oloniniyi I, Fatoye FO, Makanjuola RO. (2015). Disability assessment as an outcome measure: a comparative study of Nigerian outpatients with schizophrenia and healthy control. *Annals of general psychiatry*, 14(40):1-7. DOI 10.1186/s12991-015-0079-6
- Aksaray G, Oflu S, Kaptanoğlu C. (2001). Şizofrenide Bilişsel İşlevlerde Bozulma. *Düşünen Adam Dergisi*, 14(4):205-210.
- Amador XF, David AS. (Eds.) (2004). Insight and psychosis: Awareness of illness in amadorschizophrenia and related disorders. 2nd ed, New York, NY. US: Oxford University Press.
- Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM. (1991). Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17(1):113-132. <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/17.1.113>.
- Arslan M, Yazıcı A, Yılmaz T, Coşkun S, Kurt E. (2015). Rehabilitasyon Programının Şizofreni Hastalarının Kliniği, Sosyal İşlevselliği ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Uzun Dönem Etkileri: İzleme Çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 16(4):238-246.
- Arslantaş H, Adana F. (2011). Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2011; 3(2):251-277.

- Ascher-Svanum H, Whitesel J. (1999). A Randomized Controlled Study of Two Styles of Group Patient Education About Schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 50(7):926-30.
- Aslan S, Altınöz AE. (2010). İçgörü Kavramı ve Şizofreni. *RCHP* 4:1-2.
- Aslan S, Türkçapar H, Uğurlu M, Karakaş G. (2005). Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği English Formunun Şizofrenik Hastalar İçin Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *JClin Psy*, 8(4): 186-196.
- Atmaca GD. (2016). Şizofreni Hastalarında İntihar Olasılığının, Depresyon Ve İçgörüyle İlişkisi. T.C Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya,(Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Gülgün Durat).
- Aydın O, Çökmüş FP, Balıkçı K, Ünal Aydın P, Danacı AE. (2018). Şizofreni hastalarının bakım verenlerinde sosyal anksiyete,saldırganlık ve bağlanma stiline hastalık şiddeti üzerine etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2018; 19(3):274-280.
- Bademli K, Çetinkaya Duman Z. (2018). Psychiatric Nursing in Starting and Maintaining Collaboration with the Family of People with Mental Illness. *Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics*, 4(1): 21-26.
- Belene E. (2009). Şizofreni’de Anksiyete Belirtilerinin, Pozitif Negatif ve Depresif Belirtiler, İntihar Düşüncesi, İçgörü ve Yaşam Kalitesiyle İlişkisi.TC. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Y. Armağan Samancı).
- Belli H, Özçetin A, Ertem Ü, Alpay E, Bahçebaşı T, Kıran Ü, Baykız AF, Bayık Y. (2007). Şizofreni hastalarında bazı sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 8:102-112.
- Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. (2011). Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(1):40-52.

- Bonney S, Stickley T. (2008). Recovery and mental health: a review of the British Literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 15(2):140-53. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2007.01185.x.
- Brewer WJ, Edwards J, Anderson V, Robinson T, Pantelis C. Neuropsychological, Olfactory, and Hygiene Deficits in Men with Negative Symptom Schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 40(10): 1021-1031.
- Brisch R, Saniotis A, Wolf R, Biela H, Bernstein HG, Steiner J, Bogerts B, Braun K, Jankowski Z, Kumaratilake J, Henneberg M, Gos T. (2014). The role of dopamine in schizophrenia from a neurobiological and evolutionary perspective: old fashioned, but still in vogue. *Front Psychiatry*, 19:5:47. DOI: 10.3389/fpsyt.2014.00047.
- Brown A, Derkits E. (2010). Prenatal Infection and Schizophrenia: A Review of Epidemiologic and Translational Studies. *Am J Psychiatry*, 167(3):261-80. DOI: 10.1176/appi.ajp.2009.09030361.
- Burgess B, Curtis-Downes D, Gibson RC. (2013). Education and employment levels among Jamaican patients newly diagnosed with schizophrenia and bipolar disorder. *Int J Soc Psychiatry*, 59(3); 247-253.
- Cabeza G, Diaz-Caneja C, Ovejero M, Portugal ED. (2018). Adherence, insight and disability in paranoid schizophrenia. *Psychiatry Research*, 270:274-280. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.021>.
- Ceylan ME, Çetin M. (2005). Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri. 3. Baskı. 1(3), İstanbul.
- Chen R, Liou TH, Chang KH, Yen CF, Liao HF, Chi WC, Chou KR. (2018). Assessment of functioning and disability in patients with schizophrenia using the WHO Disability Assessment Schedule 2.0 in a large-scale database. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 268(1):65-75. DOI: 10.1007/s00406-017-0834-6.

- Cooke MA, Peters ER, Fannon D, Aasen I, Kuipers E, Kumari V. (2010). Cognitive insight in psychosis: The relationship between self-certainty and self-reflection dimensions and neuropsychological measures. *Psychiatry Res*, 178(2):284–289.
- Coşkun E, Şahin Altun Ö. (2018). The relationship between the hope levels of patients with schizophrenia and functional recovery. *Arch Psychiatr Nurs*, 32:98–102.
- Çam O, Engin E. (2014). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı.1. Baskı. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul.*
- Çavuş SY, Darçın AE, Dilbaz N, Kaya H. (2012). Şizofreni Hastalarının Birinci Derece Yakınlarındaki Şizotipal Özelliklerin Sağlıklı Bireylerle Karşılaştırılması. *Nöropsikiyatri Arşivi*,49(4):266-271.
- Çelik A, Yıldırım Y. (2016). Orem Öz Bakım Eksikliği Hemşirelik Kuramı'na Göre Vazovagal Senkop'u Olan Hastanın Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(14):182-186. DOI: 10.5543/khd.2016.38358.
- Çiftçi B, Yıldırım N, Şahin Altun Ö, Avşar G. (2015). What level of self-care agency in mental illness? The factors affecting self-care agency and self-care agency in patients with mental illness. *Arch Psychiatr Nurs*, 29(6):372-6. DOI: 10.1016/j.apnu.2015.06.007.
- Çörçem P, Parlak Günüşen N. (2010). Şizofreni hastalarının öz-bakım gücü ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *IV.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı. Samsun s.176–7.*
- Dankı D, Dilbaz N, Okay İT, Telci Ş. (2007). Şizofreni Tanısı Olan Hastalarda İçgörünün Aile Öyküsü, Pozitif ve Negatif Belirtilerle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2):129-136.
- David A. (1990). Insight and Psychosis. *Br J Psychiatry*, 156:798-808.
- Demirbek B, Özdemir O. (2012). Şizofrenide Yüksek Risk Gruplarını Belirleyebilir Miyiz? Bir Hipotez. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 4(3):371-380. DOI:10.5455/cap.20120422.

- Dereboy İF.(2000). Şizofreniye İlişkin Psikanalitik Yaklaşımlar. Şizofreni Dizisi, 1:11-19.
- Deshmukh V, Bhagat A, Shah N, Sonavane S, Desousa AA. (2016). Factors affecting marriage in schizophrenia: A cross-sectional study. *J Mental Health Hum Behav* 21(2):122-124. DOI: 10.4103/0971-8990.193432.
- Dibonaventura M, Gabriel S, Dupclay L, Gupta S, Kim E. (2012). A patient perspective of the impact of medication side effects on adherence: results of a crosssectionalnationwide survey of patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 12(20):1-7. DOI: 10.1186/1471-244X-12-20.
- Dikeç G, Kutlu Y. (2014). Bir Grup Şizofreni Hastasında Tedaviye Uyum ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(3):143-148. DOI: 10.5505/phd.2014.02886.
- Doğan S, Doğan O, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö, Başeğmez F. (2002). Şizofrenide Psikososyal Yaklaşımlar: Ayaktan Hastalar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(2):69-74.
- Donovan K, Regehr C, George M.(2013). Nursing Home Care for Adults With Chronic Schizophrenia. *Social Work in Mental Health*, 11(2): 167-183.
- Döngel Demirel B, Demirkol ME, Tamam L. (2018). Şizofreni Hastalarında Fiziksel Hastalık Eş Tanılarının Değerlendirilmesi.Cukurova Medical Journal, 43(4):892-902.
- Döngel Demirel B, Tamam L, Kır G. (2017). Şizofrenide Görülen Tıbbi Durumlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 9(3):363-378.
- Dragioti E, Wiklund T, Siamouli M, Moutou K,Fountoulakis KN. (2017). Could PANSS be a useful tool in the determining of the stages of schizophrenia? A clinically operational approach. *Journal of Psychiatric Research*, 86:66-72.

