



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM
BEYAZIT SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

Proje Yöneticisi: Prof. Dr. Sibel ÖRSEL

**ŞİZOFRENİ VE ŞİZOAFFEKTİF BOZUKLUK TANILI HASTALARIN
İYİLEŞMEYE BAKIŞ AÇILARININ; SEMPTOM DÜZEYİ, SOSYAL
DESTEK, İŞLEVSELLİK DÜZEYİ, YETİ YİTİMİ DERECEŐİ,
KARŞILANMIŞ-KARŞILANMAMIŞ İHTİYAÇLAR İLE İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Meltem Derya şAHİN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2020



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM
BEYAZIT SAğLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

Proje Yöneticisi: Prof. Dr. Sibel ÖRSEL

**ŞİZOFRENİ VE ŞİZOAFFEKTİF BOZUKLUK TANILI HASTALARIN
İYİLEŞMEYE BAKIŞ AÇILARININ; SEMPTOM DÜZEYİ, SOSYAL DESTEK,
İŞLEVSELLİK DÜZEYİ, YETİ YİTİMİ DERECEİ, KARŞILANMIŞ-
KARŞILANMAMIŞ İHTİYAÇLAR İLE İLİŞKİSİNİN DEğERLENDİRİLMESİ**

Dr. Meltem Derya ŞAHİN

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Akfer KARAOğLAN KAHİLOğULLARI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince kıymetli bilgi ve deneyimleriyle iyi bir psikiyatrist olabilmem yönündeki katkılarından dolayı saygıdeğer hocam Prof. Dr. Sibel ÖRSEL'e;

Uzmanlık eğitimi sürecimde mesleki ve akademik yaklaşıma kıymetli katkılarıyla ışık tutan saygıdeğer hocam Doç. Dr. Hasan KARADAĞ'a;

Ruh sağlığı alanında çalışmanın ne anlama geldiğini farklı yönleriyle bana öğreten ve neden tıp bilimini tercih ettiğimi yıllar sonra tekrar hatırlamama sebebiyet veren; yalnızca mesleki yaşamıma değil, tüm hayatıma bakışında köklü değişikliklere neden olduğunu düşündüğüm kıymetli hocam, mentorum, ablam Doç. Dr. Akfer KARAOĞLAN KAHİLOĞULLARI'na;

Uzmanlık eğitimim süresince birlikte çalışma fırsatı bulduğum ve değerli tecrübelerinden faydalandığım Doç. Dr. Süheyla DOĞAN BULUT'a, Doç. Dr. Kadir ÖZDEL'e, Uzm. Dr. Yasir ŞAFAK'a; uzmanlık eğitimi gibi değerli ve bir o kadar da zorlu süreci paylaşma fırsatı bulduğum kıymetli asistan hekim arkadaşlarıma; ve tüm klinik uzman hekimlerine;

Hem uzmanlık eğitimim hem de özellikle tez sürecime değerli katkılarını hiçbir zaman unutamayacağım Selma Ercan DOĞU, İlknur KÜÇÜK AK ve Ahmet TÜRKER başta olmak üzere Dışkapı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanlarına;

Ruh sağlığı alanında önem arzeden multidisipliner çalışmayı mesleki yaklaşımda keyifle uygulamama vesile olan psikolog Ayşegül DAĞDEVİREN ve psikiyatri kliniği sorumlu hemşiresi Nazife AKYÜZ başta olmak üzere tüm psikiyatri kliniği psikolog, hemşire ve personellerine, klinik işleyişe değerli katkılarıyla çalışma hayatımı kolaylaştıran ve yeri asla doldurulamayan değerli klinik sekreterimiz Demet COŞKUN'a;

Rotasyonlarım sırasında eğitimime oldukça fazla katkısı bulunan Ankara Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği ve Dışkapı Eğitim Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği'nin değerli hocaları ve uzmanlarına,

Varlıkları ile kendimi değerli ve güvende hissettiğim sevgili annem Meryem BAYRAKTUTAN, babam Abdulkadir ARASAN ve kardeşim Alparslan ARASAN'a; ayrıca özellikle tez yazım sürecinde yanımda olarak desteklerini esirgemeyen değerli ailem Selma ŞAHİN ve Kayhan ŞAHİN'e;

Tez yazım sürecimde en az benim kadar sürecin içerisinde yer alan, uzmanlık eğitimi sürecim boyunca motivasyonumu arttıran, hayatımın her alanında ve neredeyse her anında yanımda hissettiğim hayat arkadaşım, sırdaşım, değerli eşim Samet ŞAHİN'e ve yaşamımın rengi pıtırıcık oğlum biricik "rüya"mız Rüzgar ŞAHİN'e;

SONSUZ TEŞEKKÜRLERİMİ SUNARIM.

DR. MELTEM DERYA ŞAHİN

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR	vi
TABLO LİSTESİ	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. ŞİZOFRENİ VE ŞİZOAFFEKTİF BOZUKLUK	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Epidemiyoloji	4
2.1.3. Tarihsel Gelişim	4
2.1.4. Etiyoloji	7
2.1.5. Klinik Özellikler ve Tanı	8
2.1.6. Tedavi ve Rehabilitasyon	13
2.1.6.1. Farmakoterapi	14
2.1.6.2. Diğer farmakolojik ajanlar	15
2.1.6.3. Elektrokonvulsif Terapi (EKT)	15
2.1.6.4. Psikososyal Müdahaleler	16
2.1.7. Gidiş, Sonlanış ve Prognoz	17
2.2. İYİLEŞME KAVRAMI	19
2.2.1. Sağlık Disiplininde İyileşme Tanımı	19
2.2.2. Şizofrenide İyileşme Kavramı	20
2.2.3. İyileşme Bileşenleri	24
2.2.4. Hasta Odaklı İyileşme Kavramı	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM	30
3.1. Örneklem ve Yöntem	30
3.2. Veri Toplama Araçları	31
3.2.1 Hastalar İçin Sosyodemografik Form	31
3.2.2. Hasta Yakını için Sosyodemografik Form	31
3.2.3. Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SAPS)	31
3.2.4. Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SANS)	32
3.2.5. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği	32
3.2.6. Camberwell Gereksinim Değerlendirme Kısa Formu (CANSAS)	32
3.2.7. İyileşme Değerlendirme Ölçeği (Recovery Assessment Scale/ Domains and Stages /RAS-DS)	32
3.2.8. Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHODAS 2.0)	32
3.2.9. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-100 TR)	33

3.2.10. Zarit Bakımveren Yüğü Ölçeği (ZBVYÖ - Hasta Yakınları İçin)	33
3.3. İstatistiksel Analiz Yöntemleri	34
3.4. Etik Kurul Onayı	34
3.5.Araştırmanın Bütçesi	34
4. BULGULAR	35
5. TARTIŞMA	50
5.1. Demografik veriler ve İyileşme	50
5.2. Semptomatoloji ve İyileşme	50
5.3. Karşılanmış-Karşılanmamış İhtiyaçlar ve İyileşme	52
5.4. Sosyal Destek ve İyileşme	53
5.5. İşlevsellik – Yetiyitimi ve İyileşme	55
SONUÇ	57
KAYNAKÇA	58
ÖZGEÇMİŞ	63
EKLER	64
Ek 1 Hastalar İçin Sosyodemografik Form	64
Ek 2 Hasta Yakını için Sosyodemografik Form	65
Ek 3 Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SAPS)	66
Ek 4 Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SANS)	68
Ek 5 Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği	70
Ek 6 Camberwell Gereksinim Değerlendirme Kısa Formu (CANSAS)	72
Ek 7 İyileşme Değerlendirme Ölçeği (Recovery Assessment Scale/ Domains and Stages /RAS-DS)	73
Ek 8 Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHODAS 2.0)	75
Ek 9 Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-100 TR)	77
Ek 10. Zarit Bakımveren Yüğü Ölçeği (ZBVYÖ - Hasta Yakınları İçin)	87
Ek 11 ETİK KURUL ONAY FORMU	89

KISALTMALAR

M.Ö. : Milattan önce

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

RDC: Research Diagnostic Criteria

ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği

EPS: Ekstrapiramidal Sistem

EKT: Elektrokonvulsif Terapi

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

CEA: Karsinoembriyonik antijen

BT: Bilgisayarlı Tomografi

RSWG: Şizofrenide Remisyon Çalışma Grubu

GAF: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi – Global Assessment of Functioning

vb.: Ve benzeri

WRAP: Wellness Recovery Action Plan

SAMSHA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration

SAPS: Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği

SANS: Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği

WHOQOL-100: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği

WHODAS 2.0: Dünya Sağlık Örgütü Yetiştirimi Değerlendirme Çizelgesi

RAS-DS: İyileşme Değerlendirme Ölçeğini (Recovery Assessment Scale / Domains and Stages)

CDÖ: Calgary Depresyon Ölçeği

CANSAS: Camberwell Gereksinim Değerlendirme Kısa Formu

ZBVYÖ: Zarit Bakımveren Yüğü Ölçeğı

SPSS: Statistical Package for Social Sciences for Windows

IQR: Interquartile Range

SD: Standart Sapma

r: Pearson Korelasyon

rho: Spearman Korelasyon

r_{pb} : Point Biserial Korelasyon

TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Hastalara ait demografik veriler	35
Tablo 2. Aile öyküsü verileri	36
Tablo 3. Hastaların tedavi öykülerine yönelik bilgiler	36
Tablo 4. Bakım veren kişilere ait bilgiler	37
Tablo 5. SAPS ve SANS ölçek sonuçları	37
Tablo 6. CANSAS ölçek sonuçları	38
Tablo 7. RAS-DS, WHOQOL-100 TR, WHODAS 2.0 ölçek sonuçları	39
Tablo 8. ZBVYÖ ve alt ölçekleri sonuçları	40
Tablo 9. RAS-DS alt ölçek sonuçları korelasyon analizi	40
Tablo 10. Demografik verilerle RAS-DS ölçeği korelasyon analizi sonuçları	41
Tablo 11. Hastalık ve tedavi öyküsü ile RAS-DS korelasyon analizi sonuçları	42
Tablo 12. SAPS ölçeği ile RAS-DS ölçeği korelasyon analizi sonuçları	43
Tablo 13. SANS ölçeği ile RAS-DS ölçeği korelasyon analizi sonuçları	44
Tablo 14. Calgary ve CANSAS ölçeklerinin RAS-DS toplam ve alt ölçekleri ile yapılan korelasyon analiz sonuçları	45
Tablo 15. WHOQOL-100 TR ile RAS-DS ölçekleri korelasyon analizi sonuçları	46
Tablo 16. WHODAS 2.0 Ölçeği ile RAS-DS ölçeği korelasyon analizi sonuçları	47
Tablo 17. Hasta yakını demografik verileri ile RAS-DS Ölçeği korelasyon analizi sonuçları	48
Tablo 18. ZBVYÖ ile RAS-DS korelasyon analizi sonuçları	49

35ÖZET

ŞİZOFRENİ VE ŞİZOAFFEKTİF BOZUKLUK TANILI HASTALARIN İYİLEŞMEYE BAKIŞ AÇILARININ; SEMPTOM DÜZEYİ, SOSYAL DESTEK, İŞLEVSELLİK DÜZEYİ, YETİ YİTİMİ DERECEİ, KARŞILANMIŞ-KARŞILANMAMIŞ İHTİYAÇLAR İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

AMAÇ: Bu çalışmada şizofreni ve şizoaftaktif bozukluk tanılı hastaların iyileşmeye bakış açılarının; semptom düzeyi, sosyal destek, işlevsellik düzeyi, yetiyitimi derecesi, karşılanmış-karşılanmamış ihtiyaçlar, bakım veren yükü ile ilişkisinin ortaya konması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, yataklı servisi ve erişkin polikliniğine Mart- Nisan 2020 tarihleri arasında başvuran hastalar ve bakım verenleri davet edilmiş, bilgilendirilmiş onam alınanlar gönüllülük esasına göre çalışmaya dahil edilmiştir. 101 hasta ve 77 hasta yakını ile yapılan çalışmada değerlendirme için hem hasta hem yakınlarına yönelik düzenlenen Sosyodemografik Veri Formu, Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SAPS), Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SANS), Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, Camberwell Gereksinim Değerlendirme Kısa Formu (CANSAS), İyileşme Değerlendirme Ölçeği (RAS-DS), Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHODAS 2.0), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL 100-TR), Zarit Bakım Veren Yükü Ölçeği (ZBVYÖ) kullanılmıştır.

BULGULAR: Çalışmamızda yaş, cinsiyet, hastalık tanısı, ailede ruhsal hasalık öyküsü gibi demografik verilerle RAS-DS puanları arasında korelasyon saptanmamışken; hastanın eğitim yılı RAS-DS ile pozitif yönde korele saptanmıştır. RAS-DS toplam ölçek puanı ile SAPS puanları arasında ilişki saptanmamış olup; SANS ölçek toplam ve özellikle anhedoni, avölüsyon alt ölçek puanları ters yönlü anlamlı korele sonuçlanmıştır. RAS-DS toplam ölçek puanları ile hasta ve hekim tarafından değerlendirilen CANSAS karşılanmamış ve toplam ihtiyaç puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Ayrıca RAS-DS toplam ölçek puanları WHOQOL-100 TR toplam ve sosyal ilişkiler alt ölçeği ile pozitif yönde anlamlı korele saptanmışken; RAS-DS puanları ile WHODAS 2.0 negatif yönde anlamlı ilişkili bulunmuştur. RAS-DS toplam, fonksiyonel iyileşme ve klinik iyileşme alt ölçek puanları ile ZBVYÖ toplumsal ilişkilerde bozulma alt boyutu arasında ters yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır.

SONUÇ: Şizofreni hastalarının iyileşme ve topluma tam entegrasyonunu sağlama sürecinde sosyal ve çevresel engellerden arındırılmış bir ortam ideal olarak tanımlanmaktadır. Çünkü iyileşme, ihtiyaç duyulan desteğin karşılanması ile birlikte, toplumdaki diğer bireylerle eşit olarak yaşamın tüm yönlerine katılabilme ile ilgili bir süreçtir. Buna göre; hastaların iyileşme tanımlarının kaliteli, tatmin edici ve üretken bir yaşam ile ilişkili olduğu; özellikle negatif semptomların çalışmamızdaki iyileşme ile ilişkisine bakarak, negatif semptomlara yönelik daha kapsamlı ruh sağlığı hizmetlerin üretilmesinin uygun olacağı söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: iyileşme, şizofreni, yetiyitimi, semptomatoloji, karşılanmış-karşılanmamış ihtiyaçlar, bakım veren yükü, sosyal destek



ABSTRACT

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN PERSPECTIVES OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS AND PATIENS WITH SCHIZOAFFECTIVE DISORDER ON RECOVERY AND; SYMPTOMATOLOGY, SOCIAL SUPPORT, FUNCTIONALITY LEVEL, DEGREE OF DISABILITY AND MET-UNMET NEEDS

OBJECTIVE: The aim of this study is to evaluate the relationship between perspectives of schizophrenia patients and patients with schizoaffective disorder on recovery and; symptomatology, social support, functionality level, degree of disability, met-unmet needs and caregiver burden.

MATERIALS AND METHODS: Patients and caregivers, who applied to the Community Mental Health Center of Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital or inpatient service and adult outpatient clinic of the hospital through March and April 2020, were invited and those who received informed consent were included in the study on a voluntary basis. In the study conducted with 101 patients and relatives of 77 patients, Sociodemographic Data Form, Positive Symptoms Evaluation Scale (SAPS), Negative Symptoms Evaluation Scale (SANS), Calgary Depression Scale for Schizophrenia, Camberwell Requirement Evaluation Short Form (CANSAS) , Recovery Evaluation Scale (RAS-DS), World Health Organization Disability Assessment Shedule (WHODAS 2.0), World Health Organization Quality of Life Scale (WHOQOL 100-TR), Zarit Caregiver Burden Scale (ZCBS) were used.

RESULTS: In our study, while no correlation was found between demographic data such as age, gender, disease diagnosis, family history of mental illness and RAS-DS scores; the patient's education year was positively correlated with RAS-DS. No relation was found between RAS-DS total scale score and SAPS scores; SANS scale total and especially anhedonia, avolition subscale scores resulted in significant correlation with the opposite direction. In addition, while RAS-DS total scale scores were positively correlated with WHOQOL-100 TR total and social relations subscale; ROD-DS scores were found to be significantly correlated with WHODAS 2.0 negatively. A significant negative correlation was found between RAS-DS total, functional improvement and clinical improvement subscale scores and ZCBS social relations deterioration subscale.

DISCUSSION AND CONCLUSION:

In the process of recovery of schizophrenia patients and their full integration into society, an environment, free of social and environmental barriers is described as ideal. Because recovery is a process related to being able to participate in all aspects of life equally with other individuals in the society, rather than meeting the support needed. According to this; It can be said that the definition of recovery of patients is associated with a quality and satisfying and productive life. Especially by looking at the relationship between negative symptoms and recovery in our study, it can be said that it would be appropriate to produce more comprehensive mental health services for negative symptoms.

KEYWORDS: recovery, schizophrenia, disability, symptomatology, met-unmet needs, caregiver burden, social support,

1. GİRİŞ

Şizofreni tutarsız veya mantıksız düşünceler, tuhaf davranış ve konuşmalar ve sanrı veya halüsinasyonlarla karakterize; tipik olarak geç ergenlikte veya erken yetişkinlikte başlayan; dünya çapında yaklaşık 21 milyon insanı etkileyen tedavi edilebilir ciddi bir zihinsel hastalıktır. Şizofreni tedavisi ile kişiler üretken bir yaşam sürdürebilir ve topluma entegre olabilir [1, 2].

Şizofreni süregelen ve yeti yitimiyle giden bir hastalık olarak değerlendirilmesine karşın, uzun süreli izlem çalışmalarında hastaların önemli bir kısmında iyileşme görüldüğü belirtilmektedir. Şizofrenide iyileşme kavramı farklı gruplar farklı tanımlamalar kullandıkları için sınırları tam belirli olmayan ve değişik yaklaşımları içeren bir biçimde kullanılmaktadır. Klinisyenler geleneksel olarak semptomları ve genel işlevsellik düzeyini temel alan iyileşmeyi tanımlarken; hastalar iyileşmeyi kendini kontrol edebilmeyi ve üretkenliği içeren, anlamlı ve tatmin edici bir yaşam oluşturarak zihinsel hastalığın üstesinden gelme süreci olarak tanımlar [3-5].

Son yıllarda üzerinde çalışılan iyileşme kavramı her ne kadar bireysel olsa da, yaygın olarak tanımlanmış bazı iyileşme bileşenleri mevcuttur; bunlar bağlılık (ilişkiler, akran desteği, destek grupları toplumun parçası olabilme vb.), gelecekle ilgili umut ve iyimserlik (iyileşme ihtimaline inanmak, değişime motivasyon vb.), kimlik (kimlik bileşenleri, stigmaların üstesinden gelme), yaşamdaki anlam (yaşam kalitesi, yaşamı yeniden inşa etme, sosyal roller vb.) ve güçlendirme olarak sıralanabilir [6].

Hasta odaklı iyileşme kavramı yenidir. Otonomi ve kişiselleşmiş bakım ilkelerini kapsayan ruh sağlığı hizmeti yaklaşımını tanımlamakta ve çoğunlukla hastaların kişisel deneyimlerinden kaynaklanmaktadır [6, 7] . Hasta odaklı iyileşme kavramının sınırları henüz net olmasa da; Amerika Birleşik Devletleri, Birleşik Krallık, Avustralya, Kanada, Yeni Zellanda gibi ülkelerde politika ve sağlık uygulamalarına yıllardır yön vermektedir.

İyileşme sürecini yaşayan ve iyileştiğini hisseden biri kendini daha işlevsel, daha güçlenmiş, daha özgüvenli olarak değerlendirebilmektedir. Bazı çalışmalarda iyileşme kavramının bireyin pozitif semptomları ile ilişkisinin diğer kavramlara göre daha az ilişkili bulunması, iyileşme anlayışında üzerinde uzlaşılan yukarıda bahsedilen bireysel ve kültürel faktörlerin önemini vurgulamaktadır. Her ne kadar iyileşme kavramı bazı araştırmacılar tarafından psikiyatrik belirtilerden ayırt edilse dahi; iyileşme sürecinin belirti şiddetinden etkileniyor olduğunu ortaya koyup, belirti yönetimini iyileşme bileşeni olarak öneren çalışmalar

da mevcuttur [8]. İyileşmeyi etkileyen psikososyal faktörleri ve süreçleri ortaya koyan bir derlemede iyileşmeyi teşvik eden faktörler arasında sosyal destek ve yakın ilişkiler gösterilirken; iyileşmeyi olumsuz etkileyen faktörler arasında da olumsuz etkileşimler ve izolasyon bildirilmektedir. Aynı çalışmada, bireyler için anlam sağlayan, bağımsız olarak erişilebilir faaliyetlerin bulunmamasının, hastanın yaşamını ve iyileşme yeteneğini olumsuz yönde etkileyebileceği belirtilmektedir [9]. Bakım verenlerin de; ruhsal hastalığı olan yakınlarının kişilerarası ilişkilerini koruyabildikleri, sosyal etkileşimlerini yönetebildikleri ve değerli oldukları bir geleceği öngördükleri, üretken ve gelir getirici olma konusunda becerikli olduklarında bakım yükünü daha az algıladıkları düşünülmektedir [10].

Halihazırda uygulanan geleneksel klinik ölçekler klinisyenlere önemli bilgiler sağlarken, hastaların öznel iyileşme hissi hakkında pek fikir vermemektedir. Son yıllarda geliştirilen iyileşme değerlendirme ölçekleri, hastalar için değerlendirme sürecini zenginleştirebilecek anlamlı bilgiler sağlamakta; hem klinisyene hem de hastaya tartışma ve hedef belirleme alanları önererek terapötik ilişkiyi beslemektedir. Hastaların kendi iyileşme sürecini bu ölçekler aracılığıyla değerlendirebiliyor olması durumu, hastalığın tedavisi ve işlevselliğin arttırılması için işbirlikçi bir çaba olarak düşünülebilir [8].

Ülkemizde ruh sağlığı alanında iyileşme, son yıllarda sıklıkla çalışılan bir konudur. Alanyazında, hastaların iyileşme kavramını tanımlayan çok sayıda ölçek geliştirilmiş ve bu iyileşme kavramı ile birçok faktörün ilişkisi ortaya konmaya çalışılmıştır. Ülkemizdeki çalışmalar da genellikle hastaların iyileşme tanımlarına odaklanmıştır. Fakat iyileşmenin hastalığa dair faktörler ile ilişkisinin incelendiği; hasta yakınlarının da dahil edildiği ve bakımveren yükünün iyileşme bakışına etkisinin değerlendirildiği çalışmalara da ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Mevcut bilgiler ışığında, bu çalışmada hastaların iyileşmeye bakış açılarının; semptom düzeyi, sosyal destek, işlevsellik düzeyi, yetiyitimi derecesi, karşılanmış-karşılanmamış ihtiyaçlar, bakım veren yükü ile ilişkisinin ortaya konması amaçlanmaktadır. Böyle bir çalışmanın ileride hasta odaklı bir iyileşme modelinin oluşturulması için faydalı olacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızın hipotezi: Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanılı hastaların iyileşmeye bakış açılarının; semptom düzeyi, sosyal destek, işlevsellik düzeyi, yetiyitimi derecesi, karşılanmış-karşılanmamış ihtiyaçlar ile ilişkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ŞİZOFRENİ VE ŞİZOAFFEKTİF BOZUKLUK

2.1.1. Tanım

Ruhsal hastalıklar, işlevsellikte önemli bozulmalara neden olduğunda ve yaşam aktivitelerini önemli ölçüde sınırladığında, “ciddi ruhsal hastalık” olarak adlandırılır [11]. Amerika’daki 10 milyon ciddi ruhsal hastalık tanılı bireyin yaklaşık 4’te birinin yoksulluk sınırının altında yaşadığı ve bu sayının Amerika’daki tüm yoksulluk sınırının altındakilerin yarısından fazla olduğunu belirtilmektedir [12]. Ciddi ruhsal hastalıklar en dar tanımıyla “psikotik-spektrum bozuklukları”, “şiddetli bipolar bozukluk” ve “şiddetli majör depresyon” olarak düşünülebilir. Psikotik spektrumda şizofreni, şizoafektif bozukluk gibi ruhsal hastalıklar yer almaktadır. 2009 yılında Şizofreni tedavisinde kanıta dayalı öneriler sunan The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) çalışmasının [13], elde edilen bulguların diğer ciddi ruhsal hastalıklara da genelleştirilebileceği varsayımından hareketle; bu tez kapsamında ağırlıklı olarak şizofreni hastalığı üzerinde durulmuştur.

Ciddi ruhsal hastalık tanımı yapılırken dikkati çeken durum; diğer hastalıkların aksine şizofreninin kategorizasyonu sırasında “şiddetli” olarak tanımlanmasının gerekmediğidir. Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (NIMH) şizofreniyi “düşünce sürecinde, algılamada ve duygusal yanıtta bozulmalar ile karakterize; kronik, şiddetli ve yaşamı engelleyici bir ruhsal bozukluk” olarak tanımlamaktadır [14]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Amerikan Psikiyatri Birliği’ne (APA) göre şizofreni tutarsız veya mantıksız düşünceler, tuhaf davranış ve konuşmalar, sanrı veya halüsinasyonlarla karakterize; tipik olarak geç ergenlikte veya erken yetişkinlikte başlayan; dünya çapında yaklaşık 21 milyon insanı etkileyen tedavi edilebilir ciddi bir ruhsal hastalıktır. Eğitim ve mesleki işlevselliği önemli ölçüde etkileyebilecek yetiyitimi ile ilişkilidir. Psikotik bozukluklar damgalanma olasılığı yüksek bir ruhsal bozukluk grubudur. Bu durum genel sağlık hizmetleri, eğitim, barınma ve istihdama erişimi sınırlandırabilen ayrımcılığa neden olabilmektedir. Psikotik bozukluk spektrumunda yer alan tanılar alan kişiler hem ruh sağlığı kurumlarında hem de toplum içerisinde insan hakları ihlallerine maruz kalma riskiyle karşı karşıyadır. [1, 2].

Şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların uygun şekilde tedavisi ile kişiler üretken bir yaşam sürdürebilir ve topluma entegre olabilir [1, 2]. Fakat şizofreni hastalarının % 69' undan

fazlası uygun bakım görememektedir. Bu durum; tedavi edilmeyen şizofreni hastalarının yüzde doksanın düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşaması, ruh sağlığı hizmetlerine erişimin olmaması ve hastaların genel nüfusa oranla daha az yardım arama olasılığının mevcudiyeti ile açıklanmaya çalışılmaktadır [15].

2.1.2. Epidemiyoloji

Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk üzerine sıklık ve yaygınlık verileri değişkendir. Şizofreninin tüm dünyada yaşam boyu prevalansının % 0,3-0,7 arasında olduğu saptanmıştır [16]. ABD’de yılda 300 binin üzerinde akut psikotik atak gözlenmektedir [17]. Dünya genelinde her yıl yaklaşık olarak 2 milyon yeni vaka ortaya çıkmaktadır [18]. Türkiye’de yapılan sistematik bir gözden geçirmede ise, şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı 1000 kişide 8,9 olarak bulunmuştur. Yakın zamana kadar kadın ve erkeklerde eşit yaygınlıkta ortaya çıktığı söylenirken; erkek/kadın oranının 0,9-2,4 oranında olduğunu söyleyen çalışmalar da vardır [19]. Erkeklerde kadınlara göre genellikle daha genç yaşlarda başlamaktadır. Hastalığın başlama yaşı erkeklerde 15-25, kadınlarda 25-35 yaş aralığında pik yapmaktadır. Kadınlarda orta yaşlarda ikinci bir başlama sıklığı görülmektedir. Tedavi altındakileri %90’ı 15-55 yaşları arasındadır. 10 yaşından önce ve 60 yaşından sonra şizofreni başlangıcı oldukça nadirdir [18-20]. Hastaların %80 kadarına önemli bir tıbbi hastalık eşlik ettiği ve bu durumların yaklaşık %50’sinin henüz tanı almamış olabileceğini belirten yayınlar mevcuttur [17]. Şizoaffektif bozukluk tanısı, psikiyatrinin en tartışmalı konularından biridir [19]. Hem şizofreni hem de duygudurum bozuklukları özelliklerini taşımaktadır. Yaşam boyu prevalansı %0,5-0,8 arasındadır. Bipolar alt tipte kadın-erkek oranı eşit iken, depresif tipte kadın-erkek oranı 2 kattan yüksektir. Kadınlarda başlangıç yaşı erkeklerden daha geçtir.

2.1.3. Tarihsel Gelişim

Bir hastalığın tarihsel temelleri ve sosyal etkileri, o hastalığı anlamak için önemlidir. Ruhsal bozukluk ile sosyal tutum ve inançlar arasındaki ilişkinin diğer hastalıklardan daha güçlü olduğunu ve sosyal bağlamın ruhsal bozuklukların tedavisini daha fazla etkilediğini; hatta ruhsal bozuklukların sadece belirli bir tarihsel zaman ve sosyal bağlam içinde tanımlanabileceğini iddia eden yazarlar mevcuttur [21]. Psikiyatrik tarih bilgisi, psikiyatri pratiğine doğrudan yardımcı olmayabilir, ancak psikiyatri ile ilgili olarak dünya görüşümüzü değiştirebilmektedir [22].

Şizofreninin klinik belirtileri ve bulgularının çok eski tarihlerde de varlığına ilişkin birçok yazılı belge vardır. Eski Mısır döneminde MÖ 2000’lerde doktorlar psikozu, kan damarlarından kaynaklanan kalp ve uterusun fiziksel bir hastalığı olarak kabul etmekteydi.

