



T. C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFREN HASTALARIN ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEĞİN
İNCELENMESİ
(GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖRNEĞİ)**

Murat SOYSAL
YÜKSEK LİSANS TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Ahmet ÜNAL

GAZİANTEP
2017



T. C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFREN HASTALARIN ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEĞİN
İNCELENMESİ
(GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖRNEĞİ)**

Murat SOYSAL
YÜKSEK LİSANS TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Ahmet ÜNAL

GAZİANTEP
2017

T.C.

GAZIANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

ŞİZOFREN HASTALARIN ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEĞİN
İNCELENMESİ (GAZIANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖRNEĞİ)

MURAT SOYSAL

Tez Savunma Tarihi: 03.01.2017

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez çalışmasının bir "Yüksek Lisans" derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

Doç. Dr. Ahmet ÜNAL
Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımca okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir "Yüksek Lisans" tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Ahmet ÜNAL
Tez Danışmanı

Bu tez tarafımca okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir "Yüksek Lisans" tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

İmzası

Doç. Dr. Ahmet ÜNAL

Doç. Dr. Fatma Özlem ORHAN

Prof. Dr. Abdurrahman ALTINDAĞ

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

.../.../2017

Murat SOYSAL

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca engin bilgi ve deneyimlerinden sonsuz faydalandığım, tez sürecinin her aşamasında fikir, öneri ve değerli zamanını benimle paylaşan danışmanım, değerli hocam Doç. Dr. Ahmet ÜNAL'a sonsuz teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Abdurrahman ALTINDAĞ'a teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim boyunca yaşadığım sıkıntılı süreçlerde benden desteklerini esirgemeyen, sabır ve özveriyle bu süreci kolaylaştıran Yeşim DEMİRTAŞ, Gökhan POLAT ve tüm Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı çalışanlarına teşekkür ederim.

Çalışmanın veri analizi sürecinde bana destek olan Dr. Asiye ŞENGÜL AVŞAR'a teşekkür ederim.

Hayatımın hemen her sürecinde olduğu gibi bu süreçte de sıkıntı yaşadığım her an yanımda olan, bilgi ve desteklerini esirgemeyen sevgili dostlarım Ahmet DEMİR ve eşi Hülya DEMİR, Harun BAYHAN, Önder YALÇIN ve Ökkeş TEMÜROĞLU'na sonsuz teşekkür ederim. Ayrıca çalışmaya verdiği destekten ötürü Melis BOROVALI'ya çok teşekkür ederim.

Hayatımın her döneminde bana destek vermekten bir an olsun kaçınmayan, tüm sıkıntılara ortak olan, varlıklarını her an yanımda hissettiğim, zorlandığım zamanlarda beni cesaretlendiren canım aileme sonsuz teşekkür ederim.

Hayatımın en önemli adımlarını birlikte attığım, karşılaştığım her zorlukta olduğu gibi yüksek lisans sürecinde de desteğini bir an olsun eksik hissetmediğim, bu çalışmanın her aşamasında beni sürekli motive eden çok sevgili ve değerli nişanlım Nurgül CERTEL'e kalpten sonsuz teşekkürler.

Son olarak çalışmaya katılarak bu çalışmanın şekillenmesinde etkin rol oynayan değerli katılımcılara sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR	ii
KISALTMALAR.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	vi
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ ve AMAÇ	3
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Şizofreni.....	5
2.1.1. Tanım	5
2.1.2. Tarihçe	5
2.1.3. Epidemiyoloji.....	8
2.1.4. Etiyoloji.....	12
2.1.4.1. Genetik etkenler	12
2.1.4.1.1. Aile araştırmaları.....	12
2.1.4.1.2. İkiz araştırmaları	12
2.1.4.1.3. Evlat edinme alışmaları	13
2.1.4.1.4. Moleküler genetik araştırmaları	14
2.1.4.2. Biyokimyasal araştırmalar	14
2.1.4.2.1. Dopamin.....	14
2.1.4.2.2. Serotonin	15
2.1.4.2.3. Glutamat.....	15
2.1.4.2.4. GABA (Gamma-aminobütirik asit).....	15
2.1.4.2.5. Norepinefrin	16
2.1.4.3. Beyin görüntüleme alışmaları.....	16
2.1.4.4. Psikososyal etkenler	16
2.1.5. Tanı	17
2.1.5.1. DSM-V tanı ölçütleri.....	18
2.1.5.2. ICD-10 tanı ölçütleri	19
2.1.6. Belirti	20
2.1.7. Gidiş ve sonlanış	20
2.1.8. Tedavi.....	21
2.2. Sosyal Destek Sosyal Ağ ve Algılanan Sosyal Destek	22

2.3. Şizofrenide Sosyal Destek.....	25
3. GEREÇ ve YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih	28
3.2. Araştırmanın Tipi.....	28
3.3. Evren ve Örneklem	28
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	28
3.5. Verilerin Toplanması	29
3.6. Veri Toplama Araçları	29
3.6.1. Sosyodemografik veri formu.....	29
3.6.2. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği	29
3.7. Verilerin Analizi	30
3.8. Etik İlkeler.....	31
3.9. Sınırlılıklar	32
4. BULGULAR.....	33
5. TARTIŞMA.....	48
5.1. Şizofren Hastaların Cinsiyete Göre Algıladıkları Sosyal Desteğin Tartışılması.....	48
5.2. Şizofren Hastaların Çalışma Durumuna Göre Algıladıkları Sosyal Desteğin Tartışılması	49
5.3. Şizofren Hastaların İntihar Girişiminde Bulunup Bulunmama Durumlarına Göre Algıladıkları Sosyal Desteğin Tartışılması	50
5.4. Şizofren Hastaların Gelir Düzeyine Göre Algıladıkları Sosyal Desteğin Tartışılması	51
5.5. Şizofren Hastaların Eğitim Durumuna Göre Algıladıkları Sosyal Desteğin Tartışılması	53
5.6. Şizofren Hastaların Medeni Durumuna Göre Algıladıkları Sosyal Desteğin Tartışılması	54
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	57
6.1. Sonuç.....	57
6.2. Öneriler	58
KAYNAKLAR	60
EKLER	70
Ek-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	70
Ek-2: Sosyodemografik Veri Formu	73
Ek-3: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	75
Ek-4: Etik Kurul Onayı.....	77
Ek-5: Etik Kurul Çalışma Adı Değişikliği Onayı	79
ÖZGEÇMİŞ.....	81

KISALTMALAR

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

GABA: Gamma-aminobütirik asit

ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

NIMH: The National Institute of Mental Health

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

WHO: World Health Organization

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1. Şizofreni Akrabalarında Şizofreni Olma Riski.....	13
Tablo 2. Şizofrenide İyi ve Kötü Prognoz Göstergeleri	21
Tablo 3. Katılımcıların İntihar Girişiminde Bulunup Bulunmama Durumları.....	33
Tablo 4. Katılımcıların Demografik Özellikleri	34
Tablo 5. Katılımcıların Meslekleri.....	37
Tablo 6. Katılımcıların Askerlik Durumları	37
Tablo 7. İntihar Girişimi Sayısı	38
Tablo 8. İntihar Yöntemleri	38
Tablo 9. Şizofren Hastaların Cinsiyete Göre Algıladıkları Sosyal Desteğe İlişkin T Testi Sonuçları	39
Tablo 10. Şizofren Hastaların Çalışma Durumuna Göre Algıladıkları Sosyal Desteğe İlişkin T Testi Sonuçları	40
Tablo 11. Şizofren Hastaların İntihar Girişiminde Bulunup Bulunmama Durumuna Göre Algıladıkları Sosyal Desteğe İlişkin T Testi Sonuçları	41
Tablo 12. Gelir Düzeyine Göre Şizofren Hastaların ÇBASDÖ Puanlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	42
Tablo 13. Şizofren Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyinin Gelir Düzeyine Göre ANOVA Sonuçları.....	43
Tablo 14. Eğitim Durumuna Göre Şizofren Hastaların ÇBASDÖ Puanlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	44
Tablo 15. Şizofren Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre ANOVA Sonuçları.....	45
Tablo 16. Medeni Duruma Göre Şizofren Hastaların ÇBASDÖ Puanlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	46
Tablo 17. Şizofren Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyinin Medeni Duruma Göre ANOVA Sonuçları.....	46

ÖZET

ŞİZOFREN HASTALARIN ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEĞİN İNCELENMESİ (GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖRNEĞİ)

Murat SOYSAL

Yüksek Lisans Tezi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ahmet ÜNAL

Ocak 2017, 81 sayfa

Şizofreni, dünya genelinde nüfusun yaklaşık % 1'ini etkileyen ağır bir ruhsal bozukluktur. Şizofreninin negatif semptomlarını önlemede sosyal destek etkin bir role sahiptir. Bu çalışmada şizofren hastaların algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu durumu inceleyebilmek için katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği uygulanmıştır. Çalışma, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Psikotik Bozukluklar Birimi'ne 16.02.2016-12.04.2016 tarihleri arasında başvuran, şizofreni tanısı almış, araştırmaya dahil edilme ve araştırmadan dışlanma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 60 hasta ile tarama modeli kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonucunda şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek; cinsiyete, intihar girişiminde bulunup bulunmama durumuna, eğitim durumuna ve medeni duruma göre tüm alt boyutlarda ve ölçeğin tamamında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemiştir. Gelir düzeyi ve çalışma durumuna göre ise şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek, arkadaş desteği alt boyutunda ve ölçeğin tamamında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. Çalışmanın önemli bir kısmında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmaması, değişkenler ve algılanan sosyal destek arasında ilişki bulunmadığı anlamına gelmemelidir. İstatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermeyen bulgularda, puanlar bazında değişkenlerin az da olsa algılanan sosyal desteği etkilediği söylenebilir.