- Eren K. (2006). Şizofreni ve Cinsiyet Farklılıkları. TC Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. Abdülkadir Tabo).
- Ernest S, Nagarajan G, Jacop KS. (2013). Assessment of need of patients with schizophrenia: A study in Vellore, India. *Int J Soc Psychiatry*, 59(8):752-756. DOI: 10.1177/0020764012456801.
- Eskin M, Akoğlu A, Uygur B. (2006). Ayaktan Tedavi Edilen Psikiyatri Hastalarında Travmatik Yaşam Olayları ve Sorun Çözme Becerileri: İntihar Davranışı İle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4):266-275.
- Evren Kılıçaslan E, Erol A, Zengin B, Çetinay P, Mete L. (2014). Association Between Age at Onset of Schizophrenia and Age at Menarche. *Noropsikiyatri arsivi*, 51(3):211–215. DOI:10.4274/npa.y6675
- Evren Kılıçaslan E, Erol A, Zengin B, Köşger F, Türkoğlu S, Eliküçük B, Mete L. (2014). Şizofrenide menarş yaşı. *Anatolian Journal of Psychiatry*,15:344-349. DOI: 10.5455/apd.41763
- Fatani B, Aldawod R, Alhawaj F, Alsadah S, Slais F, Alyaseen E, Ghamri AS, Banjar J, Qassaim YA.(2017). Shizophrenia: Etiology, Pathophysiology and Management- A Review. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 69(6): 2640-2646.
- Fatemi AB, Zai C, Luca VD. (2015). Early onset schizophrenia: Gender analysis of genome-wide potential methylation. *Clinica Chimica Acta*, 449:63-67.
- Fawcett J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge : Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. 2th ed. Philadelphia.
- Fıstıkçı N, Keyvan A, Cesur E. (2016). Psikiyatrik Hastalıklarda İlgörü Kavramı: Bir Gözden Geçirme. *Yeni Symposium*,54(2):25-29.
- Gigante AD, Castel S. (2004). Insight into schizophrenia: a comparative study between patients and family members. *Sao Paulo Med J*, 122(6):246-251.

- Goulding A, Allerby K, Ali L, Gremyr A, Waern M. (2018). Study protocol design and evaluation of a hospital-based multi-professional educational intervention: Person-Centred Psychosis Care (PCPC). *BMC Psychiatry*, 18(1):269. DOI: 10.1186/s12888-018-1852-2.
- Guedes de Pinho LM, Pereira AMS, Chaves CMCB.(2018). Quality of life in schizophrenic patients: the influence of sociodemographic and clinical characteristics and satisfaction with social support. *Trends Psychiatry Psychother*, 40(3):202-209. <http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0002>
- Gül EU, Öztürk Can D, Kılışaslan Şahin EH, Şahin Ş, Şimşek E. (2014). Kırıkkale Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde Takip Edilen Şizofreni Hastalarının Değerlendirilmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(2):15-19.
- Gültekin BK, Güler J, Kesebir S, Gülücü A, Ergelen M. (2013). Şizofreni Hastalarında Tekrarlayan Yatış Sıklığı ve Ongörücüleri. *J Clin Psy*, 16(4):225-231.
- Gürbüz M, Yüksel N. (2013). D vitamini ve Şizofreni. *Türk Osteoporoz Dergisi*, 19: 20-24. DOI: 10.4274/tod.21939.
- Hartweg DL. (1991). Dorothea Orem Self- Care Defisit Theory. SAGE Publications, Inc. USA.
- Hayashi N, Igarashi Y, Yamashina M, Suda K. (2002). Is there a gender difference in a factorial structure of the positive and negative syndrome scale? A test by structural equation modeling. *Psychopathology*, 35(1):28-35.
- Heinssen RK, Liberman RP, Kopelowicz A. (2000). Psychosocial Skills Training for Schizophrenia: Lessons From The Laboratory. *Schizophr Bull*, 26(1):21-46.
- Herdman TH, Kamitsuru S. (2017). *Nursing Diagnoses Definitions and Classification 2018-2020*. 11th ed, New York.
- Hoftman G, Volk D, Bazmi H, Li S, Sampson AR, Lewis DA. (2015). Altered Cortical Expression of GABA-Related Genes in Schizophrenia: Illness Progression vs Developmental Disturbance. *41(1)*, 180-191.

- Holmberg SK, Kane C. (1999). Health and Self-Care Practices of Persons With Schizophrenia. *Psychiatr Serv* 50(6):827-9.
- İnal H, Günay S. (2002). Olasılık ve Matematiksel İstatistik.5.Baskı. Hacettepe Üniversitesi Fen Fakültesi Yayınları, Ankara, s.264.
- İpçi K, İncedere A, Kiras F, Yıldız M. (2018). Şizofreni Hastalarında Öznel İyileşme ile bilişsel içgörü arasındaki ilişkidinin Arasında İlişkinin Araştırılması. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1):1-4.
- İstek N, Karakurt P. (2018). Global Bir Sağlık Sorunu: Tip 2 Diyabet ve Öz-Bakım Yönetimi.G.O.P Taksim E.A.H Jaren,4(3):179-182.
- Jaaskelainen E, Haapea M, Rautio N, Juola P, Penttila M, Nordström T, Rissanen I, Husa A, Keskinen E, Marttila R, Filatova S, Paaso TM, Koivukangas J, Moilanen K, Isohanni M, Miettunen J. (2015). Twenty Years of Schizophrenia Research in the Northern Finland Birth Cohort 1966: A Systematic Review. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2015:1-12. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/524875>.
- Johnson S, Sathyaseelan M, Charles H, Jacob KS. (2014). Predictors of disability: a 5-year cohort study of first-episode schizophrenia. *Asian J Psychiatr*, 9:45-50. DOI: 10.1016/j.ajp.2014.01.003.
- Jurewicz I, Owen RJ, O'Donovan MC, Owen MJ. (2001). Searching for susceptibility genes in schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology*, 11(6):395-398. [https://doi.org/10.1016/S0924-977X\(01\)00116-X](https://doi.org/10.1016/S0924-977X(01)00116-X).
- Kaçan Softa H, Ulaş Karamehmetoğlu G. (2016). Bir Fizik Tedavi Rehabilitasyon Hastanesinde Yatan Yaşlılarda Yeti Yitimi ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*,7(1):18-24.
- Kahraman N, Karamustafalıoğlu K. (2012). Şizofreni Spektrumu Kişilik Bozuklukları. *NPAKADEMİ*,1(1):38-44.

- Kakela J, Marttila R, Keskinen E, Veijola J, Isohanni M, Koivumaa-Honkannen H, Haapea M, Jaaskelainen E, Miettunen J. (2017). Association between family history of psychiatric disorders and long-term outcome in schizophrenia – The Northern Finland Birth Cohort 1966 study. *Psychiatry Res*, 249:16-22. doi: 10.1016/j.psychres.2016.12.040.
- Kaminga AC, Dai W, Liu A, Myaba J, Banda R, Wen SW. (2019). Effects of socio-demographic characteristics, premorbid functioning, and insight on duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia or schizophreniform disorder in Northern Malawi. *Early Interv Psychiatry*, s.1-10. doi: 10.1111/eip.12794.
- Kaplan H, Sadock B. (2004). *Klinik Psikiyatri*. Çeviren: Prof. Dr. Ercan Bay. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd Şti., İstanbul, s.121-138.
- Karadağlı F, Ecevit Alpar Ş. (2017). Bir ölçek geliştirme çalışması: Kemoterapi uygulanan hastalarda özbakım yetersizliği kuramına göre özbakım davranışları ölçeği. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3):168-181. DOI:10.26559/mersinsbd.315331.
- Karakuş G, Kocal Y, Sert D. (2017). Şizofreni: Etyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* . *Archives Medical Review Journal*, 26(2):251-267.
- Karşıdağ Ç, Aksoy UM, Yüksel G, Alpay N, Uysal A. (2013). Yataklı Tedavi Hizmeti Sunan Psikiyatri Kliniklerinde Ektanılar. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 16(1):47-52.
- Karşıdağ Ç, Taktak Ş, Alpay N. (2000). Yetiyitimi Kavramı ve Ruhsal Hastalıklarda Rehabilitasyon. *Düşünen Adam Dergisi*, 13(4):225-230.
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2):261-276.
- Kaya N, Açıkgözoğlu R, Çilli AS, Açıkgözoğlu S. (2002). Şizofreni hastalarında beyindeki yapısal değişikliklerin yaşla ilişkisi. *Genel Tıp Dergisi*, 12(3), 87-90.