Yunan doktorlar sanrı ve paranoyayı kan, balgam ve sarı veya siyah safra maddesi arasındaki uyum eksikliği ile açıkladılar [23]. Hipokrat, humoral dengesizliklerin beyni bozduğunu ve bu nedenle insanların biyolojik yapısının deliliğe neden olduğunu varsaydı [24]. M.Ö. 1400 yıllarından kalmış olan Hint Veda yazılı metinlerinde, bugün özellikle ağır bir klinik gidiş gösteren şizofreni hastalarında karşılaştığımız çıplak dolaşan, kendine bakımı ileri derecede azalmış, yaşamlarını boş bir biçimde sürdüren ya da dinle aşırı şekilde meşgul olan, kendisini Tanrı ya da Peygamber zanneden, zehirleneceğinden korkan kişilerden söz edilmiştir [23, 25]. 12. yüzyıl Avrupa'sında ses duyma, görüntü görme gibi deneyimler şeytani olmaktan ziyade ilahi olarak kabul edilirken; bu kutsallık inancı, halüsinasyon ve sanrılı kadınların cadı olarak kabul edildiği ve kazıkta yakıldığı dönem olan 15. yüzyılda azalmıştır [25]. Katolik Hristiyan inancının güçlü olduğu toplumlarda bazı manastırların akıl hastalarına kapılarını açması; bu kişilerin din adamları tarafından şeytani varlıklar ve tanrının gazabına uğramış kişiler olarak değerlendirilmesine yol açmıştır. Buralarda hastalara egzorsizm ayinleri uygulanmış, hastalar toplum dışına itilmiş, hatta işkence ve ölüm cezalarına çarptırılmışlardır. Şizofreni belirtileri gösteren kişilerin kurumsallaşması (akıl hastanelerine kapatılmaları) 16. yüzyılda popülerlik kazanmıştır [25]. 18 yüzyıl sonuna yaklaşıldığında özellikle ekonomik açıdan kârlı olmaları nedeni ile akıl hastanelerinin sayıları artmaya başlamıştır. Akıl hastaneleri geliştikçe, semptomları baskılamak ve hastalara iyi davranışı öğretmek için zincir, kırbaç, deli gömleği adı verilen giysilerin kullanımı artmıştır. Birçok korku kitabı, film ve dizilere ilham verdiği düşünülen İngiltere'nin ilk akıl hastanesi olan Bethlam Hastanesi, bu tip kurumların uygulamadaki aşırılıklarını temsil eden olumsuz örneklerden biridir. Kargaşa ve karışıklık anlamına gelen "bedlam" kelimesi ile de anılmaktadır. Kurumdaki hastalarla herhangi bir bağı olmayan sıradan ziyaretçilere, hastane gelirlerini artırma fikrine yönelik hastaları ziyaret etme izin verilmesi, tarihte dikkat çekici olaylar arasında yerini almaktadır [24].

19. yüzyılda psikiyatri alanında etiyoloji, patogeneze ve tedavi açısından gelişmeler yaşanmış; deliliğin yerine akıl hastalığı kavramından bahsedilmeye başlanmıştır. Fransız hekim Philippe Pinel (1745-1826), 19. yüzyılda akıl hastalarına yönelik paradigmada en köklü değişimi yapan hekim olarak bilinmektedir. Pinel'e göre akıl hastalıkları; doğaüstü veya teolojik kuramlarla ilişkili olarak değil; psikolojik, sosyal ya da kalıtsal nedenlerle ortaya çıkabilmektedir [24]. Pinel aynı zamanda hastalar üzerindeki ampirik gözlemlerine dayanarak geliştirdiği ruhsal hastalıkları sınıflandırma denemesinde; mani, melankoli, zeka geriliği, ve demans gibi hastalıkları da tanımlamıştır [26]. Akıl hastalarının tüm entelektüel beceri ve kapasitelerini yitirmiş bireyler olmadıkları temeline dayandırdığı; akıl hastalarının “nazik

yöntemlerle” tedavi edilmesini teşvik eden ahlaki tedavi (Moral Treatment) yaklaşımını geliştirmiştir. Bu nedenle psikiyatri tarihinde “akıl hastalarını zincirlerinden kurtaran hekim” olarak anılmaktadır [24].

Benedict Morel 1860 yılında ergenlik döneminde başlayan ve yıkıma uğramış hastalar için “démence précoce” terimini kullanmıştır [18, 26]. Morel; stresörün ardından gelişen hareketsizlik hali ile hastane yatışı gerektiren, fiziksel olarak iyileşen fakat zihinsel olarak kötüye giden 14 yaşında ergen bir vaka tanımladı. Bu vakayı “démencé senilis”den ayırdı. Hastalığın seyrini sınıflandırma için kullanan ilk klinisyenlerden biriydi. Howels ise, Morel’in tanımladığı “precoce”nin erken başlangıç yaşından ziyade hızlı bozulma anlamına geldiğini iddia etti [27].

1871’de Hecker, “gençlik tanrıçası Hebe”den türeyen ve genç delilik anlamına gelen hebefreniyi tanımlayarak klinik tabloyu gençlik çağı ile ilişkilendirmiş; 1874’te Kahlbaum katatoniye tanımlamıştır. Hecker, Kahlbaum’un öğrencisi olup, yıllarca birlikte çalışmışlardır [26-28]. 1871’de Laseque kötülük görme sanrılarını “delire de persecutions” olarak adlandırmıştır [26]. Thomas Clouston 1891’de ergenlikte başlayan davranış bozukluklarını “insanity of pubescence” ve “hereditary insanity of adolescence” olarak adlandırarak; sınıflandırma için symptom yerine klinik seyir ve prognoz kullanılmasını daha uygun buluyordu [26, 27].

1896’da tanınmış Alman Ruh hekimi Kraepelin daha önce hebefreni ve katatoni olarak tanımlanan bu iki hastalık tipine paranoid tipi de ekleyerek, hepsini “dementia praecox” tanısı altında toplamıştır. Bu terime göre hastalıkta erken başlama ve bunama olması gerekmektedir [19] ve bozukluğun bilişsel süreci ile erken başlaması arasındaki fark vurgulanmıştır. Kraepelin geniş kabul gören kapsamlı bir şizofreni tanımlaması yapan ilk ruh hekimidir [26]. Dementia praecoxlu hastalar uzun dönemde yıkımlı bir gidişe sahiptir, varsanılar ve sanrılar klinik belirtileridir. Kraepelin normal işlevsellik dönemi ve ataklarla giden hastalığı manik depresif psikoz olarak sınıflayarak bu iki hastalığın ayrımını yapmıştır. Ayrıca, paranoid tip dementia praecox kadar kötü bir gidiş göstermeyen hastaları parafreni, ileri düzeyde sistemli sanrıları olan ve yıkım ile sonlanmayan vakaları da paranoya olarak adlandırmıştır [18, 19, 26].

1911’de Bleuler hastalığın erken yaşta başlamasının ve bunama ile sonuçlanmasının zorunlu olmadığını; Kraepelin’in erken bunama kavramından farklı olarak, şizofreninin yıkımlı bir gidişi olmasının gerekli olmadığını belirtmiştir. Fakat gidiş ve sonlanıştan daha çok, belirti ve bulgular üzerine yoğunlaşmıştır. Bu hastalıkta kişinin duyguları, düşünce yapılanması ve

davranışları arasındaki bölünmeyi en önemli belirti olarak vurgulayarak schizophrenia yani zihnin bölünmesi, yarılmaması adını önermiştir. Zamanla bu terim tutunmuş, dementia praecox terimi bırakılmıştır [19, 26]. Şizofreni için temel (veya primer) belirtileri ve ikincil eşlik eden (sekonder) belirtileri tanımlamıştır. Buna göre birincil belirtiler çağrışımlarda bozukluk (associations), duygulanım bozuklukları (affect), otizm (autism) ve ikilemi (ambivalence) içermektedir. Bu belirtilere bleulerin 4A belirtisi denmektedir. İkincil belirtiler ise Kraepelin'in erken bunama için temel belirteç olarak kabul ettiği varsanı ve sanrılardır [18, 28]. Şizofrenide pozitif ve negatif belirtileri tanımlayan ilk kişinin Bleuler olduğunu söyleyen yazarlar mevcuttur [27].

Kurt Schneider (1887-1967) durum bildiren-yorum yapan sesler, kendi aralarında tartışan sesler, kendi düşüncelerinin sesle söylendiğini işitme, dış güçler tarafından bedeninin etkilendiğini düşünme, düşünce okunması, düşünce çalınması, düşünce sokulması şeklinde birinci sıra belirtileri tanımlamış; bu belirtiler olmasa da tipik klinik görünüm ile tanının koyulabileceğini vurgulamıştır [18, 20, 27].

Psikobiyojinin kurucusu olan Adolf Meyer (1866-1950); şizofreniyi yaşam streslerine karşı bir reaksiyon, davranışsal uyum sorunu olarak görmüştür. Meyer'in görüşü, 1950'lerin terminolojisinde şizofrenik reaksiyon şeklinde yerini almıştır [18, 27].

2.1.4. Etiyoloji

Şizofreninin oluş nedeni, aydınlatmaya yönelik uzun yıllardır yapılmaya devam eden araştırmalara rağmen net olarak ortaya konabilmiş değildir. Hastalığın çeşitli fenotiplerinin genetik duyarlılık ve çevresel etkiler dahil olmak üzere birçok faktörden kaynaklandığı yaygın olarak kabul görmektedir. Şizofreni gelişimine yönelik açıklamalardan biri, hastalığın anne karnında başlamasına yöneliktir. Gebelik sırasında kanama, gebelik diyabeti, acil sezaryen, asfiksi ve düşük doğum ağırlığı dahil olmak üzere obstetrik komplikasyonlar, yaşamın ilerleyen dönemlerinde şizofreni ile ilişkilendirilmiştir. Özellikle ikinci trimesterdeki enfeksiyonlar ve aşırı stresin, fetusta şizofreni riskini iki katına çıkardığı söylenmektedir.

Başlangıçta aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları ile şizofreninin genetik etiyolojisi aydınlatılmaya çalışılmış; sonrasında bağlantı ve ilişkilendirme çalışmaları ile keşfedilen genler aracılığıyla etyolojide genetik faktörlerin rol oynadığı düşüncesi güçlenmiştir.

Psikoza yatkın insanların beyin gelişimindeki anormalliklerin doğum öncesi döneme kadar gidebileceği öne sürülmekle birlikte (nörogelişimsel varsayım); hastalığın etiyolojisinde

kronik ve ilerleyici dejeneratif bir sürecin yer aldığı da düşünülmektedir (nörodejeneratif varsayım). Beyindeki dopamin, serotonin, glutamat gibi nörotransmitterlerle ilişkili kimyasal reaksiyonlardaki denge kaybının da şizofreni oluşumunda rol oynadığı söylenmektedir. Stres-diyez varsayımına göre ise; şizofreni genetik ve perinatal faktörlerin etkileşimiyle yaşamın erken döneminde oluşan yatkınlık sonucu ortaya çıkmaktadır. Sonrasında hastalığın başlangıç ve gidişi psikososyal ve biyolojik etmenlerin etkileşimiyle olmaktadır. [18-20].

2.1.5. Klinik Özellikler ve Tanı

Hastalar vurdumduymaz, ilgisiz, donuk, çekingen görünümde, özbakımı azalmış ve dağınık görünümde ve yıkanmamaktan kokuyor olabilirler. Konuşma ve davranışlarında gariplik; dikkati toparlayabilme, akıl yürütme, sorun çözme, öğrenme gibi bilişsel işlevlerde yetersizlik görülebilir. Düşünce sürecinde bloklar ya da hiç konuşmama görülebilir. Kalıplaşmış yinelemeler (stereotipi) ve yankılamalar(ekolali) görülebilir. Teğetsel ya da çevresellik görülebilir. Düşünce sürecinde bozulmalar olabileceği gibi; içeriğinde perseküsyon (kötülük görme) sanrıları ve referansiyel (alınganlık) sanrılar başta olmak üzere büyüklük (grandiyözite), kıskançlık (jaluzik), somatik, erotomanik sanrılar görülebilir. Schneiderian belirtiler olarak da adlandırılan düşünce okunması-çalınması-yayınlanması, kontrol edilme sanrıları şeklinde sanrılar da ortaya çıkabilmektedir. Duygusal tepkilerinde farklılıklar ve algısal alanda bozulmalar mevcuttur. İşitsel, görsel, koku, tat ve somatik alanlarda olabilen varsanılar (halüsinasyonlar) görülebilmektedir. Şizofreni hastalarında en sık görülen halüsinasyonlar işitsel varsanılar olup, bunlar sıklıkla emir veren sesler şeklindedir. Bunların yanı sıra psikomotor alanda aşırı hareketlilik, garip davranışlar ya da motor hareketlilikte azalma, yavaşlama görülebilir. Hastalık öncesinde varolan işlevlerin azalması ya da yitimi şeklinde tanımlanan negatif belirtiler; küntlük, aloji, avolasyon, toplumdan çekilme, arkadaş ve aileden kendisini soyutlama, cinsel ilgi ve etkinlikte azalma, enerji ve isteğin azalması şeklinde görülebilmektedir. Negatif belirtiler; şizofreninin kendine özgü klinik özelliği olarak ortaya çıkabileceği gibi (primer); pozitif belirtilere, ilaç yan etkilerine ya da depresyona ikincil olarak da ortaya çıkabilir (sekonder). Bunlar arasında ayırım yapmak güçtür fakat sağaltım ve prognoz açısından önemlidir [18, 19].

Şizofreni için tanı ölçütleri geliştirme girişimleri yukarıda bahsedilen tarihsel gelişimi sırasında başlamış olup; DSÖ'nün önderliğinde "Uluslararası şizofreni pilot çalışması" adı altında 1973 yılında yapılan bir çalışma ile en büyük adım atılmıştır. Bu çalışmada yapılandırılmış bir görüşme tekniği kullanılarak Şimdiki Durum Muayenesi kullanılmıştır. Bu görüşmede zaman çerçevesi olarak son 1 aya odaklanılmıştır. Dolayısıyla enine kesitsel bir

görüşme aracıdır. Daha sonra Shedule of Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) ve Research Diagnostic Criteria (RDC) gibi ölçekler oluşturulmuştur. Bunlar da son 1 aya ve psikotik belirtilere odaklanan ölçeklerdir. DSM 3 bu ölçeklerin ve Schneiderian belirtilerin kaynak edilmesiyle geliştirilmiştir. DSÖ, ruhsal hastalıklara ilk kez 1948’de Uluslararası Hastalık, Yaralanma ve Ölüm Nedenleri El Kitabında yer vermiş ve psikotik hastalıklar da bir başlık altında yer almıştır. DSÖ 1960’da ICD-9, 1992’de ICD-10’u yayınlamıştır. ICD-10’da şizofreni, şizotipal ve sanrılı bozukluklar başlığı altında incelenmektedir. Ayrıca ICD 10’da basit tip şizofreniye yer verilmiştir [26].

APA tarafından 1952’de yayımlanan DSM 1 sınıflandırmasında şizofreni, şizofrenik reaksiyonlar olarak tanımlanmıştır. Bu yaklaşımın öncüsü Meyer’dir. 1968’de DSM 2’de reaksiyon kaldırılmış, latent şizofreni kavramına yer verilmiştir. Bu da şizofreninin açık belirtilerinin var olduğu fakat öyküsünde şizofrenik psikoz atağı olmayanlar için kullanılmıştır. DSM 3 şizofreni tanısı için schneiderian belirtilerin olduğu akut bir dönemin bulunması, organik etkenlerin ve duygudurum bozukluklarının dışlanması, mental retardasyon nedeni ile semptomların olmaması, 45 yaştan sonra başlamaması ve 6 aylık süre koşullarını getirmiştir. Dahil etme ve dışlama kriterlerinin kullanıldığı ilk tanı tanı sistemidir. 1987’de DSM 3R’de 45 yaş ve zeka geriliği koşulları kaldırılmıştır. 1994’te DSM 4 yayımlanmış, 2000’de revize edilmiştir [26].

DSM 5 2013 yılında yayımlanmış, halen kullanılan, tanı ölçütlerinde klinisyenlere çeşitli seçenekler sunan ve mevcut klinik durumu tanımlamaya yarayan gidiş belirteçlerini içermekte olan bir tanı sistemidir [18].

DSM 5 Şizofreni tanı ölçütleri:

- A. Aşağıdaki belirtilerden 2 ya da fazlasından her biri 1 aylık zaman diliminin önemli bir kısmı boyunca (ya da başarılı bir şekilde tedavi edilmişse daha kısa) vardır. Bunların ilk üçünden en az 1’i olması gerekir.
 1. Sanrılar
 2. Varsanılar
 3. Dezorganize konuşma
 4. Dezorganize davranış
 5. Negatif belirtiler
- B. Bu bozukluğun başlangıcından itibaren geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok major alanda

işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır. (ya da bozukluk çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa kişilerarası, akademik veya işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye ulaşmaz.

- C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az 6 ay sürer. Bu 6 aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az 1 aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (aktif dönemdeki belirtiler) kapsamalıdır ve prodromal veya rezidüel belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluğun, prodromal ya da rezidüel evreleri sırasında yalnızca negatif belirtiler ile ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan 2 ya da daha fazla belirtinin eşik altı biçimleriyle (örn. garip inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.
- D. Şizoaftaktif bozukluk ya da psikotik özellikli depresyon ya da bipolar bozukluk dışlanmıştır. Çünkü ya 1)aktif dönem belirtileriyle eş zamanlı olarak major depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkarmış ya da 2)aktif dönem belirtilerinin olduğu sırada duygudurum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın aktif ve rezidüel dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.
- E. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç)ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.
- F. Otizm spektrum bozukluğu ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu varsa, şizofreni ek tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar yada varsanılar da en az 1 aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle olması gerekir.

Varsa belirtiniz:

Aşağıdaki gidiş belirleyicileri, bozukluk ancak 1 yıl sürdükten sonra ve tanısal gidiş ölçütü ile çelişmemeleri durumunda kullanılabilir.

İlk dönem, o sırada akut dönemde: Bozukluğun tanısal belirtilerinin tanımlandığı ve zaman ölçütünün karşılandığı ilk ortaya çıktığı dönemdir. akut dönem, belirti tanı ölçütlerinin tam olarak karşılandığı zaman dilimidir.

İlk dönem, o sırada kısmi düzelme: Kısmi düzelme, önceki bir dönemden sonra görülen iyileşmenin sürdürüldüğü ve bozukluğun tanımlayıcı tanı ölçütlerinin yalnızca kısmen karşılandığı zaman dilimidir.

İlk dönem, o sırada tam düzelme: Tam düzelme, önceki bir dönemden sonra bu bozukluğa özgü hiçbir belirtinin olmadığı zaman dilimidir.

Çoğul dönemler, o sırada akut dönemde: En az 2 dönem olmasından sonra çoğul dönemlerden söz edilebilir. (ilk dönemden sonra bir yatışma ve en az 1 kez depresme)

Çoğul dönemler, o sırada kısmi düzelme

Çoğul dönemler, o sırada tam düzelme

Sürekli: Bu bozukluğun tanı koydurucu belirti ölçütlerini tam olarak karşılayan belirtiler, hastalık sürecinin önemli kesiminde bulunur ve bu sürede eşik altı belirti evrelerinin süresi, genel hastalık sürecine göre çok kısadır.

Belirlenmemiş

Varsa belirtiniz:

Katatoni ile giden (başka bir ruhsal bozukluğa eşlik eden katatoni için tanı ölçütlerine başvurun)

Kodlama notu: Katatoni eş tanısının varlığını belirtmek için 293.89 (F06.1) şizofreniye eşlik eden katatoni ek kodunu kullanın.

Mevcut şiddeti belirtiniz

Bu bozukluğun şiddeti, sanrılar, varsanılar, dezorganize konuşma, anormal psikomotor davranışlar ve negatif belirtileri kapsayan birincil psikoz belirtilerinin nicel değerlendirilmesi ile ölçülür. Bu belirtilerden her biri, o sıradaki şiddetine göre (son 7 gün içinde en ağır olmak üzere), 0'dan (belirti yok), 4'e (belirti var ve ağır derecede) dek değişen, 5 değerli bir ölçek üzerinden ölçülebilir.

Not: Şizofreni tanısı bu şiddet belirleyicisi kullanmadan da konulabilir [18].

Şizoaffektif Bozukluk, klinik özelliklerine kesitsel bakıldığında şizofreniye, uzunlamasına bakıldığında duygudurum bozukluklarına benzemektedir. Klinik seyir ve işlevsellik şizofreniye göre daha olumlu, duygudurum bozukluklarına göre daha olumsuz gidiş göstermektedir [29]. Bir çalışmada 8 yıl süreyle izlenen şizoaffektif bozukluk tanılı hastaların gidiş ve sonlanış, psikotik özellikli duygudurum bozukluğundan ziyade şizofreniye daha yakın bulunmuştur [18].

DSM 5 Şizoaffektif bozukluk tanı ölçütleri

- A. Kesintisiz bir hastalık sürecinde şizofreni A tanı ölçütü ile eş zamanlı olarak 1 majör duygudurum dönemi (majör depresif ya da manik) olması.

Not: Majör depresif dönem A1 tanı ölçütünü kapsamalı: depresif duygudurum.

- B. Hastanın yaşam boyu süresince majör bir duygudurum döneminin (depresif ya da manik) olmadığı dönemde 2 ya da daha fazla hafta süreyle, sanrılar ya da varsanılar bulunur.
- C. Majör bir duygudurum döneminin tanı ölçütlerini karşılayan belirtiler hastalığın aktif ve rezidüel döneminde toplam sürenin büyük bir çoğunluğunda bulunur.
- D. Bu bozukluk 1 maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir tıbbi bir durumun etkisine bağlanamaz.

Olup olmadığını belirtiniz:

295.70 (F25.0) Bipolar tür: Mani dönemi hastalık süresince ortaya çıktıysa bu alt tür kullanılır. bu tipte majör depresyon dönemleri de ortaya çıkabilir.

295.70 (F25.1) Depresif tür: Hastalık süresince yalnızca majör depresif dönemler ortaya çıktıysa bu alt tür kullanılır.

Varsa belirtiniz:

Katatoni ile giden (başka bir ruhsal bozukluğa eşlik eden katatoni için tanı ölçütlerine başvurun)

Kodlama notu: Katatoni eş tanısının varlığını belirtmek için 293.89 (F06.1) şizoaffektif bozukluğa eşlik eden katatoni ek kodunu kullanın.

Varsa belirtiniz:

Aşağıdaki gidiş belirleyicileri, bozukluk ancak 1 yıl sürdükten sonra ve tanısız gidiş ölçütü ile çelişmemeleri durumunda kullanılabilir.

İlk dönem, o sırada akut dönemde: Bozukluğun tanısız belirtilerinin tanımlandığı ve zaman ölçütünün karşılandığı ilk ortaya çıktığı dönemdir. akut dönem, belirti tanı ölçütlerinin tam olarak karşılandığı zaman dilimidir.

İlk dönem, o sırada kısmi düzelme: Kısmi düzelme, önceki bir dönemden sonra görülen iyileşmenin sürdürüldüğü ve bozukluğun tanımlayıcı tanı ölçütlerinin yalnızca kısmen karşılandığı zaman dilimidir.

İlk dönem, o sırada tam düzelme: Tam düzelme, önceki bir dönemden sonra bu bozukluğa özgü hiçbir belirtinin olmadığı zaman dilimidir.

Çoğul dönemler, o sırada akut dönemde: En az 2 dönem olmasından sonra çoğul dönemlerden söz edilebilir. (ilk dönemden sonra bir yatışma ve en az 1 kez depreşme)

Çoğul dönemler, o sırada kısmi düzelme

Çoğul dönemler, o sırada tam düzelme

Sürekli: Bu bozukluğun tanı koydurucu belirti ölçütlerini tam olarak karşılayan belirtiler, hastalık sürecinin önemli kesiminde bulunur ve bu sürede eşik altı belirti evrelerinin süresi, genel hastalık sürecine göre çok kısadır.

Belirlenmemiş

Mevcut şiddeti belirtiniz

Bu bozukluğun şiddeti, sanrılar, varsanılar, dezorganize konuşma, anormal psikomotor davranışlar ve negatif belirtileri kapsayan birincil psikoz belirtilerinin nicel değerlendirilmesi ile ölçülür. bu belirtilerden her biri, o sıradaki şiddetine göre (son 7 gün içinde en ağır olmak üzere), 0'dan (belirti yok), 4'e (belirti var ve ağır derecede) dek değişen, 5 değerli bir ölçek üzerinden ölçülebilir.

Not: Şizoaffektif bozukluk tanısı bu şiddet belirleyicisi kullanmadan da konulabilir [18].

2.1.6. Tedavi ve Rehabilitasyon

19. yüzyıl akıl hastalıklarının etiyolojisinde organik kuramların kabul görmeye başladığı dönem olarak adlandırılabilir. Fakat 19. yüzyıl sonuna gelindiğinde bir umutsuzluk ortamı oluşmuş; hekimler hastalığa ve oluş nedenlerine dair bilgilerin artmasına rağmen tedavide çaresiz hissetmeye başlamıştır. Bu durum da akıl hastanelerinin, akıl sağlığı yerinde olmayanların toplumdan izole edildiği yerler olarak hizmete devam etmesine yol açmıştır [24].

Antipsikotiklerin keşfedilmesinin ardından gündeme gelen deinstitutionalizasyon; zihinsel ve ruhsal bozukluk teşhisi olan kişilerin izolasyonunu azaltma amacıyla psikiyatri hastanelerinin toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri ile değiştirilmesi süreci olarak adlandırılmaktadır. Hastane yatış sayısı ve süresini azaltarak kurumların kapasitesini düşük tutmayı ve hastaların bağımlılık, umutsuzluk, hastane dışı yaşama uyum zorlukları gibi güçlüklerini azaltmayı amaçlamaktadır. 20. yüzyılın sonlarında bu süreç, hastalar evlerinde veya düzenli olarak kliniklere giderek ihtiyaç duydukları hizmeti aldıkları için birçok psikiyatri hastanesinin kapatılmasına neden olmuştur [30, 31].

Antipsikotiklerin keşfedilmesiyle yapılan uzunlamasına çalışmalarda ciddi ruhsal hastalığı olan ve uzun süredir hastanede yatan insanların toplumda yaşayabildikleri ve tatmin edici bir yaşam sürebildikleri gösterilmeye başlanmıştır [32]. Bu topluma kazandırma sürecine yönelik yapılan araştırmaların sonucunda 2009 yılında PORT çalışması yayınlanmış ve kanıta dayalı olarak bazı farmakolojik ve psikososyal müdahaleler önerilmiştir [13].

Günümüzde de şizofreni ve şizoaffectif bozukluk tedavisinde farmakoterapi ve psikososyal müdahalelerin birlikte kullanılmasının iyileşme üzerinde sinerjik etki oluşturduğu ve umut verici sonuçlara neden olduğu bilinmektedir. Tedavi sürecinin başında öncelikle hasta ile tedavi ekibi arasında iyi bir terapötik ilişki kurulması, temel basamağı oluşturmaktadır. Hasta birey ile işbirliği sağlandıktan sonra tedavi sürecinin başarılı bir şekilde yönlendirilmesi için şizofreninin farklı klinik dönemlerine göre adım atılması gerekmektedir.

2.1.6.1. Farmakoterapi:

Şizofreni ve şizoaffectif bozukluk tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçlar etki mekanizması ve yan etki profillerine göre tipik (birinci kuşak veya dopamin reseptör agonistleri) ve atipik (ikinci kuşak veya serotonin dopamin antagonistleri) olarak sınıflandırılmaktadırlar.

Tipik antipsikotiklerin etki gücü D2 reseptörler afiniteleri ile ilişkilidir. Yapılan görüntüleme çalışmalarında dopamin reseptör antagonistlerinin D2 reseptörlerinin % 60-80'ini kapladıklarında etkili olduğu gösterilmiştir. % 80 ve üzeri tutulum ekstrapramidal semptom gibi yan etkilere yol açabilmektedir. Temel olarak mezolimbik dopaminerjik yolda D2 reseptör blokajına sebep olarak, bu yoldaki artmış dopamine aktivitesini baskılar ve şizofreninin pozitif belirtilerine etkili olurlar. Mezolimbik yoldaki D2 reseptörlerin blokajı aynı anda, ödül haz mekanizmasında da blokaja sebep olarak anhedoni, avölüsyon gibi şizofreninin negatif semptomlarına benzer belirtilere yol açabilir. Tipik antipsikotiklerin bu negatif ve duygudurum belirtileri ile bilişsel yıkım üzerindeki etkileri, kullanımlarını sınırlamaktadır. Tipik antipsikotikler tuberoinfundibuler dopaminerjik yolağı da inhibe ederek hiperprolaktinemi tablosu ile amenore, galaktore, infertilite gibi yan etkilere neden olabilir. Bu ilaçlar muskarinik asetilkolin reseptörlerini de bloke ederek uyku hali, ağız kuruluğu, bulanık görme konstipasyon gibi yan etkilere sebep olabilmektedirler. Haloperidol, ziklopentiksol, klorpromazin gibi antipsikotikler bu gruptandır. Günümüzde tipik antipsikotikler çoğunlukla kısa ve uzun etkili enjeksiyonların ihtiyaç duyulduğu hasta gruplarında kullanılmaktadır.

Atipik antipsikotikler reseptör bağlanması, yan etkileri ve yapı özellikleri bakımından heterojen bir gruptur. Atipik antipsikotiklerin çoğunlukla tipik antipsikotiklere göre 5HT₂/D₂ reseptör bağlanma oranları daha yüksektir. 5-HT çeşitli beyin bölgelerinde değişik etkiler yaparak dopamin nöronları üzerinde düzenleyici bir etki göstermektedir. Bunun dışında bu antipsikotiklerin diğer serotonin reseptörlerine, histamin, adrenerjik, muskarinik ve NMDA reseptörlerine de farklı oranlarda bağlandığı gösterilmiştir. Ekstrapiramidal yan etkilere ve prolaktin yükselmesine daha az yol açarlar. Kilo alımı, hiperglisemi, hiperlipidemi ve hiperprolaktinemi gibi metabolik yan etkiler atipik antipsikotik ile tedavi sırasında ortaya çıkabilmektedir. Klopazin, risperidon, paliperidon, olanzapin, ketiapin, ziprasidon, aripiprazol, sülpirid, amisülpirid gibi ilaçlar bu gruptadır. Klinik açıdan bakıldığında, pozitif semptomlar üzerinde etkin olmakla birlikte; negatif fonksiyonlar üzerinde tipik antipsikotiklere oranla daha etkindirler. Bilişsel fonksiyonlar üzerine de olumlu etkisi olduğu söylenmektedir.

Ekstrapiramidal sistem yan etkisi (EPS) özellikle yüksek güçlü tipik antipsikotiklerle görülebilmekle birlikte; risperidon gibi atipik antipsikotiklerin kullanımıyla da gözlenebilen yan etkidir. Antipsikotiklerle oluşan EPS'ler özellikle akut distoni, akatizi, parkinsonizm, tardiv diskinezi şeklindedir. Akatizi, antipsikotikler ile en yaygın ortaya çıkan EPS'dir. Yan etkinin giderilmesi amacıyla antikolinergik ilaç kullanımı, mümkünse ilacın kesilmesi veya değiştirilmesi önerilmektedir.