Anahtar sözcükler: Algılanan sosyal destek, Anlamlı farklılık, İntihar, Sosyal destek, Şizofreni

ABSTRACT

ANALYSIS ON PERCEIVED SOCIAL SUPPORT OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA (CASE OF GAZIANTEP UNIVERSITY FACULTY OF MEDICINE)

Murat SOYSAL

Master's Thesis, Department of Psychiatry

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Ahmet ÜNAL

January 2017, 81 pages

Schizophrenia, is a severe mental disorder that affects approximately 1% of the world population. Social support has a critical place in preventing the negative symptoms of schizophrenia. The aim of this study has been to analyse perceived social support of patients with schizophrenia. To be able to study this topic, a Sociodemographic Data Form, and a Multidimensional Scale of Perceived Social Support has been used for the participants. This study included participants from the Gaziantep University Sahinbey Research and Application Hospital, Department of Psychiatry, Psychotic Disorders Unit. These participants had used the Psychotic Disorders Unit between the dates of 16.02.2016-12.04.2016 and had been diagnosed as schizophrenic, filled the criteria to be included in the research, and gave their approval to be included in this study. A total of 60 participants were included in the study using a survey method. As a result of the study it was seen that there was not a significant difference between the perceived social support of patients with schizophrenia and; gender, likelihood of committing suicide, educational status and marital status. However, a significant difference was seen between the perceived social support of patients with schizophrenia and; economical status and occupational status regarding the friend category and measure. Even though a very significant difference between these components and the perceived social support of patients was not detected throughout the study, this should not be perceived that there is not a relationship between perceived social support and these components. In the results where there was no statistical significance, still may be said that there is some affect of these components on the perceived social support.

Key words: Perceived social support, Schizophrenia, Significant difference, Social support, Suicide

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Şizofreni dünya genelinde nüfusun yaklaşık % 1'ini etkileyen ağır bir ruhsal bozukluktur (1). Hastalığın karakteristik belirtileri bilişsel, davranışsal ve duygusal işlev bozukluklarıdır (2). Semptomların görünümü kişiden kişiye ve zaman içerisinde değişiklik gösterebilir ancak hastalığın kümülatif etkisi sıklıkla ağır ve kalıcıdır (3). Şizofreni hemen her toplumda en sık görülen ruhsal bozukluklardandır. Sıklık üzerine yapılan araştırma sonuçlarının birçoğu şizofreninin toplumlarda binde 0.4-0.7 arasında görüldüğünü işaret etmektedir. 15 yaşın üzerinde nüfus için sıklık binde 0.30-1.20 arasında bildirilmiştir (4).

Şizofreni genellikle süreğen seyreden, yeti kaybı ve psikososyal işlevselliğin bozulmasına neden olan bir hastalıktır. Şizofreni tedavisinde belirtilerin azaltılması ya da ortadan kaldırılması ile psikososyal işlevselliğin ve yaşam kalitesinin maksimum derecede artırılması ana hedeflerdendir (5). Şizofren hastaların tedavileri sürecinde karşılaştıkları önemli sorunlardan biri tedavi uyumudur. Bireyin tedaviye uyumu ile işlevselliği ve hastalığın gidişatı arasında doğrusal yönde bir ilişki olduğu söylenebilir (5). Şizofreni tedavisinde tedavinin bel kemiği antipsikotik ilaçlardır (10). Bununla birlikte; psikososyal tedavilerle sağlanan rahatsızlığa ilişkin bilginin, sorun çözmenin, iletişim becerilerinin ve tedaviye uyumun artması gibi sonuçlar sadece ilaç tedavisiyle sağlanamamaktadır (11). Bu bağlamda, ilaç tedavisi yanında psikososyal beceri eğitimlerinin hastalığın seyri üzerinde etkin rol oynadığı söylenebilir. Ancak hastalığın bilişsel, davranışsal ve duygusal işlev bozukluklarına neden olması, hastaların ilaç kullanımında ve psikososyal beceri eğitimi gibi konularda (ilaç takibi, eğitimlerde aktif rol vb.) ailesi ve arkadaşları gibi sosyal desteklere ihtiyaç duymasına neden olabilir. Bu bağlamda algılanan sosyal desteğin şizofren hastaların tedavi seyri üzerinde etkili olduğu öngörülmektedir.

Sosyal destek, kişinin iyilik haline katkı sağlayan aile, arkadaşlar gibi kaynaklar olarak tanımlanmaktadır (8). Algılanan sosyal destek ise; yaşamın stresli dönemlerinde birey

ihtiyaç duyduğunda yanında her zaman yardıma hazır ve ona değer veren birilerinin olmasının, birey tarafından kendi yararına bir destek olarak yorumlanmasıdır (9).

Bu çalışmada, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Psikiyatrik Bozukluklar Birimi'ne ayakta ya da yatarak tedavi için başvuran şizofreni hastalarının algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi amaçlanmıştır. Belirlenen genel amaç doğrultusunda aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranmıştır.

Şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek;

- cinsiyete,
- çalışma durumuna,
- intihar girişiminde bulunup bulunmama durumuna,
- gelir düzeyine,
- eğitim durumuna ve
- medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte midir?

Yapılan literatür taramasında şizofren hastaların algıladıkları sosyal destekle bu değişkenleri ilişkilendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

2.1.1. Tanım

Geçen yüzyıldan beri ruh hekimliğini en çok uğraştıran ancak bugün bile çeşitli yönleri tam açıklanmamış bir ruhsal bozukluk olan şizofreni, genellikle genç yaşlarda başlayan, kişinin alışlagelmiş algılama ve yorumlama biçimlerine yabancılaşarak kendine özgü bir içe kapanım dünyasında yaşadığı duygu, düşünce ve davranışlarda önemli bozukluklarla giden bir psikozdur (12, 13). Bireylerde duygu, düşünce, bellek, hareket, davranış, kişiler arası ilişkiler, işlevsellik ve gerçeği değerlendirme yetisini bozan ve gerçeklerden uzaklaşarak içe çekilme yaşadığı, önemli oranda ruhsal ve toplumsal yeti yitimine yol açan bir hastalık olarak kendisini göstermektedir (14).

2.1.2. Tarihçe

Binyıllardır eski Mısır'da, Hint kültüründe, Çin'de ve antik Yunan'da bazı yazılı metinlerde şizofreni olarak nitelendirilebilecek örneklere rastlanmıştır (15).

Şizofreni izlerine ilk olarak M.Ö. 2000 yıllarında eski Mısır'a ait yazılı metinlerde rastlandığı söylenebilir. Ebers Papirüsü bölümlerinden olan "Book of Hearts" da şizofreni olarak nitelendirilebilecek depresyon, demans gibi düşünsel bozukluklardan söz edilmiştir (16).

Yine, Hinduizmin kutsal metinleri olarak bilinen dört Vedadan biri olan Artharva Veda'da M.Ö. 1400'lerde şizofreni olarak nitelendirilebilecek örneklerden bahsedilmiştir (16).

M.Ö. 1000 yılı dolaylarında yazıldığı sanılan "The Yellow Emperor's Classic of Internal Medicine" isimli bir Çin metninde akıl hastalığı, bunama ve inmenin belirtileri tanımlanmıştır (16).

M.Ö. 400'lü yıllara gelindiğinde ise Hipokrat ilk kez, akıl hastalıklarının vücut sıvılarındaki dengesizlik nedeniyle ortaya çıktığı tezini öne sürmüştür (17) Zihin yozlaşmasıyla sonuçlanan dağınık ya da heyecanlı düşünce şekilleri gösteren durumlar için “paranoia” terimini kullanan Hipokrat sonrasında, eski Yunan hekimler de şizofreni benzeri ruhsal hastalıklar tanımlamışlardır (18).

Orta çağların skolâstik anlayışı içerisinde, akıl hastası olarak nitelendirilen insanlar şeytan girmiş varlıklar olarak değerlendirilip toplum dışına itilmiş, diri diri yakılmış, zincirlere vurulmuş ve her türlü işkencelere maruz kalmışlardır (19). Orta çağ Avrupa'sında şeytana tutulduğu düşünülen bu hastaların önemli çoğunluğunun şizofreni hastası olduğu düşünülmektedir (20).

17. yüzyılda Thomas Willis'in “çocukluklarında parlak bir zekâ ve berrak bir zihin gösteren bazı gençlerin, ergenliklerinde sarsaklık ve duygusal küntlük içine girdiklerini” tanımladığı yazısı, şizofreninin bu yüzyılda az çok tanındığına ilişkin yazılar olduğunu düşündürebilir (7).