- Kaytaz B, Abut F, Yıldız M. (2017). Şizofreni ve Şizoaffektif Bozukluk Tanısı Almış Hastalarda Çalışma Yaşamının İncelenmesi: Bir Pilot Çalışma. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3):13-17.
- Kearney BY, Fleischer BJ. (1979). Development of an Instrument to Measure Exercise of Self care Agency. *Res Nurs Health*, 2(1), 25-34.
- Khankeh H, Rahgozar M, Ranjbar M. (2011). The effects of nursing discharge plan (post-discharge education and follow-up) on self-care ability in patients with chronic schizophrenia hospitalized in Razi psychiatric Center. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 16(2):162-168.
- Kiejna A, Piotrowski P, Misiak B, Adamawski T, Schubert A, Skrzekowska-Baran I, Frydecka D. (2015). Predictors of vocational status in schizophrenia patients – Results from the Polish nationwide survey. *Int J Soc Psychiatry*, 61(6):824-831.
- Kikkert M, Schene A, Koeter M, Robson D, Born A, Helm H, Nose M, Goss C, Thornicroft G, Gray RJ. (2006). Medication Adherence in Schizophrenia: Exploring Patients', Carers' and Professionals' Views. *Schizophr Bull*, 32(4):786–794.
- Kılıç C. (2017). Ruhsal Hastalıklara Bağlı Hastalık Yükü. *Ulusal Hastalık Yükü Çalışması. HÜTF Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.s.3.* http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal_program.pdf (Erişim Tarihi: 20.01.2019).
- Kılıçgün Yurtsever M. (2013). Özbakım Becerilerinde Ebeveyn Desteği Envanterinin (OBEDE) Geliştirilmesi ve Standardizasyon. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (KEFAD)*, 14(3):19-36.
- Kim J, Park C, Choi J, Park E, Tchoe H, Choi M, Suh JK, Kim YH, Won SH, Chung YC, Bae KY, Lee SK, Park SC, Lee SH. (2017). The association between season of birth, age at onset, and clozapine use in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, 136(5):445-454. doi: 10.1111/acps.12776.

- Koçak C, İlhan MN, Kuruoğlu A, Kaptan H. (2018). Bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde yatan hastaların yatış süresini etkileyen etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19(4):377-382.
- Kokurcan A. (2014). Şizofreni Genetiğinde Yeni Gelişmeler ve Bunların Klinik Uygulamaya Etkisi. *New/Yeni Symposium Journal*, 52(1):17-23.
- Kostakoğlu E, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A. (1999). Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANNS) Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 14(44):23-32.
- Koroğlu A, Hocaoğlu Ç. (2017). Şizofreninin Aile Üzerine Olan Etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3):170-175.
- Koroğlu E. (2013). *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. 5. baskı, Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, Ankara.
- Kumar CP. (2007). Application of Orem's Self Care Deficit Theory and Standardized Nursing Languages in a Case Study of a Woman with Diabetes. *Int J Nurs Terminol Classif*, 18(3), 103-110.
- Kurtgöz Zorlu P, Bilgiç Ö, Şahin T, Zorlu N. (2017). Şizofrenide Klinik İlgörünün Semptomlar ve Bilişsel İşlevler ile İlişkisi. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. DOI: 10.5350/DAJPN2017300201.
- Lay B, Lauber C, Rössler W. (2006). Prediction of in-patient use in first-admitted patients with psychosis. *Eur Psychiatry*, 21:401-409.
- Lepage M, Bodnar M, Bowie CR. (2014). Neurocognition: Clinical and Functional Outcomes in Schizophrenia. *Can J Psychiatry*, 59(1):5-12.
- Levinson DF. (2003). Molecular genetics of schizophrenia: a review of the recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 16(2):157-170.
- Lu SJ, Liou TH, Yen CF, Chang FH, Chen YL, Escorpizo R, Strauser DR, Pan AW. (2018). Determinants of Employment Outcome for the People with

- Schizophrenia Using the WHODAS 2.0. *Journal of Occupational Rehabilitation*, s.1-9.
- Lucock M, Gillard S, Adams K, Simons L, White R, Edwards C. (2011). Self-care in mental health services: a narrative review. *Health Soc Care Community*, 19(6):602-616.
- Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. (2007). Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1): 192-199.
- Macpherson R, Jerrom B, Hughes A. (1996). A Controlled Study of Education About Drug Treatment in Schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 168(6):709-717.
- Marsman A, Mandl R, Klomp D, Bohlken M, O.Boer V, Andreychenko A, Cahn W, Kahn RS, Luijten PR, Hulshoff Pol HE. (2014). GABA and glutamate in schizophrenia: A 7 T 1H-MRS study. *Neuroimage Clin*, 6:398-407.
- Martini LC, Barbosa Neto JB, Petreche B, Fonseca AO, Santos FVD, Magalhães L, Marques AG, Soares C, Cordeiro Q, Attux C, Bressan RA. (2017). Schizophrenia and work: aspects related to job acquisition in a follow-up study. *Braz J Psychiatry*, 40(1):35-40.
- Marwaha S, Johnson S.(2004). Schizophrenia and employment - a review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(5):337-349.
- McGlashan T. (2011). Eugen Bleuler: Centennial Anniversary of His 1911 Publication of *Dementia Praecox* or the Group of Schizophrenias. *Schizophr Bull*. 37(6):1101-1103.
- Meerding WJ, Bonneux L, Polder JJ, Koopmansch MA, Maas PV. (1998). Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in Netherlands: cost of illness study *BMJ*, 317(7151):111-115.

- Na E, Yim SJ, Lee JN, Kim JM, Hong K, Hong MH, Han H. (2015). Relationships among medication adherence, insight, and neurocognition in chronic schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*, 69(5):298-304.
- Nargis Sarı B. (2011). Şizofreni Hastalarında B-WİSE Ölçeğinin Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması ve Metabolik Sendrom ve Kendilik Algısıyla İlişkisi. TC. Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Hatay, (Danışman: Prof. Dr. Asena Akdemir).
- Nahcivan NO. (2004). A Turkish Language Equivalence of the exercise of self-care agency scale. *Western Journal of Nursing Research*, 26(7):813-824.
- Nalbant A, Can A, Burhan HS, Cansiz A, Yavuz KF, Delice MA, Kurt E. (2016). Tardive Dyskinesia in Long Term Hospitalized Patients with Schizophrenia. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 29:259-265.
- Nasrallah H, Earley W, Cutler A, Wang Y, Lu K, Laszlovszky I, Nemeth G, Durgam S.(2017). The safety and tolerability of cariprazine in long-term treatment of schizophrenia: a post hoc pooled analysis. *BMC Psychiatry*(17):305.
- Nawaz N, Jahangir SF. (2017). Physical Appearance And Poor Hygiene Patterns:Evidence Of Schizophrenic Illness. *J Postgrad Med Inst*, 31(2):147-150.
- Nieratschker V, Nöthen MM, Rietschel M. (2010). New genetic findings in schizophrenia: is there still room for the dopamine hypothesis of schizophrenia? *Front. Behav. Neurosci*, 4(23). DOI:10.3389/fnbeh.2010.00023.
- Nieto L, Cobo J, Pousa E, Blas-Navarro J, Garcia-Pares G, Palao D, Obios JE.(2012). Insight, symptomatic dimensions, and cognition in patients with acute-phase psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5):502-508.
- Ochoa S, Usall J, Cobo J, Labad X, Kulkarni J. (2012). Gender Differences in Schizophrenia and First-Episode Psychosis: A Comprehensive Literature Review. *Schizophr Res Treatment*, 916198. DOI: 10.1155 / 2012/916198.

- Olagunju AT, Adegbaaju DA, Uwakwe D. (2016). Disability among attendees with schizophrenia in a Nigerian hospital: further evidence for integrated rehabilitative treatment designs. *Ment Illn*, 8(2):6647.
- Olçun Z, Şahin Altun Ö. (2017). The Correlation Between Schizophrenic Patients' Level of Internalized Stigma and Their Level of Hope. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(4), 332-337.
- Olfson M, Gerhard T, Huang C, Kristal G, Stroup TS. (2015). Premature Mortality Among Adults With Schizophrenia in the United States. *JAMA Psikiyatri*, 72(12):1172-1181.
- Orem DE. (2001). *Self-care deficit theory of nursing: concepts and applications*. 7 ed. USA: Dennis CM Mosby-Year Book Inc, s.99-135.
- Özbay H, Göka E, Kılıç EZ. (1996). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği*. Somgür Yayıncılık, Ankara.
- Özdemir O, Güzel Özdemir P. (2016). Glutamat Sistemi ve Şizofreni. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 8(4):394-405. DOI:10.18863/pgy.253445.
- Öztürk M, Uluşahin A. (2016). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 14. Baskı. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd.Şti, Ankara, s.189-190.
- Ramachandran AS, Ramanathan R, Praharaj SK, Kanradi H, Sharma PS. (2016). A Cross-sectional, Comparative Study of Insight in Schizophrenia and Bipolar Patients in Remission. *Indian journal of psychological medicine*, 38(3):207-212.
- Randall JR, Walld R, Finlayson G, Sareen J, Martens PJ, Bolton JM. (2014). Acute risk of suicide and suicide attempts associated with recent diagnosis of mental disorders: A population- based, propensity score- matched analysis. *Can J Psychiatry* 59(10):531-538.