Antipsikotik kullanımı ile oluşan diğer yan etkiler prolaktin yükselmesi, cinsel işlev bozukluğu, metabolik yan etkiler, kardiyolojik yan etkiler epilepsi eşliğinin düşmesi, hematolojik yan etkiler, antikolinergik yan etkiler, sedasyon şeklinde olmaktadır [18, 20, 33].

2.1.6.2. Diğer farmakolojik ajanlar:

Antidepresan, duyudurum düzenleyici, anksiyolitik, ve antikolinergik ajanlar da tedavide yer almaktadır [29, 33].

2.1.6.3. Elektrokonvulsif Terapi (EKT):

EKT şizofreni hastalarının belirtilerinde hızlı düzelme amaçlandığında ve ilaç tedavisine sınırlı yanıt alındığında alternatif bir seçenek olarak günümüzde kullanılmaya devam etmektedir. Psikotik belirtilerde EKT'ye iyi cevap veren çalışmalarda, genellikle EKT ve antipsikotikler birlikte kullanılmıştır. Hastalık süresi daha kısa, akut başlangıçlı, daha yoğun affektif semptomları olan hastalarda EKT'nin etkinliğinin yüksek olduğu bilinmektedir [18, 20, 33].

2.1.6.4. Psikososyal Müdahaleler:

Bilişsel Davranışçı Terapi: Uygun ilaç sağaltımına rağmen şizofreni hastalarının yaklaşık % 50-60'ının psikotik belirtileri devam eder. Burada önem arzeden durum, semptom şiddetinin azaltılması veya işlevsellikte neden olduğu bozulmanın önüne geçmektir. Psikoz için bilişsel davranış terapi ilk olarak 1952'de Beck tarafından bir vaka çalışmasında rapor edilmiştir, ancak kontrollü çalışmaları çok sonra yapılabilmektedir. BDT'de işlevsel olmayan düşünce yapıları üzerinde durulur ve yaşadıkları belirtiler için alternatif düşünceler geliştirilmeye çalışılır. Amaç, bireyin semptomlara sahip olduğunu kabul etmesini sağlamak değil, semptom şiddetini ve ilişkili sıkıntıyı azaltmaktır. Tedavi sürecinde temel olan güvene dayalı işbirliğinin olduğu bir ilişkidir. Diğer psikiyatrik hastalarla karşılaştırıldığında güven ve işbirliğinin kurulması daha fazla zaman ve çaba gerektirir [18, 20, 33, 34].

Bilişsel İşlev Müdahaleleri: Şizofrenide dikkat, bellek, psikomotor hız ve yürütücü işlevler gibi bilişsel işlev alanlarındaki bozulma yaygındır ve çeşitli nedenlerden dolayı büyük bir endişe kaynağıdır. Birincisi, bilişsel işlevsellik psikososyal işlevsellik ile ilişkilidir. İkinci olarak, bilişsel işlev bozukluğu, sosyal beceri eğitimi ve mesleki rehabilitasyon gibi psikiyatrik rehabilitasyon programlarına zayıf yanıt ile ilişkilidir. Üçüncüsü, bilişsel bozukluk özellikle negatif semptomlarla ilişkili bulunmuştur. Bu nedenle, bilişsel işlevselliğin iyileştirilmesi uzun yıllardır önemli bir tedavi odağı olmuştur [34].

Aile müdahaleleri: Aile müdahaleleri, şizofrenide tedaviye ciddi katkıda bulunma potansiyeline sahiptir. Hastaların çoğu aile üyeleri ile beraber yaşamakta ya da yakın temasta bulunmaktadır. Buna rağmen ailelerin hastalık hakkındaki bilgileri yetersiz olabilmekte ve ruh sağlığı hizmetleri ile teması çok az olabilmektedir. Bu durum aile yükünün artmasına ve ailede duygu dışı vurumun artmasına, hastalığın alevlenmesi ve yeniden yatışlara neden olabilmektedir. Aile psikoeğitimi; hasta, aile ve tedavi ekibi arasında işbirliğine dayalı bir ilişki geliştirmeyi amaçlayan bir dizi psikoterapötik stratejiye verilen isimdir. Burada amaç; şizofreni ve tedavi hakkında eğitim vermek, stresi azaltmak, iletişim ve problem çözmei iyileştirmek için stratejiler geliştirmektir. Aile terapisindeki önemli nokta eğitim ve geleceğe ilişkin umut ve gerçekçi beklentilerin desteklenmesidir [18, 33, 34].

Öz-Yönetim Stratejileri: Hastalık kendi kendini yönetme programlarının temel hedefleri şu şekildedir:

- Bireylere kendi süreçleri hakkında bilinçli kararlar vermeleri için şizofreni ve tedavisi hakkında bilgi verme
- İlaç uyumsuzluğu bağımsız yaşamda ve işlevsellikte bozulmaya yol açan yaygın bir alevlenme nedeni olduğundan; ilaçların öngörülen şekilde alınmasını kolaylaştırmak için stratejiler üretme
- İlaça uyuma rağmen nöksler olabileceğinden, nöksü önleme stratejileri öğrenme
- İlaç uyumuna rağmen devam eden psikotik semptomların neden olduğu sıkıntıyı azaltmak için başa çıkma stratejileri öğrenme [34].

Sosyal Beceri Eğitimleri: Şizofrenide psikososyal işlevsellikteki sorunlar, genellikle hastalıktan önce gelen sosyal beceride bozulmalarla ilişkilidir ve rehabilitasyon olmadığında uzun vadede devam ederler Stres-diyatez modeline göre başa çıkma becerileri ve sosyal destek, stresin nöksler üzerindeki etkilerini azaltabilir ve insanların hedeflerine ulaşmalarına yardımcı olabilir. Bu nedenle, sosyal becerileri geliştirmek ortak bir tedavi hedefidir. Sosyal beceri modeli sosyal yeterlilik için gerekli üç bileşenin bulunduğunu öne sürmektedir: sosyal algı, sosyal biliş ve davranışsal tepkiler. Sosyal beceri eğitimi programları, sosyal yeterliliğin bu unsurlarındaki eksiklikleri gidermek için tasarlanmıştır [18, 33].

Akran Destek Sistemleri: Akran destek hizmetleri, ciddi ruhsal hastalıkların tedavisinde giderek yaygınlaşmaktadır. Bu hizmetler; ruhsal hastalık deneyimi olan bireylerin, benzer zorluklarla boğuşan diğerlerine destek ve umut sağlama konusunda benzersiz niteliklere sahip oldukları gerekçesine dayanmaktadır. Akran desteğinin hedeflerinin ne olması gerektiği konusunda genel bir fikir birliği bulunmamakla birlikte, bazı öneriler karşılıklı olarak güçlendirici ilişkiler inşa etmek, kendini savunmayı güçlendirmek, sosyal izolasyonu yıkmak ve yaşam kalitesini iyileştirmektir [34]

Diğer Tedavi Yaklaşımları: Şizofreni tedavisinde bunların yanı sıra bireysel psikoterapiler, grup psikoterapileri, uğraşı terapileri, sanat terapisi gibi tedavi uygulamaları da yer almaktadır [18].

2.1.7. Gidiş, Sonlanış ve Prognoz

Şizofreni renkli sanrı, varsanı ve anlamsız konuşma ve davranışlarla akut; veya sosyal içe çekilme, işlevsellikte düşme, duygulanımda küntleşme ile giden sinsi başlangıç gösterebilir.

Aileler sıklıkla çocuklarının hastalık başlamadan önce sessiz, içe dönük, arkadaşsız olduğundan bahsedebilmektedirler. Hastalığın başlangıcı öncesinde şaşkınlık, depresyon, uykusuzluk, özbakımını aksatma, dikkatini odaklamada güçlük, anksiyete gibi prodromal belirtiler olabilmekte; bu durum birkaç haftadan birkaç yıla kadar uzayabilmektedir. Hastalığa yatkın kişilerde stresörler hastalığı tetikleyebilmektedir. Hastalığın klasik gidişi alevlenmeler düzelmeler şeklindedir. İlk yatıştan sonraki 5-10 yıllık dönemde hastaların %10-20'si iyi gidişe sahip olarak tanımlanabilir. %50'sinden fazlası tekrarlayan yatışlar, belirtilerin alevlenmesi, duygudurum atakları ve intihar girişimleri ile kötü gidişe sahip olabilir. Psikozun ortaya çıkmasından 5-10 yıl sonra alevlenmelerin artık olmadığı ve işlevselliğin fazla değişmediği stabil döneme girilir. Şizofreninin birçok döneminde depresif belirtiler görülebilmektedir. Özellikle; prodromal dönemde, psikotik alevlenmenin yatıştığı dönem sonrasında (post-psikotik depresyon) ve ilaçlarla indüklenen akinetik belirtilerin olduğu dönemlerde sık izlenmektedir. Pozitif belirtiler zamanla hafifleme eğilimindedir fakat negatif belirtilerin şiddeti zamanla artma eğilimindedir. Akut alevlenmelerde psikotik belirtiler nedeniyle, depresyon dönemlerinde, eşlik eden madde kullanımında ya da negatif belirtileri ve yeti yitimleri fazla olan hastalarda intihar %20-50 oranında gözlenebilmekte ve hastaların %10'u intihar nedeniyle ölmektedirler.

Premorbid kişiliğinin sağlıklı olması, zeka düzeyinin normal olması, hastanın kadın olması, medeni durumunun evli olması, hastanın prenatal komplikasyon öyküsünün bulunmaması, ailede şizofreni öyküsünün bulunmaması, ailede duygudurum bozukluğunun olması, hastalığın geç başlaması, hastalığın akut bir biçimde başlaması, hastalığın başlatıcı etmenleri arasında stres etkenlerinin olması, hastalığın gidişinde negatif ve bilişsel belirtilerinin bulunmaması, sanrı ve halüsinasyonların baskın olması, hastalık alt tipinin katatonik ya da paranoid olması, tedaviye erken başlanması, sosyal ve ailesel desteğinin iyi olması, sosyo-ekonomik durumunun orta ya da yüksek olması gibi etmenler hastalığın olumlu gidiş göstergeleri olarak kabul edilmektedir.

Hastalığın erken yaşta başlaması, hastalık öncesi kişiliğin şizoid ya da şizotipal oluşu, belirtilerin sinsi ve yavaş başlaması, hastalığın erken yaşta başlaması, negatif belirtilerin baskın olması, ailede şizofreni öyküsünün bulunması, komorbid psikiyatrik tanılarının olması, hastanın erkek olması, tedaviye geç başlanması, hastanede yatış sayısı ve süresinin çok oluşu gibi etmenler de hastalığın olumsuz gidiş göstergeleri olarak kabul görmektedir [18-20, 26].

2.2. İYİLEŞME KAVRAMI

2.2.1. Sağlık Disiplininde İyileşme Tanımı

Sözlüklerde iyileşme basitçe “normal bir sağlık, zihin veya güç durumuna dönüş” olarak tanımlanmaktadır. Sağlık disiplininde de birçok iyileşme tanımı mevcut olup; “sağlık durumunun ve fonksiyonlarının hastalığın başlamasından önceki haline geri dönmesi/yeniden kazanılması” olarak adlandıran kaynaklar vardır [35]. Ancak son yıllarda iyileşmenin normal sağlık ve işlevsellik düzeyine geri dönmek ile eş anlamlı olmadığı ileri sürülmektedir [7].

Tıpta iyileşme kavramı özellikle kronik hastalıklarda belirlenmiş kriterlerle ifade edilmektedir. Örneğin; evre 2 ve 3 kolon kanserinde operasyon sonrası 2 yıl boyunca her 3-6 ayda bir hastada semptomatik bulgunun olmaması, kan karsinoembriyonik antijen (CEA) düzeyinin normal sınırlarda olması, 6-12 ayda bir çekilen torakoabdominopelvik BT’de nüks kitle saptanmaması ve operasyon sonrası 6. ayda yapılan kolonoskopide nüksle ya da metakron tümörle ilişkili kitle saptanmaması kolon kanserinde iyileşme olarak değerlendirilmektedir[36].

Psikiyatri alanında da benzer yaklaşımla; özellikle kronik ruhsal hastalıklarda sonuçların tanımlanması sırasında klinik tutarlılık ihtiyacına yönelik bazı tanımlamalar yapılmaya çalışılmıştır [37, 38]. Örneğin depresyon için iyileşme tanımlamaları 1991 yılında ilk olarak ortaya konulmuş olup [39]; özellikle iyileşme kavramının kesin bir tanımlaması olması gerektiğinin altı çizilmiştir. Buna göre:

- Epizod: Tanı ölçütlerini karşılayan semptomatik dönem
- Remisyon: Bireyin semptomlarının kısmen yatıştığı dönem kısmi remisyon olarak adlandırılırken; Bireyin 2-8 hafta süreyle asemptomatik olması tam remisyon olarak adlandırılır.
- Yanıt (response): Tedaviye nedeniyle kısmi veya tam remisyon
- İyileşme (recovery): 8 hafta ya da daha uzun süre boyunca asemptomatik olma durumu olarak tanımlanır.
- Alevlenme (Relaps): Remisyon döneminde, yanıtı takiben semptomların yeniden ortaya çıkması
- Yineleme (Rekürrens): Recovery sırasında yeni bir epizod oluşumu.

Depresyonda remisyon terimi hastalığın değil, epizodların sona erdiğinin işaretidir. Sürdürü tedavisinin, yeni bir epizodu önlemek ve iyileşmeyi sağlamak amacıyla yapılması

gerektiği belirtilmektedir [39]. Depresif bozukluktaki iyileşme kriterlerin geliştirilmesi ve kullanılmasının, şizofreniye uygulanabilecek benzer kriterlerin geliştirilmesi için öğretici olacağı düşünülmüştür [38]. Fakat şizofrenide iyileşme kavramının geliştirilmesi daha karmaşık bir yol izlemiştir.

2.2.2. Şizofrenide İyileşme Kavramı

Şizofrenide iyileşme kavramı, şizofreninin tarihteki ilk tanımlanmasından bu yana kullanılmaktadır. Fakat burada bahsedilen iyileşme, Kraepelin'in iyileştirmeleri geçici remisyonlar olarak görmesi ya da Bleuler'in normal işlevselliğine geri dönen hastaları “kusurlu iyileşme” ve “yara izi ile iyileşme” terimleriyle tanımlamasından öteye geçmemiştir [40, 41]. Bu çeşit bir klinik görüş, psikiyatri mesleğinin şizofreniye karşı tutumuna oldukça yakın zamana kadar hakim olmuştur. 1950'lerde antipsikotiklerin keşfi ile iyileşme bakışı değişmeye başlamıştır. Zamanla, yapılan uzunlamasına çalışmalarda hastalık seyri daha iyi anlaşılmaya başlanmış ve hastalığın kişilerde geniş bir varyans gösterdiği, nispeten iyi işlevselliği olan hasta grubunun önemli sayıda olduğu görülmüştür. Şizofreni hasta popülasyonunda en fazla atıf alan çalışmalardan biri olan Harding ve arkadaşlarının 1987 yılında yaptığı araştırmaya göre, uygulanan Global Assessment Scale 61 ve üzerinde puanlanmışsa iyi sonuç anlamına gelmektedir ve iyileşen hasta daha az semptomla normal bir işlevselliğe sahip olan birey olarak tanımlanmıştır [42]. Aslında denebilir ki; 1970'lerden bu yana, şizofreninin uzun süreli takip çalışmaları tutarlı bir şekilde, bu teşhisi olan kişilerin yaklaşık % 25-30' unun takip süresi boyunca tamamen iyileşmiş olarak kabul edilebileceğini, % 25-45' inin de kısmen iyileşme sağladığını göstermiştir [43].

Devam eden psikotik semptomlar endişe nedeni olmakla beraber; tedavide psikososyal müdahalelere de odaklanılmıştır. Zamanla psikososyal müdahalelerin iyileşmeye ve rehabilitasyonun başarısına olan etkisi konuşulmaya başlanmıştır. Farmakolojik ve psikososyal tedavi modalitelerinin birlikte uygulandığında iyileşmeye sinerjik etkisi hakkında kanıtlar elde edilmiştir. Örneğin; pozitif semptomların fonksiyonellik üzerine etkisinin az olduğu ve negatif semptomların uzun dönemde işlevsellikteki azalma ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bunun yanı sıra, nörobilişsel süreçlerin tedavi yanıtı ve işlevsel kapasiteye etkisinin psikotik semptomlardan daha fazla olduğu gündeme gelmiştir [44]. Tedavi hedefleri hasta ve ailelerin ihtiyaçlarına göre belirlenmeye başlamıştır. Aile desteğinin psikoeğitim aracılığıyla güçlendirilmeye yatkın olduğu; sosyal işlevselliğin sosyal beceri eğitimi ile arttırılabileceği; madde kötüye kullanımının özelleşmiş tedavi programlarına yanıt verebildiği; sekonder negatif

belirtilerin atipik antipsikotikler ve sosyal beceri eğitimi ile giderilebileceği ortaya koyulmaya başlanmıştır [45].

Tüm bu gelişmeler, şizofreni doğasının daha da aydınlatılabilir olduğu hakkında umut verici olmuş; dolayısıyla tedavi sonuçlarına yönelik beklentiler de artış göstermiştir. Bununla beraber; iyileşme kavramına netlik kazandırma amacıyla uzun süreli, randomize, prospektif, kontrollü müdahale çalışmalarına gerek duyulduğu düşünülmüştür.

Önceleri remisyon kriterleri net olmadığından farklı çalışmalarda farklı tanımlamaların kullanılması nedeniyle, çalışmaların kıyaslanması pek mümkün olmamıştır [46]. Bu nedenle; araştırma hipotezlerinin sağlıklı oluşturulabilmesi adına bazı yazarlar remisyon ve iyileşme kavramları için kriterler geliştirmeye çalışmışlardır. Liberman ve ark. 2002 yılında, çalışmalarda standardizasyonu sağlamaya yönelik bir “fonksiyonel iyileşme” tanımı önermiş; fonksiyonel iyileşme için semptomatik remisyon, kültürel normlara uygun bağımsız yaşayabilme, haftada en az bir kez aile veya akranla etkileşim ve 2 yıl üzerinde mesleki işlevsellik olarak 4 kriter belirlemiştir [45]. Burada dikkati çeken nokta, bahsedilen iyileşmenin semptom remisyonun sürekliliği ile ilgili olmasıdır. Temelde, semptomatolojinin ortadan kaldırılması ile fonksiyonellikte düzelme sağlanabileceği ve bu durumun hastalığı yaşayan tüm bireyler arasında değişmez olduğu düşüncesi yer almaktadır [47].

2005 yılında, Şizofrenide Remisyon Çalışma Grubu (RSWG) remisyon kriterleri yayınlamıştır. Buna göre remisyon, semptomların bireyin davranışını etkilemeyecek en hafif düzeyde 6 ay ve üstü süre ile var olması şeklinde tanımlanmıştır. RSWG, iyileşmeyi remisyonun daha zorlu ve daha uzun vadeli bir kavram olarak görmekte ve tam iyileşmeyi; toplumda sosyal ve mesleki olarak işlev görme yeteneği olarak tanımlamışlar, hastalıkla ilişkili psikopatolojiden nispeten bağımsız olduğunu düşünmüşlerdir. Remisyonun iyileşme için gerekli fakat yeterli olmayan bir adım olduğunu belirten RSWG için şizofrenide bilişsel bozuklukların veya psikososyal yitimlerin durumu henüz net olmadığından, bunların remisyon ya da iyileşme tanımlarına dahil edilmesinin uygun olmadığını belirtmişlerdir [38]. Bu kriterler kullanılarak kurulacak hipotezlerle yapılacak çalışmalar aracılığıyla iyileşme kavramının geliştirilebileceğini düşünen Andreasen ve ark. aksine; oluşturulan bu kriterlerinin sosyal ve mesleki işlevselliği aydınlatmaya yetmediği, iyileşmeyi tanımlayabilmek için daha farklı ve standardize ölçütlere ihtiyaç olduğu kanaatine varılmıştır [46].

Şizofreni hastalarının iyileşme sonuçlarındaki bu farklılıklar, araştırmacıları sebeplerine yönelik düşünmeye itmiştir. Lally ve ark. 2017 yılında yaptığı bir derlemede; belli kriterlerle sınırlanan çalışmalarda remisyon ve iyileşme oranlarının düşük olarak sonuçlanabileceği, daha uzun takip periyodu ile yapılacak çalışmalarda daha yaygın oranda iyileşme saptanacağı

söylenmiştir [48]. Bobes ve arkadaşları, RSWG remisyon kriterleri ile ayaktan takipli şizofreni tanılı 452 hastayı 1 yıl boyunca izlediği çalışmada iyileşmeyi RSGW semptomatik remisyonu ve GAF ile ölçümünü yaptığı işlevsellik puanının 80 üzeri olması şeklinde tanımlamıştır [49]. Başlangıçta iyileşme kriterlerini karşılayan %23 hasta olmasına rağmen takipte iyileşenler %27'ye yükselmiştir. Bu çalışmada iyileşme; tedavisiz dönemin kısa olması, premorbid özelliklerin iyi olması, sosyal kognitif yetilerin iyi olması ve depresif semptomların olmayışı ile korele çıkmıştır. Şizofreniden tamamen iyileşmiş kişilerin özelliklerine odaklanan takip çalışmalarından bazıları, iyileşme sürecinin bireylerin umutsuzluğa karşı dayanıklılığı ile alakalı olabileceğini düşündürmüştür [43]. İyileşmenin remisyondan daha karmaşık bir kavram olduğu; iyileşmenin hastalığın bir sonucu olmadığı; zaman içerisinde erişilebilen ve tekrar gerileyebilen bir durum olduğu; bireyler arasında farklılık gösteren benzersiz bir süreç olarak tanımlanabileceği gündeme gelmiştir [43, 46]. Warner; uzunlamasına çalışmalarda kötü gidişin şizofreninin doğası gereği değil; hastalığı yaşayan bireyin sosyal ve ekonomik çevresi ile olan etkileşiminin bir sonucu olduğunu söylemiştir [50].

Klinisyenler yakın zamana kadar şizofreni gibi hastalıkları prevelans üzerinden yorumlamakta, araştırmacılar da insidansı baz almaktadır. Bu nedenle bu iki grup uzun vadede remisyon kavramı ile ilgili farklı görüşlere sahip olmuşlardır ve klinisyenler iyileşmenin mümkün olduğu fikrine direnç göstermektedirler. Cohen, bu duruma klinisyenin yanılsaması (clinician's illusion) adını vermiştir. Bu duruma yol açan etmeni de Cohen; hastalık belirtilerinin dalgalanıyor olması, tedavinin birden fazla klinik veya klinisyen tarafından yapılması ve bu nedenle klinisyenlerin tedavinin kalıcı olup olmadığını ve hastanın yeni bir ortamda yardım alıp almadığını bilmelerinin imkansız olması ile açıklamaktadır. İyileşmiş hastalar kliniğe dönmediği için iyileşmenin ne denli mümkün olduğunun bilinemeyeceğini belirtmiştir [51].

Klinisyenlerin düşük beklentilerinin hastaların görüşlerini de etkilediği farkedilmiştir. Öyle ki hastalar arasından; “bunca yıl bana kimse iyileşebileceğimden bahsetmemişt, ilk defa 2 yıl önce iyileşebileceğimi farkettim” gibi söylemlerle karşılaşmıştır. İşte bu noktada, iyileşmenin anlamı farklılaşmaya başlamıştır. Bu yeni ve geleneksel anlayıştan farklı iyileşme tanımı ruh sağlığı literatüründen değil, ruhsal hastalık yaşayan ve ruh sağlığı hizmetlerini kullanan bireylerin giderek yükselen seslerinden ortaya çıkmıştır [47]. Şizofreni gibi kronik ruhsal hastalığı olan bireyler; kendi bakış açılarının ve yaşamdaki hedeflerinin iyileşme süreçlerinde daha önem arzemesi gerektiğini ve yaşadıkları tedaviyi baskı olarak nitelendirerek, profesyonelleri baskıcı ruh sağlığı sisteminin bir parçası olarak gördüklerini

belirtmeye başlamışlardır. Ruhsal hastalıkların etyolojisinin büyük oranda biyolojik olduğunu savunan yazarlar bu yeni iyileşme terimini kullanmanın hem tanı alanlara hem de onları önemseyenlere yanlış umut vereceğini iddia etmişlerdir. Diğer taraftan hastalar ve biyolojik yaklaşımların eleştirmenleri, ruhsal hastalıkların tıbbi olarak var olup olmadığını sorgulamaya kadar ilerlemiş ve yaşam krizlerini insan varlığının normal parçaları olarak düşünmeyi tercih etmiştir. Fakat bu açıdan bakıldığında ortada hastalık olmayacağından iyileşmeden de bahsedilemeyeceği gündeme gelmiştir [40]. Bunun ardından aslında iyileşme teriminin kendisinin kafa karıştırıcı olabileceği ve “iyileşme”, “rehabilitasyon”, “yeniden entegrasyon” gibi kelimelerin anlamlarının birbirine karışmış olabileceği gündeme gelmiştir. Psikososyal rehabilitasyon, semptomatolojiye yönelik geleneksel tıbbi uygulamalarla birlikte bütüncül bir yaklaşımla hastaların toplumda işlevselliğini arttırmaya odaklanmayı vurgulayan sağlık hizmetleri bütünüdür. Topluma “yeniden entegrasyon”, psikiyatrik rehabilitasyon gibi ruh sağlığı tedavi hizmetleri kullanılarak elde edilebilen bir sonuçtur. Oysa “iyileşme” kavramı, yazımızda daha önce de belirtildiği gibi ne bir hizmet ne de bir hizmet sonucudur [41],

Tartışmalar bir yandan devam ederken, bu bozuklukla tedavi gören bazı kişiler örgütlenmeye başlamıştır [52, 53], Abraham Low isimli bir psikiyatrist tarafından 1937'de kurulan, otonomiye geliştirmeye ve yeniden üretken bir yaşam kazanmaya odaklanan akran destekli kendine yardım örgütü "Recovery"; ya da Birleşik Devletlerdeki bir grup eski psikiyatri hastası tarafından kurulan "We Are Not Alone (Yalnız Değiliz)" gibi sosyal oluşumların altında birleşmeye başlayan hasta gruplarının sesleri gitgide yükselmiştir [7]. 1973 yılında, bu tür grupların ilk ulusal toplantısı Detroit'te yapılmış olup; (İnsan Hakları ve Psikiyatrik Baskı Konferansı) bu ve benzeri oturumlarda toplanmaya devam eden katılımcılar kendi kişisel yolculukları ve iyileşme deneyimleri hakkında görüşler üretilmiştir. Bu görüşlerin ruh sağlığı hizmeti sunan profesyonellerin düşüncelerinden oldukça farklı olduğu görülmüştür. Giderek, ruhsal hastalığı olan bireylerin ve destekleyicilerinin, bakımlarının nasıl yapıldığı ve genel olarak toplum tarafından nasıl algılandıkları konusunda değişiklik talepleri artış göstermiştir.

Zaman içerisinde iyileşme sürecinin; problemlerinin üstesinden gelmeye çabalayan insanlar ve onlara hizmet sunan ruh sağlığı sistemleri için önemi ve değeri daha iyi anlaşılmaya başlanmıştır. Böylece sağlık hizmetlerine iyileşme kavramının entegrasyonu gündeme gelmiştir.

2003 yılında yayınlanan Amerikan Başkanının Ruh Sağlığı Yeni Özgürlük Komisyonu Raporu (President's New Freedom Commission Report) iyileşmeyi vurgulayan ilk ulusal rapor olarak dikkat çekilmiştir. Burada remisyon ve iyileşme 2 farklı kavram olarak tanımlanmıştır

[54]. Rapor; ruhsal hastalığı olan bireyler için mevcut ruh sağlığı sisteminde iyileşmeye yönelik yaygın engeller olduğunu kabul etmekte ve ruh sağlığı sistemini iyileşme odaklı bir sisteme dönüştürmeyi hedeflemektedir. Rapora göre iyileşmede dönüşüm süreci; yalnızca semptom yönetimine odaklanmadan, umut etme gibi bireysel faktörlerin de dahil edildiği bir şekilde, ruh sağlığı hizmeti alan kişilere ve onların ailelerine göre şekillenmelidir [7]. Bu rapor aslında hastalıktan kurtulma (recovery from) beklentisinin yerine, hastalık süreci içerisinde anlamlı yaşama sahip olma (recovery in) görüşünü açıklamaktadır [54, 55].

Şizofrenide iyileşme kavramı, farklı gruplar farklı tanımlamaları benimsediği için sınırları tam belirli olmayan ve değişik yaklaşımları içeren bir biçimde kullanılmaktadır. Klinisyenler geleneksel olarak semptomları ve genel işlevsellik düzeyini temel alan iyileşmeyi tanımlamaktadır. Bu tanım klinik iyileşme olarak adlandırılmaktadır ve biyomedikal görüşün bir yansımasıdır. Bazı yazarlar ve hasta grupları ise iyileşmeyi kendini kontrol edebilme ve üretkenliği içeren, anlamlı ve tatmin edici bir yaşam oluşturarak zihinsel hastalığın üstesinden gelme süreci olarak tanımlamakta; iyileşmenin gerçekleşmesi için semptom remisyonunun ya da premorbid fonksiyonlara dönüşün gerekli olmadığını düşünmektedirler. Bu tanıma da kişisel iyileşme adı verilir [3-5].

İyileşme sürecinde ilk aşamanın, hastanın hastalığının farkına varması ve doğası hakkında bilgilenmesi yani içgörü kazanması olduğunu belirten yazarlar mevcuttur [56]. İyileşme aniden ve kendiliğinden gerçekleşmez. Çaba ise tanımlayıcı unsurlardan biridir [35].

İyileşme kavramı sadece değerli bir rolün yeniden kazanılmasını içermekle birlikte; hastalık teşhisinin olumsuz etkilerinden (ayrımcılık, güçsüzlük, işsizliğin olumsuz etkileri, yıkılan hayaller vb.) sıyrılmayı da içerir. Travma mağdurları gibi, ciddi ruh sağlığı bozukluğu olan bireyler hayatlarını geri döndürülmesi güç bir şekilde değişmiş olarak yaşayabilirler ancak bu durumda hastalık deneyimini yeni bir kimliğe dahil etmeye çalışırlar. Genel olarak hastaların iyileşme tanımlamaları bireyin yaşamının kontrolünü geri alma yolculuğu, işlevsel sınırlamalar ve hatta derin travmalar olsa bile yaşam boyu “daha insan olma” sürecinin altını çizmektedir [40].