18. yüzyılın başlarında İngiltere'de John Haslam ve George Man'ın, gençlik çağında başlayan içe kapanma, düşünce bozukluğu ile belirli olarak tanımladıkları ve bir ad veremedikleri endojen bozukluğun şizofreni olduğu düşünülmüştür (12).

19. yüzyılda Pinel tarafından yapılan “düşünce yeteneği ortadan kalkan ya da bozulan hastalar” tanımlaması modern şizofreni ölçütlerini karşılayacak birçok hastadan söz eden tanımlama olarak dikkat çekmektedir (7).

Şimdilerde şizofreni olarak tanınan hastalığın ana hatlarıyla tanımlanmaya başlanması 19. yüzyılın ikinci yarısına rastlamaktadır. Bu dönemde Bénédict Morel “démence précoce” (erken bunama) terimini ilk kez kullanmıştır (12). Ergenlik döneminde başlayan ve bilişsel yıkım ile seyreden hastalık için démence précoce terimi ilk kez 1860 yılında kullanılmıştır (21).

Hecker, 1871 yılında mantıklı düşüncenin olmadığı, uygunsuz ve regresif davranışlarla giden “hebefreni” tanımlamasını kullanırken; Kahlbaum 1874 yılında katatonik semptomları tanımlamıştır (12, 22). Karl Ludwig Kahlbaum, negativizm, edilgenlik, verbigerasyon, stupor gibi belirtiler gösteren, katı postür ve mutizm ile karakterize durumlardan bahsederek bu tabloları “katatoni” olarak adlandırmıştır (18).

19. yüzyıl Avrupa'sının en dikkate değer psikiyatristlerinden olan Emil Kraepelin ve Eugen Bleuler, modern şizofreni tanımının geliştirilmesinde çok önemli rol oynamışlardır (15). 19. yüzyılın sonlarına kadar paranoid durumlar, katatoni, hebefreni ve démence précoce gibi birbirinden farklı akıl hastalıkları olarak düşünülmekte iken ilk olarak Emil Kraepelin, erken başlangıç yaşı ve bunama ile sonuçlanma gibi ortak özelliklere sahip olmalarını dikkate alarak gerçekte bunların tek bir hastalığın farklı klinik görünümleri olduğunu ifade etmiş ve bu tabloları “dementia praecox” adı altında toplamıştır (18). 1911’de yayınladığı “Dementia Praecox veya Şizofreniler Grubu” adlı kitabı ile yeni bir çığır açmış olan İsviçreli Eugen Bleuler, Kraepelin’in bahsettiği gibi hastalığın erken yaşlarda başlamasının ve bunama ile sonuçlanmasının zorunlu olmadığını göstermiştir (12). Eugen Bleuler “dementia praecox” yerine akıl yarılması (schisis: yarıma, phrenia: akıl, us) anlamına gelen “şizofreni” terimini kullanarak literatüre kazandırmıştır (23).

Bleuler tüm şizofreni hastalarında dört temel belirtinin olduğunu öne sürmüştür. Tarihsel olarak bu belirtiler 4A belirtisi olarak tanımlanmıştır:

- Autism (Otizm): Gerçeklikten çekilme ve fantastik bir dünyada yaşama eğilimi
- Ambivalence (Ambivalans): Birbirine zıt duygu, düşüncelerin ve eğilimlerin olması
- Affective Disorders (Affektif Bozukluklar): Duyguların uygunsuzluğu, küntlüğü
- Association (Asosiyasyon Bozuklukları): Düşünce ve çağrışımlarda çözülme

Bleuler’e göre, 4A belirtileri olarak adlandırılan bu belirtiler birincil belirtiler, varsanılar, sanrılar, negativizm gibi belirtiler ise ikincil belirtiler olarak tanımlanmıştır (24).

Şizofreniyle ilgili diğer bazı önemli görüşler ise şu şekildedir:

Adolph Meyer’e göre hayatın sorunları ve güçlükleriyle baş edemeyen ve yineleyen başarısızlıklara uğrayan birey, yerine koyucu (substitutive) tepkiler gösterme eğilimine giriyordu. Bu yeni alışkanlıklar önceleri “geçici ve zararsız sapmalar” olarak gözükmürken giderek bozukluk belirtilerine dönüşüyordu. Meyer, psikolojik etmenlerden olduğu kadar biyolojik etmenlerden de kaynaklanan süreçlerin zamana yayılmış etkileşiminin bozukluğun en önemli nedeni olduğunu düşünüyordu (25).

Psikiyatri tarihindeki önemli isimlerden biri olan psikodinamik yaklaşımın kurucusu Sigmund Freud, 1914 yılında libido kuramını şizofreninin açıklanmasına uyguladı. Böylece Kraepelin, Meyer ve Bleuler'in tersine şizofreninin temel özelliğinin kişinin çevresindeki diğer insanlarla ve diğer nesnelere ilişkilerindeki değişiklik olduğunu vurguladı. Şizofrenideki geri çekilmenin libidinal yatırımın geri çekilmesi olduğunu öne sürdü. Bu olayı decathexis olarak adlandırdı ve bunun nevrozlarda, bastırmanın (repression) oynadığına benzer bir rolü olduğunu belirtti (25).

Harry Stack Sullivan, Şizofreni için psikolojik bir açıklama temeli getirme yönünde en değerli katkıları gerçekleştiren klinisyendir. Freud'dan farklı olarak şizofrenik hastanın çevresiyle ilişkisinin bozulmasını libidinal enerjinin geri çekilmesi yerine kişilerarası ilişkilerden köken alan güçlüklerle bağladı. Şizofrenideki kişilerarası kötü ilişkilerin özellikle ebeveyn-çocuk ilişkisinin bir sonucu olduğunu öne sürdü. Şizofreninin psikoterapi yaklaşımıyla tedavi edilebileceğini düşünerek psikiyatri uzmanının sadece bir gözlemci olmadığını, terapi durumunun kişilerarası bir ilişki olduğunu savundu (25).

20. yüzyılın ortalarına doğru Kurt Schneider kişinin iç yaşantısını tanımlamaya çalışan varoluşsal bir yaklaşımla kendilik ve dış dünya arasındaki bariyerin bozulmasıyla oluşan 11 tane birinci sıra belirti tanımlamıştır (22): kendi düşüncelerinin yüksek sesle söylendiğini işitme, kendisine emir veren, yönlendiren seslerin işitilmesi, kendisiyle kavga eden tartışan seslerin işitilmesi, düşünce çalınması, düşünce yayınlanması, düşünce sokulması, algı bozuklukları, duygu, düşünce ve davranışta kontrol edilme ve etkilenme hezeyanları bu semptomlardandır (24). Bu semptomların oldukça özgün olduğu ve tanı koymaya yeterli olabileceği düşüncesi belli bir süre psikiyatri dünyasında önemli bir yere sahip olmuştur (22). Öyle ki; 2013'te yayınlanan DSM-V'te şizofreni tanısındaki önemli yerini kaybedene kadar DSM'lere de kaynak teşkil etmiştir (23).

2.1.3. Epidemiyoloji

Şizofreninin toplumlarda ne oranda görüldüğü konusunda yapılan çalışmalarda birbirinden farklı sonuçlara ulaşılmaktadır (26). Bunun sebepleri arasında;

- Şizofren hastaların önemli bir bölümünün aşırı bir durum olmadıkça hastaneye gitmemesi,
- Hastalığın tanı ölçütlerinin somut olmayan kavramlar içermesi,

- Tanı ölçütlerinin ülkeler bazında farklılık göstermesi,
- Araştırma yöntemlerinin farklı olması (örn; kimi araştırmalar yatan hastalar üzerine, kimileri geniş nüfus kitleleri ile yapılmıştır),
- Şizofreni sağaltım yöntemleri zamanla farklılık göstermiştir. Önceleri uzun süren hastane sağaltımı zorunlu görülürken, günümüzde çok daha esnek durumlar gelişmekte, yalnız akut vakalar için hastanede sağaltım önerilmesi gösterilebilir (12).

Şizofreni prevalansı, o toplumda belirli bir zaman ya da belirlenmiş bir zaman aralığında izlenen ve şizofrenisi olan tüm hastalıklı olguların toplam sayısı olup, her bin kişide bir aktif hasta olarak tanımlanır (7). Epidemiyolojik çalışmalar dünya genelinde şizofreni prevalansının yaklaşık % 1 olduğunu işaret etmektedir (27). Dünya üzerinde yaklaşık 24 milyon kişinin bu hastalıktan muzdarip olduğu ve her yıl 2 milyon yeni vakanın ortaya çıktığı tahmin edilmektedir (28, 30).