- Rathee R, Luhrmann T, Bhatia T, Deshpande S. (2018). Cognitive insight and objective quality of life in people with schizophrenia and auditory hallucinations. *Psychiatry Res*, 259:223-228. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.09.032.
- Rathod S, Turkington D. (2005). Cognitive-behaviour therapy for schizophrenia: a review. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(2):159-163.
- Reddy MS. (2015). Insight and psychosis. *Indian J Psychol Med*, 37(3):257-260.
- Revhaim N, Schechter I, Kim D, Silipo G, Allingham B, Butler P, Javitt DC. (2006). Neurocognitive and symptom correlates of daily problem-solving skills in schizophrenia. *Schizophr Res*, 83(2-3):237-45.
- Roldán - Merino J, Lluch - Canut T, Menarguez - Alcaina M, Foix - Sanjuan A, Haro Abad JM. (2014). Psychometric Evaluation of a New Instrument in Spanish to Measure Self-Care Requisites in Patients With Schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care*, 50(2): 93-101.
- Sağlam Aykut D. (2017). Şizofreni Hastalarında Hastalık Süresinin Klinik Özelliklere Etkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 20:301-307.
- Sakarya A. (2012). Remisyonda Şizofreni Ve Bipolar Bozukluk Hastalarında Zihin Kuramı Bozukluklarının İçgörü ve Diğer Bilişsel İşlevlerle İlişkisi. TC.Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Halise Devrimci Özgüven).
- Sancaktar S. (2017). Evde Bakım Gören Şizofreni Hastaları ile Bakım Merkezinde Bakım Gören Şizofreni Hastalarının Depresyon ve İşlevsel İyileşme Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması. T.C. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tez., İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Semra Baripoğlu).
- Saygılı S, Kara H. (1991) . Şizofrenide Görüntüleme Teknikleri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 1(2):11-16.

- Schwartz P. (2014). Can the season of birth risk factor for schizophrenia be prevented by bright light treatment for the second trimester mother around the winter solstice? *Med Hypotheses*,83(6):809-815.
- Sevy S, Nathanson K, Visweswaraiiah H, Amador X. (2004). The relationship between insight and symptoms in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 45(1):16-19.
- Simeone J, Ward A, Rotella P, Collins J, Windisch R. (2015). An evaluation of variation in published estimates of schizophrenia prevalence from 1990-2013: a systematic literature review. *BMC Psychiatry*,15:193.
- Slemon A, Jenkins E, Bungay V. (2017). Safety in psychiatric inpatient care: The impact of risk management culture on mental health nursing practice. *Nurs Inq*, 24(4):e12199. DOI:10.1111 / nin.12199.
- Sönmez S. (2009). Şizofreni Hastalarında Psikoeğitim Grup Çalışmasının Pozitif ve Negatif Belirtiler, Sosyal İşlevsellik, Yetiyitimi, İçgörü ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Araştırılması. TC Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. Ayla Yazıcı).
- Sumiyoshi T, Bubenikova-Valesova V, Horacek J, Bert B. (2008). Serotonin1A receptors in the pathophysiology of schizophrenia: development of novel cognition-enhancing therapeutics. *Advances in Therapy*, 25(10):1037-56.
- Summakoğlu D, Ertuğrul B. (2018). Şizofreni ve Tedavisi. *Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences*, 1(2): 43-61.
- Şevik AE, Özcan H, Uysal E. (2012). İntihar girişimlerinin incelenmesi: Risk faktörleri ve takip. *Klinik Psikiyatri* 15:218-225.
- Tanimura C, Matsumoto H, Yoshimura J, Tokushima Y, Yamamoto Y, Fujihara Y, Miyoshi M, Hagino H. (2019). A Path Model Analysis of the Causal Relationship between Self-Care Agency and Healthy Behavior in Community-dwelling Older People from the GAINA study. *Yonago Acta Med*, 62(1):137-145.

- Taş S, Buldukoğlu K. (2018). Şizofreni Hastalarının Taburculuk Öncesi Erken Dönemde Öz- Bakım Gücü ve Bakım Gereksinimleri. *J Psychiatric Nurs*, 9(1):11-22. DOI: 10.14744/phd.2017.64935.
- Tel H, Tay BN, Canbay M, Akaya İ, Yalçınkaya S. (2014). Kronik Fiziksel Hastalıklı Yaşlılarda Yeti Yitimi ve Depresyon. *F.N. Hem. Dergisi*, 22(2):69-75.
- Tempelaar WM, Termorshuizen F, MacCabe JH, Boks MP, Kahn RS. (2017). Educational achievement in psychiatric patients and their siblings: A register-based study in 30 000 individuals in The Netherlands. *Psychol Med*, 47(4):776-784.
- Tordesillas-Gutierrez D, Ayasa-Arriola R, Delgado- Alvarado M, Robinson JL, Lopez Morinigo J, Pupol J, Dominguez-Ballesteros ME, David AS, Crespo-Facorro Benedicto. (2018). The right occipital lobe and poor insight in first episode psychosis. *Plos ONE*, 13(6):e0197715. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197715>
- Townsend MC . (2016). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri. 6. Baskı, Çev.ed. Özcan T, Gürhan N, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, s.335-379.
- Uluğ B, Ertuğrul A, Göğüş A, Kabakçı E. (2001). Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesinin (WHO-DAS-II) Şizofreni Hastalarında Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(2):121-130.
- Ulusoy S, Delice Arslan M.(2015). Şizofreni Tanısı ile İzlenen Bir Olgunun İşlevselliğinin Arttırılmasında Bireysel Danışmanlığın Rolü. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 28:162-166 . DOI: 10.5350/DAJPN2015280209.
- Ünal B. (2015). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklarda Sosyal Çevrenin Relapslar Üzerine Etkisi. TC. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İzmir,(Danışman: Prof. Dr. Berna Binnur Akdede).

- Ünsal Avdal E, Kızılcı S. (2010). Diyabet ve Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisinin Kavram Analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 3(3):164-168.
- Üstündağ MF, Kesebir S. (2013). İki Uçlu Bozuklukta İçselleştirilmiş Damgalanma:Klinik Özellikler, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum ile İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 24:1-8.
- Üzümlüoğlu Coşkun M. (2008). Şizofreni Etiyopatogenezinde Oksidatif Stresin Rolü. TC. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi,Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Vandyk AD, Baker C. (2012). Qualitative descriptive study exploring schizophrenia and the everyday effect of medication-induced weight gain. Int J Ment Health Nurs, 21(4):349-357. doi: 10.1111/j.1447-0349.2011.00790.x.
- Villadsen DB, Sorensen MT. (2017). Oral Hygiene – A Challenge in Everyday Life for People with Schizophrenia. Issues Ment Health Nurs, 38(8):643-649. DOI: 10.1080/01612840.2017.1316328.
- Vremăroiu AM, Fodoreanu L. (2013). Perceived discrimination, a risk factor for developing psychoses in Romanian emigrants?. Clujul Med,86(1):53-56.
- Walker E, Kestler L, Bollini A, Hochman KM. (2004). Schizophrenia: Etiology and Course. Annu Rev Psychol, 55:401-30. DOI:10.1146/annurev.psych.55.090902.141950.
- Wazni L, Gifford W. (2017). Addressing Physical Health Needs of Individuals With Schizophrenia Using Orem's Theory. J Holist Nurs, 35(3):271-279.
- Werner S. (2012). Needs assessment of individuals with serious mental illness: Can it help in promoting recovery? Community Ment Health J, 48(5):568-73. DOI: 10.1007/s10597-011-9478-6.
- Wicks S, Hjern A, Gunnell D, Lewis G, Dalman C. (2005). Social adversity in childhood and the risk of developing psychosis: a national cohort study. Am J Psychiatry, 162(9):1652-1657 .

- Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. (2011) Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev.15;(6):CD002831. DOI: 10.1002/14651858.CD002831.
- Yavaşçı Öztepe E, Akkaya C. (2012). Şizofrenide Serotonin Rolü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 4(2):237-259.
- Yen CF, Cheng CP, Huang CF, Yen JY, Ko CH, Chen CS. (2008). Quality of life and its association with insight, adverse effects of medication and use of atypical antipsychotics in patients with bipolar disorder and schizophrenia in remission. Bipolar Disord,10(5): 617-624.
- Yıldız M. (2004). Psikiyatrik Rehabilitasyon. Bireyden Topluma Ruh Sağlığı, (Ed. Işık Sayıl). İstanbul Emler Matbaacılık, s.151-164.
- Yıldız M. (2011a). Koruyucu Psikiyatri Açısından Psikiyatrik İyileştirim. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi,4(4):82-85.
- Yıldız M. (2011b). Şizofreni Hastaları için Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi Eğitici El Kitabı. İkinci Baskı. Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara.
- Yıldız M. (2005). Psikiyatrik Rehabilitasyon Birimi Gündüz Hastanesi Uygulaması: Bir İlk Denemenin Değerlendirilmesi. Psikiyatrik Rehabilitasyon Bülteni, 1(1):1-2.
- Yıldız M, Kiras F, İncedere A, Esen D, Gürçan MB, Abut B, İpçi K, Tural Ü. (2018). Şizofreni Hastaları için Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 19(Ek sayı.2):29-38.
- Yıldız M, Tural Ü, Kurdoğlu S, Önder ME. (2003). Şizofreni Rehabilitasyonunda Aile ve Gönüllülerle Yürütülen Bir Kulüp-Ev Denemesi. Türk Psikiyatri Dergisi, 14(4):281-287.
- Yıldız Ö. (2009). Bilişsel Rehabilitasyonun Şizofreni Tanılı Hastaların Tedavisindeki Etkinliği ve Psikososyal İşlevsellik Üzerine Etkisi. TC.Sağlık Bakanlığı

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi,Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. Ayla Yazıcı).

Yıldız M, İpçi K, İncedere A, Kırçalı A, Ebibi S, Soykal N, Soykal İ, Ayhan A, Ceco U. (2017). Toplumsal İşlevselliğin Toplum Temelli Araştırılması: Koceli'de Bir Ön Çalışma. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(3):1-5.

Yıldız M, Kutlu H, Turalı Ü. Şizofrenide Bilişsel İşlevler Nüfus ve Klinik Özelliklerden Etkilenir mi? Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2011; 21(2).

Yılmaz E, Okanlı A. (2018). Test of Mindfulness-Based Psychosocial Skills Training to Improve Insight and Functional Recovery in Schizophrenia. West J Nurs Res, 40(9):1357-1373. doi: 10.1177/0193945917697222.

Yücel MO, Özgüven Devrimci H, Sakarya A, Baskak B, Özel Kızıl ET, Sakarya D, Haran S. (2016). Şizofreni ve Psikotik Özellikli Bipolar Bozukluk Hastalarının Birinci Derece Akrabalarında Zihin Kuramı ve Sözel Çalışma Belleğinin İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi , 27(1):8-14.

Yüksel Ç, Üçok A. (2010). Şizofreni Hastalarında Önem Atfetme İşlevinde Bozukluk ve DSM V Çalışmaları. Klinik Psikiyatri Dergisi, 13(Ek 1): 5-8.

Yürekli A. (1991). Şizofreni ve Hemşirelik Yaklaşımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7:3, 41-49.

Zar JH. (1984) . Biostatistical Analysis. Second Edition. Prentice-Hall. Englewood Cliffs, New Jersey.


Zhang Z, Deng H, Chen Y, Li S, Zhou Q,Lai, H,Liu L, Liu L, Shen B. (2014). Cross-sectional survey of the relationship of symptomatology, disability and family burden among patients with schizophrenia in Sichuan, China. Shanghai Arch Psychiatry26(1), 22-29.


Zhou Y, Rosenheck R, Mohamed S, Zhang J, Chang Q, Ou Y, Sun B, Ning Y, O IH. (2015). Insight in inpatients with schizophrenia: Relationship to symptoms and neuropsychological functioning. Schizophrenia Research, 161(2-3): 376-381.

EKLER

EK 1. ETİK KURUL ONAY FORMU

03/11/2017-E.17152





T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 71522473/050.01.04/204
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul
Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Yrd. Doç. Dr. Gülgün DURAT
Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

İlgili : 26.09.2017 tarihli 186 sayılı başvurunuz.

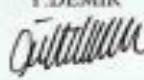
Destekleyicisi olduğunuz "Şizofreni Hastalarında Yetiştirimi İlgörü Ve Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Etik Kurulu Başkanı






Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır.
03.11.2017

02/11/2017

Y.DEMİR


Evrağı Doğrulamak İçin : <http://193.143.218.242/eas/ilan.do?gula/BelgeDogrulama.aspx?V=8870140748>

Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dekanlığı, Koruyucu Hekimlik, Karucuk, Adapazarı/Sakarya
Tel:264 295 5030 Faks:264 295 9429
E-Posta: ttp@sakarya.edu.tr Elektronik Ad: www.tip.sakarya.edu.tr



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 2. KURUM İZİNLERİ



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 32900231-773.99
Konu : Anket İzni

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

- İlgi:a) 11/12/2017 tarihli ve 773 sayılı yazınız.
b) 28/12/2017 tarihli ve 348 sayılı yazınız.

Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Cansu SOLGUN'un "Şizofreni Hastalarına Yetiyitimi İç Görü ve Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi" konulu veri toplamaya yönelik hastanemizde çalışma yapması yönetimimizce uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır.
Doç. Dr. Rabia BİLİCİ
Başhekim

Sinan Ercan Cd. No 29 Kadıköy/İstanbul
Faks No:02163560496

e-Posta:aysygnal.ince@sağlık.gov.tr İnt. Adresi: aysygnal.ince@sağlık.gov.tr

Bilgi için: Aysygnal İNCE
Uzman BİRİM SORUMLUSU

Telefon No:2163025959

Dışardan elektronik iznalsı suretine <http://e-belge.sağlık.gov.tr> adresinden ata94841-3948-4674-1474-cb0867162ba7 koda ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İVEDİ

Sayı : 71211201-774.99
Konu : Bilimsel Araştırma
(Cansu SOLGUN)

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

Sakarya Üniversitesi Esentepe Kampüsü Kemalpaşa Mahallesi Üniversite Caddesi 54050
Serdivan / SAKARYA

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Cansu SOLGUN'un, Yrd. Doç. Dr. Gülgün DURAT danışmanlığında "Şizofreni Hastalarında Yetimsiyetimi İçgörü ve Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi" başlıklı çalışmasında kullanacakları anketi Pendik Devlet Hastanesine bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde uygulama talebi Bilimsel Araştırma ve Değerlendirme Komisyonumuzca değerlendirilmiş olup, 01/02/2018 tarihli komisyon toplantısında alınan kararla çalışmanın Pendik Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Uzm. Dr. Bülent TAYMUR sorumluluğunda yapılması uygun görülmüştür. Söz konusu çalışmanın onay tarihinden itibaren 6 (altı) ay içinde tamamlanması ve çalışmanın bitiminde bir nüshasının tarafımıza gönderilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır.
İlyas ÇELEBİ
İstanbul Kamu Hastaneleri Hizmetleri
Başkan Yardımcısı
Başkan V.

Başbüyük Mah. Atatürk Cad. No:1 Maltepe-İSTANBUL
Faks No:02164130005
e-Posta:cansu.alkoc@saglik.gov.tr İnt. Adresi: www.sagb.gov.tr

Bilgi için:Cansu ALKOÇ
Uzman FİRMA
Telefon No:(0216) 4212626-(1331)

EK 3. GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın katılımcı,

Bu yüksek lisans tez çalışması, şizofreni hastalarında pozitif ve negatif semptomlar, içgörü ve yeti yitiminin öz bakım gücüne etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır. Araştırmada size, ilk olarak kendiniz ile ilgili sosyo-demografik bilgilerinizin yer aldığı sorular yöneltilenektir. Daha sonra sizden hastalığınız ve tedavi ihtiyacının farkında olma ve hastalık belirtilerinin neye bağlandığını değerlendirmek amacı ile "Birchwood İçgörü Ölçeği", hastalığınız şiddetini belirlemek amacı ile "Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği", tıbbi tanıdan bağımsız olarak, bireyin faaliyet düzeyinde ve topluma katılımında olan kısıtlılıkları belirlemek amacı ile "Dünya Sağlık Örgütü-Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS II)", bireyin kendi kendisine bakım verme yeteneği ya da öz-bakım gücünü ölçmek amacı ile "Öz-Bakım Gücü Ölçeği"ni doldurmanız istenecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için araştırmacı ile cansu.solgun1@ogr.sakarya.edu.tr email adresi ile iletişime geçebilirsiniz. Tamamen akademik amaçlı olan bu araştırma için herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve katılımcıya herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Görüşme yaklaşık 45-60 dk. sürecektir.