2.2.3. İyileşme Bileşenleri

Hastanın iyileşme yolculuğu kişisel, durumsal ve çevresel faktörler tarafından önemli ölçüde desteklenmekte veya engellenmektedir. İyileşme odaklı çalışmalarda ön sıralarda yer alan Amerika’da [7] Madde Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı Hizmetleri Yönetimi (SAMHSA) tarafından 2004 yılında düzenlenen konferansta ruh sağlığında iyileşme, “ruhsal bozukluğu

olan kişinin kendi seçtiği topluluklarda anlamlı bir hayat yaşayabilmesi için bir dönüşüm yolculuğu” olarak tanımlanıp; 10 temel iyileşme bileşeni belirlenmiştir:

1. Öz yönetim: iyileşme sürecinde kişiler kendi yaşam hedeflerini tanımlama, bu hedeflere doğru kişisel bir yol tasarlar ve kendi kendini yönetir.
2. Bireyselleştirilmiş ve kişi merkezli: Bireyin kendine özgü güçlü yönleri ve tüm ihtiyaçları, tercihleri, deneyimleri (geçmiş travma dahil) ve kültürel geçmişine dayanarak; iyileşmenin bireye özgü olduğunu söyler.
3. Güçlendirme: Bireyler, hayatlarını etkileyecek tüm kararlara katılma yetkisine sahiptir.
4. Bütüncül: İyileşme zihin, beden, ruh ve toplum da dahil olmak üzere bireyin tüm yaşamını kapsar.
5. Doğrusal olmayan: İyileşme sürekli büyümeye, zaman zaman yaşanan aksaklıklar ve deneyimlerden öğrenmeye dayalı bir süreçtir.
6. Güçlü yönler odaklı: İyileşme sahip olunan kapasiteye, esnekliğe, başa çıkma yeteneğine odaklanır.
7. Akran desteği: Deneyimsel bilgi ve becerilerin paylaşılması ve sosyal öğrenmeyi içeren karşılıklı destek, iyileşmede çok değerli bir rol oynamaktadır.
8. Saygı: Ayrımcılık ve damgalamayı ortadan kaldırmak da dahil olmak üzere toplumsal kabulün ve takdirin sağlanması, iyileşme sürecinde önemlidir.
9. Sorumluluk: Tedavi alanların kendi öz bakımları ve iyileşme yolculukları için kişisel sorumlulukları vardır.
10. Umut: Umut, iyileşme sürecinin katalizörüdür. İnsanları, karşı karşıya oldukları engelleri aşabileceklerine ve daha iyi bir geleceğe motive eder [41, 53].

Leamy ve arkadaşları da bu bileşenleri bağlılık (ilişkiler, akran desteği, destek grupları toplumun parçası olabilme vb.), gelecekle ilgili umut ve iyimserlik (iyileşme ihtimaline inanmak, değişime motivasyon vb.), kimlik (kimlik bileşenleri, stigmaların üstesinden gelme), yaşamdaki anlam (yaşam kalitesi, yaşamı yeniden inşa etme, sosyal roller vb.) ve güçlendirme olarak açıklamıştır [6]. Benzer şekilde Andresen ve arkadaşları umut bulmak; kimliğin yeniden kurulması; hayatta anlam bulma; ve iyileşme için sorumluluk almak olarak 4 temel bireysel iyileşme süreci bileşeni belirlemişlerdir [52]. Law ve arkadaşları psikotik belirtiler yaşayan bireyler arasında benzer öğeler tanımlamışlardır [57].

2.2.4. Hasta Odaklı İyileşme Kavramı

Hasta odaklı iyileşme kavramı yenidir. Otonomi ve kişiselleşmiş bakım ilkelerini kapsayan ruh sağlığı hizmeti yaklaşımını tanımlamakta ve çoğunlukla hastaların kişisel

deneyimlerinden kaynaklanmaktadır [6, 7]. Hasta odaklı iyileşme kavramının sınırları henüz net olmasa da; Amerika Birleşik Devletleri, Birleşik Krallık, Avustralya, Kanada, Yeni Zellanda gibi ülkelerde politika ve sağlık uygulamalarına yıllardır yön vermektedir. Aşağıda mevcut uygulamalardan örnekler yer almaktadır:

Birleşik Krallıkta Ruh Sağlığı Vakfı (Mental Health Foundation) iyileşme modelini ruh sağlığı sorunları olan kişilerin dayanıklılığını inşa etmenin, kimliklerini ve benlik saygısını desteklemenin önemini savunan; yalnızca semptomlara odaklanmayan ve yaşamın zorlukları üzerindeki esnekliği ve kontrolü vurgulayan güç temelli bir yaklaşım olarak tanımlamaktadır. Buna göre iyileşme genellikle bir süreç olarak da adlandırılır ve bu iyileşme sürecinin önemli özelliklerinden bazıları bağlantı, umut ve iyimserlik, kimlik, anlam, amaç ve güçlendirme olarak açıklanabilir [58].

İskoç İyileşme Ağı (Scottish Recovery Network) 2004 yılında İskoç Hükümeti tarafından, Ruh Sağlığı ve Refahını Artırma Ulusal Programı kapsamında, ruhsal hastalıklarda iyileşme bilincini artırmak için tasarlanmış bir girişim olarak başlatılmıştır. Herkesin ruh sağlığı problemleri yaşayabileceğini ancak uygun destekle bunun üstesinden gelebileceğini vurgulamaktadır. İyileşmenin bazıları için bir süregelen yolculuk bazıları içinse bir hedef olduğunu, bazı insanların “iyileşmiş” olmaktansa “iyileşme sürecinde” olduklarını belirtmeyi tercih ettiklerini vurgulamaktadır. Bu nedenle İskoç İyileşme Ağı’na göre iyileşme bireye özgüdür, tek bir iyileşme modeli tüm popülasyona uymaz [59].

Avustralya Sağlık Bakanlığı 2013 yılında iyileşme odaklı ruh sağlığı hizmetlerine yönelik bir kılavuz yayınlamış olup; iyileşme kavramını ruh sağlığı sorunları yaşayan insanların teşhislerinin kısıtlamalarının ötesinde kişisel kimliklerini onaylamaları olarak tanımlamaktadır. İyileşme yaklaşımlarının, hastalar ve sağlık personeli arasındaki sınırın yıkılmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir. Temel olarak 5 alan üzerine odaklanılır: Umut verici, kişiyi önceleyen ve bütüncül, kişiye özel planlanmış, iyileşmeye yönelik organizasyon ve işgücü oluşturma, sosyal içerme üzerine çalışma. Bu kılavuz, ruhsal hastalığı olan bireyi tek başına yetkilendirmek yerine; tedavi uygulayıcılara, bireyin yakınlarına, akranlara, gönüllü toplum kuruluşlarına roller vermenin öneminden bahseder [60].

APA, ruh sağlığında iyileşme kavramını anlatmaya ve iyileşme odaklı yaklaşımı profesyonel klinik uygulamaya dahil etme sürecine yönelik online bir eğitim müfredatı oluşturmuştur [61]. Yine Amerika Vermont’ta 1997 yılında kendi ruh sağlığı sorunlarının üstesinden gelmenin ve yaşam hayallerini, hedeflerini gerçekleştirmenin yollarını arayan bir

grup insan tarafından geliştirilen Wellness Recovery Action Plan veya WRAP, kendi kendine uygulanmak üzere tasarlanmış bir önleme ve sağlık sürecidir. Kapsamlı bir şekilde incelenmiştir ve halihazırda SAMSHA Ulusal Kanıta Dayalı Programlar ve Uygulamalar'da listelenen kanıta dayalı bir uygulamadır [62].

Kanada hükümeti tarafından 2007 yılında kurulan Kanada Ruh Sağlığı Komitesi (Mental Health Commission of Canada), 2015 yılında iyileşme odaklı uygulama yönergesi yayınlamış olup; iyileşme kavramının “tedavi” ile eşdeğer olmadığını ancak ruhsal sorun ve hastalıklarından kaynaklanan sınırlamalar olsa bile tatmin edici, umutlu bir yaşam sürmek anlamına geldiğini vurgulamaktadır. İyileşme yaklaşımı ilkelerinin, ele alınan ruh sağlığı sorununun türüne bakılmaksızın tüm ruh sağlığı hizmeti sağlayıcıları için geçerli olduğu belirtilmektedir. İyileşme ilkelerinin en iyi nasıl uygulanacağı konusunda farklı görüşler olabileceğinden, bunların açıkça ve farklı meslek gruplarına hitaben yayınlanmasını sağlamanın önemli olduğundan bahsedilmektedir [63].

Ülkemizde de 2011 yılında Ruh Sağlığı Eylem Planı hazırlanmış [64] ve toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeli uygulanmaya başlanmıştır. Bunun ardından iyileşme kavramı ile ilgili yayınlar ülkemiz literatüründe hız kazanmıştır [7, 65].

Halihazırda uygulanan geleneksel klinik ölçekler klinisyenlere önemli bilgiler sağlarken, hastaların öznel iyileşme hissi hakkında pek fikir vermemektedir. Son yıllarda geliştirilen iyileşme değerlendirme ölçekleri, hastalar için değerlendirme sürecini zenginleştirebilecek anlamlı bilgiler sağlamakta; hem klinisyene hem de hastaya tartışma ve hedef belirleme alanları önererek terapötik ilişkiyi beslemektedir. Hastaların kendi iyileşme sürecini bu ölçekler aracılığıyla değerlendirebiliyor olması durumu, hastalığın tedavisi ve işlevselliğin artırılması için işbirlikçi bir çaba olarak düşünülebilir [8].

Alanyazında, hastaların iyileşme kavramını tanımlayan ölçekler aracılığıyla iyileşme kavramı ile birçok faktörün ilişkisi ortaya konmaya çalışılmaktadır.

İyileşme sürecini yaşayan ve iyileştiğini hisseden biri kendini daha işlevsel, daha güçlenmiş, daha özgüvenli olarak değerlendirebilmektedir. Bazı çalışmalarda iyileşme kavramının bireyin pozitif semptomları ile ilişkisinin diğer kavramlara göre daha az ilişkili bulunması, iyileşme anlayışında üzerinde uzlaşılan yukarıda bahsedilen bireysel ve kültürel faktörlerin önemini vurgulamaktadır. Her ne kadar iyileşme kavramı bazı araştırmacılar tarafından psikiyatrik belirtilerden ayırt edilse dahi; iyileşme sürecinin belirti şiddetinden etkileniyor olduğunu ortaya koyup, belirti yönetimini iyileşme bileşeni olarak öneren çalışmalar

da mevcuttur [8]. İyileşmeyi etkileyen psikososyal faktörleri ve süreçleri ortaya koyan bir derlemede iyileşmeyi teşvik eden faktörler arasında sosyal destek ve yakın ilişkiler gösterilirken; iyileşmeyi olumsuz etkileyen faktörler arasında da olumsuz etkileşimler ve izolasyon geçmektedir. Aynı çalışmada, bireyler için anlam sağlayan, bağımsız olarak erişilebilir faaliyetlerin bulunmamasının, hizmet kullanıcının yaşamını ve iyileşme yeteneğini olumsuz yönde etkileyebileceği belirtilmektedir [9].

Yetiyitimi bedensel ve ruhsal hastalıklara bağlı olarak kişinin iş güç görememe hali olarak tanımlanmaktadır. Yetiyitimi, psikiyatrik tanı ile ilişkili olmakla beraber; tanı hastalığı tanımlarken yetiyitimi hastalığın sonuçlarını tanımlamaktadır [66]. Şizofreni hastalığı olan kişi, zihinsel işlev bozuklukların yanı sıra aile ilişkileri ve kişiler arası etkileşimlerdeki zorluklardan veya bir iş edinme ve sosyal faaliyetlere katılımı engellilik yaşayabilmektedir. Sağlık hizmetlerine erişilebilirlik ve uygun tedavi, bir ülkenin politikaları, toplumsal tutumlar, damgalama gibi çevresel faktörler ile düşük benlik saygısı gibi kişisel faktörler yaşanan engellilik düzeyini etkileyebilmektedir [67].

Yaşam kalitesi umut aşılayan, başa çıkmayı kolaylaştıran, stres ve nüks tetikleyicilerine karşı koruma sağlayan bir kavram olarak tanımlanmaktadır [68]. Psikiyatrik bozukluklarda toplum normlarına göre yaşam kalitesinde belirgin bozulma görülmekte ve rahatsızlık ne kadar kronikse yaşam kalitesi üzerine etkisinin o kadar yüksek olduğu söylenmektedir. Şizofreni hastaları için dünyada iyileşmeden konuşuluyor olsa da, yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri olduğu düşünülmektedir. Yapılan bir araştırma, yüksek iyileşme puanlarının yaşam kalitesi üzerine prediktif faktör olduğunu göstermektedir [69].

İhtiyaç kavramı, bireylerin sosyal bağımsızlık ve yaşam kalitesini kabul edilebilir bir seviyeye getirmek ve sürmesini sağlamak için olan gereksinimler olarak tanımlanan dinamik bir kavramdır. İhtiyaç, dinamik bir kavramdır ve ruhsal hastalığı olan bireylerin ihtiyaçlarının belirlenmesi karmaşıktır. Deinstitutionalizasyondan önce hastaların ihtiyaçları kalmakta oldukları kurumlar tarafından karşılanırken; artık aile, arkadaşlar, yerel yönetimler hastaların ihtiyaçlarını karşılamaktadır. Bu nedenle psikiyatride ihtiyaç kavramı, bireylere nasıl hizmet sunulacağının belirlenmesi ve hizmetlerin etkinliğinin artırılması için önem arz etmektedir [70].

Şizofreninin sadece hastalarda değil, yakınlarında da dramatik etkileri olduğu bilinmektedir. Bakım verilen şizofreni hastasının genel durumunun ve işlevselliğinin etkileyebildiği söylenmekte ve bu nedenle bazı ülkeler hem hastalara hem de yakınlarına yönelik eğitim ve iyileştirme programları uygulamaktadırlar. Bu destek programlarının oluşturulması

sürecinde yol haritası belirlenirken bakım veren yükü ile ilişkili etmenlerin bilinmesi önemlidir [71]. Bakım verenlerin; ruhsal hastalığı olan yakınlarının kişilerarası ilişkilerini koruyabildikleri, sosyal etkileşimlerini yönetebildikleri ve değerli oldukları bir geleceği öngördükleri, üretken ve gelir getirici olma konusunda becerikli olduklarında bakım yükünü daha az algıladıkları düşünülmektedir [10].

Ülkemizdeki çalışmalar da genellikle hastaların iyileşme tanımlarına odaklanmıştır. Fakat iyileşmenin hastalığa dair birçok faktör ile ilişkisinin incelendiği; hasta yakınlarının da dahil edildiği ve bakımveren yükünün iyileşme bakışına etkisinin değerlendirildiği çalışmalara da ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Mevcut bilgiler ışığında, bu çalışmada hastaların iyileşmeye bakış açılarının; semptom düzeyi, sosyal destek, işlevsellik düzeyi, yetiyitimi derecesi, karşılanmış-karşılanmamış ihtiyaçlar, bakım veren yükü ile ilişkisinin ortaya konması amaçlanmaktadır. Böyle bir çalışmanın ileride hasta odaklı bir iyileşme modelinin oluşturulması için faydalı olacağı düşünülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem ve Yöntem

Mart 2020 – Nisan 2020 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM), psikiyatri kliniği yataklı servisi ve psikiyatri polikliniğine başvurusu olan 18-65 yaş arası DSM-5'e göre şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanısı almış (F20 ve F25 tanı kodları) olan ve akut alevlenme döneminde olmayan bütün hastalar çalışmaya davet edilmiş, bilgilendirilmiş onam alınanlar dahil edilmiştir. Bu hastaların yakınları da gönüllülük esasına göre çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma süresi, insan gücü ve benzer çalışmalara bakılarak 101 hasta ve 77 hasta yakınının katılımı ile yapılmıştır. Davet edilen tüm hastalar çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Yataklı servisteki hastalar, taburculuk kararı alınmasının ardından çalışmaya dahil edilmişlerdir. 93 hastada şizofreni, 8 hastada şizoaffektif bozukluk tanısı mevcuttur. Çalışmaya dahil olan hastalardan 22'sinin yakınına ulaşılammış, 2 hastanın yakını çalışmaya katılmayı reddetmiştir. Çalışmaya dahil etme kapsamında kullanılan dışlama kriterleri şunlardır:

1. 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük olma
2. Akut alevlenme döneminde olma
3. Çalışma ölçeklerini anlamasına engel herhangi bir sağlık durumu ve/veya engeli olma,
4. Alkol-madde kullanım bozukluğu ve/veya intoksikasyonunda olma

Katılımcılardan gönüllülük esasına göre aydınlatılmış onam alındıktan sonra sosyodemografik form, Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SAPS), Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SANS), Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, Camberwell Gereksinim Değerlendirme Kısa Formu araştırmacı tarafından psikiyatri kliniğinde ruhsal görüşme yapılması ile beraber hastalara uygulanmış; Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-100 TR), Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHODAS 2.0) ve İyileşme Değerlendirme Ölçeğini (Recovery Assessment Scale / Domains and Stages /RAS-DS) hastaların kendisi doldurmuşlardır. Gönüllü hasta yakınları sosyodemografik bilgilerin yer aldığı formu ve Zarit Aile Yüğü Ölçeği formlarını doldurmuşlardır.

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1 Hastalar İçin Sosyodemografik Form

Hastaların sosyodemografik özelliklerini ve hastalığa ait klinik özellikleri sorgulamak amacıyla hazırlanmıştır. Bu form ile yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, nerede yaşadığı, çalışma durumu, tanı aldığı yıl, kullanılan ilaç tedavileri, uygulanan diğer tedavi yöntemleri, hastane yatış durumu, fiziksel hastalıkları, bakımverenin kim olduğu ve diğer demografik bilgileri sorgulanmıştır.

3.2.2. Hasta Yakını için Sosyodemografik Form

Hasta yakını için hazırlanan sosyodemografik form ile hasta yakınının yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, komorbid bedensel ya da ruhsal hastalığı olup olmadığı, hasta ile yakınlık düzeyi gibi bilgiler sorgulanmıştır.

3.2.3. Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SAPS)

Pozitif Belirtileri nicelleştirmek için birçok ölçek geliştirilmiştir. Bu ölçeklerin en kapsamlılarından biri de Nancy C. Andreasen tarafından geliştirilmiş olan Scale for the Assessment of Positive Symptoms (Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği), kısa adıyla SAPS olarak bilinen ölçektir. Bu ölçek toplam 34 item ve 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Her item 0=Semptom yok, 1= Şüpheli, 2=Hafif, 3=Orta, 4=Belirgin, 5= Şiddetli olarak derecelendirilmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 1991 yılında Erkoç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [72].

3.2.4. Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SANS)

Negatif Belirtileri nicelleştirmek için birçok ölçek geliştirilmiştir. Bu ölçeklerin en kapsamlılarından biri de Nancy C. Andreasen tarafından geliştirilmiş olan Scale for the Assessment of Negative Symptoms (Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği), kısa adıyla SANS olarak bilinen ölçektir. (2) Bu ölçek toplam 25 item ve 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Her item 0=Semptom yok, 1= Şüpheli, 2=Hafif, 3=Orta, 4=Belirgin, 5= Şiddetli olarak derecelendirilmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 1991 yılında Erkoç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [73].

3.2.5. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

Şizofrenide depresyonun klinik önemi son yıllarda vurgulanmıştır. Şizofrenide depresyonun değerlendirilmesi, depresif semptomlar pozitif, negatif ve ekstrapiramidal belirtiler karışabileceği için güçtür. Calgary Depresyon Ölçeği (CDÖ) 1990 yılında Addington ve arkadaşları tarafından, şizofren hastalarda depresyonun varlığını ve şiddetini ekstrapiramidal ve psikotik belirtilerden ayrı olarak ölçmek üzere geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış görüşme formunda bir ölçektir. Oksay ve arkadaşları 2000 yılında Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapmışlardır [74].

3.2.6. Camberwell Gereksinim Değerlendirme Kısa Formu (CANSAS)

Slade ve arkadaşları tarafından 2000 yılında Camberwell Assessment of Need - Short Appraisal Schedule (CANSAS)/Camberwell Gereksinim Değerlendirme Kısa Formu (CGD Kısa Formu) rutin klinik ve araştırma amaçlı kullanılmak üzere tasarlanmıştır. Birinci bölüm dışında ikinci, üçüncü ve dördüncü bölümler çıkarılmıştır. 22 alan her bir alanın gereksinim değerlendirmesinden oluşmaktadır. Bu durum görüşme içerisinde, gereksinimleri değerlendirmenin kısa ve pratik formunu oluşturmaktadır. Ölçek ihtiyaç alanlarının hem hasta hem de hekim tarafından değerlendirilmesini içermektedir. Tuncer tarafından 2018 yılında Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır [75].

3.2.7. İyileşme Değerlendirme Ölçeği (Recovery Assessment Scale/ Domains and Stages /RAS-DS)

Nicola Hancock ve ekibi tarafından geliştirilen [76], hizmet kullanıcıların kendisi tarafından doldurulacak olan iyileşme ile ilgili 4 ana başlıkta (değer verilen şeyleri yapma, heyecanla bekleme, hastalıkta ustalaşma, bağlanma ve ait olma) toplanan 38 maddeden oluşan “yanlış, biraz doğru, çoğunlukla doğru ve tamamen doğru” şeklinde 4’lü Likert skalası üzerinde puanlanabilen bir ölçektir. Türkçe çevirisinin çalışmada kullanılabilmesi için gerekli izinleri alınmıştır. Halihazırda Türkçe uyarlama çalışması tez çalışmaları kapsamında yapılmaktadır [77].

3.2.8. Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHODAS 2.0)

Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi 2.0 (WHODAS 2.0): Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen, genel popülasyonda ve klinik pratikte yetiyitiminin ölçülmesini sağlayan bir değerlendirme aracıdır. Bu araç, 6 alandan oluşmaktadır. Bunlar; 1) Biliş, 2) Hareket, 3) Kendine bakma, 4) İnsanlarla geçinme, 5) Yaşam etkinlikleri, 6) Topluma

katılma başlıkları altında toplanmıştır. Ölçeğin her maddesinde son 30 gün içinde işlevselliğin belirli alanlarında bireyin ne kadar zorluk çektiğinin 5’li Likert skalası üzerinde “hiç, biraz, oldukça, çok veya aşırı” şeklinde puanlanması gerekmektedir. Ölçeğin üç versiyonu bulunmaktadır: 36 maddelik uzun, 12 maddelik kısa ve 12+24 maddelik versiyonu. Ayrıca öz bildirim formu, vekil formu ve görüşmeci formu bulunmaktadır. Vekil formu, hasta anketi dolduramıyorsa bir yakını tarafından doldurulmak üzere tasarlanmıştır. Formun Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Kunt ve arkadaşları tarafından 2018 yılında yapılmıştır [78].

3.2.9. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-100 TR)

WHOQOL-100 orjinal ölçeği 100 sorudan oluşmaktadır. Ölçek 6 alan ve biri genel bölüm olan 25 bölümden oluşmaktadır. Her bir bölüm dörder sorudan oluşmaktadır. Sorular beşli likert tipi ordinal yanıt ölçeğine sahiptir. Ölçeğin toplam skoru yoktur. Her bir bölüm ve alan maksimum yüz puan üzerinden skor alır. Yüksek puan daha iyi yaşam kalitesini ifade eder. Bu ölçeğin Türkçe sürümünde (WHOQOL-100 TR) ayrı “sosyal baskı” bölümünü oluşturan Türkiye’ye özgü 3 ek soru daha vardır. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Eser ve arkadaşları tarafından (1997) yapılmıştır [79].

3.2.10. Zarit Bakımveren Yüğü Ölçeği (ZBVYÖ - Hasta Yakınları İçin)

Bu ölçek Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Bakım gereksinimi olan bireye bakım verenlerin yaşadığı sıkıntıyı değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek asla, nadiren, bazen, sık sık ya da hemen her zaman şeklinde 1’den 5’e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Türkçe formun geçerlilik güvenirlik çalışması Özlü ve arkadaşları tarafından 2009 yılında yapılmıştır [80]. Bu çalışmada orijinal versiyonu 22 maddeli olan ölçekten 3 madde çıkarılmış ve 19 madde şeklinde düzenlenmiştir. Türkçe versiyonun yapı geçerliliğinde 5 alt boyut (1-ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması, 2-sinirlilik ve kısıtlanmışlık, 3-toplumsal ilişkilerde bozulma, 4-ekonomik yük ve 5-bağımlılık) tanımlanmıştır. Çalışmamızda şizofreni tanılı hastaların yakınlarına ölçeğin 19 maddelik versiyonu uygulanırken, şizoaffektif bozukluk tanılı hastaların yakınlarına 22 maddelik versiyonu uygulanmıştır.

3.3. İstatistiksel Analiz Yöntemleri

Araştırma verisi SPSS (Statistical Package For Social Sciences for Windows v.22,0,SPSS Inc. Chicago, IL) aracılığıyla bilgisayar ortamına yüklenmiş ve değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler ortalama ($\pm$) standart sapma, ortanca (min-maks), frekans dağılımı ve yüzde olarak sunulmuştur. Araştırmadan elde edilen veri seti parametrik test ön şartlarını sağladığından, sürekli değişkenlerin veri analizinde independent Sample T testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler ise ki-kare testleri ile değerlendirilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişki ön şartları sağlandığında Pearson korelasyon testiyle, sağlanmadığında ise Spearman korelasyon testiyle değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.4. Etik Kurul Onayı

Çalışma için Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Etik Kurul Komitesinden 06/01/2020 tarih ve 79/12 numaralı etik kurul onayı alınmıştır.

3.5 Araştırmanın Bütçesi

Araştırmanın bütçesi, araştırmacının kendi kaynaklarından karşılanmıştır.

4. BULGULAR

Toplam hasta sayısı 101 idi. 101 hastanın 73'ü erkek (%72,3), 28'i kadın (%27,7) idi. Hastaların yaş ortalaması $39,6 \pm 9,42$ olarak saptandı. Hastaların tanılarına bakıldığında 93 (%92,1) hastada şizofreni, 8 hastada şizoaffektif bozukluk tanısı olduğu görüldü. Hastaların demografik verilerine ait sonuçlar tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Hastalara ait demografik veriler		
Yaş ($\pm$ SD)		39,6 (9,42)
Cinsiyet	Erkek (%)	73 (72,3)
	Kadın (%)	28 (27,7)
Hastanın tanısı	Şizofreni (%)	93 (92,1)
	Şizoaffektif bozukluk (%)	8 (7,9)
Hastalık süresi - yıl ($\pm$ SD)		15,25 (8,34)
Yatış sayısı (IQR)		3 (1-5)
Eğitim durumu	İlkokul mezunu (%)	19 (18,8)
	Ortaokul mezunu (%)	19 (18,8)
	Lise mezunu (%)	48 (47,5)
	Üniversite (%)	15 (14,9)
Mesleki durum	Çalışmıyor (%)	71 (70,3)
	İşçi (%)	9 (8,9)
	Memur (%)	8 (7,9)
	Emekli (%)	13 (12,9)
Medeni Durum	Bekâr (%)	70 (69,3)
	Evli (%)	22 (21,8)
	Boşanmış (%)	6 (5,9)
	Eşinden ayrı (%)	3 (3)
Çocuk Sayısı (IQR)		0 (0-1)
Yaşadığı yer	Kira (%)	20 (19,8)
	Kendi evi (%)	81 (80,2)

($\pm$ SD: ortalama + standart sapma, IQR: Interquartile Range)

Hastaların aile öyküsüne bakıldığında 51 (%50,5) hastada ailede psikiyatrik hastalık olmadığı, 45 hastanın ailesinde şizofreni tanısı olduğu görülmüştür. Aile öyküsüne yönelik diğer bilgiler tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2. Aile öyküsü verileri		
		n (%)
Ailede psikiyatrik hastalık	Yok	51 (50,5)
	Şizofreni	45 (44,6)
	Bipolar bozukluk	1 (1)
	Depresyon ya da anksiyete bozukluğu	1 (1)
	Obsesif kompulsif bozukluk	3 (3)
Psikiyatrik hastalık olan akraba	Yok	51 (50,5)
	Anne	9 (8,9)
	Baba	7 (6,9)
	Kardeş	18 (17,8)
	Baba tarafı akraba	8 (7,9)
	Anne tarafı akraba	7 (6,9)
	Baba ve anne tarafı akraba	1 (1)

(n:kişi sayısı)

Hastaların tedavi öykülerine bakıldığında hastaların sıklıkla çoklu antipsikotik kullanımı olduğu görülmüştür. Tedaviye yönelik bilgiler tablo 3’de sunulmuştur.

Tablo 3. Hastaların tedavi öykülerine yönelik bilgiler			
			n (%)
Mevcut tedavi biçimi	Yatarak tedavi		4 (4)
	Ayaktan tedavi		97 (96)
Psikoeğitim öyküsü	Yok		20 (19,8)
	Var		81 (80,2)
EKT öyküsü	Yok		70 (69,3)
	Var		31 (30,7)
Farmakoterapi	Antipsikotik	Tek	39 (38,6)
		Çoklu	62 (61,4)
	Uzun etkili antipsikotik	Yok	48 (47,5)
		Var	53 (52,5)
	Antidepresan	Yok	88 (87,1)
		Var	13 (12,9)

(n:kişi sayısı)

Bakım veren kişilerin değerlendirmesinde en sık olarak hastaların 37' sinde (%36.6) annenin bakım vermeyi üstlendiği görülmüştür. Yine bakım veren kişilerin eğitim düzeyi değerlendirildiğinde 48'inin (%47,5) ilkokul mezunu olduğu görülmüştür. Bakım veren kişilere yönelik bilgiler tablo 4'te özetlenmiştir.

Tablo 4. Bakım veren kişilere ait bilgiler

		n (%)
Bakım veren kişi	Anne	37 (36,6)
	Baba	20 (19,8)
	Kardeş	17 (16,8)
	Eş	18 (17,8)
	Anne ve baba	1 (1)
	Çocuk	4 (4)
Bakım verenin eğitim düzeyi	Okuma yazması yok	5 (5)
	Okuma yazması var	3 (3)
	İlkokul mezunu	48 (47,5)
	Ortaokul mezunu	6 (5,9)
	Lise mezunu	24 (23,8)
	Üniversite mezunu	15 (14,9)

(n:kişi sayısı)

Hastaların SAPS ve SANS skorlarına göre, toplam SAPS skoru 11 (IQR 25-75: 4-21,5) ve toplam SANS skoru 33 (IQR 25-75: 1-44) olarak gözlemlendi. Hastaların ölçek sonuçlarına ait veriler tablo 5'de sunulmuştur.