Yaygınlık oranları ülkeden ülkeye ve araştırmadan araştırmaya farklılık gösterebilmektedir (12). Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşam boyu şizofreni prevalansı % 1-1.5 arasında bildirilmiştir. Bu oran Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü'nün (NIMH) desteği ile yapılan Epidemiyolojik Alan Tarama Çalışması'nda bildirilen % 1.3'lük yaşam boyu prevalans ile uyumludur (29). Amerika Birleşik Devletleri'ndeki çalışmanın aksine yaşam boyu yaygınlık oranları; Amish topluluğunda % 0.3, İrlanda'da ortalama % 3.3, Finlandiya'da % 13 ve İsveç'te % 17 olarak bilinmektedir (12). Hastalığın nokta yaygınlığının % 0.6 ile % 7.1 arasında olduğu tahmin edilmektedir (26). Hastalığın epidemiyolojisi ile ilgili ülkemizde çok fazla çalışma olmadığı düşünülmeyle beraber Sivas'ta yapılan epidemiyolojik bir çalışmaya göre ülkemizdeki yaşam boyu yaygınlık oranının % 0.5 olduğu ve insidansın ülkemiz dışındaki oranlara paralel seyrettiği belirtilmiştir (30). Dünya Sağlık Örgütü, hastalığın Asya ve Avrupa'daki sıklık oranını ise % 0.85 olarak bildirmiştir (12).

Araştırmalarda, ebeveynlerinden birisi şizofren olan çocuklarda hastalık riskinin % 12.5-13.8, iki ebeveynin şizofren olduğu durumlarda ise bu oranın ortalama % 40 dolaylarında olduğu bildirilmiştir (33). Ayrıca bu oranın, ikiz olmayan kardeşte % 8, çift yumurta ikizlerinde % 12 ve tek yumurta ikizlerinde ise % 47 dolaylarında olduğu belirtilmiştir (3).

Yapılan araştırmalarda şizofreni hastalığının genellikle 15-45 yaş arasında ortaya çıktığı bildirilmiştir (31). Hastalığın kadın ve erkeklerde görülme oranı benzerdir. Bununla birlikte hastalığın başlangıç yaşı ve seyri konusunda farklılıklar göstermektedir (29). Erkeklerde kadınlara göre daha erken yaşlarda başladığı bilinen hastalığın en sık ortaya çıktığı yaş döneminin erkeklerde 15-25, kadınlarda ise 25-35 yaşları olduğu araştırmalarda yaygın olarak kabul görmektedir (26). Bazı alışmalar, şizofreninin negatif semptomlarından erkeklerin kadınlara görece daha fazla etkilendiğini (daha fazla yıkıma uğradığını), kadınların sosyal işlevlerinin erkeklere göre daha iyi olduğunu işaret etmektedir. Bu sebeple kadın şizofren hastaların hastalık seyrinin erkek hastalardan daha iyi olduğu söylenebilir (29). Başlangıç yaşı olarak 20 ila 30 yaşların kabul ediliyor olması erken ya da geç başlangıçlı vakalar olmadığı anlamına gelmemelidir. Öyle ki; hastalığın 8 yaşındaki bir çocukta da 70-80 yaşlarındaki bir erişkinde de görülebileceği bildirilmiştir (32).

şizofreni üzerine yapılan çalışmalarda önemli bir tespit de sonradan şizofren olan bireylerin genellikle kiş aylarında ve ilkbaharın başlarında, nadiren ise ilkbaharın sonunda ve yaz aylarında doğduklarını işaret etmektedir. Bu hastalar kuzey yarım kürede Ocak-Nisan aylarında doğarken güney yarım kürede Temmuz-Eylül ayları arasında doğdukları tespit edilmiştir (29). Bazı araştırmacılar tarafından bu duruma viral enfeksiyonların ve yılın bu dönemine özgü beslenme tarzının neden olduğu düşünülürken, başka bir görüş ise şizofreniye genetik yatkınlığı olan kişilerin kiş mevsiminin sebep olduğu olumsuzluklara karşı biyolojik olarak daha avantajlı oldukları düşüncesidir (26). Mevsimlerle ilgili başka bir görüş ise nonparanoid kadınlar ve paranoid erkekler ile dezorganize şizofrenlerin kiş aylarında doğmasının daha olası bir durum olduğu yönündedir. Dahası, kiş doğumlarının yalnızca ailesinde şizofreni öyküsü olmayanlarda görüldüğü ileri srlmştir (32).

şizofreni prevalansı sosyoekonomik düzeyi yüksek olanlarda % 0.5 olarak görülürken, bu oranın düşük sosyoekonomik düzeye sahip olanlarda % 2.5'e yükseldiği grlmştir (32). şizofreninin toplumlarda alt sınıflarda daha fazla görülme durumu iki farklı yaklaşımla açıklanmaya çalışılmıştır:

- Alt sınıfın enfeksiyonlar, stresle mücadelede toplumsal desteğin düşük olması ve doğum öncesi bakımın yetersizliği gibi sebeplerle hastalığa yatkın hale geldiği görüşü,

- Genetik olarak şizofreni yatkınlığı bulunan ailelerde (bu hastaların çalışamaması, aile ekonomisine destek verememesi, aksine aileye maddi-manevi bağımlı olması gibi nedenlerle) kuşaklar boyunca alt sınıfa doğru bir hareketin söz konusu olduğu yönünde başka bir yaklaşım mevcuttur (26).

Araştırmalarda hastalığın görülme sıklığının evlilerde, bekâr ve boşanmış olanlara oranla daha düşük olduğu belirtilmiştir (19). Şizofreni prevalansı evlilerde % 1, dul olanlarda % 0.7 ve bekârlarda ise % 2.9 olarak bildirilmektedir (32). Başka bir çalışmada ise evli olmayanların, evli olanlara oranının 2.6 ile 7.6 arasında olduğu belirtilmiştir (7). Araştırmacıların bu duruma yaklaşımları şu şekildedir:

- Evliliğin hastalığa karşı koruyucu bir unsur olduğu (19),
- Yalnız yaşamamanın şizofreni yatkınlığını artırıyor olabileceği,
- Bireylerin hastalıktan dolayı aile kurmakta zorlandığı ve
- Hastalığın boşanmalara neden olduğu (26).

İntihar, şizofren hastaların beklenmedik ölüm nedenleri arasında önemli bir konumdadır (34). Epidemiyolojik çalışmalar, şizofren hastalardaki intihar davranışının genel nüfustakinden daha sık olduğunu ortaya koymaktadır (35). Dünya genelinde bir yıllık intihar oranı ‰ 0.12 olarak bildirilirken, 2014 yılında farklı ülkelerden katılımcıların olduğu bir çalışmada şizofren hastalarda bu oranın ‰ 2,4 olduğu rapor edilmiştir (36). Başka bir deyişle bu çalışmada şizofren hastaların intihar oranı genel popülasyondan 20 kat daha fazladır. Şizofren hastaların yaşamları boyunca intihar girişiminde bulunma oranı ‰ 20-50 arasında değişirken, hastaların ‰ 9 ila 13'ünün intihar sonucu yaşamlarını kaybettiği bildirilmiştir (37). Geçmiş çalışmalar çeşitli klinik ve demografik özelliklerin intihar riskini artırabildiğini ileri sürmektedir. Birçok çalışma, erkek cinsiyet, genç yaş ve eğitim düzeyinin yüksek olmasının şizofren hastalarda intihar girişimi riskini artırdığını ortaya koymuştur (38). İntihar riski, hastalık tanısını takip eden yıllarda hassasiyet gösterirken, sonraları bu risk gittikçe düşmektedir. Hastalığın başlangıcı ile intihar arasındaki süre erkeklerde 6 yıl, kadınlarda ise 5 yıl olarak bildirilmiştir. Fakat bazı çalışmalar ise intiharın, hastalığın herhangi bir döneminde meydana gelebileceğini ileri sürmektedir (39).

2.1.4. Etiyoloji

Yüz yılı aşan bir zaman diliminde pek çok araştırmaya konu olan şizofreni etiyojisi henüz kesin olarak belirlenememiştir. Genellikle organik ve psikososyal olarak iki ana grupta toplanan hastalığın oluş nedenlerine ek olarak son yıllarda giderek artan bir yaygınlıkla “beynin gelişimsel bir bozukluğu olduğu” yönünde bir görüş de kabul görmeye, hatta kesinlik kazanmaya başlamıştır (12). Genel bir ifadeyle belirtmek gerekirse, sıklıkla kabul gören görüş, şizofreni oluşumunda birden çok nedenin aynı anda olabileceği yönündedir (26).

2.1.4.1. Genetik etkenler

Genetik yatkınlık, şizofrenide en önemli risk faktörlerinden biridir (26). Öyle ki; şizofren hastaların ailelerinde bu hastalığın görülme sıklığının genel nüfustan belirgin düzeyde yüksek seyrettiği bilinmektedir (24). Bu konudaki çalışmaları aile, ikiz, evlat edinme ve moleküler genetik araştırmaları olmak üzere dört ana başlıkta inceleyeceğiz (26):

2.1.4.1.1. Aile araştırmaları

Geçmiş çalışmalar şizofren hastaların birinci derece akrabalarında şizofreni oranının genel popülasyona göre 5-10 kat daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır (26). Araştırmalar ebeveynlerinden biri hasta olan çocuklarda hasta olma ihtimalinin % 12.5-13.8 olduğunu, her iki ebeveyn şizofren ise bu oranın % 35-46'lara çıktığını göstermektedir. Anne-baba sağlam fakat çocuklardan biri şizofren ise diğer kardeşlerde hastalık riski % 6.7-8.2 olarak bulunmuştur. Akrabalık uzaklaştıkça hastalık riskinin düşme eğilimine girdiği bildirilmiştir (12).