Bu çalışmaya katılıp katılmama konusunda herhangi bir zorunluluğunuz bulunmamaktadır. Çalışmaya katılmak istemezseniz ya da çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak isterseniz, araştırmacıyı haberdar ederek çalışmadan çekilebilirsiniz.

Bu çalışmaya katılmada kayıtlar yasaların öngördüğü şekilde ve araştırmacı tarafından toplanacak, veriler güvenli bir şekilde saklanacaktır. Araştırmanın sonuçları kongrelerde sunulabilir veya bilimsel amaçlı yayınlanabilir. Bununla birlikte, kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Çalışmaya Katılma Onayı

İstanbul ilinde Pendik Devlet Hastanesi'ne bağlı Pendik Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve T.C Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Sancaktepe Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde akademik bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve bu çalışma için "katılımcı" olarak davet edildim.

Araştırmaya katılırsam bilgilerimin gizli tutulacağına ve bu araştırma süresince saygıyla yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında, kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Çalışma süresince, herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim; ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmem gerektiğinin farkındayım.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladım. Kendi başıma, belli bir düşünme süresi sonunda, bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma karar verdim. Bu konuda yapılan daveti gönüllü olarak kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Araştırma öncesinde gerekli bilgiler bana okundu ve konu ile ilgili açıklama yapıldı. Bu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün;

Adı Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin;

Adı Soyadı:

İmzası:

Açıklamayı yapan araştırmacının;

Adı Soyadı: Cansu SOLGUN

İmzası:

Tarih:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin;

Adı Soyadı, Görevi:

İmzası:

EK 4. GÖRÜŞME FORMU

GÖRÜŞME FORMU

- 1- Yaşınız:.....
- 2- Cinsiyetiniz:
() Kadın () Erkek
- 3- Boy:..... Kilo:..... BKİ:.....
- 4- Medeni durumunuz:
() Evli () Bekar () Dul- Boşanmış () Diğer
- 5- Eğitim Durumunuz:
() İlköğretim ve altı () Üniversite
() Ortaöğretim () Lise
- 6- Çalışma Durumunuz: (Çalışıyorsanız ne kadar süredir, lütfen belirtiniz)
() Çalışmıyorum () Çalışıyorum..... (belirtiniz)
- 7- Sağlık güvenceniz:
() Var () Yok
- 8- Size göre gelir durumunuz nedir?
() İyi () Orta () Kötü
- 9- Kim ya da kimlerle yaşıyorsunuz?
() Anne-baba () Eş () Kardeş () Akraba () Yalnız () Diğer.....
- 10- Hastalığınız ile ilgili hangi tedavileri aldınız?
() İlaç..... () EKT () Diğer.....(belirtiniz)
- 11- Hastalığınızın başlangıç yaşı.....
- 12- Daha önce hastaneye yatarak tedavi gördünüz mü?
() Hayır () Evet
- 13-Yanıtınız evet ise kaç kez?.....
- 14-Hangi hastanelerde yattınız.....
- 15-Hastanede en uzun yatış süreniz nedir?
() 1 hafta () 15 gün () 3hafta () 1 ay ve üzeri
- 16- Hastalığınızla ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?
() Hayır () Evet
- 17-Psikiyatrik yakınmanız dışında tedavi gerektiren ciddi bir sağlık sorununuz var mı? (Yanıtınız evet ise belirtiniz)
() Hayır () Evet
- 18- Aldığınız tedavilerin hastalığınızı iyileştireceğine inanıyor musunuz?
() Hayır () Evet
- 19- Herhangi bir ilaç tedavisi/terapi görüyorsanız takiplere düzenli gidiyor musunuz?
() Hayır () Evet
- 20- Evde hastalığınızla ilgili bir sorun yaşadığınızda kime başvuruyorsunuz?
() Anne- baba – kardeş () Eş () Çocuklar () Diğer.....
() Hastaneye gidiyorum
- 21- Öz bakım ihtiyaçlarınızı (banyo, traş, diş fırçalama, saçlarınızı tarama, giyinme,beslenme vs) kendiniz karşılayabiliyor musunuz? (Hayır ise size kim yardımcı oluyor?)
() Hayır() Evet
- 22- Daha önce öz bakım ihtiyaçlarınızı karşılama konusunda başka bir bireyden yardım aldığınız oldu mu?(Evet ise hangi tür ihtiyaç olduğunu belirtiniz)
() Hayır () Evet.....(belirtiniz)

- 23- Ailede psikiyatrik yakınması olan kişi ya da kişiler var mı? Yanıtınız evet ise belirtiniz
() Hayır ()Evet.....(belirtiniz)
- 24-Son zamanlarda hastalığımız dışında yaşamınızı etkileyen önemli bir sorun yaşadınız mı?
() Hayır () Evet(belirtiniz)

EK 5. POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ

POZİTİF BELİRTİLER							
	1	2	3	4	5	6	7
P1 Sanrılar							
P2 Düşünce dağınıklığı							
P3 Varsanılar							
P4 Taşkınlık							
P5Büyüklik Duyguları							
P6 Şüphencilik ve kötülük görme							
P7. Düşmanca Tutum							
POZİTİF BELİRTİLER TOPLAM PUANI							
NEGATİF BELİRTİLER							
	1	2	3	4	5	6	7
N1. Duygulanımda Küntleşme							
N2. Duygusal İççekilme							
N3. İlişki Kurmada Güçlük							
N4. Pasif Biçimde Kendini Toplumdan çekme							
N5. Soyut Düşünme Güçlüğü							
N6. Konuşmanın Kendiliğinden ve Akıcılığının Kaybı							
N7. Stereotipik Düşünme							
NEGATİF BELİRTİLER TOPLAM PUANI							
GENEL PSİKOPATOLOJİ							
	1	2	3	4	5	6	7
G1. Bedensel Kaygı							
G2. Anksiyete							
G3. Suçluluk Duyguları							
G4. Gerginlik							
G5. Manyerizm							
G6. Depresyon							
G7. Motor Yavaşlama							
G8. İşbirliği Kuramama							
G9. Olağandışı Düşünce İçeriği							
G10. Yönelim Bozukluğu							
G11. Dikkat Azalması							
G12. Yargılama ve İçgörü Eksikliği							
G13. İrade Bozukluğu							
G14. Dürtü Kontrolsüzlüğü							
G15. Zihinsel Aşırı Uğraş							
G16. Aktif Biçimde Sosyal Kaçınma							
GENEL PSİKOPATOLOJİ TOPLAM PUANI							
PANSS GENEL TOPLAM PUANI							

EK 6. BİRCWOOD İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki ifadeleri dikkatle okuyup size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz.

	Doğru	Yanlış	Emin değilim
1. Hastalık belirtilerinin bazıları kendi zihnimin ürünü			
2. Akıl sağlığım yerinde.			
3 İlaça ihtiyacım yok.			
4. Hastanede yatmam gerekiydi.			
5. Doktor bana ilaç vererek doğru bir iş yapıyor.			
6. Bir doktor veya psikiyatriste görünmeye ihtiyacım yok.			
7. Biri benim sinir hastalığım ya da akıl hastalığım olduğunu söylese, bu doğrudur.			
8. Yaşadığım olağan dışı şeylerin hiçbiri bir hastalığa bağlı değil.			