Tablo 5. SAPS ve SANS ölçek sonuçları

SAPS		SANS	
Parametreler	Ortanca (IQR)	Parametreler	Ortanca (IQR)
Varsanı	0 (0-7,5)	Duygulanım	10 (0-16)
Hezeyan	7 (2-12)	Aloji	0 (0-6)
Bizar davranış	0 (0-0)	Avolusyon	6 (3-8,5)
Pozitif formal düşünce bozukluğu	0 (0-4)	Anhedoni	12 (8-15)
		Dikkat	3 (0-5)
Toplam	11 (4-21,5)	Toplam	33 (19-44)

(SAPS: Pozitif semptomları değerlendirme ölçeği, SANS: Negatif semptomları değerlendirme ölçeği, IQR: Interquartile Range)

CANSAS veri sonuçları tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6. CANSAS ölçek sonuçları			
		Ortanca (min-max)	IQR
Hasta	Karşılanan	5 (0-13)	(4-8)
	Karşılanmayan	1 (0-7)	(0-3)
	Toplam	7 (0-20)	(5-11)
Hekim	Karşılanan	6 (0-14)	(4-8)
	Karşılanmayan	3 (0-9)	(1-5)
	Toplam	10 (0-20)	(6-12,5)

(IQR: Interquartile Range, CANSAS: Camberwell Gereksinim Değerlendirme Kısa Formu)

Hastaların yapılan RAS-DS, WHODAS 2.0 ölçek sonuçlarına göre RAS-DS total 113.77 ± 19.4 , WHODAS 2.0 toplam 27.67 ± 15.27 olarak hesaplanmıştır. RAS-DS, WHOQOL-100 TR, WHODAS 2.0 ölçek sonuçlarında cinsiyet açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Bahsedilen ölçeklerin ve alt parametrelerinin sonuçlarına ait veriler tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. RAS-DS, WHOQOL-100 TR, WHODAS 2.0 ölçek sonuçlar			
		Ortalama	±SD
RAS-DS			
	Fonksiyonel İyileşme (Fİ)	78,50	15,69
	Bireysel İyileşme (Bİ)	75,49	14,53
	Klinik İyileşme (Kİ)	72,73	15,40
	Sosyal İyileşme (Sİ)	72,17	15,43
	RAS-DS toplam	113,77	19,4
WHOQOL-100 TR			
	Fiziksel Alan	12,77	2,09
	Psikolojik Alan	12,82	2,82
	Bağımsızlık Düzeyi	12,61	2,69
	Sosyal İlişkiler Alanı	11,94	2,91
	Çevre Alanı	13,25	2,26
	Kişisel İnanç	13,83	3,16
	Sosyal Baskı	14,09	3,26
	Genel Sağlık	12,40	3,81
WHODAS 2.0			
	Anlama ve İletişim Kurma	34,68	22,55
	Hareket Etme	12,72	15,70
	Kendine bakım	18,74	18,37
	İnsan ilişkileri	33,66	22,59
	Yaşam Faaliyetleri	31,00	28,81
	Toplumsal yaşama katılım	35,46	17,41
	WHODAS 2.0 Toplam	27,67	15,27

(RAS-DS: İyileşme Değerlendirme Ölçeği, WHOQOL-100 TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği, WHODAS 2.0: Dünya Sağlık Örgütü Yetiştirimi Değerlendirme Çizelgesi, SD: Standart Sapma)

Yapılan değerlendirmeler neticesinde 25'i kadın, 52'si erkek olmak üzere 77 hasta bakım verenine ZBVYÖ uygulanmıştır. ZBVYÖ'nin şizofreni popülasyonuna yapılan geçerlilik güvenilirlik çalışmasında ölçek 5 alt boyuta ayrıldığından; 6 şizoaffektif tanıli hastanın yakını hariç tutularak, 71 şizofreni tanıli hasta yakınına ayrı bir analiz yapılmış olup; alt ölçek puanları hesaplanmıştır. Bakım veren cinsiyetine göre yapılan analizde ZBVYÖ skoru kadın bakım verenlerde (n:46) 51.26 ± 13.08 , erkek bakım verenlerde (n:31) 49.58 ± 12.01 , tüm hastalarda ZBVYÖ skoru 50.58 ± 12.60 olarak görülmüştür. Bu ölçek skoruna göre her iki bakım veren cinsiyeti arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p:0.570). ZBVYÖ skoruna ait sonuçlar tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. ZBVYÖ ve alt ölçekleri sonuçları

	Toplam	±SD
ZBVYÖ 1. Alan	17,30	5,53
ZBVYÖ 2. Alan	6,79	5,69
ZBVYÖ 3. Alan	5,69	2,45
ZBVYÖ 4. Alan	12,88	2,87
ZBVYÖ 5. Alan	7,26	2,09
ZBVYÖ Toplam (n:71)	49,99	11,94
ZBVYÖ Toplam (n:77)	50,58	12,60

(n: Hasta sayısı, ZBVYÖ: Zarit Bakım Veren Yüğü Ölçeğı, ZBVYÖ 1. Alan: Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması, ZBVYÖ 2. Alan: Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık, ZBVYÖ 3. Alan: Toplumsal İlişkilerde Bozulma, ZBVYÖ 4. Alan: Ekonomik Yüğü, ZBVYÖ 5. Alan: Bağımlılık, SD:Standart Sapma)

Hastaların RAS-DS ölçeğindeki alt ölçekler arasında yapılan korelasyon analizinde alt gruplarda pozitif yönlü anlamlı ilişki saptandığı görülmüştür (her bir değeri için $p < 0.001$).

Tablo 9. RAS-DS alt ölçek sonuçları korelasyon analizi

		RAS-DS Fİ	RAS-DS Bİ	RAS-DS Kİ	RAS-DS Sİ	RAS-DST
RAS-DS/Bİ	r	0,717				
	p	<0,001				
RAS-DS/Kİ	r	0,425	0,626			
	p	<0,001	<0,001			
RAS-DS/Sİ	r	0,519	0,571	0,498		
	p	<0,001	<0,001	<0,001		
RAS-DS/T	r	0,787	0,952	0,735	0,730	
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	

(r:pearson korelasyon, RAS-DS İyileşme Değerlendirme Ölçeğı, RAS-DS/Fİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeğı-Fonksiyonel İyileşme, RAS-DS/Bİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeğı- Bireysel İyileşme, RAS-DS/Kİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeğı-Klinik İyileşme, RAS-DS/Sİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeğı-Sosyal İyileşme, RAS-DS/T: İyileşme Değerlendirme Ölçeğı-Toplam)

Hastaların demografik verileri ile RAS-DS skorunun ilişkisini ortaya koymak amacıyla yapılan korelasyon analizinde eğitim yılı ile RAS-DS sonuçları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki saptanmışken ($p < 0,001$) yaş, cinsiyet ve çocuk sayısı ile toplam RAS-DS skoru arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p > 0,05$). RAS-DS alt skorlarına yönelik değerlendirmede çocuk sayısı ile RAS-DS Fonksiyonel İyileşme skoru arasında ters yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır ($p: 0,034$). Yine eğitim yılı ile RAS-DS fonksiyonel iyileşme, bireysel iyileşme ve klinik iyileşme skorları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki saptandı (her bir parametre için $p < 0,05$). Kendi evinde yaşıyor olma durumu ile RAS –DS fonksiyonel iyileşme arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır ($p:0,017$). Demografik verilerle RAS-DS skoru arasındaki korelasyon analizi tablo 10’ da sunulmuştur.

Tablo 10. Demografik verilerle RAS-DS ölçeği korelasyon analizi sonuçları

		RAS-DS Fİ	RAS-DS Bİ	RAS-DS Kİ	RAS-DS Sİ	RAS-DS T
Cinsiyet	r_{pb}	0,029	-,034	0,046	-0,144	-0,035
	p	0,776	,733	0,648	0,152	0,730
Yaş	r	0,056	-,036	-0,115	-0,015	-0,037
	p	0,580	0,720	0,253	0,885	0,711
Eğitim Yılı	r	0,281	0,336	0,285	0,154	0,333
	p	0,004	<0,001	0,004	0,124	<0,001
Çocuk Sayısı	rho	-0,212	-0,135	-0,079	-0,132	-0,149
	p	0,034	0,178	0,434	0,188	0,138
Kira / Kendi evi	r_{pb}	0,237	0,196	0,123	0,064	0,194
	p	0,017	0,050	0,219	0,522	0,052

(r: pearson korelasyon, r_{pb} :Point biserial korelasyon rho: Spearman korelasyon, RAS-DS İyileşme Değerlendirme Ölçeği, RAS-DS/Fİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Fonksiyonel İyileşme, RAS-DS/Bİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği- Bireysel İyileşme, RAS-DS/Kİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Klinik İyileşme, RAS-DS/Sİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Sosyal İyileşme, RAS-DS/T: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Toplam)

Hastanın hastalık ve tedavi öyküsü ile RAS-DS ölçeği arasında yapılan korelasyon analizinde yalnızca tedavide antidepresan kullanımı ile RAS-DS toplam skoru arasında ters yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p: 0,034). RAS-DS alt skorları ile yapılan korelasyon analizinde de yatan hastalara kıyasla ayaktan hastalarda RAS-DS Klinik iyileşmenin daha yüksek çıktığı, bu iki parametre arasında anlamlı ilişki olduğu görüldü (p: 0,015). Yine antidepresan kullanımı ile RAS-DS Bireysel İyileşme ve RAS-DS Klinik İyileşme arasında ters yönlü anlamlı ilişki saptandı (sırasıyla p:0,031; 0,040). Hastalığa ait diğer verilerle yapılan korelasyon analiz sonuçları tablo 11’ de gösterilmiştir.

Tablo 11. Hastalık ve tedavi öyküsü ile RAS-DS korelasyon analizi sonuçları

		RAS-DS	RAS-DS	RAS-DS	RAS-	RAS-DS
		Fİ	Bİ	Kİ	DSSİ	T
Psikiyatrik Tanı	r _{pb}	-0,017	0,029	-0,068	0,003	-0,002
	p	0,866	0,776	0,501	0,977	0,982
Hastalık Süresi / Yıl	r	-0,031	0,032	0,095	-0,034	0,025
	p	0,757	0,748	0,345	0,737	0,805
Ailede Psikiyatrik Hastalık	r _{pb}	-0,090	-0,074	0,118	0,067	-0,016
	p	0,370	0,463	0,238	0,504	0,874
Yatış Sayısı	rho	-0,065	0,073	-0,030	0,063	0,056
	p	0,521	0,470	0,768	0,532	0,579
Yatarak / Ayaktan tedavi	r _{pb}	0,086	0,143	0,242	0,128	0,176
	p	0,391	0,152	0,015	0,202	0,078
Ek Hastalık	r _{pb}	0,013	-0,006	-0,046	0,009	-0,009
	p	0,895	0,950	0,647	0,926	0,929
Psikoeğitim	r _{pb}	0,125	0,079	0,054	-0,011	0,076
	p	0,214	0,432	0,592	0,916	0,447
EKT öyküsü	r _{pb}	-0,023	0,062	0,018	0,028	0,039
	p	0,816	0,540	0,856	0,783	0,699
Tekli / Çoklu Antipsikotik	r _{pb}	-0,044	0,023	0,077	-0,118	-0,005
	p	0,660	0,818	0,443	0,241	0,959
Uzun Etkili Antipsikotik	r _{pb}	0,060	-0,002	-0,007	0,083	0,028
	p	0,549	0,987	0,948	0,410	0,783
Antidepresan Kullanımı	r _{pb}	-0,047	-0,215	-0,205	-0,184	-0,211
	p	0,642	0,031	0,040	0,066	0,034

(r: pearson korelasyon, r_{pb}:Point biserial korelasyon, rho: Spearman korelasyon, RAS-DS İyileşme Değerlendirme Ölçeği, RAS-DS/Fİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Fonksiyonel İyileşme, RAS-DS/Bİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği- Bireysel İyileşme, RAS-DS/Kİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Klinik İyileşme, RAS-DS/Sİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Sosyal İyileşme, RAS-DS/T: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Toplam)

Hastalara uygulanan SAPS ile RAS-DS arasında yapılan korelasyon analizinde bu ölçekler arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (her bir korelasyon için p>0.05). SAPS ile RAS-DS korelasyon sonuçları tablo 12’ de gösterilmiştir.

Tablo 12. SAPS ölçeği ile RAS-DS ölçeği korelasyon analizi sonuçları

		RAS-DS Fİ	RAS-DS Bİ	RAS-DS Kİ	RAS-DS Sİ	RAS-DS T
Varsanılar	rho	-0,138	-0,193	-0,099	0,002	-0,138
	p	0,169	0,053	0,323	0,980	0,168
Hezeyanlar	r	0,013	-0,097	-0,046	-0,059	-0,073
	p	0,899	0,336	0,647	0,559	0,468
Bizar Davranış	rho	-0,021	-0,043	-0,034	-0,038	-0,048
	p	0,832	0,667	0,733	0,705	0,635
Pozitif Formal Düşünce Bozukluğu	rho	-0,022	-0,056	0,008	-0,005	-0,035
	p	0,826	0,577	0,941	0,958	0,725
Toplam	r	-0,049	-0,147	-0,079	-0,022	-0,111
	p	0,626	0,143	0,433	0,824	0,268

(r: pearson korelasyon, rho: Spearman korelasyon, SAPS: Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği, RAS-DS İyileşme Değerlendirme Ölçeği, RAS-DS/Fİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Fonksiyonel İyileşme, RAS-DS/Bİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği- Bireysel İyileşme, RAS-DS/Kİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Klinik İyileşme, RAS-DS/Sİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Sosyal İyileşme), RAS-DS/T: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Toplam)

Hastalara uygulanan SANS ile RAS-DS arasında toplam skorlara yönelik yapılan korelasyon analizinde bu iki ölçek arasında ters yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0.001$). SANS alt ölçekleri ile RAS-DS alt ölçeklerine yönelik yapılan korelasyon analizinde, avolusyon, anhedoni ve dikkat alt ölçekleri, tüm RAS-DS alt ölçekleri ve RAS-DS toplam skoru ile ters yönlü anlamlı ilişkili saptandı (her bir parametre için $p < 0,05$). Yine duygulanım ve aloji alt ölçekleri ile RAS-DS fonksiyonel iyileşme ve bireysel iyileşme skorları arasında ters yönlü anlamlı ilişki saptandı (her bir parametre için $p < 0.05$) SANS ölçek alt grupları ile RAS-DS ölçek alt gruplarına yönelik korelasyon analizine ait sonuçlar tablo 13’ de gösterilmiştir.

Tablo 13. SANS ölçeği ile RAS-DS ölçeği korelasyon analizi sonuçları

		RAS-DS	RAS-DS	RAS-DS	RAS-DS	RAS-DS
		Fİ	Bİ	Kİ	Sİ	T
Duygulanım	r	-0,197	-0,213	-0,013	-0,173	-0,195
	p	0,049	0,032	0,898	0,083	0,051
Aloji	r	-0,267	-0,200	-0,061	-0,136	-0,203
	p	0,007	0,045	0,548	0,175	0,041
Avolusyon	r	-0,371	-0,373	-0,275	-0,289	-0,39
	p	<0,001	<0,001	0,005	0,003	<0,001
Anhedoni	r	-0,394	-0,446	-0,276	-0,264	-0,437
	p	<0,001	<0,001	0,005	0,008	<0,001
Dikkat	r	-0,349	-0,336	-0,213	-0,228	-0,347
	p	<0,001	<0,001	0,033	0,022	<0,001
Toplam	r	-0,390	-0,396	-0,200	-0,284	-0,397
	p	<0,001	<0,001	0,045	0,004	<0,001

(r: pearson korelasyon, SANS: Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği, RAS-DS İyileşme Değerlendirme Ölçeği, RAS-DS/Fİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Fonksiyonel İyileşme, RAS-DS/Bİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği- Bireysel İyileşme, RAS-DS/Kİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Klinik İyileşme, RAS-DS/Sİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Sosyal İyileşme, RAS-DS/T: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Toplam)

Hastalara uygulanan Calgary şizofrenide depresyon ölçeği ile iyileşmeyi değerlendirme ölçeği RAS-DS arasında ters yönlü ve anlamlı ilişki saptanmıştır (her bir parametre için $p < 0,05$). Hastalara uygulanan CANSAS ile RAS-DS arasında yapılan korelasyon analizinde hasta ve hekim toplam değerleri ile RAS-DS toplam ve alt parametreleri arasında ters yönlü ve anlamlı ilişki saptandı (her bir parametre için $p < 0,05$). Yine CANSAS alt ölçekleri ile RAS-DS alt ölçeklerinin korelasyon analizinde; RAS-DS sosyal iyileşme alt ölçeği ile hasta ve hekim tarafından değerlendirilen karşılanmayan ihtiyaç analizi sonuçları ilişkisiz saptanmışken diğer parametreler ters yönlü olarak anlamlı ilişkili saptandı ($p < 0,05$). Calgary ve CANSAS ölçeklerinin RAS-DS toplam ve alt ölçekleri ile yapılan korelasyon analiz sonuçları tablo 14’te sunulmuştur.

Tablo 14. Calgary ve CANSAS ölçeklerinin RAS-DS toplam ve alt ölçekleri ile yapılan korelasyon analiz sonuçları

		RAS-DS Fİ	RAS-DS Bİ	RAS-DS Kİ	RAS-DS Sİ	RAS-DS T
Calgary	rho	-0,288	-0,331	-0,244	-0,251	-0,323
	p	0,003	<0,001	0,014	0,011	<0,001
CANSAS						
Hasta karşılanan	r	-0,385	-0,424	-0,251	-0,271	-0,420
	p	0,000	0,000	0,011	0,006	0,000
Hasta karşılanmayan	r	-0,187	-,388	-0,345	-0,122	-0,349
	p	0,061	0,000	0,000	0,225	0,000
Hasta toplam	r	-0,369	-0,492	-0,345	-0,255	-0,470
	p	0,000	0,000	0,000	0,010	0,000
Hekim karşılanan	r	-0,405	-0,446	-0,275	-0,278	-0,442
	p	0,000	0,000	0,005	0,005	0,000
Hekim karşılanmayan	r	-0,213	-0,327	-0,222	-0,139	-0,298
	p	0,033	0,001	0,025	0,165	0,002
Hekim toplam	r	-0,400	-0,493	-0,316	-0,271	-0,474
	p	0,000	0,000	0,001	0,006	0,000

(r: pearson korelasyon, rho: Spearman korelasyon, CANSAS: Camberwell Gereksinim Değerlendirme Ölçeği, RAS-DS İyileşme Değerlendirme Ölçeği, RAS-DS/Fİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Fonksiyonel İyileşme, RAS-DS/Bİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği- Bireysel İyileşme, RAS-DS/Kİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Klinik İyileşme, RAS-DS/Sİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Sosyal İyileşme, RAS-DS/T: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Toplam)

WHOQOL-100 TR ile RAS-DS arasında yapılan korelasyon analizinde WHOQOL-100 TR alt ölçeklerinden Sosyal Baskı Alanı dışında diğer alt ölçeklerle toplam RAS-DS skorunun aynı yönde ilişkili olduğu saptandı (alt ölçekler için $p < 0.001$, baskı alt ölçeği için $p: 0.747$). WHOQOL-100 TR alt ölçekleri ile RAS-DS alt ölçeklerine yönelik korelasyon analiz sonuçlarına göre sosyal baskı alt ölçeği dışında tüm alt ölçeklerin, sosyal iyileşme dışındaki tüm RAS-DS alt ölçekleri ile aynı yönde anlamlı ilişkili olduğu görüldü ($p < 0,05$). Buna ek olarak WHOQOL-100 TR alt ölçeklerinden psikolojik alan, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler alanı, kişisel inançlar ve genel sağlık alt ölçekleri ile RAS-DS sosyal iyileşme alt ölçeği arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki saptandı ($p < 0,05$). Ölçeklere ait korelasyon analiz sonuçları tablo 15’ te gösterilmiştir.

Tablo 15. WHOQOL-100 TR ile RAS-DS ölçekleri korelasyon analizi sonuçları

		RAS-DS Fİ	RAS-DS Bİ	RAS-DS Kİ	RAS-DS Sİ	RAS-DS T
Fiziksel Alan	r	0,450	0,544	0,393	0,175	0,507
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,081	<0,001
Psikolojik Alan	r	0,462	0,610	0,372	0,367	0,583
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Bağımsızlık Düzeyi	r	0,409	0,569	0,354	0,196	0,509
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,049	<0,001
Sosyal İlişkiler Alanı	r	0,321	0,509	0,348	0,330	0,488
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Çevre Alanı	r	0,274	0,412	0,197	0,152	0,353
	p	0,005	<0,001	0,048	0,129	<0,001
Kişisel İnançlar	r	0,229	0,371	0,255	0,305	0,369
	p	0,021	<0,001	0,010	0,002	<0,001
Sosyal Baskı	r	0,018	0,062	0,041	-0,062	0,032
	p	0,855	0,538	0,682	0,541	0,747
Genel Sağlık	r	0,385	0,476	0,298	0,270	0,458
	p	<0,001	<0,001	0,003	0,006	<0,001

(r: pearson korelasyon, WHOQOL-100 TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği, RAS-DS İyileşme Değerlendirme Ölçeği, RAS-DS/Fİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Fonksiyonel İyileşme, RAS-DS/Bİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Bireysel İyileşme, RAS-DS/Kİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Klinik İyileşme, RAS-DS/Sİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Sosyal İyileşme, RAS-DS/T: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Toplam)

Hastalara uygulanan WHODAS 2.0 ile RAS-DS arasında yapılan korelasyon analizinde toplam RAS-DS sonuçları ile WHODAS 2.0 hareket etme alt parametresi dışında tüm alt gruplar arasında ters yönlü anlamlı ilişki olduğu görüldü (WHODAS 2.0 hareket için $p=0.386$, diğer alt gruplar için $p<0.05$). RAS-DS sosyal iyileşme alt ölçeği tüm WHODAS 2.0 alt ölçekleri ve toplam değeri ile ilişkisiz saptanmıştır ($p>0,05$). WHODAS 2.0 hareket etme alt ölçeği ile RAS-DS fonksiyonel ve bireysel iyileşme alt ölçekleri; yine WHODAS 2.0 anlama ve iletişim kurma alt ölçeği ile RAS-DS klinik iyileşme alt ölçeği ilişkisiz saptandı (sırasıyla $p=0,584$; $0,311$; $0,115$). Diğer tüm alt ölçekler arasında ters yönlü anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$). WHODAS 2.0 ölçeği ile RAS-DS ölçeği korelasyon analizi sonuçları tablo 16’da sunulmuştur.

Tablo 16. WHODAS 2.0 Ölçeği ile RAS-DS ölçeği korelasyon analizi sonuçları

		RAS-DS	RAS-DS	RAS-DS	RAS-DS	RAS-DS
		Fİ	Bİ	Kİ	Sİ	T
Anlama ve İletişim Kurma	r	-0,337	-0,370	-0,158	0,021	-0,295
	p	<0,001	<0,001	0,115	0,833	0,003
Hareket Etme	r	-0,055	-0,102	-0,207	0,110	-0,087
	p	0,584	0,311	0,037	0,273	0,386
Kendine Bakım	r	-0,232	-0,347	-0,294	-0,082	-0,316
	p	0,019	<0,001	0,003	0,417	<0,001
İnsan İlişkileri	r	-0,539	-0,458	-0,274	-0,171	-0,451
	p	<0,001	<0,001	0,006	0,088	<0,001
Yaşam Faaliyetleri	r	-0,275	-0,381	-0,276	-0,151	-0,354
	p	0,005	<0,001	0,005	0,133	<0,001
Toplumsal Yaşama Katılım	r	-0,273	-0,396	-0,351	-0,119	-0,371
	p	0,006	<0,001	<0,001	0,234	<0,001
Toplam	r	-0,408	-0,484	-0,350	-0,108	-0,442
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,283	<0,001

(r: pearson korelasyon, WHODAS 2.0: Dünya Sağlık Örgütü Yeti yitimi Değerlendirme Çizelgesi, RAS-DS İyileşme Değerlendirme Ölçeği, RAS-DS/Fİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Fonksiyonel İyileşme, RAS-DS/Bİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği- Bireysel İyileşme, RAS-DS/Kİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Klinik İyileşme, RAS-DS/Sİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Sosyal İyileşme, RAS-DS/T: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Toplam)

Bakım verene ait demografik veriler ile RAS-DS arasında yapılan korelasyon analizinde toplam RAS-DS skoru ile bakım veren demografik bilgileri arasında anlamlı ilişki saptanmadı (her bir parametre için $p > 0,05$). Bakım verende ek psikiyatrik hastalık varlığı ile fonksiyonel iyileşme alt ölçek puanı arasında ters yönde anlamlı ilişki saptanmışken ($p: 0,042$); bakım verende ek bedensel hastalık varlığı ile klinik iyileşme alt ölçek puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır ($p: 0,024$). Bakım verene ait bilgiler ile RAS-DS alt ölçeklerine ait korelasyon analiz sonuçları tablo 17’de sunulmuştur.

Tablo 17. Hasta yakını demografik verileri ile RAS-DS Ölçeği korelasyon analizi sonuçları

		RAS-DS	RAS-DS	RAS-DS	RAS-DS	RAS-DS
		Fİ	Bİ	Kİ	Sİ	T
Yaş	r	-0,039	-0,099	0,033	-0,014	-0,057
	p	0,736	0,390	0,776	0,906	0,623
Cinsiyet	r _{pb}	0,118	0,072	-0,030	-0,011	0,053
	p	0,305	0,535	0,798	0,928	0,646
Psikiyatrik Hastalık	r _{pb}	-0,233	-0,123	0,085	-0,011	-0,096
	p	0,042	0,285	0,463	0,927	0,406
Ek Bedensel Hastalık	r _{pb}	-0,072	-0,093	0,257	0,078	0,010
	p	0,532	0,421	0,024	0,499	0,931

(r_{pb}:Point biserial korelasyon r: pearson korelasyon, RAS-DS İyileşme Değerlendirme Ölçeği, RAS-DS/Fİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Fonksiyonel İyileşme, RAS-DS/Bİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği- Bireysel İyileşme, RAS-DS/Kİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Klinik İyileşme, RAS-DS/Sİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Sosyal İyileşme, RAS-DS/T: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Toplam)

ZBYYÖ ile RAS-DS arasında yapılan korelasyon analizi sonuçlarına göre, ZBYYÖ toplam puanları ile RAS-DS ölçek puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. ZBYYÖ toplumsal ilişkilerde bozulma alt ölçeği ile RAS-DS Klinik iyileşme, biyinsel iyileme alt ölçek puanları ve toplam RAS-DS puanı arasında ters yönde anlamlı ilişki saptanmıştır (sırasıyla p:0,023; 0,037; 0,042). ZBYYÖ ile RAS-DS korelasyon sonuçları tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 18. ZBVYÖ ile RAS-DS korelasyon analizi sonuçları

		RAS-DS / Fİ	RAS-DS / Bİ	RAS-DS / Kİ	RAS-DS / Sİ	RAS-DS / T
ZBVYÖ 1. Alan	r	-0,178	-0,100	-0,133	-0,070	-0,134
	p	0,137	0,406	0,268	0,561	0,264
ZBVYÖ 2. Alan	r	-0,151	-0,159	-0,229	-0,093	-0,187
	p	0,210	0,185	0,055	0,440	0,119
ZBVYÖ 3. Alan	r	-0,269	-0,248	-0,178	-0,070	-0,242
	p	0,023	0,037	0,137	0,564	0,042
ZBVYÖ 4. Alan	r	-0,075	0,073	0,194	0,148	0,101
	p	0,537	0,543	0,105	0,218	0,403
ZBVYÖ 5. Alan	r	-0,121	-0,100	-0,052	0,018	-0,085
	p	0,314	0,409	0,667	0,882	0,480
ZBVYÖ Toplam n:71	r	-0,209	-0,131	-0,110	-0,028	-0,143
	p	0,080	0,275	0,360	0,815	0,235
ZBVYÖ Toplam n:77	r	-0,214	-0,164	-0,130	-0,080	-0,177
	p	0,061	0,154	0,262	0,487	0,123

(r: pearson korelasyon, n: Hasta sayısı, ZBVYÖ: Zarit Bakım Veren Yükü Ölçeği, ZBVYÖ 1. Alan: Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması, ZBVYÖ 2. Alan: Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık, ZBVYÖ 3. Alan: Toplumsal İlişkilerde Bozulma, ZBVYÖ 4. Alan: Ekonomik Yük, ZBVYÖ 5. Alan: Bağımlılık, RAS-DS İyileşme Değerlendirme Ölçeği, RAS-DS/Fİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Fonksiyonel İyileşme, RAS-DS/Bİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği- Bireysel İyileşme, RAS-DS/Kİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Klinik İyileşme, RAS-DS/Sİ: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Sosyal İyileşme, RAS-DS/T: İyileşme Değerlendirme Ölçeği-Toplam)

5. TARTIŞMA

5.1. Demografik veriler ve İyileşme

Çalışmamızda iyileşme yaş, cinsiyet, tanı grubu, hastalık süresi, ailede ruhsal hastalık öyküsü olması gibi faktörlerle ilişkili bulunmamıştır. Literatürde buna benzer çalışmalar olmakla birlikte [81-83], iyileşmeyi bu parametrelerle ilişkili saptayan yazarlar da mevcuttur [84]. Çalışmamızda ayrıca hastanın eğitim yılı ve iyileşme toplam puanı pozitif yönde anlamlı ilişkili saptanmışken; hastanın sahip olduğu çocuk sayısı ile fonksiyonel iyileşme alt ölçek puanı ters yönde anlamlı ilişkili saptanmıştır.