2.1.4.1.2. İkiz araştırmaları

Araştırmalar tek yumurta ikizlerinin genlerinin %100, çift yumurta ikizlerinin ise % 50 aynı olduğunu bildirmiştir (32). Bu alanda ilk çalışmayı yapmasıyla bilinen Franz Kallman'ın bulguları şöyledir: Şizofreninin genel nüfusta görülme olasılığı ‰ 0.85, üvey kardeşlerdeki konkordansı % 1.8, öz kardeşler ve çift yumurta ikizlerinde % 14, tek yumurta ikizlerinde ise % 86 olarak bulunmuştur (12). Kalıtımın önemini gösteren bir başka çalışmada ise 12 çift tek yumurta ikizinin hastalanma oranları % 58 olarak

bulunmuştur (22). İskandinav araştırmacılar tarafından yapılan başka bir çalışmada ise ayrılan ikizlerden birisi şizofreniye yakalanırsa diğerinin de hayatının herhangi bir döneminde hastalığa yakalanma oranını % 35 olarak bildirmişlerdir (41).

Tablo 1. Şizofreni Akrabalarında Şizofreni Olma Riski (40)

Akrabalık Derecesi	Risk (%)
Anne-baba	4.4
Kardeşler	8.5
Ebeveynlerin sağlıklı olduğu durum	8.2
Ebeveynlerden birinin hasta olduğu durum	13.8
Çift yumurta ikizi (aynı cinsiyet)	12.0
Çift yumurta ikizi (karşı cinsiyetler)	5.6
Tek yumurta ikizi	57.7
Çocuklar	12.3
Anne ve babanın her ikisi de şizofren	36.6
Amca, dayı, teyze, hala	2.0
Yeğenler	2.2
Torun	2.8
Üvey kardeş (anne ya da baba bir)	3.2
Kuzenler	2.9
Genel popülasyon	0.86

2.1.4.1.3. Evlat edinme çalışmaları

Bu çalışmaların büyük bölümü toplum kayıtlarının düzenli tutulduğu İskandinav ülkelerinde yapılmıştır. Bu çalışmalar iki şekilde yapılmıştır:

- İlk modele göre şizofren bireylerin evlat edinilmiş çocuklarıyla, sağlıklı bireylerin evlat edinilmiş çocukları karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada şizofren tanısı bulunan ailelerin evlatlık verilen çocuklarında şizofreni sıklığının, sağlıklı ailelerin evlatlık verilen çocuklarına oranla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

- Diğer modele göre ise şizofren olan evlatlıkların biyolojik akrabalarındaki şizofreni oranı, sağlıklı evlatlıkların biyolojik akrabalarıyla karşılaştırılmıştır. Sonuçta, şizofren olan evlatlıkların biyolojik akrabalarındaki oran, sağlıklı olanların akrabalarına göre yüksek bulunmuştur (26).

Araştırmalardan çıkan diğer bazı sonuçlar ise şu şekildedir:

- Biyolojik ebeveynleri şizofren olmayan fakat kendisini evlat edinen ebeveynlerinde şizofreni olan bireylerde şizofreni riski, şizofren olmayan ailede yetişenlerle fark göstermemektedir.
- Çocuğun şizofreniye genetik yatkınlığı yoksa çocuğu yetiştiren ailenin hastalık riskini yükselttiği söylenemez.
- Yetiştirilen aile ortamı çok bozuk değilse genetik yatkınlık olsa bile risk görece düşmektedir.
- Hastalığın erken yaşlarda başlamasının genetik geçişi artırdığı bildirilmiştir (12).

2.1.4.1.4. Moleküler genetik araştırmaları

Şizofreninin genetik bir hastalık olduğunun araştırmalarla gösterilmesinden sonraki hedef hastalığa yatkınlık oluşturan genlerin belirlenmesi olmuştur (42). Bu araştırmalarda hastalığın en az iki kuşak boyunca görüldüğü ailelerde, 5. kromozom üzerinde hastalığa neden olabilecek bir bulguya rastlanmıştır (26). Yapılan genetik çalışmalarda kromozom 5 dışında 6, 8, 10, 13 ve 15'in şizofreni ile ilişkisi olduğu ileri sürülmüştür (40).

2.1.4.2. Biyokimyasal araştırmalar

2.1.4.2.1. Dopamin

Dopamin, kimyasal yapısı itibariyle adrenaline benzeyen ve hareket kontrolü, haz ve üzüntü duyma gibi beyinle ilgili süreçlerde rol oynayan önemli bir transmitterdir (24). Şizofrenide dopamin varsayımı, subkortikal alandaki dopamin işlevi bozukluğunun hastalığın temel nedeni olduğunu ileri sürer. Varsayım hakkındaki son çalışmalar önceleri postsinaptik dopamin D2 reseptörlerine odaklanmasının aksine presinaptik dopamin işlev bozukluğu için kritik bir rol edinmiştir (43).

Beyinde mezolimbik, mezokortikal, nigrostriatal, tuberoinfundibular ve talamusu olmak üzere 5 dopamin yolağı bulunmaktadır. Bunlardan mezolimbik dopamin yolağının sanrı ve varsanı gibi pozitif semptomları da içeren çeşitli duygusal davranışlarda, mezokortikal dopamin yolağının ise biliş, yürütücü işlevler ve afekti düzenlemede rol oynadığı düşünülmektedir (24).

2.1.4.2.2. Serotonin

Serotonin; risperidon, klozapin gibi atipik antipsikotikler olarak adlandırılan ilaçların çoğu güçlü serotonerjik eylemlerin görülmesinden bu yana şizofreni çalışmalarında dikkat çekici bir şekilde üzerinde çalışılması artmıştır. Hastalıkta intihar ve dürtüsel davranışlarla etkileşimi olduğu düşünülmektedir (29). Serotonin, beyin farklı bölgelerinde değişik etkiler yaratarak dopamin nöronları üzerinde düzenleyici bir etki sağlamaktadır. Bu durum, serotoninin, şizofreni ve tedavisinde önemli bir rolü olabileceğini ortaya koymaktadır (44).

2.1.4.2.3. Glutamat

Beyinde hemen hemen tüm nöronları uyarma yeteneğine sahip olan glutamat yaygın bir eksitator nörotransmitterdir. Son yıllarda şizofreni ve depresyon için psikofarmakolojik açıdan büyük önem taşıdığı bilinmektedir (24). Bir N-metil-D-aspartat reseptör kanalı antagonisti olan fensiklidinin entoksikasyonu, sağlıklı bireylerde şizofrenidekine benzer bir şekilde frontal lobda küçülmeye (frontal lob yetmezliğine) ve hastalığına benzer pozitif-negatif belirtilerin görülmesine neden olduğu bildirilmiştir (26, 32).

2.1.4.2.4. GABA (Gamma-aminobütirik asit)

GABA, beyinde dopaminin gösterdiği etkinin tersi yönde etki gösteren bir nörotransmitterdir (32). Şizofren hastaların bazılarında hipokampusta GABA-erjik nöronlarda eksilme olduğu ileri sürülmektedir. GABA-erjik nöronlardaki bu kaybın dopaminerjik ve nöradrenerjik nöronlarda hiperaktiviteyle ilişkisinin olabileceği ileri sürülmüştür (29). Yani, GABA etkinliğinin azalmasının dopamin etkinliğinin artmasına neden olduğu söylenebilir (7). Hastalığındaki uyku bozukluğunun, dopamin etkinliğinin fazlalığıyla ilgisi olmasının yanında, GABA aktivitesiyle de ilişkili olduğu düşünülmektedir (24).

2.1.4.2.5. Norepinefrin

Norepinefrin, şizofrenide temel rol oynamaktan çok diğer nörotransmitter sistemleriyle etkileşim halinde şizofrenideki varlığından söz edilmiştir (26, 32). Dopaminerjik ve noradrenerjik nöronların etkinliği arasındaki ilişki kesin olmamasına rağmen, dopaminerjik sistemin noradrenerjik sistem tarafından modüle edildiği ve noradrenerjik sistem anormalliklerinin hastayı sık nükse yatkın hale getirdiği ileri sürülmüştür (29).

2.1.4.3. Beyin görüntüleme çalışmaları

Bilgisayarlı beyin tomografisi manyetik rezonans görüntülemesi sonucu çeşitli bulgular elde edilmiştir. Çalışmalar şizofreninin, serebral yapıdaki bozuklukla arasında ilişki olduğunu ortaya çıkarmıştır (17). Hastalarda normal kontrole göre tüm beyin, beyaz ve gri madde hacimleri % 2-3 oranında daha düşük seyrederken, serebro-spinal sıvı volümünün % 7 oranında artış gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca şizofren hastalarda ventrikül hacimde artış olduğu ve lateral ventriküllerdeki genişleme ile negatif ve bilişsel belirtiler arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür (24).