EK 7. DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YETİYİTİMİ DEĞERLENDİRME ÇİZELGESİ (WHO-DAS 2)

Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi II					
	Hiç	Hafif	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı Hiç yapamıyorum
1. ALAN: Anlama ve iletişim kurma					
On dakika süreyle bir işe dikkatini verebilme	1	2	3	4	5
Yapılması gereken önemli şeyleri akılda tutma	1	2	3	4	5
Günlük yaşamda ortaya çıkan sorunların nedenlerini anlama ve çözümler bulma	1	2	3	4	5
Yeni işler öğrenme	1	2	3	4	5
İnsanların söylediklerini genel olarak anlama	1	2	3	4	5
Bir sohbeti başlatabilme veya sürdürülebilme	1	2	3	4	5
2. ALAN: Hareket etme, bir yere bir yere gitme					
30 dakika gibi uzun süre ayakta durma	1	2	3	4	5
Otururken ayağa kalkma	1	2	3	4	5
Evin içinde dolaşma	1	2	3	4	5
Eviden dışarı çıkma	1	2	3	4	5
Bir kilometre dolayında uzun mesafe yürütme	1	2	3	4	5
3. ALAN: Kendine bakma					
Banyo yapma	1	2	3	4	5
Giyinme	1	2	3	4	5
Beslenme	1	2	3	4	5
Birkaç gün yalnız kalma	1	2	3	4	5
4. ALAN: İnsan ilişkileri					
Tanımadığımız insanlarla ilişki kurma	1	2	3	4	5
Bir arkadaşlığı sürdürme	1	2	3	4	5
Yakın olduğumuz insanlarla ilişki kurma	1	2	3	4	5
Yeni arkadaşlar edinme	1	2	3	4	5
Cinsel ilişki	1	2	3	4	5
5. ALAN: Yaşam faaliyetleri					
Eyle ilgili sorumluluklarını yerine getirme	1	2	3	4	5
Evidaki önemli görevlerini iyi bir şekilde yapma	1	2	3	4	5
Yapılması gereken tüm ev işlerini bitirme	1	2	3	4	5
Ev işlerini yeterince hızlı yapma	1	2	3	4	5
Her gün yapmak zorunda olunan işleri yürütme	1	2	3	4	5
İhtaki önemli görevleri iyi bir şekilde yapma	1	2	3	4	5
İşleri zamanında bitirme	1	2	3	4	5
İşleri hızlı bir şekilde yapma	1	2	3	4	5
6. ALAN: Toplumsal yaşama katılım					
Sosyal faaliyetlere herkes kadar katılabilme	1	2	3	4	5
Çevreden kaynaklanan engeller yüzünden sorunla karşılaşma	1	2	3	4	5
Diğer insanların davranış ve tutumları karşısında kendine saygısını yitirmeden yaşayabilme	1	2	3	4	5
Sağlık durumlarına ve yol açtığı sonuçlara zaman harcama	1	2	3	4	5

Alanların Gözden Geçirilmesi

Görüşmemiz insanların sağlık durumları nedeniyle karşılaştıkları güçlüklerle ilgilidir (*1.kartı gösterin*). Sağlık durumları ile kısa veya uzun süren hastalıklar ve sağlık sorunlarını, yaralanmalarını, ruhsal sorunları, alkol ve madde kullanımı ile ilgili sorunları kastediyorum.

Bazı sorular tekrarlanıyor olabilir, lütfen her sorulduğunda cevaplayınız.

Soruları cevaplarken tüm sağlık sorunlarınızı hatırlayın. Sizden bir faaliyeti sürdürürken çektığınız güçlükleri sorduğumda aşağıda belirtilen soruları düşünerek cevap verin.

(*1.kartı gösterin*)

- Faaliyeti sürdürmek için normalde olduğundan daha fazla çaba harcamak zorunda kalıyor musunuz?
- Faaliyeti sürdürürken herhangi bir rahatsızlık veya ağrı çekiyor musunuz?
- Faaliyeti sürdürürken yeterince hızlı olamıyor musunuz?
- Bu faaliyeti sürdürme biçiminizde değişiklik yapmak zorunda kaldınız mı?

(*1. Kartı gösterin*) Son 30 günü hatırlamanızı istiyorum.

Bu soruları cevaplarken genel olarak faaliyeti sürdürürken ne kadar güçlük çektığınızı düşünmenizi istiyorum.

(*2. Kartı gösterin*)

Cevap verirken kullanacağınız ölçek ise bu(*Ölçeği yüksek sesle okuyun*): Hiç, hafif, orta derecede, çok fazla, aşırı veya hiç yapamıyorum.

(*1. ve 2. Kart görüşme boyunca denegin önünde olmalıdır*).

1.ALAN Anlama ve iletişim kurma

Şimdi size anlama ve iletişim kurmayla ilgili bazı sorular soracağım.

1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Son 30 gün içinde aşğıdaki durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

hiç biraz orta derecede çok fazla aşırı/hiç yapamıyorum

D1.1 <u>On dakika süreyle bir işe dikkatini verebilme</u>	1	2	3	4	5
D1.2 Yapılması gereken önemli şeyleri <u>akılda tutma</u>	1	2	3	4	5
D1.3 Günlük yaşamda ortaya çıkan sorunların <u>nedenlerini anlama ve çözümler bulma</u>	1	2	3	4	5
D1.4 <u>Yeni işler öğrenme</u> (yeni bir yol vb.)	1	2	3	4	5
D1.5 İnsanların söylediklerini genel olarak <u>anlama</u>	1	2	3	4	5
D1.6 Bir sohbeti <u>başlatabilme veya sürdürübilme</u>	1	2	3	4	5

2. ALAN Hareket etme, bir yerden bir yere gitme

Şimdi size hareket etme, bir yerden bir yere gitme sırasında çektığınız güçlüklerle ilgili sorular soracağım.

1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Son 30 gün içinde aşğıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

hiç biraz orta derecede çok fazla aşırı/hiç yapamıyorum

D2.1 <u>30 dakika gibi uzun süre ayakta durma</u>	1	2	3	4	5
D2.2 <u>Otururken ayağa kalkma</u>	1	2	3	4	5
D2.3 <u>Evin içinde dolaşma</u>	1	2	3	4	5
D2.4 <u>Eviden dışarı çıkma</u>	1	2	3	4	5
D2.5 <u>Bir kilometre dolayında uzun mesafe yürütme</u>	1	2	3	4	5

3.ALAN Kendine bakım

Şimdi size kendinize bakımda çektığınız güçlükleri soracağım.

1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Son 30 gün içinde aşğıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

	hiç	biraz	orta derecede	çok fazla	aşırı / hiç	yapamıyorum
D3.1 Banyo yapma	1	2	3	4	5	
D3.2 Giyinme	1	2	3	4	5	
D3.3 Beslenme	1	2	3	4	5	
D3.4 Birkaç gün yalnız kalma			1	2	3	4 5

4. ALAN İnsan ilişkileri

Şimdi size insan ilişkilerinde yaşadığınız güçlüklerle ilgili sorular soracağım. Sadece sağlık sorunları nedeniyle yaşadığınız güçlükleri öğrenmek istediğimi unutmayın. Bununla hastalıkları, yaralanmaları, ruhsal sorunları ve alkol ve madde kullanımına bağlı sorunları kastediyorum.

1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

hiç biraz orta derecede çok fazla aşırı/hiç yapamıyorum

D4.1 Tanımadığınız insanlarla ilişki kurma	1	2	3	4	5	
D4.2 Bir arkadaşlığı sürdürme	1	2	3	4	5	
D4.3 Yakın olduğunuz insanlarla ilişki kurma	1	2	3	4	5	
D4.4 Yeni arkadaşlar edinme	1	2	3	4	5	
D4.5 Cinsel ilişki	1	2	3	4	5	

5. ALAN Yaşam faaliyetleri

• Ev işleri

Bundan sonraki sorular ev işlerini yapmak ve birlikte yaşadığınız insanlara bakmakla ilgili faaliyetleri içermektedir. Yemek yapmak, temizlik yapmak, alışveriş yapmak, diğer aile bireylerine bakmak, size ait olan şeylerle ilgilenmek bu faaliyetler arasındadır.

D5.1 Bir hafta içinde bu tür faaliyetlere kaç saat harcıyorsunuz? Saat olarak kaydedin ___/___

1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Sağlık durumunuz nedeniyle son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

hiç biraz orta derecede çok fazla aşırı/hiç yapamıyorum

D5.2 Evle ilgili sorumlulukları yerine getirme	1	2	3	4	5
D5.3 Evdeki önemli görevlerinizi iyi bir şekilde yapma	1	2	3	4	5
D5.4 Yapılması gereken tüm ev işlerini bitirme	1	2	3	4	5
D5.5 Ev işlerini yeterince hızlı yapma	1	2	3	4	5

D5.6 Son 30 gün içinde sağlık

durumunuz nedeniyle

ev işlerini yeterince yapmadığınız

veya hiç yapmadığınız kaç gün oldu? Gün sayısını kaydedin ___/___

EĞER KUTU İŞARETLENMİŞSE (DENEK ÇALIŞIYORSA VEYA ÖĞRENCİYE) DEVAM EDİN, YOKSA BİR SONRAKİ SAYFADAKİ 6. BÖLÜME GEÇİN

Şimdi size diğer iş faaliyetleriyle ilgili sorular soracağım.