Pevalin ve arkadaşlarına göre [85]; düşük sosyal destek iyileşmeyi azaltmaktadır. Buna göre eşinden ayrı veya boşanmış olma gibi sosyal prekürsörler iyileşmeyi azaltmakta; yeni başlangıçlar olarak adlandırılan işe girme, evlenme ya da birlikte yaşama gibi faktörler ise iyileşmeyi arttırmaktadır. Bu çalışmada değişen sosyal durumun zaman içerisinde farklı etkide bulunacağından bahsedilmektedir; örneğin, eşinden ayrılmış olmak başlangıçta iyileşmeyi azaltmakta fakat 1 yıl süre ile eşinden ayrı kalmak iyileşmeyi arttırmaktadır. Bizim çalışmamızda medeni durum, çalışma durumu gibi demografik veriler iyileşme ile ilişkili bulunmamıştır. Fakat çalışmamızda medeni durumun veya çalışma durumunun ne kadar süre ile mevcut olduğunu belirtmediğimiz için bu ilişki ortaya konulamamış olabilir.

Pevalin ve arkadaşlarının çalışmasında ruh sağlığı kurumlarına başvurular bireyde sosyal izolasyona yol açabileceğinden iyileşmenin daha az olacağı belirtilmektedir. Aynı zamanda bu bireylerde değişen sosyal prekürsörlerin iyileşmeye olan etkisinin geriye döndürülmesinin daha yavaş olacağını söylemektedirler [85]. Bizim çalışmamızda tedavisini ayaktan sürdürme durumu ile klinik iyileşme alt ölçeği korelasyon göstermektedir. Bu durum, yatarak tedavi olanlarda Pevalin'in belirttiği sosyal izolasyonun daha fazla olabilmesi ile açıklanabilir.

5.2. Semptomatoloji ve İyileşme

Geleneksel ruh sağlığı hizmetleri ya klinik iyileşme kavramına ya da birçok hasta için iyileşmenin mümkün olmadığı inancına dayanmaktadır [86]. Elbette bu görüşten farklı olarak iyileşme kavramını psikiyatrik semptomlardan ayırt eden yazarlar da mevcuttur. Bir başka bakış açısı da semptom şiddetinin iyileşme sürecine olası etkisi nedeni ile iyileşmenin bir bileşeni olarak semptom yönetimini önermektedir. Örneğin Silverstein ve Bellack'a göre [87],

iyileşme odaklı bir bağlamda gerçekleşmesi koşuluyla semptomların azaltılmasının önemli bir odak noktası olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda semptom ve iyileşme ilişkisine bakıldığında, pozitif semptomlarla iyileşme arasında ilişki saptanmamış iken; negatif semptomlar ile toplam iyileşme skorları arasında ters yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu bulgular genel olarak literatürdeki çalışmalarla uyumludur. Yıldız ve arkadaşlarının 2017 yılında 127 hasta ile yaptığı bir klinik çalışmada, öznel iyileşme hissinin; toplam, pozitif, negatif semptom ve genel psikopatoloji puanlarıyla negatif yönde korele olduğu; fakat iyileşmenin pozitif semptomlarla olan korelasyonunun diğerleri kadar güçlü olmadığı belirtilmiştir. Bu nedenle, hastaların öznel iyileşme kavramlarının diğer alanlara kıyasla pozitif semptomları ile daha az ilişkili olduğu ileri sürülmüştür [8]. İpçi ve arkadaşlarının 151 hasta ile yaptıkları klinik çalışmada, hastaların öznel iyileşme duygularının daha çok negatif belirtiler ve genel psikopatoloji belirtilerinden etkilendiği söylenmiştir [56]. Norman ve arkadaşlarının 2012’de yaptıkları çalışma da genel olarak negatif semptomların subjektif iyileşmenin çeşitli yönleri ile pozitif semptomlardan daha güçlü ilişkili olduğunu göstermiştir [88]. Bu çalışmada, sosyal destek gibi semptom dışı faktörlerin ruhsal hastalığı olan kişilerin iyileşme süreçlerine daha fazla etkisi olabileceği öne sürülmektedir. Corrigan yaptığı çalışmalarda psikiyatrik semptomlar ile öznel iyileşme hissi arasında ters bir ilişki varlığından söz etmektedir [83, 89]. Andresen ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptığı bir çalışmada iyileşmenin klinik görünümün yalnızca bazı bileşenlerinden etkilendiği; geleneksel klinik iyileşme ile hasta odaklı iyileşme ölçümleri arasında varolan zayıf ilişkinin kişisel iyileşme ve klinik iyileşme arasındaki kavramsal farkı ortaya koyduğu belirtilmiştir [90].

Çalışmamızda negatif belirtilerden özellikle avölüsyon ve anhedoni, iyileşme ile negatif yönde korele olarak bulunmuştur. Ayrıca Calgary şizofrenide depresyon ölçeği puanları ile iyileşme ölçeği tüm alt ölçek ve toplam puanlarının negatif yönde anlamlı korele olduğu gözlenmiştir. Literatürdeki benzer bulgular şöyle sıralanabilir: Bir meta-analizde özellikle uzunlamasına çalışmalarda afektif semptomların iyileşme ile psikotik semptomlardan daha güçlü korele olarak sonuçlandığı belirtilmektedir [91]. Roe ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre; iyileşme değerlendirme ölçeği toplam ve umut alt ölçeği ile klinik semptomları değerlendirme ölçeği affektif belirti puanları arasında negatif bir ilişki saptanmıştır [84]. Bizim çalışmamıza ve literatürdeki bulgulara göre; negatif semptomlardan özellikle apati ve avölüsyonun, iyileşme süreci üzerine olumsuz etkileri olması muhtemeldir. Dolayısıyla negatif belirtiler nedeni ile amaca yönelik eylemlere başlamakta güçlükleri olan veya katılım

sağlayamayan kişilerle geleceğe yönelik hedefler üzerinde çalışırken, mevcut semptomların hafifletilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Bulgularımız; semptomları azaltma ya da ortadan kaldırmaya odaklanan klinik iyileşme ile hastaların kendilerinin ifade ettiği iyileşme sürecinde olmanın aynı anlama gelmediğini belirten literatürle uyumludur. Yeni tanımı ile iyileşme, hastalığı yaşayan bireyler için bir süreçtir, nihai bir son değildir. Bu sürecin farklı dönemlerinde hastaların kendi iyileşmelerini klinisyenlerden farklı değerlendirmeleri beklenen bir durumdur [56]. Artık birçok ülkede ruh sağlığı politikalarının iyileşmenin bireysel olduğu anlayışı üzerine kuruluyor olması; ruh sağlığı hizmeti sunanların, hastaların yaşadığı iyileşme deneyiminden elde edilen bilgilere güvenmesini gerektirmektedir [86]. Bu durumun etkisi ile geleneksel ruh sağlığı hizmetlerinin iyileşme planında kapladığı alanın büyüklüğü gözden geçirilmektedir. Bu grupta, bizim çalışma bulgularımız ile de desteklendiği üzere, bireysel bazda hizmet planlanırken, gerektiğinde ruh sağlığı hizmeti veren kurumlarla temasın arttırılabileceği fakat toplumsal destek sistemlerinin daha fazla aktive edildiği, negatif semptomlara yönelik daha kapsamlı hizmetlerin üretilebileceği bir iyileşme sisteminin oluşturulması uygun olabilir.

5.3. Karşılanmamış-Karşılanmamış İhtiyaçlar ve İyileşme

İhtiyaç; bireyin klinik durumu, becerileri ve sosyal yitimleri açısından iyiye gitmesi için gereken sağlık veya iyi oluşun eksikliği olarak tanımlanabilir [75, 92]. Bir diğer tanım ise; ruh sağlığı profesyonelleri tarafından yapılan klinik müdahaleleri ve sosyal destek faaliyetlerini içeren özelleşmiş hizmetlerin veya bu hizmetlere erişimin eksikliği şeklinde tanımlanabilmektedir [93]. Şizofreni hastaları için karşılanmayan ihtiyaçların değerlendirilmesinin, ruh sağlığı hizmet planının tamamlayıcısı olduğu belirtilmektedir [94]. Bazı yazarlar karşılanmamış ihtiyaçların iyileşme ölçütü olarak değerlendirilebileceğini öne sürmektedir. İyileşme ve karşılanmayan ihtiyaçlar arasında bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Lloyd ve arkadaşları iyileşme ve ihtiyaçlar arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon bulmuşlardır [81]. Aynı şekilde Oliveira-Maia ve arkadaşları da hasta ve klinisyen tarafından değerlendirilen ihtiyaçlar ile iyileşme ölçeği arasında ters yönlü bir ilişki varlığından söz etmektedirler [4]. Çalışmamızda da CANSAS ihtiyaç değerlendirme ölçeği hasta-hekim toplam ve karşılanmayan ihtiyaç puanları ile RAS-DS toplam puanları arasında önceki çalışmalarla benzer biçimde ters yönlü bir korelasyon mevcuttur. Literatürde bireylerin çok miktardaki karşılanmayan ihtiyaçlarının iyileşmelerini engelleyebileceği belirtilmektedir. Uzunlamasına yapılan çalışmalarda bu ihtiyaçlar karşılandığında, iyileşme sürecinin

desteklendiği söylenmektedir [95]. Diğer alt ölçeklerin aksine çalışmamızda sosyal iyileşme alt ölçeği ile karşılanmayan ihtiyaçlar ilişkili çıkmamıştır. Scanlan ve arkadaşlarının 2018 yılında daha büyük bir örnekleme yaptığı çalışmada [95], sosyal iyileşme ile CANSAS karşılanmamış ihtiyaçları arasında da diğer alt ölçeklere göre daha zayıf korelasyon gösterilmiştir. Bu durum, CANSAS içerisinde yalnızca 22 ihtiyacın ele alınması ancak sosyal iyileşmeye yönelik değerlendirme için bu ihtiyaçlardan daha fazlasına gereksinim duyulması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda örneklemimizin çoğunluğu TRSM’de takipli hastalardan oluşmaktadır. Hasta ve hekim tarafından yapılan ihtiyaç değerlendirmelerinin iyileşme ile ilişkisinin benzer güçte çıkması toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin hastanın ihtiyacını önceleyerek planlanabilmesi nedeniyle olabilir.

Hastaların; kendilerine verilecek ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasına aktif katılımlarının sağlanmasının, karşılanmayan ihtiyaçlarını azaltmada ve iyileşme süreçlerinde yardımcı olabileceği düşünülebilir.

5.4. Sosyal Destek ve İyileşme

Sosyal destek hem nesnel hem de öznel faktörlerle tanımlanmış karmaşık bir yapıdır. Nesnel faktörler sosyal ağdaki kişi sayısı ve sosyal desteği oluşturan bileşenler, öznel faktörler ise ağın yapısı ve bireyin bundan memnuniyeti gibi bileşenleri içermektedir [82]. Bakım verenlerin de hastalar kadar sosyal desteğe ihtiyaç duydukları bilinmekte ve bu da sosyal destek kavramının önemini artırmaktadır [96]. Bakımveren yüküne ilişkin ZBVYÖ kullanılan çalışmamızda bakımverenlerin çoğunlukla kadınlar olduğu gözlenmiştir. Literatürdeki çalışmalarda, bizim çalışmamıza benzer şekilde kadın bakım verenler çoğunluktadır [71, 97]. Bazı yazarlar erkek hasta yakınlarına da iyileşme sürecinde rol verilmesinin, bakım verenin yükünü azaltmaya yardımcı olabileceğini söylemektedirler [71]. Bizim çalışmamızda bakım veren yükü açısından bakım veren cinsiyetleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu durumda bakım verenin dayanıklılığı (resilience) gündeme gelebilir. Amagai ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı kalitatif bir çalışmada bakım verenlerin dayanıklılığının, hastaların iyileşmesi üzerine olumlu etkisi olabileceği belirtilmektedir [98]. Bakımverenin dayanıklılığının desteklenmesi için hastalık ile ilgili bilgi verme ve başetme becerileri edindirme gibi pek çok müdahale geliştirilebilir. Çalışmamızda, bakımveren yükü toplam puanı iyileşme ile ilişkili bulunmamıştır, örneklemimizin çoğu TRSM’de takipli hasta ve yakınlarından oluşmaktadır. Burada hastaların yakınlarına yönelik psikoeğitim ve başetme

becerilerine yönelik eğitim hizmetleri verilmektedir. TRSM’de verilen bu hizmetler aracılığıyla bakım verme sorumluluğunun etkilenmemesi ve bakım verenlerin dayanıklılığının artırılması nedeni ile çalışmamızda bakımveren yükü iyileşme ile ilişkili saptanmamış olabilir.

Alt ölçeklere bakıldığında bakım verenin ek ruhsal hastalığı olması ile fonksiyonel iyileşme alt ölçeği arasında ters yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bu durum; hastaların yaşamlarını anlamlı kıldığını düşündükleri ve önem verdikleri uğraşlarını, bakımverenleri ile yapıyor olmasından kaynaklanabilir. Ruhsal hastalığı olan bakım verenlerin hastalıkla ilgili bakımın yanısıra yakınlarına eşlik etmeleri beklenen diğer yaşam alanlarında sorun yaşıyor olabilir. Benzer şekilde; çalışmamızda bakım veren yükünün toplumsal ilişkilerde bozulma alt ölçek puanları ile RAS-DS fonksiyonel iyileşme, klinik iyileşme ve toplam iyileşme puanları arasında ters yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Elde ettiğimiz bu sonuç; iyileşme sürecinin olumsuz seyrinin bakım verenin toplumsal ilişkilerinde bozulmaya neden olabileceğini göstermekte ve bakımverene yönelik planlanan ruh sağlığı hizmetinin kapsamının, bakımverenin sosyal ilişkilerini desteklemeye yönelik genişletilmesinin önemini belirtmektedir.

Ünverdi ve arkadaşları 2014 yılında yaptıkları çalışmada, işlevsel iyileşme ile bakım veren yükü arasında negatif yönde ilişki bulmuşlardır [97]. Bu çalışmada hastaların işlevsel iyileşmesi klinisyen tarafından değerlendirilmektedir. Literatürde bakım veren yükünün klinik iyileşmeyi temsilen semptomatoloji ile olan ters yönlü ilişkisinden de bahsedilmektedir. Bu klinisyen görüşüyle ilerleyen, hastanın dahil edilmediği değerlendirme sürecinin bir sonucudur. Ruh sağlığı hizmetlerine bakış açısının değişmeye başladığı bu dönemde klinisyen görüşüne ek olarak hasta görüşünün etkisini incelemeyi amaçladığımız bu çalışmamızda, hastanın kendisi tarafından değerlendirilmiş olan iyileşme bakım veren yükü ile ilişkili bulunamamıştır. Öznel iyileşmenin bakım veren yükü ile ilişkisini ve etkileyen faktörleri tanımlamak için ek araştırmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Corrigan ve arkadaşları 2004 yılında yaptıkları bir çalışmada, iyileşmenin aile ağlarıyla ilişkili olmadığı bulunmuştur. Bu çalışmada daha fazla arkadaşı olan kişilerin daha iyi iyileşme bildirdikleri belirtilmiştir. Burada; sosyal beceri yoluyla arkadaş ağını genişletebilmenin iyileşme sürecindeki önemine değinilmiştir. Bakım verenlerin çoğunlukla aile üyelerinden olduğu çalışmamızda, bakım veren yükü ile iyileşme arasında güçlü bir anlamlı ilişki olmayışı ve benzer literatür nedeni ile; iyileşme sürecinde sosyal ağları kolaylaştıran müdahaleleri

desteklemenin önemli olduğunu söyleyebiliriz. Bu durum, üyeler için çabasız yani akrabalıkla belirlenen aile desteğinin iyileşmedeki önemini azımsamak olarak yorumlanmamalıdır [89].

Çalışmamızda, sosyal destek ile iyileşme ilişkisinin farklı boyutlarını incelemek için özellikle sosyal ilişkiler alt ölçeğinden yararlanmak üzere WHOQOL-100 TR yaşam kalitesi ölçeği uygulanmıştır. Buna göre yaşam kalitesi sosyal baskı alt ölçeği hariç tüm alt ölçek ve toplam ölçek puanları iyileşme ile pozitif yönde anlamlı ilişkili saptanmıştır. Sonuçlarımız, literatürdeki benzer çalışmalarla uyumludur [8, 99].

Çalışmamızda kişiler arası ilişkileri, sosyal destek mekanizmalarını içeren WHOQOL-100 TR sosyal ilişkiler alt ölçeği puanları ile iyileşme orta güçte pozitif yönde ilişkili sonuçlanmıştır. Literatürde benzer ilişkiyi kuran çalışmalar mevcuttur. Corrigan ve arkadaşlarının 1750 kişilik hasta popülasyonu ile yaptığı bir çalışmada; iyileşme kavramı, aile ve sosyal ilişkiler alanlarını içeren yaşam kalitesi alt alanları ile ilişkili bulunmuştur [89]. Yine Corrigan ve arkadaşlarının 1999 yılında yaptığı çalışmalarında da iyileşme ve sosyal destek pozitif yönde anlamlı ilişkili bulunmuştur [83]. Rue ve arkadaşları ile Oliveira-Maia ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır [4, 84]. Türkiye’den bir çalışmada Yıldız ve arkadaşları, yaşam kalitesinin sosyal destek bileşenlerini içeren kişilerarası ilişki alt ölçeği ile iyileşme arasında güçlü ve pozitif yönde ilişki saptamışlardır. Bu çalışmada yaşam kalitesi, öncekilerden farklı şekilde, görüşmeci tarafından ölçeğin uygulanması ile değerlendirilmiştir [8]. Hendrix ve arkadaşları da 2009 yılında, sosyal desteğin, ciddi ruhsal hastalığı olan kişilerde iyileşme ile ilişkili olduğunu göstermiştir [82].

Çalışmamızda benlik saygısını içeren psikolojik alan alt ölçeği ile iyileşme arasında diğer alt ölçeklere göre daha güçlü pozitif ilişkili saptanmıştır. Bu durum Norman ve arkadaşlarının bireyin kendisine saygı duyulduğunu düşünmesinin, iyileşmeyi en çok etkileyen sosyal destek bileşeni olduğunu söylemesi ile uyumlu görünmektedir [88].

5.5. İşlevsellik – Yetiyitimi ve İyileşme

Çalışmamızda işlevsellik, DSÖ’nün İşlevselliği ve yeti yitimini değerlendirdiği ölçek olan WHODAS 2.0 ile değerlendirilmiştir.

Kunt ve arkadaşları WHODAS 2.0 için; görüşmeci, özbildirim ve vekil formlarından elde edilen puanların geçerlik ve güvenirlik katsayılarının birbirlerine çok yakın olması nedeniyle, görüşmeci formlarının yerine özbildirim formlarının tercih edilebileceğini

belirtmişlerdir [78]. Bu bilgi ışığında bizim çalışmamızda hastaların öz bildirimine dayalı bir yetiyitimi ve işlevsellik değerlendirmesi yapılmıştır.

Çalışmamızda, WHODAS 2.0 hareket etme alt ölçeği haricinde tüm alt ölçek ve toplam skorları, RAS-DS toplam skoru ile ters yönlü ilişkili bulunmuştur. Bu literatürdeki pek çok çalışma ile uyumludur. Van Eck ve arkadaşlarının yaptığı bir derlemede genel işlevsellik ve bireysel iyileşme arasındaki ilişkiyi araştıran az sayıda çalışmada ikisi arasında küçük bir korelasyon varlığından bahsedilmektedir [91]. İşlevselliğin Global Değerlendirilmesi (GAF) gibi klinisyen tarafından puanlanan ölçeklerin şizofrenideki semptomların derecelendirmeleri ile yüksek düzeyde korele olduğu ve hastaların işlevselliğinin önemli bir kısmını yansıtmıyor olabileceği söylenmektedir. Hasta tarafından puanlanan ölçekler aracılığıyla ölçülen işlevsellik ile bireysel iyileşme arasında daha yüksek bir korelasyonun mevcut olduğu belirtilmektedir. Yine de Oliveira-Maia ve arkadaşları 2016 yılında yaptıkları çalışmada, iyileşme ile GAF kullanarak ölçülen işlevsellik arasında orta güçte pozitif korelasyon bulmuşlardır [4]. Yıldız ve arkadaşları 2018 yılında yaptıkları çalışmada, klinisyenin değerlendirdiği işlevsellik ile öznel iyileşme hissi arasında yüksek güçte pozitif bir ilişki saptamışlardır [8].

Ancak bunun yanında İpçi ve arkadaşları çalışmalarında öznel iyileşme ile işlevsellik arasında anlamlı bir ilişki saptamamışlardır. Bu durumu, değerlendirmenin klinisyen tarafından yapılmış olması ile açıklamışlardır [56]. Yine Andresen ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptığı çalışmada GAF ve öznel iyileşme ölçeği arasında korelasyon saptanmamıştır. Andresen de çalışmasında 4 ayrı iyileşme değerlendirme ölçeği ile klinisyen tarafından ölçülen fonksiyonellik arasında anlamlı ilişki bulamamıştır [90].

Literatürde var olan birbirinden farklı uygulamalar ve sonuçları göz önüne alındığında; bizim sonuçlarımız hem hasta hem de klinisyen perspektifini yansıtıyor olması açısından değerlidir.

Çalışmamızda Hareket alanında yetiyitimi iyileşme skorları ile ilişkili çıkmamıştır. Bu durumun; Dünya Sağlık Örgütü'nce koordine edilen orijinal WHODAS 2.0 çalışmasında [100] ve Kunt ve ark. yaptığı [78] Türkçe uyarlamanın geçerlilik güvenirlik çalışmasında belirtilen, ruh sağlığı problemleri olan grupta hareket alanında yetiyitiminin diğer alanlardan az olması ile açıklanabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ

Son yıllarda iyileşme bireye özgü ve önceki tanımlardan farklı bir kavram olarak literatürde yerinin almıştır. Günümüzde kronik ruh sağlığına yönelik hizmetler, iyileşmeyi desteklemek için bireylerin umutlarını, becerilerini ve diğerleriyle ilişkilerini odağa almaya başlamıştır. İyileştirmeye yönelik uygulama yönergeleri artık birçok devletin sağlık politika ve planları içinde yer almaktadır . Şizofreni hastalarının iyileşme ve topluma tam entegrasyonunu sağlama sürecinde sosyal ve çevresel engellerden arındırılmış ortamlar ideal olarak tanımlanmaktadır [101]. Çünkü iyileşme daha iyi olmak ya da ihtiyaç duyulan desteğin karşılanıyor olmasından ibaret değildir, toplumdaki diğer bireylerle eşit olarak yaşamın tüm yönlerine katılabilen vatandaş olma hakkı ile ilgili bir süreçtir [86].

Çalışmamız, bu gelişmeler çerçevesinde ruh sağlığı hizmet sunumunda önemli olabilecek iyileşme bileşenlerinin incelenmesini amaçlamıştır. Örneklemimiz ruh sağlığı hizmeti veren yalnızca bir klinikten oluşmakta, topluma genellenememektedir. Bulgularımız değişkenler arasında bir ilişki olduğunu düşündürse de, kullanılan metodoloji ile nedensel ilişkiler çıkarılamamaktadır. Kesitsel bir çalışma olduğundan, ilişkilerin devamlılığının öngörülebilmesi açısından boyutsal çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Kısıtlılıklarına rağmen çalışmamızın; iyileşmenin subjektif ölçülmesinin, ruhsal hastalığı olan bireylerin genel iyilik halinin değerlendirilmesinde geçerliliğe sahip olduğunu gösteren literatüre katkıda bulunduğu düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

1. World Health Organisation - WHO - Schizophrenia. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.
2. American Psychological Association- APA - Schizophrenia. Available from: <https://www.apa.org/topics/schiz/>
3. Schrank, B. and M. Slade, *Recovery in psychiatry*. Psychiatric Bulletin, 2007. **31**(9): p. 321-325.
4. Oliveira-Maia, A.J., et al., *The mental health recovery measure can be used to assess aspects of both customer-based and service-based recovery in the context of severe mental illness*. Frontiers in psychology, 2016. **7**: p. 1679.
5. Warner, R., *Recovery from schizophrenia and the recovery model*. Current opinion in psychiatry, 2009. **22**(4): p. 374-380.
6. Leamy, M., et al., *Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis*. The British Journal of Psychiatry, 2011. **199**(6): p. 445-452.
7. Şenocak, S.Ü., H. Arslantaş, and R. Yüksel, *Psikiyatrik iyileşmede yeni bir yönelim: İyileşme odaklı yaklaşım*. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 2019. **28**(2): p. 83-97.
8. Yıldız, M., et al., *Development and validation of the Subjective Recovery Assessment Scale for patients with schizophrenia*. Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 2018. **28**(2): p. 163-169.
9. Soundy, A., et al., *Identifying the facilitators and processes which influence recovery in individuals with schizophrenia: a systematic review and thematic synthesis*. Journal of Mental Health, 2015. **24**(2): p. 103-110.
10. Janardhana, N., et al., *Caregiver perspective and understanding on road to recovery*. Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health, 2018. **5**(1): p. 43-51.
11. Health, N.I.o.M., <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml> Erişim Tarihi: 16.04.2020.
12. SAMSHA, *SERIOUS MENTAL ILLNESS AMONG ADULTS BELOW THE POVERTY LINE* https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/report_2720/Spotlight-2720.html Erişim Tarihi: 16.04.2020
13. Kreyenbuhl, J., et al., *The schizophrenia patient outcomes research team (PORT): updated treatment recommendations 2009*. Schizophrenia bulletin, 2010. **36**(1): p. 94-103.
14. Health, N.I.o.M., <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml> Erişim Tarihi: 16.04.2020.
15. (WHO), W.H.O., <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia> Erişim Tarihi: 16.04.2020.
16. (SAMSHA), T.S.A.a.M.H.S.A., *Disaster Technical Assistance Center Supplemental Research Bulletin Disasters and People With Serious Mental Illness*. 2019.
17. MS, S., *Çeviri Editörü Alkın T. Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi*. **4**.
18. Sadock, B., *Kaplan Sadock Synopsis of Psychiatry Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri*. Çeviri Editörü. Prof. Dr. Ali Bozkurt. Çocuk Psikiyatrisi, Bebek Çocuk ve Ergen Gelişimi, 2016: p. 1082-1107.
19. Öztürk, M.O. and A. Uluşahin, *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. 2015: Nobel Tıp Kitabevleri.
20. Karakuş, G., Y. Kocal, and D. Sert, *Şizofreni: Etiyoloji, klinik özellikler ve tedavi*. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 2017. **26**(2): p. 251-267.
21. Mulder, R.T., *Why study the history of psychiatry?* Australian and New Zealand journal of psychiatry, 1993. **27**(4): p. 556-559.
22. Warner, R., *Recovery from schizophrenia: Psychiatry and political economy*. 2013: Routledge.

23. Nordick, W.G., *Insight Into Insight: A Study on Understanding in Schizophrenia: a Thesis Submitted in Partial Fulfilment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy*. 2008, University of Canterbury.
24. Ekmekci, P.E., *Psikiyatri Tarihinde Bir Dönüm Noktası: 19. Yüzyılda Avrupa'daki Gelişmeler ve Etkileri*. 2018.
25. Heinrichs, R.W., *Historical origins of schizophrenia: two early madmen and their illness*. Journal of the History of the Behavioral Sciences, 2003. **39**(4): p. 349-363.
26. Soygür, H., et al., *Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar*. 1. Baskı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2007. **500**.
27. Aderibigbe, Y.A., D. Theodoridis, and W.V.R. Vieweg, *Dementia praecox to schizophrenia: the first 100 years*. Psychiatry and Clinical neurosciences, 1999. **53**(4): p. 437-448.
28. Jablensky, A., *The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects*. Dialogues in clinical neuroscience, 2010. **12**(3): p. 271.
29. Güler, P.D.Ö., *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. 2019, Nobel Tıp Kitabevi. p. 19-30.
30. Wright, D., *Getting out of the asylum: understanding the confinement of the insane in the nineteenth century*. Social history of medicine, 1997. **10**(1): p. 137-155.
31. Fakhoury, W. and S. Priebe, *Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare*. Psychiatry, 2007. **6**(8): p. 313-316.
32. American Psychological Association & Jansen, M.A., *Recovery to Practice Initiative Curriculum: Reframing Psychology for the Emerging Health Care Environment*. Washington DC: American Psychological Association. . 2014.
33. Summakoğlu, D. and B. Ertuğrul, *ŞİZOFRENİ VE TEDAVİSİ*. Lectio Scientific. **2**(1): p. 43-61.
34. Mueser, K.T., et al., *Psychosocial treatments for schizophrenia*. Annual review of clinical psychology, 2013. **9**: p. 465-497.
35. Xie, H., *Recovery in Mental Illnesses: a Concept Analysis*. International Journal of Caring Sciences, 2013. **6**(3): p. 439.
36. Choti, M., et al., *NCCN Practice Guidelines for Colorectal Cancer*. Oncology (Williston Park, NY), 2000. **14**(11A): p. 203-212.
37. Richards, D., *Prevalence and clinical course of depression: a review*. Clinical psychology review, 2011. **31**(7): p. 1117-1125.
38. Andreasen, N.C., et al., *Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus*. American Journal of Psychiatry, 2005. **162**(3): p. 441-449.
39. Frank, E., et al., *Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder: remission, recovery, relapse, and recurrence*. Archives of general psychiatry, 1991. **48**(9): p. 851-855.
40. Farkas, M., *The vision of recovery today: what it is and what it means for services*. World Psychiatry, 2007. **6**(2): p. 68.
41. Frese III, F.J., E.L. Knight, and E. Saks, *Recovery from schizophrenia: With views of psychiatrists, psychologists, and others diagnosed with this disorder*. Schizophrenia bulletin, 2009. **35**(2): p. 370-380.
42. Harding, C.M., J. Zubin, and J.S. Strauss, *Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact, or artifact?* Psychiatric Services, 1987. **38**(5): p. 477-486.
43. Torgalsbøen, A.-K. and B.R. Rund, *Maintenance of recovery from schizophrenia at 20-year follow-up: what happened?* Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 2010. **73**(1): p. 70-83.
44. Smith, T.E., et al., *Recovery from psychosis in schizophrenia and schizoaffective disorder: symptoms and neurocognitive rate-limitors for the development of social behavior skills*. Schizophrenia Research, 2002. **55**(3): p. 229-237.
45. Liberman, R.P., et al., *Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia*. International Review of Psychiatry, 2002. **14**(4): p. 256-272.
46. Emsley, R., et al., *The concepts of remission and recovery in schizophrenia*. Current Opinion in Psychiatry, 2011. **24**(2): p. 114-121.
47. Oades, L., *Recovery: an international perspective Mike Slade* Michaela Amering*.