2.1.4.4. Psikososyal etkenler

Psikanalitik kurama göre; çocuğun mental sistemlerinin henüz ayrılaşmadığı dönemde libido, bedene ve benliğe yatırılmış durumdadır. Bu duruma birincil narsizm denir. Birey, kimi durumlarda ruhsal ya da organik nedenlerle erken döneme saplanır (fiksasyon). Sonrasında zarar verici bir durumla karşılaştığında tekrar bu aşamaya gerileyen birey, nesne ve ego bütünlüğünü yitirir. Nesnelere yatırılan libidonun tekrar bedene ve benliğe yatırılmasına ikincil narsizm denmiştir. Şizofreni hastalığının ilk dönemlerinde sık rastlanan dünyanın sonunun geldiği düşüncesi libidonun nesnelere geri çekilmesiyle açıklanmıştır. Nesnelere yabancılaşılmasıyla birey yaşamı boş ve anlamsız olarak görür. Benliğe ve bedene yatırılan enerji bireyin bedeniyle fazlaca uğraşmasına, büyüklük duygularına ve depersonalizasyona neden olur (26).

Hastalık, kaza, ölüm, iş değişikliği, iş kaybı gibi ani ve beklenmeyen yaşam olayları hastalığın ilk ebizodunun ortaya çıkmasını tetiklediği düşünülmüşse de bu durumların hastalık nedeni olmaktan çok, genetik ve biyolojik faktörlerle etkileşime girdiğinde hastalığa sebep olabilecek yardımcı etkenler olarak düşünülmesi bildirilmiştir (32). Bu

tür sosyal faktörlerin bireyde umutsuzluğa ve kendine olan saygısını yitirmesine sebep olabileceği, dolayısıyla hastalık için dolaylı faktörler olabileceği ileri sürülmüştür (41).

2.1.5. Tanı

1952’de Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanan DSM-I’de şizofreni, “psikojenik orijinli veya beyindeki sebebi tam açıklanamayan fiziksel veya yapısal değişikliğe bağlı bozukluklar” başlığı altında “şizofrenik reaksiyon” olarak ele alınmış, gerçeği değerlendirme bozukluğu çerçevesinde duygulanım, davranış ve bilişsel işlevlerdeki bozulmalar tanımlanmıştır (6,45). 1968’de yayımlanan DSM-II’de, tüm dünyada bir birlik sağlanması amaçlanarak WHO (World Health Organization)’nun hazırladığı ICD-8 temel alındı ve “şizofrenik reaksiyon” “şizofreni” haline geldi. Şizofreni, psikotik duygudurum bozukluklarından ayrılmaya çalışıldı (45). 1980’deki DSM-III’te yine “şizofrenik bozukluk” olarak isimlendirilmiş, tanı için sanrı ve varsanılar gibi pozitif belirtilerin yanı sıra sosyal ve mesleki işlevlerde bozulma olması gibi negatif belirtilere de yer verilmiş, dışlama kriterleri ile süre ve gidiş yaklaşımları getirilmiştir. 1988’de yayımlanan DSM-III-R’de hastalık yeniden “şizofreni” olarak adlandırılmış, DSM-IV’te ise psikotik belirtilerin süresi en az 1 aya çıkarılmış, A tanı ölçütlerine negatif semptomlar eklenmiştir (6).

2013 yılında DSM-V’in yayımlanması sonrasında şizofreni tanı ölçütlerinde bazı değişiklikler olmuştur. Şizofreni, DSM-IV’te “Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar” kapsamında ele alınırken, DSM-V’te “Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar” kapsamında ele alınmıştır. A tanı kriterindeki “*Hezeyanlar şaşılması (bizar) ise ya da halüsinasyonlar kişinin davranış veya düşünceleri üzerine sürekli yorum yapmakta olan seslerden ya da iki ya da daha fazla sesin birbiriyle/birbirleriyle konuşmasından oluşuyorsa A Tanı Ölçütünden sadece bir semptomun olması yeterlidir (46).*” kısmının çıkarılması ve ilk üç semptomdan (sanrı, varsanı ve dezorganize konuşma) en az birinin içinde olduğu iki veya daha fazla semptomun olması gerektiğinin eklenmiştir. DSM-V’te bir başka değişiklik ise şizofreni alt tiplerinin kaldırılmasıdır.

2.1.5.1. DSM-V tanı ölçütleri

DSM-V’te şizofreni tanısı koyabilmek için belirlenen ölçütler şunlardır:

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

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

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

C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve artakalan (rezidüel) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, ön ya da artakalan evreleri sırasında, yalnızca silik (negatif) belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşik altı biçimleriyle (örn. yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

D. Şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da iki uçlu (bipolar) bozukluk dışlanır, çünkü ya 1) açık evre belirtileriyle eş zamanlı olarak yeğın (majör) depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da 2) açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygudurum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.

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

F. Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur (47).”

2.1.5.2. ICD-10 tanı ölçütleri

Şizofreni tanısı koyabilmek için bir diğer ölçüt WHO tarafından yayımlanan ICD-10 tanı ölçütleridir. Bunlar:

“ICD-10’a göre şizofreni tanısı koyabilmek için aşağıdaki (a) dan (d) ye kadar olan belirtilerden çok açık olarak en az birinin, çok açık değilse genellikle iki ya da fazlasının, ya da (e) den (h) ye kadar olan belirtilerden en az ikisinin bir ay ya da daha uzun süre ile bulunması gerekir.

(a) Düşünce yankılanması, düşünce sokulması ya da çekilmesi ve düşünce yayınlanması;

(b) Kontrol edilme, etkilenme ya da edilginlik sanrıları (beden, kol bacak hareketleri ile ya da özgül düşünce, eylem ve duygularla ilgili olarak);

(c) Hastanın davranışları üzerinde hastaya açıklama yapan ya da kendi aralarında tartışan sesler işitme ya da bedeninin bir yerinden geldiği algılanan işitme varsanıları (hallucination);

(d) Kültürel olarak uymayan, gerçekleşme olanağı bulunmayan başka türlü direngen (inatçı) sanrılar- dinsel, politik kimlik ya da insanüstü güce, yeteneğe sahip olma gibi (örneğin yağmur yağdırma, güneş açtırma, başka bir dünyadaki yabancılarla iletişim kurabilme);

(e) Herhangi türden direngen varsanılar -haftalarca, aylarca süren, açık bir duygulanım yükü olmayan yarı oluşmuş ya da çabuk sönen sanrılarla birlikte olan.

(f) *Düşüncenin akışında konuşma dağınıklığı (incoherence), tutarsız konuşma ve sözcük uydurmalarına yol açan kopmalar ya da kaymalar.*

(g) *Taşkınlık, durum-alış (posturing), balmumu esnekliği, karşıtçılık (negativism), konuşmama (mutism), stüpor gibi katatonik davranışlar.*

(h) *Sıklıkla toplumdan çekilme ve toplumsal becerilerde düşmeye yol açan belirgin apati, konuşma fakirliği ve duygusal tepkilerde küntlük ya da uygunsuzluk gibi “eksi” belirtiler; bu belirtilerin depresyona ya da nöroleptik ilaçlara bağlı olmaması gerekir.*

(i) *Hastanın davranışlarının genel niteliğinde ilgi yitimi, amaçsızlık, aylaklık, yalnız kendiyile olma, toplumdan çekilme şeklinde görülen belirgin ve duruma uygun bir değişme olur (12).”*

2.1.6. Belirti

Şizofrenide, zihinsel ve bedensel bazı işlevlerde artış, aşırılık ve bozulma şeklinde kendini gösteren belirtiler pozitif; zihinsel ve bedensel işlevlerin azalması ya da kaybolması şeklinde görülen belirtiler ise negatif belirtiler olarak adlandırılır (48). Buna göre; sanrı, varsanı, düşünce ve davranış bozuklukları pozitif belirtiler sınıfında yer alırken; duygusal tepkilerde azalma ya da donukluk, düşünce ve konuşma fakirleşmesi, istem azlığı, hareket azlığı, kendini toplumdan soyutlama, günlük yaşam rutinleri olan temizlik, özbakım ve sorumluluk alma eylemlerinde körelme ise negatif belirtiler olarak sıralanabilir (12, 14).

2.1.7. Gidiş ve sonlanış

Şizofreni, süreğen tabloya akut alevlenmeler ve remisyonların eşlik etmesiyle devam eder (49). İlk epizodun ardından görece normal bir işlevsellik ve uzun bir remisyon dönemi görülebilir. Ancak hasta genellikle yeni bir epizod geçirir ve tanı konduktan sonraki ilk 5 yıllık süreç hastalık seyrinin nasıl olabileceğinin öngörülmesini sağlayabilir. Epizod sıklığı, hastanın işlevselliğinde daha fazla yıkıma sebep olur (20).

Diğer işlevsel mental bozukluklara kıyasla daha kötü sonlanan şizofreni, genellikle kronik ve yeti yitimine neden olan bir hastalıktır (26). Tablo 2’de hastalığın iyi ya da kötü prognoza sahip olmasını etkilediği düşünülen nedenlerden bahsedilmiştir.

Farklı çalışmalar, hastaneye ilk yatıştan 5-10 yıl sonra hastaların yalnızca % 10 ila % 20'sinin iyi seyirli tabloya sahip olduğunu göstermiştir. Hastaların yarısından fazlası ise yineleyen hastane yatışları, belirtilerin şiddetlenmesi, majör duygudurum bozukluğu atakları ve intihar girişiminin eşlik ettiği kötü prognoz gösterirler (29).