D5.7 Bir haftanın kaç saatini işte geçiriyorsunuz? SAAT OLARAK KAYDEDİN ___/___

1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Sağlık durumunuz nedeniyle son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

hiç biraz orta derecede çok fazla aşırı/hiç

D5.8 Her gün yapmak zorunda olduğunuz işleri yürütme	1	2	3	4	5
D5.9 İşteki önemli görevlerini iyi bir şekilde yerine getirme	1	2	3	4	5
D5.10 Yapılması gereken tüm işleri bitirme	1	2	3	4	5
D5.11 İşleri zamanında bitirme	1	2	3	4	5

6. Alan Toplumsal yaşama katılım

Şimdi size toplumsal yaşama katılımınız ve sağlık sorunlarınızın siz ve aileniz üzerindeki etkisiyle ilgili sorular soracağım. Bazı sorular son 30 günü aşan sorunlarla ilgili olabilir, ancak cevaplarken lütfen son 30 günü dikkate alın. Yine soruları bedensel, ruhsal ,alkol veya madde kullanımı ile ilgili sağlık sorunlarınızı düşünerek cevaplayın.

1. VE 2. KARTI GÖSTERİN

Son 30 gün içinde:

hiç hafif orta derecede çok fazla aşırı/ hiç

yapamıyorum

D6.1 Sosyal faaliyetlere herkes kadar

katılabilmekte (şenlikler, eğlence, dini faaliyetler vb.) ne kadar sorunla

1 2 3 4 5

karşılaştınız?

D6.2 Çevrenizden kaynaklanan engeller yüzünden ne kadar sorunla karşılaştınız?

1 2 3 4 5

D6.3 Diğer insanların davranış ve tutumları karşısında kendinize Saygınızı yitirmeden yaşayabilmekte ne kadar sorunla karşılaştınız?

1 2 3 4 5

D6.4 Sağlık durumunuza ve yol açtığı sonuçlara ne kadar zaman harcadınız?

1 2 3 4 5

D6.5 Sağlık durumunuz yüzünden duygusal olarak ne kadar etkilendiniz?

1 2 3 4 5

D6.6 Sağlığınız için yaptığınız harcamalar sizin ve ailenizin ekonomik durumunu ne kadar etkiledi?

1 2 3 4 5

Son 30 gün içinde:

D6.7 Sağlık durumunuz yüzünden aileniz ne kadar sorunla karşılaştı?

1 2 3 4 5

D6.8 Dinlenmek veya eğlenmek amacıyla kendi başınıza birşeyler yapmakta ne kadar güçlük

1 2 3 4 5

Kart 1.

Sağlık Durumları:

- Kısa veya uzun süren hastalıklar ve sağlık sorunları
- Yaralanmalar
- Ruhsal sorunlar
- Alkolle ilgili sorunlar
- Maddeyle ilgili sorunlar

Bir faaliyet sırasında güçlük çekmek demek:

- Fazla çaba harcamak
- Rahatsızlık ve ağrı çekmek
- Yeterince hızlı olamamak
- Faaliyeti sürdürme biçiminin diğer insanlara göre farklılık taşıması anlamına gelir.

Sadece son 30 günü düşünün.

KART 2.

1	2	3	4	5
Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/ Hiç

EK 8. ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

İfadeler	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
Açıklama: Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size yakın gelen şıkki işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.					
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	()	()	()	()	()
2.Kendimi beğeniyorum.	()	()	()	()	()
3.Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.	()	()	()	()	()
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyuyorum.	()	()	()	()	()
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	()	()	()	()	()
7.Kendime bakmadığım zaman, yardım ararım.	()	()	()	()	()
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	()	()	()	()	()
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.	()	()	()	()	()
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	()	()	()	()	()
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	()	()	()	()	()
12.Dengeli beslenirim.	()	()	()	()	()
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.	()	()	()	()	()
14.Sağlığımı dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.	()	()	()	()	()
15.Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	()	()	()	()	()
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hakettiğime inanıyorum.	()	()	()	()	()
17.Kararlarımı sonuna kadar uygularım.	()	()	()	()	()
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	()	()	()	()	()
19.Sağlığım ile ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygularım.	()	()	()	()	()
20.Kendimle dostum.	()	()	()	()	()
21.Kendime iyi bakarım.	()	()	()	()	()
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	()	()	()	()	()
23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.	()	()	()	()	()
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	()	()	()	()	()
25.Yaşam bir zevktir.	()	()	()	()	()
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.	()	()	()	()	()
27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.	()	()	()	()	()
28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	()	()	()	()	()
29.Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
30.Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.	()	()	()	()	()
31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemem ve geçmesini beklerim.	()	()	()	()	()
32.Kendime bakmak için bilgileneceğim çalışırım	()	()	()	()	()
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	()	()	()	()	()
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	()	()	()	()	()
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlıyorum.	()	()	()	()	()

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı- Soyadı : Cansu Solgun
Doğum Yeri ve Tarihi : Kadıköy- 29.07.1994
Uyruğu : TC
Medeni Durum : Bekar
İletişim Adresi : cansu.solgun1@ogr.sakarya.edu.tr
Yabancı dili : İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

2012-2016 Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü
2008-2012 Samsun Bafra Anadolu Lisesi

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

2016- devam Hemşire

IV- Mesleki Deneyimi

T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Merkez Yoğun Bakım Eylül 2016- Şubat 2017, İSTANBUL

T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Şubat 2017- devam ediyor, İSTANBUL

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Yayınları: (Ulusal ya da uluslararası makale, bildiri, poster, kitap/kitap bölümü vb.)

Solgun C, Durat G. (2017) Göç ve Ruh Sağlığı. Journal of Human Rhythm, 3 (3), 137-144. Retrieved from <http://dergipark.org.tr/johr/issue/31267/340426> (Derleme)

Solgun C, Tarsuslu B, Çulhacık GD, Durat G. (2018) Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Örgütsel Stres Düzeyleri İle Benlik Savunma Mekanizmaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. J Hum Rhythm, 4(2):80-87 (Araştırma).

Solgun C, Koç C. (2018) Çocuk Yoğun Bakım Ünitelerinde Bıspektral İndeks Kullanımının Önemi, 2. Karadeniz Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi (özet metin-poster sunumu) 25-27 Nisan 2018 Trabzon, Türkiye (PS4).

Tarsuslu B, **Solgun C**, Durat G. (2018). Şizofreni Hastalarında Yeti Yitiminin Pozitif Ve Negatif Sendromla İlişkisi/The Relationship Between Disability And Positive And Negative Syndromes In Schizophrenia Patients, V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (Sözel Bildiri Sunumu) 20-23 Kasım 2018 Antalya, Türkiye (ID 4709).

Cincioğlu E , Tarsuslu B , Çulhacık GD , **Solgun C** , Durat G. (2018). Özel Gereksinimi Olan Çocukların Sosyal Cevaplılığı İle Annelerinin Sosyal Bilişi Arasındaki İlişki, V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (Sözel Bildiri Sunumu) 20-23 Kasım 2018 Antalya, (ID 4408).

Koç C, **Solgun C**. (2018) Meningokokseminin Sebep Olduğu Purpura Fulminans'a Yönelik Yara Bakımı: Olgu Sunumu, 2. Karadeniz Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi (özet metin- poster sunumu) 25-27 Nisan 2018 Trabzon, Türkiye (PS13).

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Ödüller

Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu- Fakülte Üçüncülüğü

2. Karadeniz Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi- Meningokokseminin Sebep Olduğu Purpura Fulminans'a Yönelik Yara Bakımı: Olgu Sunumu -Poster Sunum Birinciliği.

VIII- Diğer Bilgiler

16-19 Kasım 2017 tarihlerinde 23. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi ve 1. Ruhsal İyileştirim Kongresine katılım

16-19 Kasım 2017 tarihlerinde 23. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi ve 1. Ruhsal İyileştirim Kongresi'nde 4 saatlik "Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi" kursuna katılım.

16-19 Kasım 2017 tarihlerinde 23. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi ve 1. Ruhsal İyileştirim Kongresi'nde 2 saatlik "TRSM'de Ne Neden Nasıl Yapılmalı?" kursuna katılım.

16-19 Kasım 2017 tarihlerinde 23. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi ve 1. Ruhsal İyileştirim Kongresi'nde 2 saatlik "Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Ekip ilişkileri ve Toplumla Bütünleşmek İçin Model Önerisi" kursuna katılım.

8-10 Mart 2018 tarihlerinde 6. Çocuk Dostları Kongresi'ne katılım.

25-27 Nisan 2018 tarihlerinde 2. Karadeniz Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi'ne katılım.