48. Lally, J., et al., *Remission and recovery from first-episode psychosis in adults: systematic review and meta-analysis of long-term outcome studies*. The British Journal of Psychiatry, 2017. **211**(6): p. 350-358.
49. Bobes, J., et al., *Recovery from schizophrenia: results from a 1-year follow-up observational study of patients in symptomatic remission*. Schizophrenia research, 2009. **115**(1): p. 58-66.
50. Warner, Review of "Recovery From Schizophrenia: An International Perspective. A Report From the WHO Collaborative Project, the International Study of Schizophrenia". American Journal of Psychiatry, 2007. **164**: p. 1444-1445.
51. Cohen, P. and J. Cohen, *The clinician's illusion*. Archives of general psychiatry, 1984. **41**(12): p. 1178-1182.
52. Andresen, R., L. Oades, and P. Caputi, *The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model*. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 2003. **37**(5): p. 586-594.
53. Bellack, A.S., *Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications*. 2006.
54. Davidson, L., et al., *Remission and recovery in schizophrenia: practitioner and patient perspectives*. Schizophrenia bulletin, 2008. **34**(1): p. 5-8.
55. Davidson, L. and D. Roe, *Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery*. Journal of Mental Health, 2007. **16**(4): p. 459-470.
56. İpçi, K., et al., *Şizofreni hastalarında öznel iyileşme ile bilişsel içgörü arasındaki ilişkinin araştırılması*. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2018. **4**(1): p. 1-4.
57. Law, H. and A.P. Morrison, *Recovery in psychosis: a Delphi study with experts by experience*. Schizophrenia bulletin, 2014. **40**(6): p. 1347-1355.
58. *Mental Health Foundation*. Available from: <https://www.mentalhealth.org.uk/a-to-z/r/recovery> Erişim Tarihi: 17.03.2020.
59. *Scottish Recovery Network*.
60. Health, C.D.o. and Ageing, *A National Framework for Recovery-Oriented Mental Health Services: Guide for Practitioners and Providers*. 2013.
61. *American Psychological Association - Recovery to Practice (RTP)*. Available from: <https://www.apa.org/pi/mfp/psychology/recovery-to-practice/> Erişim tarihi:24.03.2020.
62. *Wellness Recovery Action Plan - WRAP*. Available from: <https://mentalhealthrecovery.com/> Erişim tarihi:24.03.2020.
63. Chodos, H., *Guidelines for recovery-oriented practice: Hope. Dignity. Inclusion*. 2015 December 15, 2016 [cited 2016 December 16]; 98].
64. Alataş, G., A. Kahiloğulları, and M. Yanık, *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023)*. Erkoç Y, Çom S, Torunoğlu MA, Alataş G, Kahiloğulları AK, editörler. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2011.
65. ÇİÇEKOĞLU, P. and S. DURAN, *Dünyada ve Türkiye'de Toplum Temelli Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri*. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics, 2018. **4**(3): p. 8-14.
66. Uluğ, B., et al., *Yetiyitimi değerlendirme çizelgesinin (WHO-DAS-II) şizofreni hastalarında geçerlilik ve güvenilirliği*. Turk Psikiyatri Derg, 2001. **12**: p. 121-130.
67. Nowak, I., et al., *Disability and recovery in schizophrenia: a systematic review of cognitive behavioral therapy interventions*. BMC psychiatry, 2016. **16**(1): p. 228.
68. O'Sullivan, D., Y. Xiao, and J.R. Watts, *Recovery Capital and Quality of Life in Stable Recovery From Addiction*. Rehabilitation Counseling Bulletin, 2019. **62**(4): p. 209-221.
69. Coffey, M., et al., *Quality of life, recovery and decision-making: a mixed methods study of mental health recovery in social care*. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 2019. **54**(6): p. 715-723.
70. UYGUR, A.B. and A.E. DANACI, *Şizofreni Hastalarının İhtiyaçları ve Öngörülebilirliği*. Turkish Journal of Psychiatry, 2019. **30**(3).
71. Yazici, E., et al., *Burden on caregivers of patients with schizophrenia and related factors*. Nöro Psikiyatri Arşivi, 2016. **53**(2): p. 96.

72. Erkoç, Ş., et al., *Pozitif semptomları değerlendirme ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği*. Düşünen Adam, 1991. **4**: p. 20-24.
73. Erkoç, S., et al., *Negatif semptomları değerlendirme ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği*. Düşünen Adam, 1991. **4**: p. 16-19.
74. Oksay, S., et al., *Calgary Depresyon Ölçeği'nin şizofreni hastalarında geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. Türk Psikiyatri Dergisi, 2000. **11**(4): p. 278-284.
75. Tuncer, G.Z. and Z. Çetinkaya Duman, *Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerde Camberwell Gereksinim Değerlendirme Kısa Formu ve Öz Bildirim Formu'nun psikometrik özelliklerinin incelenmesi*. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. **10**(4): p. 233-240.
76. Hancock, N., et al., *Recovery Assessment Scale-Domains and Stages (RAS-DS) Manual-Version 2*. 2016.
77. Meltem Derya Şahin, A.K.K., Canan Efe, Nefise Öztürk. *RAS-DS Turkish Version*. 2020; Available from: https://ras-ds.net.au/wp-content/uploads/2020/02/RAS-DS_Turkish.pdf.
78. ASLAN KUNT, D. and F. DEREBOY, *Dünya Sağlık Örgütü Yetiştirimi Değerlendirme Çizelgesi'nin (WHODAS 2.0) Türkçe Çevirisinin Geçerlik ve Güvenirliğinin Psikiyatri Hastaları ve Sağlıklı Kontrollerde İncelenmesi*. Turk Psikiyatri Dergisi, 2018. **29**(4).
79. Eser, E., et al., *WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri*. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi, 1999. **7**(Suppl 2): p. 23-40.
80. ÖZLÜ, A., M. YILDIZ, and T. AKER, *Zarlı Bakıcı Yük Ölçeğinin Şizofreni Hasta Yakınlarında Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması*. Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi, 2009. **46**.
81. Lloyd, C., R. King, and L. Moore, *Subjective and objective indicators of recovery in severe mental illness: a cross-sectional study*. International Journal of Social Psychiatry, 2010. **56**(3): p. 220-229.
82. Hendryx, M., C.A. Green, and N.A. Perrin, *Social support, activities, and recovery from serious mental illness: STARS study findings*. The journal of behavioral health services & research, 2009. **36**(3): p. 320-329.
83. Corrigan, P.W., et al., *Recovery as a psychological construct*. Community mental health journal, 1999. **35**(3): p. 231-239.
84. Roe, D., M. Mashiach-Eizenberg, and P.H. Lysaker, *The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders*. Schizophrenia research, 2011. **131**(1-3): p. 133-138.
85. Pevalin, D.J. and D.P. Goldberg, *Social precursors to onset and recovery from episodes of common mental illness*. Psychological medicine, 2003. **33**(2): p. 299-306.
86. Slade, M., et al., *Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems*. World Psychiatry, 2014. **13**(1): p. 12-20.
87. Silverstein, S.M. and A.S. Bellack, *A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia*. Clinical psychology review, 2008. **28**(7): p. 1108-1124.
88. Norman, R.M., et al., *Correlates of subjective recovery in an early intervention program for psychoses*. Early intervention in psychiatry, 2013. **7**(3): p. 278-284.
89. Corrigan, P.W. and S.M. Phelan, *Social support and recovery in people with serious mental illnesses*. Community mental health journal, 2004. **40**(6): p. 513-523.
90. Andresen, R., P. Caputi, and L.G. Oades, *Do clinical outcome measures assess consumer-defined recovery?* Psychiatry research, 2010. **177**(3): p. 309-317.
91. Van Eck, R.M., et al., *The relationship between clinical and personal recovery in patients with schizophrenia spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis*. Schizophrenia Bulletin, 2018. **44**(3): p. 631-642.
92. Phelan, M., et al., *The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness*. The British Journal of Psychiatry, 1995. **167**(5): p. 589-595.
93. Hansson, L., et al., *The relationship of needs and quality of life in persons with schizophrenia living in the community. A Nordic multi-center study*. Nordic Journal of Psychiatry, 2003. **57**(1): p. 5-11.

94. Ochoa, S., et al., *Met and unmet needs of schizophrenia patients in a Spanish sample*. Schizophrenia Bulletin, 2003. **29**(2): p. 201-210.
95. Scanlan, J.N., N. Hancock, and A. Honey, *The Recovery Assessment Scale–Domains and Stages (RAS-DS): sensitivity to change over time and convergent validity with level of unmet need*. Psychiatry research, 2018. **261**: p. 560-564.
96. EKER, D., H. ARKAR, and H. YALDIZ, *Çok Boyutlu Algı İlanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapı sı, Geçerlik ve Güvenirliğı*.
97. Ünverdi, E., *Şizofrenide Bakım Veren Yükünün Boyutları: Hastaların İşlevselliğinin Rolü*.
98. Amagai, M., M. Takahashi, and F. Amagai, *Qualitative study of resilience of family caregivers for patients with schizophrenia in Japan*. Age (Years), 2016. **63**(4.9): p. 55-74.
99. Ho, W.W., et al., *Recovery components as determinants of the health-related quality of life among patients with schizophrenia: structural equation modelling analysis*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2010. **44**(1): p. 71-84.
100. Üstün, T.B., et al., *Developing the World Health Organization disability assessment schedule 2.0*. Bulletin of the World Health Organization, 2010. **88**: p. 815-823.
101. Chan, K.K. and W.W. Mak, *The mediating role of self-stigma and unmet needs on the recovery of people with schizophrenia living in the community*. Quality of Life Research, 2014. **23**(9): p. 2559-2568.

ÖZGEÇMİŞ: MELTEM DERYA ŞAHİN

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Meltem Derya ŞAHİN

Doğum yeri ve tarihi:

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi ve telefonu:

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi (2006-2012)

Erzurum İbrahim Hakkı Fen Lisesi (2002-2006)

Muğla Köyceğiz Atatürk İlköğretim Okulu (1998-2002)

İzmir Kiraz Yatılı Bölge İlköğretim Okulu (1996-1998)

Bayburt Demirözü İlköğretim Okulu (1994-1996)

III- Ünvanları

Pratisyen Hekim –

Asistan Hekim - SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği

IV- Mesleki Deneyimi

-

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türk Psikiyatri Derneği

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Meltem Derya Arasan, Kadir Özdel, Süheyla Doğan Bulut, Berna Çağatay, Sibel Örsel 2014 “Alkol Kullanmayan Psikotik bir Hastada Korsakoff Sendromu Akla Gelir Mi?” - Ulusal Psikiyatri Kongresi

Psikiyatrik İlaç Tedavisi El Kitabı- Altıncı Baskı Kaplan & Sadock- Türkçe Çeviri- Bölüm 7: Barbitüratlar ve Benzer Etkili İlaçlar/ Bölüm 8: Benzodiazepinler ve GABA reseptörlerine etkiyen ilaçlar Bölüm çevirileri

VII- Bilimsel Etkinlikleri

-

VIII- Diğer Bilgiler

Bilişsel Davranışçı Terapi Temel Eğitim

EKLER

EK-1: SOSYODEMOGRAFİK FORM (HASTALAR İÇİN)

Sosyodemografik form (hasta için)

- Cinsiyet
- Yaş
- Çalışma durumu - meslek
- Eğitim düzeyi - eğitim yılı
- Medeni hal - çocuk?
- Tanı aldığı yıl?
- Aile öyküsü
- Yatış sayısı (ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesine ve diğer birimlere)
- Yatarak tedavi-ayaktan tedavi (halihazırda)
- Ek hastalık
- Kullanılan tedavi (ilaç, ekt öyküsü..)
- Yaşadığı yer
- Bakım veren kim? Bakımverenin eğitim düzeyi?

EK-2: SOSYODEMOGRAFİK FORM (HASTA YAKINI İÇİN)

Sosyodemografik form (hasta yakını için)

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni hal
- Eğitim düzeyi
- Psikiyatrik tanı varlığı
- Ek hastalık varlığı
- Hastaya yakınlık derecesi
- Bakım verdiği kişinin hastalık tanısı aldığı yıl

EK-3: POZİTİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

(SAPS/ PBDÖ) POZİTİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0= Yok 1= Şüpheli 2= Hafif 3= Orta 4= Belirgin 5= Şiddetli

Hasta Adı:	Tarih:	Vizit:	Değerlendiren:
VARSANILAR	0 1 2 3 4 5	19. Düşünce Çekilmesi	0 1 2 3 4 5
1. İşitme Varsanıları Hasta başkalarının duymadığı sesler, gürültüler veya başka sesler duyduğunu bildirir.	0 1 2 3 4 5	Hasta, düşüncelerinin kafasından alındığına inanır.	
2. Yorumlayıcı Sesler Hasta, davranış ve düşüncelerini yorumlayan sesler duyduğunu bildirir.	0 1 2 3 4 5	20. Hezeyanların Bütünsel Derecelendirilmesi Bu derecelendirilme hezeyanların süresi, ısrarlılığı ve hastanın yaşamına olan etkisi gözönüne alınarak yapılmalıdır.	0 1 2 3 4 5
3. Kendi Aralarında Konuşan Sesler Hasta iki veya daha fazla kişinin aralarında konuştuğunu duyduğunu bildirir.	0 1 2 3 4 5	GARİP (BİZAR) DAVRANIŞ 21. Giyim ve Görünüş Hasta olağandışı tarzda giyinir veya diğer garip şeylerle görünüşünü değiştirir.	0 1 2 3 4 5
4. Somatik veya Dokunma Varsanıları Hasta, vücudunda acayip fizik duyumsamalar olduğunu bildirir.	0 1 2 3 4 5	22. Sosyal ve Cinsel Davranış Hasta, olağan sosyal normlara göre, uygunsuz şeyler yapabilir. Örn. Ortalıkta mastürbasyon yapma	0 1 2 3 4 5
5. Koku Varsanıları Hasta, başkalarının fark etmediği olağan dışı kokular duyduğunu bildirir.	0 1 2 3 4 5	23. Saldırgan ve Taşkın Davranış Hasta, sıklıkla önceden tahmin edilemeyen saldırgan ve taşkın davranışlar gösterebilir.	0 1 2 3 4 5
6. Görme Varsanıları Hasta, gerçekte var olmayan şekil veya insanları görür.	0 1 2 3 4 5	24. Tekrarlayıcı veya Basmakalıp (Stereotipik) Davranış hareketler veya merasimler geliştirebilir.	0 1 2 3 4 5
7. Varsanıların Bütünsel Derecelendirilmesi Bu Derecelendirme varsanın süresi, şiddeti ve hastanın yaşamına olan etkisi göz önüne alınarak yapılmalıdır.	0 1 2 3 4 5	25. Garip Davranışın Bütünsel Derecelendirilmesi Bu derecelendirme, davranış tipi ve sosyal normlardan sapma miktarının yansıtılmalıdır.	0 1 2 3 4 5
HEZEYANLAR	0 1 2 3 4 5	POZİTİF FORMAL DÜŞÜNCE BOZUKLUĞU	0 1 2 3 4 5
8. Kötülük Görme Hezeyanları Hasta, kendine yönelik komplo hazırlandığına veya bir yolunun bulunup kendine kötülük yapılacağına inanır.	0 1 2 3 4 5	26. Düşüncenin Raydan Çıkması (Derailment) Fikirlerin bir diziden diğerine dolaylı bağlantılı veya bağlantısız olarak kayıp gittiği konuşma şekli.	0 1 2 3 4 5
9. Kıskaçlık Hezeyanları Hasta eşinin bir başkası ile ilişkisi olduğunu düşünür.	0 1 2 3 4 5	27. Teğetleme (Tangentiality) Dolaylı veya konu dışı tarzda sorulara yanıt verme.	0 1 2 3 4 5
10. Suçluluk ve Günahkarlık Hezeyanları Hasta bazı kötü günahlar veya affedilemez suçlar işlediğine inanır.	0 1 2 3 4 5	28. Dikişsizlik (Kelime Salatısı, Şizofazi) Zaman zaman esas olarak anlaşılmayan konuşma şekli	0 1 2 3 4 5
11. Büyüklük Hezeyanları Hasta, özel güç veya yeteneklerinin varlığına inanır.	0 1 2 3 4 5	29. Mantık Dışılık Mantıklı olarak izlenemeyen sonuçlar çıkarılan konuşma şekli	0 1 2 3 4 5
12. Dinsel Hezeyanlar Hasta, dinsel nitelikli yanlış inançları ile aşırı uğraşır.	0 1 2 3 4 5	30. Çevresel Konuşma(Circumstantiality) Hedef Düşünceye ulaşması çok dolambaçlı olan ve gecekken konuşma şekli.	0 1 2 3 4 5
13. Somatik Hezeyanlar Hasta, her nasılsa vücudunun hasta, anormal veya değişmiş olduğuna inanır.	0 1 2 3 4 5	31. Basıncılı Konuşmalar Hastanın konuşması hızlı ve durdurulması güçtür. Konuşma miktarı normalden çok fazladır.	0 1 2 3 4 5
14. Alınma Düşünceleri ve Hezeyanları Hasta, önemsiz işaret veya olayları üzerine alınıyor veya özel anlamlar çıkarır.	0 1 2 3 4 5	32. Çelinebilir Konuşma (Distractible Speech) Hasta konuşma akımını kesintiye uğratan yakın uyarılarla çelinebilir.	0 1 2 3 4 5
15. Kontrol Edilme Hezeyanları Hasta, duygularının ve karakterinin bazı dış güçlerce kontrol edildiğini hisseder.	0 1 2 3 4 5	33. Klang Çağırışım Kelime seçimine anlamsal ilişkilerden çok seslerin yön verdiği konuşma şekli.	0 1 2 3 4 5
16. Düşünce Okunması Hezeyanları Hasta insanların düşüncelerini okuyabildiği veya düşüncelerini bildiğini hisseder.	0 1 2 3 4 5	34. Pozitif Formal Düşünce Bozukluğunun Bütünsel Derecelendirilmesi Bu bütünsel derecelendirilme, anormallliği ve kişinin ilişki kurma yeteneği etkileme derecesini yansıtmalıdır.	0 1 2 3 4 5
17. Düşünce Yayınlanması	0 1 2 3 4 5		

Hasta, düşüncelerinin yayınlandığını hisseder,
böylece
kendisi veya diğerleri bunları duyabilir.

18. Düşünce Sokulması

Hasta, düşüncelerinin kendisine ait olmadığını,
dışarıdan aklına sokulduğuna inanır.

0 1 2 3 4 5



EK-4: NEGATİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

(SANS / NBDÖ) NEGATİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Hasta Adı: Tarih: Vizit:
Değerlendiren:.....

0= Yok 1= Şüpheli 2= Hafif 3= Orta 4= Belirgin 5= Şiddetli

DUYGULANIMSAL DÜZLEŞME VEYA KÜNTLEŞME

1. Değişmeyen Yüz İfadesi
Hastanın yüzü cansız görünür ve konuşmasının duygusal içeriğine bağlı olarak beklenenden daha az değişir.

0 1 2 3 4 5

2. Kendiliğinden Hareketlerde Azalma
Hastanın kendiliğinden hareketleri çok azalmıştır veya hiç yoktur. Konumunu değiştirmez, ekstremitelerini oynatmaz.

0 1 2 3 4 5

3. Anlamlı Jestlerin Yokluğu veya Azalması
Hasta fikirlerini ifade etmede bir yardımcı olarak vücut konumunu değiştirmez ve el jestlerini kullanmaz.

0 1 2 3 4 5

4. Zayıf Göz İlişkisi
Hasta göz ilişkisinden kaçınır ve konuşması esnasında bile boşluğa dalgın dalgın bakar.

0 1 2 3 4 5

5. Duygulanımsal Yanıtsızlık
Hasta uyarıldığında gülmez veya gülümsemez.

0 1 2 3 4 5

6. Uygunsuz Duygulanım
Hastanın duygulanımı basit bir biçimde düz veya küntleşmiş olmaktan daha çok uygunsuz veya uyumsuzdur.

0 1 2 3 4 5

7. Sesteki Esnekliğin Eksikliği
Hasta normal sesle ilgili vurgu kalıplarını kullanmada başarısızdır ve genellikle monoton bir biçimde konuşur.

0 1 2 3 4 5

8. Duygulanımsal Düzleşmenin Bütünsel Derecelendirilmesi
Bu derecelendirilme, özellikle yanıtsızlık, göz ilişkisi, yüz ifadesi ve sesteki esneklik başta olmak üzere belirtilerin ayrıntılı şiddeti üstüne yoğunlaşmalıdır.

0 1 2 3 4 5

9. Konuşma Yoksulluğu
Hastanın sorulara yanıtları miktar olarak kısıtlıdır; kısa somut ve özensiz olma eğilimi gösterir.

0 1 2 3 4 5

10. Konuşma İçeriğinin Yoksulluğu
Hastanın yanıtları miktar olarak yeterlidir; fakat muğlak, aşırı somut

0 1 2 3 4 5

AVOLUTION – APATİ / İRADESİZLİK / İLGİSİZLİK İnisiyatif veya Hedefin Olmaması

14. Öz bakımı ve Temizlik
Hastanın elbiseleri dökük saçık yada kirli olabilir, saçları yağlanmış, kendisi temizlenmemeye bağlı kokuyor olabilir.

0 1 2 3 4 5

15. İş veya Okulda Sebatsızlık
Hastanın iş arama ve sürdürmede, okul ödevlerini tamamlamada, evi temizlemede güçlükleri vardır. Eğer hasta hastanede yatıyorsa, örneğin toplu oyun oynama gibi koşu etkinliklerini sürdürmez.

0 1 2 3 4 5

16. Fiziksel Anergia (Hareketsizlik)
Hasta fiziksel olarak hareketsiz olma eğilimindedir. Saatlerce oturabilir ve hiçbir kendiliğinden hareket göstermez.

0 1 2 3 4 5

17. İradesizlik/İlgisizliğin Bütünsel Derecelendirilmesi
Eğer özellikle belirgin ise, asıl ağırlık bir veya iki önemli belirtiyeye verilmelidir.

0 1 2 3 4 5

**ANHEDONİ-ASOSYALLİK/ZEVK ALAMAMA-
TOPLUMSAL İLİŞKİ KURAMAMA**

0 1 2 3 4 5

18. Oyalanıcı İlgi ve Etkinlikler
Hastanın ilgileri çok az veya hiç yoktur. Bu ilgilerin hem niteliği hem de niceliği dikkate alınmalıdır

0 1 2 3 4 5

19. Cinsel İlgi ve Etkinlik
Hasta cinsel ilgi ve etkinlikte bir azalma gösterebilir veya etkin olduğunda da zevk almada bir azalma vardır.

0 1 2 3 4 5

20. Yakınlık ve Dostluk Kurma Yeteneği
Hasta, özellikle karşı cins ve ailesiyle başta olmak üzere yakın ve dostça ilişkiler kurmada bir yetersizlik sergiler.

0 1 2 3 4 5

21. Arkadaş ve Akranlar ile İlişkiler
zamanını yalnız geçirmeyi tercih eder.

0 1 2 3 4 5

22. Anhedoni - Asosyalitenin Bütünsel Derecelendirilmesi

0 1 2 3 4 5

veya aşırı genelleme eğilimindedir ve çok az bilgi aktarır.

11. Bloka

Hasta, kendiliğinden veya konuştuğu konu hatırlatıldığında, düşünce dizisinin kesintiye uğradığını ifade eder.

0 1 2 3 4 5

12. Yanıt Süresinde Uzama

duyar. Bu konu hatırlatıldığında, hastanın sorunun farkında olduğu görülür.

0 1 2 3 4 5

13. Alogiyanın Bütünsel Derecelendirilmesi

Alogiyanın çekirdek özellikleri, konuşma ve düşünce içeriğinin yoksulluğudur.

0 1 2 3 4 5

Bu derecelendirme hastanın yaşı, aile durumu vb. durumları da hesaba katarak ayrıntılı şiddeti yansıtmalıdır.

DİKKAT

23. Sosyal Dikkatsizlik

Hasta ilgisiz görünür. Uyuşturucu madde etkisindeymişçesine bir görünüm içindedir.

0 1 2 3 4 5

24. Zihinsel Durum Testleri Esnasında Dikkatsizlik

7 (yedi) rakamıyla yapılan seri testleri (en az beş çıkarma işlemli olmalı) ve 'Dünya' kelimesini geriye doğru harf harf okuma testi

0 1 2 3 4 5

25. Dikkatin Bütünsel Derecelendirilmesi

0 1 2 3 4 5

EK-5: CALGARY ŞİZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

CALGARY ŞİZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

1)Depresyon: Son iki hafta boyunca ruh halinizi nasıl tanımlarsınız?

Yeterince neşelenebiliyor muydunuz, yoksa son zamanlarda aşırı çökkün ya da üzüntülü müydünüz? Son iki hafta içinde her gün ne kadar sıklıkta kendinizi (KENDİ KELİMELERİ) hissediyorsunuz? Gün boyu?

0. Yok

1. Hafif: Sorulduğunda biraz üzüntü ya da güvensizlik ifade eder

2.Orta: Son iki hafta boyunca zamanın neredeyse yarısında süren belirgin çökkün duygu durum: Her gün var

3. Şiddetli: Her gün zamanın yarısından fazlasında süren, olağan motor ve toplumsal işlevselliği etkileyen belirgin çökkün duygu durum

2) Umutsuzluk : Geleceğinizi nasıl görüyorsunuz? Sizin için herhangi bir gelecek var mı?

Yoksa yaşam oldukça umutsuz mu görünüyor? Kendinizi koyuverdiniz mi, yoksa hala çaba göstermek için neden var mı?

0.Yok

1.Hafif: Son iki hafta boyunca bazı zamanlar umutsuzluğa kapılmış ama hala gelecek için belli düzeyde umut taşıyor

2. Orta: Son iki hafta boyunca ısrarlı, orta düzeyde umutsuzluk duygusu

İşlerin daha iyiye gidebileceği konusunda ikna edebiliyor

3. Şiddetli: İsrarlı ve sıkıntı veren umutsuzluk duygusu

3) Değersizlik duygusu: Başka insanlarla karşılaştığınızda, kendinizi nasıl görüyorsunuz?

Kendinizi başka insanlardan daha mı iyi, daha mı kötü, yoksa yaklaşık aynı düzeyde mi görüyorsunuz? Kendinizi başkalarından aşağıda ya da hatta değersiz mi hissediyorsunuz?

0.Yok

1.Hafif: Kısmen aşağılık duygusu var, değersizlik duygusu düzeyine ulaşmıyor

2.Orta: Kişi kendini değersiz hissediyor, ama zamanın yarısından azında

3.Şiddetli: Kişi zamanın yarısından fazlasında kendini değersiz hissediyor

Öyle olmadığı konusunda ikna edilebiliyor

4) Suçlulukla İlgili Alınma Düşünceleri: Bu konuda itham edildiğiniz ya da hatta haksız yere suçlandığınız duygusuna kapıldınız mı? Hangi konuda? (Doğrulanabilir itham ya da suçlamaları dahil etmeyin. Suçluluk sanrıları dışlayın)

0.Yok

1.Hafif: Kişi zamanın yarısından azında kendini itham altında hisseder ama suçlu hissetmez

2.Orta: İtham altında olduğuna dair ısrarlı duygular ve/veya ara sıra suçlu olduğuna dair duygular

3.Şiddetli: Suçlu olduğuna dair ısrarlı duygular. İkna edilmeye çalışınca, öyle olmadığını kabul eder

5)Patolojik Suçluluk: Geçmişte yapmış olabileceğiniz önemsiz şeylerden dolayı kendinizi kabahatli bulma eğiliminde misiniz?

Bu konuyla bu derecede uğraşmayı hakkettiğinizi düşünüyor musunuz?

0.Yok

1.Hafif: Kişi bazen bazı küçük kabahatler konusunda olması gerekenden fazla suçluluk duyar, ama bu, zamanın yarısından azını alır

2. Orta: Kişi çoğu zaman (zamanın yarısından fazlasında) önemini abarttığı geçmiş eylemleri konusunda suçluluk duyar

3. Şiddetli: Kişi çoğu zaman kötü giden her şey için, hatta kendi hatası olmasa bile kendini kabahatli hisseder

6) Sabah Depresyonu: Son iki hafta boyunca, kendinizi çökkün hissederken, bu çökkünlüğün günün belli bir zamanında daha kötüleştiğini fark ettiniz mi?

0.Yok: Depresyon yok

1.Hafif: Depresyon var ama gün içi değişkenlik yok

2.Orta: Depresyonun sabahları kötüleştiği kendiliğinden belirtilir

3. Şiddetli: Sabahları belirgin biçimde daha kötü olan ve işlevselliğin bozulduğu depresyon akşamları düzelir

7) Erken Uyanma: Sabahları normalden daha mı erken uyanıyorsunuz? Bu, haftada kaç kez oluyor?

0.Yok: Erken uyanma yok

1.Hafif: Ara sıra (en çok haftada iki kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

2.Orta: Çoğunlukla (en çok haftada beş kez) olağan ya da gerekli zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

3.Şiddetli: Her gün uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

8) Öz kıyım: Hayatın yaşamaya değer olmadığını hissediyor musunuz? Yaşamınıza son vermek hiç içinizden geçti mi?

Kendinize ne yapabileceğinizi düşündünüz? Gerçekten denediniz mi?

0.Yok

1.Hafif: Sıklıkla keşke ölmüş olsaydım biçiminde düşünceler ya da ara sıra öz kıyım düşünceleri

2.Orta: Üzerine uğraşılmış öz kıyım tasarısı ama girişiminde bulunmamıştır

3.Şiddetli: Açıkça ölümle sonuçlanmak üzere hazırlanmış öz kıyım girişimi (örn. şans eseri fark edilme ya da etkisiz yöntem)

9) Gözlenen Depresyon: Tüm görüşme boyunca görüşmecinin gözlemlerine dayanır.

Görüşmede uygun anlarda sorulan “Kendinizi ağlamaklı hissediyor musunuz?” sorusu bu gözlem için gerekli bilgiyi sağlayabilir.

0.Yok

1.Hafif: Görüşmenin belirgin olarak yansız konuşmalarını içeren bölümlerinde bile kişi üzgün ya da kederli görünmektedir

2.Orta: Kişi görüşme boyunca sıkın, tekdüze bir ses tonuyla üzgün ve kederli görünmektedir ve bazen ağlar ya da ağlamaklı olur

3. Şiddetli: Kişi sıkıntı veren konularda boğulacak gibi olur, sıklıkla derin iç çeker ve açıkça ağlar ya da kişi ısrarlı olarak ıstıraptan donakalmış durumdadır ancak görüşmeci depresyonun var olduğundan emindir.