Tablo 2. Şizofrenide İyi ve Kötü Prognoz Göstergeleri (26, 49)

İyi Prognoz	Kötü Prognoz
Geç başlangıç	Erken başlangıç
Akut olma	Sinsi olma
Kadın olma	Erkek olma
Hastalık öncesi uyumun iyi olması	Hastalık öncesi uyumun kötü olması
Evli olma	Bekar ya da dul olma
Hastalık öncesi iyi sosyal, cinsel ve mesleki öykü	Hastalık öncesi kötü sosyal, cinsel ve mesleki öykü
Destek sistemlerinin iyi olması	Destek sistemlerinin iyi çalışmaması
Ailede hastalık öyküsü bulunmaması	Ailede hastalık öyküsü bulunması
Prenital travma ve şiddet öyküsü bulunmaması	Prenital travma ve şiddet öyküsü bulunması
Pozitif belirtiler	Negatif belirtiler
Ailenin hastalığı ve hastayı kabullenişinin ve tedavi ekibiyle iletişimin iyi olması	Ailenin hastalığı kabullenışı ve tedavi ekibiyle iletişimin kötü olması
	Nörolojik bulgular

2.1.8. Tedavi

Şizofreni, yeti yitimi ve psikososyal işlevselliğin bozulmasına neden olan genellikle kronik seyreden bir hastalıktır. Şizofreni tedavisi için üç ana hedef belirlenebilir. Bunlar;

- Semptomların azaltılması veya ortadan kaldırılması,
- Psikososyal işlevselliğin ve yaşam kalitesinin maksimum derecede artırılması ve

- Bireysel yaşam hedefleri kazanmasını sağlayacak şekilde iyileşmenin desteklenmesidir (50).

Şizofreni hastalarının tedaviye uyumu önemli bir problemdir. Hastaların yarısının ilk tedavi sonrasında bir yıl içerisinde ilaç tedavisini bıraktıkları bilinmektedir. İlk tedaviden sonraki 2-5 yıl içerisinde ise hastaların %80'inde hastalık nüksetmektedir (22). Klorpromazin bulunması hastalığın tedavisinde mihenk taşıdır. Klorpromazin, pozitif belirtilerinin yatıştırılmasında etkin bir rol oynamıştır. Hastalığın tedavisinde tipik antipsikotikler ile yan etkinin daha az olduğu ve semptomların daha iyi yatışmasını sağlayan atipik antipsikotikler kullanılmaktadır. Ancak ilaç tedavisi, zihinsel ve bedensel işlevlerde azalma hatta kaybolmayla seyreden negatif semptomların tedavisinde yeterli bir etkinliğe sahip değildir (14). Zaten hastalığın ilerleyen aşamalarında pozitif semptomlarda düzelme gözlemlenirken, negatif semptomlar için bunu söylemek pek mümkün gözükmemektedir. Fakat bu negatif semptomlar için ülkemizde pek yaygın olmasa da sosyal beceri eğitimlerinin tedavide belirgin rol oynadığı bilinmektedir. İlaç tedavisi ile birlikte alınan sosyal beceri eğitimi, pozitif ve negatif semptomların düzelmesinde etkin rol oynamakta ve hastanın yaşam kalitesini artırmaktadır (14).

Hastalıkta ilaç tedavisi ve sosyal beceri eğitimlerinin başarıya ulaşması için hastaların takibini yapabilecek ve bu süreçte aktif rol oynayacak destek sistemlerine ihtiyaç vardır. Çeşitli kaynaklarda, şizofren hastaların tedavileri boyunca aile ile koordineli çalışılması ve hastaya tedavi (doktor, hemşire vb.) ve bakım uygulayanların (aile gibi) bu hastalarla ilişkilerinin iyi olmasının hastalığın seyri açısından önem teşkil ettiği vurgulanmaktadır. (26, 49, 51). Bu bağlamda, yüksek sosyal destek düzeyinin hastalığın seyrini önemli derecede etkileyebileceği yadsınmaz.

2.2. Sosyal Destek Sosyal Ağ ve Algılanan Sosyal Destek

İlk olarak 1960'larda etkisi araştırılmaya başlanan sosyal destek, koruyucu sağlık alanında yapılan çalışmalarda incelenmiş, sağlıkla ilişkisi araştırılmış, stres ve strese bağlı hastalıklarda bireyin iyilik haline pozitif yönde katkı sağladığı sonucuna varılmıştır (52). Sosyal destek, bireyin sosyal bağlantıları aracılığıyla diğer bireyler, gruplar ve daha büyük bir topluluğa erişebildiği destek olarak tanımlanabilir (53). Başka bir tanıma göre ise sosyal destek, çeşitli yaşam olayları nedeniyle stres altındaki ya da

güç durumdaki bireye ailesi, akrabaları, arkadaşları, bağlantıları olduğu çeşitli kişiler ve kurumlardan sağlanan destek olarak tanımlanmıştır (54).

Sosyal destekle ilgili literatür incelendiğinde tüm paradigmaları içinde barındıran bir sosyal destek tanımının bulunmadığı, farklı birçok sosyal destek tanımını bulduğunu söylemek mümkündür. Ancak sosyal destekle ilgili tanımlarda genellikle yardım, değer, kabul görme, olumsuzluklara karşı korunma niteliğinde olan kavramlara vurgu yapıldığı söylenebilir (55).

Sosyal destek türleri de tanımları gibi farklı çalışmalarda farklı formlarda incelenmiştir. Rees ve Hardly 2000 yılında yaptıkları çalışmada desteği 4 başlık altında ele almışlardır:

- **Duygusal destek:** Bireyi zor dönemlerinde güvende ve rahat hissettirmek ve başkaları için önemli olduğu hissini uyandırmak, benlik saygısını zenginleştirici destek.
- **Takdir desteği:** Bireyin belirli bir konuda yeterli olduğunu hissetmesini sağlamak, bireyin stresli bir olayla baş edebilmeye muktedir olduğunu hissettirmek ve kişiyi yetenekleri konusunda pozitif geribildirimlerle desteklemek.
- **Bilgi desteği:** Bireye, bir problemin muhtemel çözüm yollarına ilişkin rehberlik etmek ve tavsiyelerde bulunmakla ilgili destek türü.
- **Maddi (maddesel) destek:** Stresli ve zor durumda olan bireye (görevleriyle ilgili konuda ya da finansal olarak), bu durumla baş edebilmesi için maddesel, araçsal destek verilmesi olarak tanımlanabilir (56).

Sosyal destek kavramına büyüklük (ilişkide bulunan kişi sayısı), sosyal bağların gücü, ilişkilerin sıklığı gibi nicelik bakımından yaklaşanların sosyal ağ terimini kullanmayı tercih ettikleri ileri sürülmektedir (52,57). Sosyal ağın bireylere sosyal desteği ulaştırabilmede temel unsur olduğu söylenebilir (57). Sosyal destek ve sosyal ağ arasındaki fark, ilişkinin niteliğinden kaynaklanmaktadır. Sosyal destekte ilişkinin niteliksel özelliklerinin sosyal ağdan daha ön planda tutulduğu belirtilmektedir. Sosyal destek, sosyal ağın birey üzerinde bıraktığı etki olarak değerlendirilebilir (52).

Sosyal destek, bireyin takdir edildiğine, kendisi ile ilgilenildiğine, kendisine değer verildiğine, saygı duyulduğuna ve toplum tarafından kabul gördüğüne inanmasını sağlayan bir süreçtir (55). Hastalıklarla baş etme ve hastalıklara karşı koruyucu kalkan niteliğinde olması nedeniyle sosyal destek, son yıllarda önemli bir etki yaratmıştır. Sosyal destek ile ruhsal ve fiziksel iyilik halinin paralel seyrettiğini gösteren birçok çalışma mevcuttur. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, ağırlığın sosyal destekten, sosyal ilişkilerin destekleyiciliğinin yeterliliğiyle ilgili olarak bireyin kendi izlenimlerine, yani algılanan desteğe kaydığı belirtilmiştir (58). Bazı araştırmalar, bireyin algıladığı sosyal destek ile sosyal ağ üyesi kişiler tarafından verilen sosyal desteğin kimi zaman farklılık gösterebileceğini işaret etmektedir. Bu durumun bireyin kişilik özelliklerinden, mizacından ve tutumundan kaynaklanabileceği ileri sürülmüştür (52).

Algılanan sosyal destek, bireyin yaşantısında farklı rollerde geliştirdiği, kendisine önem verildiği, özen gösterildiği, ihtiyaç duyduğunda yardım isteyebileceği kişilerin olduğu, sahip olduğu ilişkilerde tatmin olduğu inancını işaret eden genel bir kavram olarak tanımlanabilir (59). Algılanan sosyal destekle ilgili iki temel bileşen;

- Gereksinim halinde başvurulabilecek insanların varlığı algısı ve
- Var olan destekten memnuniyet derecesidir.

Bazı araştırmalarda, stresli yaşam olaylarıyla baş edebilmek için, bireyin algıladığı sosyal desteğin, aldığı sosyal destekten daha önemli olduğu bildirilmiştir (60).