EK-6**Camberwell İhtiyaç Değerlendirmesi Kısa Değerleme Çizelgesi****Hastanın Adı ve Soyadı**.....
..**İhtiyaçın derecesi**0= herhangi bir sorun yok 2= ihtiyaç
karşılanmıyor

1= ihtiyaç karşılanıyor 9= bilinmiyor

Değerlendirme rakamı	1	2	3	4
Değerlendirilen kişiyi yuvarlak içine alınız (H=Hasta, P=Personel, B=Bakım Sağlayan)	☐ H ☐ P ☐ B	☐ H ☐ P ☐ B	☐ H ☐ P ☐ B	☐ H ☐ P ☐ B
Değerlendirme tarihi	.../.../.....	.../.../.....	.../.../.....	.../.../.....
Değerlendirmeyi yapan kişinin adı ve soyadının baş harfleri				

	1	2	3	4
1 Barınma				
Nasıl bir yerde yaşamak istersiniz?	☐	☐	☐	☐
2 Beslenme				
Beslenmeniz için yeterli gıda alabiliyor musunuz?	☐	☐	☐	☐
3 Eve bakma				
Evinize bakabiliyor musunuz?	☐	☐	☐	☐
4 Öz-bakım				
Temizlik ve düzen sağlama konusunda sorun yaşıyor musunuz?	☐	☐	☐	☐
5 Gün içi faaliyetler				
Gününüzü nasıl geçiriyorsunuz?	☐	☐	☐	☐
6 Beden sağlığı				
Kendinizi bedenene ne kadar iyi hissediyorsunuz?	☐	☐	☐	☐
7 Psikotik semptomlar				
Ses duyduğunuz veya düşüncelerinizle sorun yaşadığınız zamanlar oluyor mu?	☐	☐	☐	☐
8 Sağlık durumu ve tedavi ile ilgili bilgilendirme				
Size ilaçlarınız hakkında net bir bilgilendirme yapıldı mı?	☐	☐	☐	☐
9 Psikolojik bunalım				
Son zamanlarda hiç kendinizi üzgün veya bitkin hissettiniz mi?	☐	☐	☐	☐
10 Kendinin güvenliği				
Hiç kendinize zarar vermeyi düşündüğünüz oluyor mu?	☐	☐	☐	☐
11 Başka insanların güvenliği				
Sizce diğer insanların güvenliğini tehlikeye sokacak davranışlarınız oluyor mu?	☐	☐	☐	☐
12 Alkol				
Alkollü içecekler içmek size problem yaratıyor mu?	☐	☐	☐	☐
13 Uyuşturucu				
Size reçete edilmemiş olan ilaç kullanıyor musunuz?	☐	☐	☐	☐
14 Eş-dost				
Sosyal hayatınızdan memnun musunuz?	☐	☐	☐	☐
15 Özel ilişkiler				
Eşiniz veya partneriniz var mı?	☐	☐	☐	☐
16 Cinsel ifade				
Cinsel hayatınız nasıl?	☐	☐	☐	☐
17 Çocuk bakımı				
18 Yaşından küçük çocuğunuz var mı?	☐	☐	☐	☐
18 Temel düzeyde eğitim				
Türkçe okuma, yazma veya anlama konusunda sıkıntınız var mı?	☐	☐	☐	☐
19 Telefon				
Telefon kullanmayı biliyor musunuz?	☐	☐	☐	☐
20 Ulaşım				
Otobüs, metro veya tren gibi toplu taşıma araçlarını kullanabiliyor musunuz?	☐	☐	☐	☐
21 Para				
Paranızı kullanabiliyor musunuz?	☐	☐	☐	☐
22 Para yardımları				
Alma hakkı verildiğiniz tüm paraları alıyor musunuz?	☐	☐	☐	☐
A Karşılanan ihtiyaçlar- sütundaki 1 rakamlarını toplayın	☐	☐	☐	☐
B Karşılanmayan ihtiyaçlar- sütundaki 2 rakamlarını toplayın	☐	☐	☐	☐
C Toplam ihtiyaç sayısı- A + B toplamı	☐	☐	☐	☐

EK 7- RAS-DS (İyileşme Değerlendirme Ölçeği - Alanlar ve Aşamalar)

Yönerge: Aşağıda, insanların bazen kendileri ve yaşamları hakkında nasıl hissettiklerini tarif eden ifadelerin bir listesi bulunmaktadır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz ve sizi şu anda en iyi tarifleyen sayıyı işaretleyiniz. Her bir ifade için yalnızca bir sayı işaretleyiniz ve hiçbir maddeyi atlamayınız.

DEĞER VERDİĞİM ŞEYLERİ YAPARKEN					
		Doğru değil	Biraz doğru	Büyük ölçüde doğru	Tamamıyla
1	Eğlenmek önemlidir.	1	2	3	4
2	Sağlıklı alışkanlıklara sahip olmak önemlidir.	1	2	3	4
3	Benim için anlamlı olan şeyleri yaparım.	1	2	3	4
4	Yeni ilgi alanları edinirim.	1	2	3	4
5	Başkaları için yararlı ve değerli şeyler yaparım.	1	2	3	4
6	Bana çok keyif veren şeyler yaparım.	1	2	3	4
GELECEĞE YÖNELİK					
		Doğru değil	Biraz doğru	Büyük ölçüde doğru	Tamamıyla
7	Tekrar rahatsızlanırsam üstesinden	1	2	3	4
8	Daha iyi olma konusunda kendime yardımcı olabilirim.	1	2	3	4
9	Başarılı olmak isterim.	1	2	3	4
10	Hayatta, ulaşmak istediğim hedeflerim vardır.	1	2	3	4
11	Şu anki kişisel hedeflerime ulaşabileceğime inanıyorum.	1	2	3	4
12	Yaşamda karşıma çıkacaklarla baş edebilirim.	1	2	3	4
13	Kendimi severim.	1	2	3	4
14	Yaşamda bir amacım var.	1	2	3	4
15	Eğer insanlar beni gerçekten tanırlarsa beni seveceklerdir.	1	2	3	4
16	Denemeye devam edersem, daha iyi olmaya devam edeceğim.	1	2	3	4
17	Kim olmayı istediğime dair bir fikrim var.	1	2	3	4
18	Nihayet iyi bir şey olacak.	1	2	3	4
19	Kendi gelişmemden en çok sorumlu olan kişi benim.	1	2	3	4

		Doğru değil	Biraz doğru	Büyük ölçüde doğru	Tamamıyla
20	Geleceğim hakkında ümitliyim.	1	2	3	4
21	Ne zaman yardım isteneceğini biliyorum.	1	2	3	4
22	İhtiyacım olduğunda yardım isterim.	1	2	3	4
23	İyileşmeme yardımcı olacak şeyleri	1	2	3	4
24	Hatalarımdan ders çıkarabilirim.	1	2	3	4
HASTALIĞIMI TANIMA					
		Doğru değil	Biraz doğru	Büyük ölçüde doğru	Tamamıyla
25	Hastalığımın erken uyarı işaretlerini tanıyabilirim.	1	2	3	4
26	Nasıl iyi kalacağıma ya da iyi olacağıma ilişkin kendi planım var.	1	2	3	4
27	İstenmeyen belirtilerle başa çıkmamda bana yardımcı olması için yapabileceğim şeyler var.	1	2	3	4
28	Bana yardımcı olacak ruh sağlığı hizmetleri olduğunu biliyorum.	1	2	3	4
29	Belirtilerim kötüleşse bile bununla baş edebileceğimi biliyorum.	1	2	3	4
30	Belirtilerim hayatımı giderek daha az	1	2	3	4
31	Belirtilerim her oluştuğunda daha kısa süre için sorun olacak gibi görünüyor.	1	2	3	4
BAĞLANMA VE AİT OLMA					
		Doğru değil	Biraz doğru	Büyük ölçüde doğru	Tamamıyla
32	Güvenebileceğim insanlar var.	1	2	3	4
33	Benim kendime inanmadığım zamanlarda bile, diğer insanlar bana inanır.	1	2	3	4
34	Farklı farklı arkadaşlara sahip olmak	1	2	3	4
35	Kendileri de ruhsal rahatsızlık geçiren arkadaşlarım var.	1	2	3	4
36	Ruhsal rahatsızlığı olmayan arkadaşlarım var.	1	2	3	4
37	Bana güvenebilen arkadaşlarım var.	1	2	3	4
38	Aile durumumun idare ettiğini düşünüyorum.	1	2	3	4

İyileşme Değerlendirme Ölçeği - Alanlar ve Aşamalar (RAS-DS – Research Version 3).

©2015 Nicola Hancock ve Sydney Üniversitesi

Yazarın yazılı izni olmadan kopyalanamaz ve başka bir amaç için kullanılamaz

Türkçe uyarlaması Meltem Derya Şahin (arasanmd@gmail.com), Akfer Karaoğlu Kahiloğulları, Canan Efe ve Nefise Öztürk tarafından Şubat 2020'de yapılmıştır.

EK-8

WHO DAS 2.0- DSÖ YETİ YİTİMİ DEĞERLENDİRME ÇİZELGESİ 2.0

Tablo 1: Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi 2.0

1. ALAN: Anlama ve iletişim kurma

Son 30 gün içinde aşağıdaki durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/Hiç yapamıyorum
D1.1 On dakika süreyle bir işe dikkatini verebilme	1	2	3	4	5
D1.2 Yapılması gereken önemli şeyleri akılda tutma	1	2	3	4	5
D1.3 Günlük yaşamda ortaya çıkan sorunların nedenlerini anlama ve çözümler bulma	1	2	3	4	5
D1.4 Yeni işler öğrenme (yeni bir yol vb.)	1	2	3	4	5
D1.5 İnsanların söylediklerini genel olarak anlama	1	2	3	4	5
D1.6 Bir sohbeti başlatabilme veya sürdürebilme	1	2	3	4	5

2. ALAN: Hareket etme, bir yerden bir yere gitme

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

	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/Hiç yapamıyorum
D2.1 30 dakika gibi uzun süre ayakta durma	1	2	3	4	5
D2.2 Otururken ayağa kalkma	1	2	3	4	5
D2.3 Evin içinde dolaşma	1	2	3	4	5
D2.4 Evden dışarı çıkma	1	2	3	4	5
D2.5 Bir kilometre dolayında uzun mesafe yürüme	1	2	3	4	5

3. ALAN: Kendine bakım

Son 30 gün içinde aşağıda 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 Bir kaç gün yalnız kalma	1	2	3	4	5

4. ALAN: İnsan ilişkileri

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

5. ALAN: Yaşam faaliyetleri

• Ev işleri

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

Eğer kutu işaretlenmişse (Denek Çalışıyorsa veya Öğrenciyse) devam edin, yoksa bir sonraki sayfadaki 6. Bölüme geçin.

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

	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/Hiç yapamıyorum
D5.8 Her gün yapmak zorunda olduğunuz işleri yürütme	1	2	3	4	5
D5.9 İşteki önemli görevlerinizi 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

Son 30 gün içinde

	Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/Hiç yapamıyorum
D6.1 Sosyal faaliyetlere herkes kadar katılabilmekte (şenlikler, eğlenceler, dini faaliyetler vb.) ne kadar sorunla karşılaştınız?	1	2	3	4	5
D6.2 Çevrenizden kaynaklanan engeller yüzünden 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

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

EK-9: DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

WHOQOL-103 (TR) WHOQOL TÜRKİYE GRUBU-İZMİR

YÖNERGE

Bu soru listesi sizin yaşam kalitenizi, sağlığını ve yaşamınızın diğer alanları hakkında ne hissettiğinizi sorgulamaktadır. Lütfen tüm soruları yanıtlayın. Eğer karar veremezseniz, size en uygun olan seçeneği işaretleyin. Size en uygun seçenek, çoğunlukla ilk seçtiğinizdir.

Lütfen soruları yanıtlarken kendi yaşam ölçülerinizi, umutlarınızı, haz aldığınız konuları ve ilgi alanlarınızı göz önünde tutunuz. Burada sizin yaşamınız hakkında **son iki haftadır** ne düşündüğünüz sorulmaktadır.

Örneğin, son iki haftayı göz önüne alarak şu soru sorulmuş olsun:

Sağlığınız hakkında ne kadar endişelisiniz?

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Aşırı derecede 5
----------	-------------	--------------------	------------	---------------------

Geçen iki hafta içinde sağlığınız hakkında endişelenme durumunuza en uygun rakamı daire içine alınız. Örneğin sağlığınız hakkında çokça endişe duydunuzsa "Çokça" sözcüğüne karşılık gelen 4 rakamını daire içine alın. Ya da eğer endişe duymadığınızı düşünüyorsanız "Hiç" başlığına karşılık gelen 1 rakamını daire içine alın. Lütfen her soruyu okuyun, duygularınızı değerlendirin, ve her soruyla ilgili olan en uygun yanıtınıza uyan rakamı daire içine alın.

Teşekkürler

Aşağıdaki sorular sizin son iki hafta içinde örneğin mutluluk ve huzur gibi belli duyguları **ne ölçüde** yaşadığınız konusundadır. Eğer bu duyguları aşırı derecede yaşıyorsanız 5'i, "hiç yaşamadım" diyorsanız 1'i daire içine alın. Size uygun yanıt bu iki başlık arasındaysa 1 ile 5 arasındaki başlıklardan size en yakın olanı işaretleyin. Sorular geçen iki hafta boyunca hissettiklerinizi kapsamaktadır.

1. Ağrı ya da rahatsızlık hissiniz sizi endişelendirir mi?

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Aşırı derecede 5
----------	-------------	--------------------	------------	---------------------

2. Ağrı ya da rahatsızlık ile başa çıkmak sizin için ne kadar zordur?

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Son derecede 5
----------	-------------	--------------------	------------	-------------------

3. Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Aşırı derecede 5
----------	-------------	--------------------	------------	---------------------

4. Çabuk yorulur musunuz?

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Son derecede 5
----------	-------------	--------------------	------------	-------------------

5. Bitkinlikten ne kadar yakırsınız?

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Son derecede 5
----------	-------------	--------------------	------------	-------------------

6. Uyku güçlüğünüz var mıdır?

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Aşırı derecede 5
----------	-------------	--------------------	------------	---------------------

7. Uyku sorunları sizi ne kadar endişelendirir?

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Aşırı derecede 5
----------	-------------	--------------------	------------	---------------------

8. Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Aşırı derecede 5
----------	-------------	--------------------	------------	---------------------

9. Gelecek için ne kadar iyimlersiniz?

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Son derecede 5
----------	-------------	--------------------	------------	-------------------

10. Yaşamınızda olumlu duyguların yeri ne kadardır?

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Aşırı derecede 5
----------	-------------	--------------------	------------	---------------------

11. Dikkatinizi toplamakta ne kadar başarılısınız?

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Son derecede 5
----------	-------------	--------------------	------------	-------------------

12. Kendinize ne kadar değer verirsiniz?

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Aşırı derecede 5
----------	-------------	--------------------	------------	---------------------

13. Kendinize ne kadar güvenirsiniz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

14. Dış görünüşünüz nedeniyle çekingenlik duyduğunuz olur mu?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
1	2	3	4	5

15. Görünüşünüzün herhangi bir yönü sizi rahatsız eder mi?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

16. Ne kadar endişelenirsiniz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
1	2	3	4	5

17. Üzüntü ya da çökkünlük (depresyon) duygularınız günlük yaşantınıza ne kadar engel oluyor?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

18. Çökkün oluşunuz (depresyonunuz)sizi ne kadar rahatsız eder?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

19. Her günlük uğraşlarınızı yürütmede ne kadar güçlük çekiyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

20. Günlük uğraşları yürütmede karşılaştığınız sınırlılıklar sizi ne kadar rahatsız eder?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

21. Günlük uğraşları yürütebilmek için herhangi bir ilaç kullanmak zorunda mısınız?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

22. Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

23. Yaşamınızın kaliteli olması için tedavi amacıyla kullanılan madde ve araçlara ne derece bağımlısınız?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

24. Kendinizi ne kadar yalnız hissediyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
1	2	3	4	5

25. Cinsel gereksinimleriniz ne ölçüde karşılanıyor?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
1	2	3	4	5

26. Cinsel yaşamınızdaki sorunlar canınızı sıkıyor mu?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
1	2	3	4	5

27. Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
1	2	3	4	5

28. Emin ve güvenli bir çevrede yaşadığınızı düşünüyor musunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
1	2	3	4	5

29. Güvenliğiniz ve emniyetiniz konusunda ne kadar endişe duyarsınız?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

30. Yaşadığınız ev ne kadar rahat?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
1	2	3	4	5

31. Yaşadığınız evi ne kadar beğeniyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

32. Parasal sorunlarınız var mı?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

33. Para konusunda ne kadar endişelenirsiniz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

34. İyi bir sağlık bakımına ne kadar kolay ulaşabiliyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
1	2	3	4	5

35. Boş zamanlarınızdan ne kadar keyif alırsınız?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

36. Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
1	2	3	4	5

37. Yaşadığınız bölgedeki gürültü sizi ne kadar rahatsız ediyor?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

38. Ulaşım ile ilgili sorunlarınız ne ölçüdedir?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

39. Ulaşım ile ilgili sorunlar yaşantınızı ne kadar kısıtlıyor?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular geçtiğimiz iki hafta boyunca günlük yaşama ilişkin temizlik, giyinme, yeme gibi belli işleri başarma derecenizle ilgilidir. Bu işleri tam olarak yürüttüğünüz inancında iseniz "tamamen" başlığına ait olan 5' i daire içine alın, başaramadığınız inancındaysanız "hiç " başlığının yanındaki 1' rakamını daire içine alın. Seçiminiz 1 ile 5 arasındaki başlıklardan biri ise size uyan durumun yanındaki rakamı daire içine alın. Sorular geçtiğimiz iki haftayı kapsamaktadır.

40. Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

41. Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

42. Günlük uğraşlarınızı ne ölçüde yürütebiliyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

43. İlaçlara ne kadar bağımlısınız?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

44. İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabilir misiniz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

45. İhtiyaç duyduğunuzda arkadaşlarınızın desteğinin yanınızda olacağına ne kadar güvenebilirsiniz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

46. Evinizin nitelikleri gereksinimlerinize ne kadar uygundur?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

47. İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

48. Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

49. Gerekli saydığımız bilgi ve haberleri edinmeye ne ölçüde fırsatınız oluyor?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

50. Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

51. Ne ölçüde rahatlayıp keyif duyabiliyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
-----	--------	---------------	-------	---------

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

52. Yeterli ulaşım olanağına ne ölçüde sahipsiniz?

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Tamamen 5
----------	-------------	--------------------	------------	--------------

Aşağıdaki sorular sizin geçen hafta içinde sahip olduğunuz enerji, aile ortamınız gibi yaşamınızın çeşitli yönlerinden ne kadar doyum aldığınızı, kendinizi ne ölçüde iyi ve mutlu hissettiğinizi değerlendirmektedir. Her başlık için ne kadar doyum ya da doyumsuzluk hissettiğinize karar verin ve bu konuda size en uygun olanı seçiniz. Sorular geçtiğimiz iki haftayı kapsamaktadır.

53. Yaşam kalitenizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut ne değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
-----------------------	--------------------	-------------------------	--------------------	-----------------

54. Genel olarak yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut ne değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
-----------------------	--------------------	-------------------------	--------------------	-----------------

55. Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut ne değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
-----------------------	--------------------	-------------------------	--------------------	-----------------

56. Gücünüzden kuvvetinizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut ne değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
-----------------------	--------------------	-------------------------	--------------------	-----------------

57. Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut ne değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
-----------------------	--------------------	-------------------------	--------------------	-----------------

58. Yeni şeyler öğrenebilme yeteneğinizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut ne değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
-----------------------	--------------------	-------------------------	--------------------	-----------------

59. Karar verebilme yeteneğinizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut ne değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
-----------------------	--------------------	-------------------------	--------------------	-----------------

60. Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut ne değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
-----------------------	--------------------	-------------------------	--------------------	-----------------

61. Becerilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut ne	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
------------------	---------------	--------------	---------------	------------

1	2	değil 3	4	5
62. Dış görünüşünüzden ne kadar hoşnutsunuz?				
Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut ne değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
63. Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?				
Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut ne değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
64. Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?				
Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut ne değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
65. Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?				
Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut ne değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
66. Ailenizin desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?				
Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut ne değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
67. Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?				
Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut ne değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
68. Başkalarına yardım edebilme ve onlara destek olma becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?				
Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut ne değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
69. Can ve mal güvenliğinizden ne kadar hoşnutsunuz?				
Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut ne değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
70. Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?				
Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut ne değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
71. Parasal durumunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?				
Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut ne değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
72. Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?				
Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut ne değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5

- | | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | 3 | | |
|--|--|---|--|--|
73. Sosyal hizmet kurumlarından ne kadar hoşnutsunuz?
- | | | | | |
|-----------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|-----------------|
| Hiç hoşnut değil
1 | Çok az hoşnut
2 | Ne hoşnut ne değil
3 | Epeyce hoşnut
4 | Çok hoşnut
5 |
|-----------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|-----------------|
74. Yeni beceriler edinebilme fırsatlarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?
- | | | | | |
|-----------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|-----------------|
| Hiç hoşnut değil
1 | Çok az hoşnut
2 | Ne hoşnut ne değil
3 | Epeyce hoşnut
4 | Çok hoşnut
5 |
|-----------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|-----------------|
75. Haber alma ve yeni bilgiler öğrenme fırsatlarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?
- | | | | | |
|-----------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|-----------------|
| Hiç hoşnut değil
1 | Çok az hoşnut
2 | Ne hoşnut ne değil
3 | Epeyce hoşnut
4 | Çok hoşnut
5 |
|-----------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|-----------------|
76. Boş zamanlarınızı değerlendirme şeklinizden ne kadar hoşnutsunuz?
- | | | | | |
|-----------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|-----------------|
| Hiç hoşnut değil
1 | Çok az hoşnut
2 | Ne hoşnut ne değil
3 | Epeyce hoşnut
4 | Çok hoşnut
5 |
|-----------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|-----------------|
77. Fizik çevrenizden ne kadar hoşnutsunuz? (Çevre kirliliği, iklim, gürültü, çevrenin güzelliği,vb)
- | | | | | |
|-----------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|-----------------|
| Hiç hoşnut değil
1 | Çok az hoşnut
2 | Ne hoşnut ne değil
3 | Epeyce hoşnut
4 | Çok hoşnut
5 |
|-----------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|-----------------|
78. Yaşadığınız yerin ikliminden ne kadar hoşnutsunuz?
- | | | | | |
|-----------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|-----------------|
| Hiç hoşnut değil
1 | Çok az hoşnut
2 | Ne hoşnut ne değil
3 | Epeyce hoşnut
4 | Çok hoşnut
5 |
|-----------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|-----------------|
79. Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?
- | | | | | |
|-----------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|-----------------|
| Hiç hoşnut değil
1 | Çok az hoşnut
2 | Ne hoşnut ne değil
3 | Epeyce hoşnut
4 | Çok hoşnut
5 |
|-----------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|-----------------|
80. Ailenizdeki kişilerle ilişkilerinizden hoşnut musunuz?
- | | | | | |
|-----------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|-----------------|
| Hiç hoşnut değil
1 | Çok az hoşnut
2 | Ne hoşnut ne değil
3 | Epeyce hoşnut
4 | Çok hoşnut
5 |
|-----------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|-----------------|
81. Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?
- | | | | | |
|---------------|-----------------|---------------------|------------------|--------------|
| Çok kötü
1 | Biraz kötü
2 | Ne iyi ne kötü
3 | Oldukça iyi
4 | Çok iyi
5 |
|---------------|-----------------|---------------------|------------------|--------------|
82. Cinsel yaşamınızı nasıl değerlendirirsiniz?
- | | | | | |
|---------------|-----------------|---------------------|------------------|--------------|
| Çok kötü
1 | Biraz kötü
2 | Ne iyi ne kötü
3 | Oldukça iyi
4 | Çok iyi
5 |
|---------------|-----------------|---------------------|------------------|--------------|
83. Uykunuz iyi midir?
- | | | | | |
|---------------|-----------------|---------------------|------------------|--------------|
| Çok kötü
1 | Biraz kötü
2 | Ne iyi ne kötü
3 | Oldukça iyi
4 | Çok iyi
5 |
|---------------|-----------------|---------------------|------------------|--------------|
84. Belleğiniz (hafızanız) nasıldır?

Çok kötü 1	Biraz kötü 2	Ne iyi ne kötü 3	Oldukça iyi 4	Çok iyi 5
---------------	-----------------	---------------------	------------------	--------------

85. Erişebildiğiniz sosyal hizmetlerin kalitesini nasıl değerlendirirsiniz?

Çok kötü 1	Biraz kötü 2	Ne iyi ne kötü 3	Oldukça iyi 4	Çok iyi 5
---------------	-----------------	---------------------	------------------	--------------

Aşağıdaki sorular aileniz ve arkadaşlarınızla yaşadığınız olumsuz olayların sizi ne ölçüde olumsuz etkilediğini sormaktadır. Geçen iki hafta içinde bu çeşit olaylar yaşamadıysanız "hiç bir zaman" başlığına uyan rakamı, sürekli yaşadınız ise "her zaman" başlığına uyan rakamı daire içine alınız. Sorular son iki haftayı kapsamaktadır.

86. Ne sıklıkta ağrı çekersiniz?

Hiçbir zaman 1	Nadiren 2	Ara sıra 3	Çoğunlukla 4	Her zaman 5
-------------------	--------------	---------------	-----------------	----------------

87. Genelde kendinizi huzurlu hisseder misiniz?

Hiçbir zaman 1	Nadiren 2	Ara sıra 3	Çoğunlukla 4	Her zaman 5
-------------------	--------------	---------------	-----------------	----------------

88. Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?

Hiçbir zaman 1	Nadiren 2	Ara sıra 3	Çoğunlukla 4	Her zaman 5
-------------------	--------------	---------------	-----------------	----------------

Aşağıdaki sorular iş koşullarınız hakkındadır. İş deyince, zamanınızın ve enerjinizin önemli kısmını harcayarak yaptığınız en önemli etkinliği anlayınız (Kahveye gitme de olabilir-HF) . Gönüllü çalışmalar, tamgün işe gitme, ev işleri, çocuk bakımı, ücretli ya da ücretsiz işler burada değerlendirilir. Soruları geçen iki haftayı dikkate alarak yanıtlayınız.

89. İşinizi yapıyor musunuz?

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Tamamen 5
----------	-------------	--------------------	------------	--------------

90. Görevlerinizi yürütebildiğiniz kanısında mısınız?

Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Tamamen 5
----------	-------------	--------------------	------------	--------------

91. İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut ne değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
-----------------------	--------------------	-------------------------	--------------------	-----------------

92. İş görebilme becerinizi nasıl derecelendirirsiniz?

Çok kötü 1	Biraz kötü 2	Ne iyi ne kötü 3	Oldukça iyi 4	Çok iyi 5
---------------	-----------------	---------------------	------------------	--------------

Aşağıdaki beş soru geçen iki hafta içinde istediğiniz şeyleri (işleri) yapabilmek, ihtiyaçlarınızı karşılayabilmek üzere bedeninizi kullanabilme yetinizi yani ne ölçüde hareketli olduğunuzu değerlendirmektedir.

93. Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?

Çok kötü 1	Biraz kötü 2	Ne iyi ne kötü 3	Oldukça iyi 4	Çok iyi 5
---------------	-----------------	---------------------	------------------	--------------

94. Bedensel olarak hareketliliğinizdeki (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) güçlükler sizi ne kadar rahatsız eder?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

95. Bedensel olarak hareketlerinizdeki herhangi bir güçlük yaşamınızı ne ölçüde etkiler?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

96. Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut ne değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
1	2	3	4	5

Aşağıdaki dört soru sizin kişisel inançlarınız ve bunların yaşam kalitenizi nasıl etkilediği hakkındadır. Bu sorulara dinsel, mistik inançlar da dahildir. Yanıtlarınızı verirken geçen iki haftayı göz önünde bulundurunuz.

97. Kişisel inançlarınız yaşamınıza anlam katıyor mu?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

98. Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

99. Karşılaştığınız güçlüklerle başatmanızda kişisel inançlarınız size ne kadar güç veriyor ?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

100. Kişisel inançlarınız yaşamın zorluklarını anlamınıza ne kadar yardım ediyor?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

101. Başkalarına yardım etme ve onlara destek olma yükümlülükleriniz yaşamınızı ne ölçüde kısıtlıyor?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

102. Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrole ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

103. Kişisel inançlarınız nedeniyle kendinizi baskı altında hissediyor musunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

EK-10: ZARİT BAKIM VEREN YÜKÜ ÖLÇEĞİ

65

EK-2

BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE ÇEVİRİSİ

Açıklama: Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
2. Yakınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
3. Yakınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
7. Geleceğin yakınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
10. Yakınınzla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
11. Yakınızın nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

12. Yakınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
16. Yakınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
22. Yakınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?
0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Aşırı

EK: 11: ETİK KURUL ONAY FORMU



T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dışkapı Yıldırım Beyazıt
Eğitim ve Araştırma Hastanesi



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR TARİHİ: 06.01.2020
KARAR NO : 79/12

Hastanemiz Psikiyatri Kliniğinde Doç.Dr. Akfer KARAOĞLAN KAHİLOĞULLARI sorumluluğunda yapılması planlanan Dr. Meltem Derya ŞAHİN' e ait "Şizofreni ve Şizoafektif Bozukluk Tanılı Hastaların İyileşmeye Bakış Açılarının; Semptom Düzeyi, Sosyal Destek, İşlevsellik Düzeyi ,Yetiştirimi Derecesi, Karşılanmış-Karlanmamış İhtiyaçlar ile İlişkisinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışması amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Güleser SAYLAM
Başkan

Prof. Dr. S.İbrahim AKDAĞ
Başkan Yard.

Uz. Dr. S. DİNÇER YETİS

Prof. Dr. Fatih YAMAK ÇINKAYA
Üye

Doç. Dr. Hurive HANCI GÜVEN

Dr. Öğretim Üyesi Burcu KÜÇÜK BİÇER
Üye

Prof. Dr. Sibel ORSEL

Doç. Dr. Jülide ERGİL

Prof. Dr. E. Pelin KELİCEN UĞUR
Üye

Av. Harun KOZAN
Üye

B.M.M. BURCU DEMİR

Hülya RAI A