Sosyal desteğin, bireyin sağlığı ve kendisini iyi hissetmesi üzerine farklı modeller mevcuttur. Bunlardan Cohen ve Wills'in 1985 yılında yaptıkları bir çalışmada belirttikleri iki model, birçok araştırmada değinilmesi bakımından önem arz ettiği söylenebilir (61,62). Bu modeller:

- **Temel etki modeli:** Bu modele göre bireyin sağlığı ve kendini iyi hissetmesi üzerinde sosyal desteğin önemli bir rolü olduğu ve doğrudan bir ilişkiye sahip oldukları belirtilmiştir. Sosyal destek yoksunluğunun bireyi olumsuz etkileyeceği ileri sürülmektedir (61).
- **Tampon modeli:** Bu model ise temel etki modelinin aksine stresörler bulunmadığı sürece sosyal destek yoksunluğunun kişinin kendini iyi hissetmesi ve sağlığı üzerinde bir etkisinin söz konusu olmadığını ileri sürmektedir.

Tampon etki modelinde sosyal desteğin en önemli işlevinin stresörlerin bireyde meydana getirdiği olumsuzlukları azaltmak ya da dengelemek olduğu bildirilmiştir. Olumsuz bir durumla karşılaşıldığında sosyal ağ üyelerinin bireyin sorunla baş edebilmesinde gerekli ihtimamı göstermesi tampon etki modeli dahilindedir (62).

2.3. Şizofrenide Sosyal Destek

Sosyal desteğin sağlık üzerinde önemli bir etkisi olduğundan daha önce de bahsedilmişti. Birçok araştırmada sosyal desteğin, hastalığa ve stresli yaşam olaylarının potansiyel etkilerine karşı koruyucu bir görevi olduğu bildirilmiştir (53). Sosyal destek üzerine yapılan araştırmalar ağırlıklı olarak, sosyal desteğin psikolojik olarak iyi olma hali, mortalite ve hastalık şiddeti üzerinde olumlu bir etkisi olduğuna ve stresli yaşam olaylarının negatif etkisine karşı koruyucu rol üstlendiğine odaklanmıştır (63). Birtakım araştırmalarda ise, sosyal destek ve destek sistemlerini içeren sosyal faktörlerin stresörlere karşı dengeleyici bir rol üstlendiği ve böylelikle psikiyatrik bozukluk ve fiziksel hastalık riskini azalttığı noktası üzerinde durulmuştur (64).

Sosyal destek, bireyin stres verici yaşam olaylarıyla baş edebilmesinde önemli bir savunma mekanizması olarak işlev görürken, bu olayların önüne set kurması yönüyle de bireyi hastalıklara karşı koruyabilmektedir (65). Bireyin eş, evlat, ebeveyn, arkadaş gibi farklı roller üstlendiği yaşamında seviliyor, değerli bulunuyor, gerektiğinde yardım görüyor olması, kendini mutlu ve güvende hissetmesini sağlarken; bu tür sosyal ilişkilerin yetersiz olması, bireyde ruhsal hastalık geliştirme riskini artıran anksiyete ve değersizlik hissine neden olacaktır (55). Buradan hareketle, yukarıda da bahsedildiği gibi yüksek sosyal destek düzeyinin fiziksel ve ruhsal hastalıklara karşı koruyucu-önleyici ve tedavi edici rolü olduğundan söz edilebilir.

Bireyin sıkıntılarının kümülatif ilerlediği, sağlık koşullarının giderek bozulduğu ve hastalığın stres yaratıcı koşullarının çoğaldığı kronik hastalıklarda sosyal destek büyük öneme sahiptir (57). Şizofreni de sosyal desteğin elzem olduğu hastalıklar içerisinde gösterilebilir.

Şizofren hastalarda çeşitli yollarla, stresin olumsuz etkilerinden korunmada ve stresi etkin bir şekilde yönetebilmede sosyal destek düzeyinin yüksekliği pozitif rol oynamaktadır:

- Sosyal destek ilk olarak, potansiyel sorunun oluşturacağı stresi ortaya çıkmadan önce önleyebilir.
- İkinci olarak, şizofrenili hastaların başka bireylerle düştüğü anlaşmazlığın ortadan kalkmasına yardımcı olur.
- Son olarak sosyal destek, uygun durumlarda şizofrenili hastanın yaşadığı sorunlara karşı baş etme yeteneğini kullanmasını teşvik eder (66).

Birçok şizofreni hastası yeni arkadaşlıklar kurma, sohbet başlatma, karmaşık ilişkileri sürdürme ve aile ve arkadaşlarıyla yaşadıkları problemleri çözme konusunda güçlükler yaşamaktadır (67). Epidemiyolojik araştırmalar olumsuz bir durumla karşılaşan bireyin ilk olarak kendi aile ve arkadaşlarından yardım aradığı, son çare olarak mesleki kuruluşlara yönediklerini göstermektedir (52).

Sosyal desteğin en işlevsel ve en önemli kaynaklarından biri olarak aile gösterilebilir (68). Günümüzde şizofreni tedavisinde aileyi dışarıda tutan yaklaşımların yeterli olmadığı bildirilmiştir (69). Ebeveynler çocukluk çağından itibaren bireye sevgi ve güven ortamı sağlarken, yeteneklerinin gelişmesine yardımcı olması ve zor anlarında bireyin yanında olması suretiyle etkin bir sosyal destek rolüne sahiptirler (68). Şizofreninin erken yaşlarda, genelde yaşamın ebeveynler ile sürdürüldüğü döneminde ortaya çıktığı dikkate alındığında, bireyin sürekli yanında olmaları ve bireyin maddi-manevi onlara bağımlı bir hayat sürmesi bakımından aile desteği önem teşkil etmektedir.

Ruhsal probleme sahip, özellikle kronik ruhsal hastalıklı bireylerin karşılaştıkları güçlüklerle baş edebilmesi veya ortadan kaldırabilmesi için sağlıklı akranları tarafından daha çok anlaşılmaya, desteklenmeye, kabullenilmeye, sıcak yaklaşımlara ve çevresiyle olan ilişkilerinde doyum sağlamaya ihtiyaçları vardır (48). Yapılan araştırmalarda, psikiyatrik tanısı olan hastaların diğer hastalara görece sosyal desteğinin çok daha az, hatta psikotiklerde nevrotilere görece yok denecek kadar az sosyal destek olduğu saptanmıştır. Bakırköy Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ayaktan tedavi birimlerine başvuran, halen remisyonda olan, rastgele seçilmiş 50

şizofreni, 50 bipolar bozukluk hastası, 50 unipolar depresyon hastası ve 50 kontrol ile yapılan bir çalışmada; sosyal destek sistemlerinden özel insanla ilgili olarak bipolar bozukluk ve depresyon gruplarının kontrollerden farklı olmadığı, ancak şizofren hastaların diğer hasta ve kontrol gruplarına oranla daha düşük destek algıladığı saptanmıştır. Algılanan aile desteği ile ilgili olarak çalışma grupları arasında fark bulunmamıştır. Arkadaş ile ilgili algılanan sosyal destek ise, hasta gruplarında kontrol grubundan anlamlı olarak düşük, ayrıca şizofreni hastalarında ise diğer hasta gruplarından daha düşük olarak saptanmıştır (70).

Aile ve arkadaş desteğinin bireyde tedaviye uyumla pozitif bir ilişkisi olduğu birçok çalışmada saptanmıştır (70). Buradan hareketle tedavi uyumunun tedaviyi olumlu yönde etkileyebileceği söylenebilir.

Toplumsal damgalanma ve dışlanma, şizofreni hastalarının karşılaştıkları en önemli sorunlardandır. Bu durum, hastanın tedavi arayışını ve seyrini olumsuz yönde etkilemektedir (70). Sosyal destek düzeyinin düşük olması şizofren hastalarda sıklıkla intihar ile sonuçlanmaktadır. Türkiye’de 2002 yılında Evren, Evren ve Erkıran tarafından yapılan bir çalışmada, şizofren hasta eğer hastalığın akut safhasındaysa, intihar düşüncesinin daha sık olabileceği yönünde bir sonuca ulaşılmıştır (66).

Yukarıdaki bilgiler ışığında sosyal desteğin, şizofreni gibi bireyi duygu, düşünce, hareket, işlevsellik yönünden sarsan bir hastalık için önemi yadsınamaz. Öyle ki; sosyal destek düzeyinin yüksek olmasının, hastalık oluşumunu önleyici etkisiyle ilgili ve hastalık döneminde ise ilaçlarla giderilmesi şu aşamada mümkün gözükmeyen şizofreninin negatif semptomlarından bireyin en az seviyede etkilenmesi, ya da bu semptomların ortadan kaldırılması için etkin rol oynadığı söylenebilir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda 16.02.2016-12.04.2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Tipi

Şizofren hastaların algıladıkları sosyal desteğin çeşitli değişkenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı fark gösterip göstermediğinin amaçlandığı bu araştırma, tarama modelindedir. Tarama modeli geçmişte ya da halen var olan bir durumu, var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlar (71).

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Gaziantep ilinde yer alan Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Psikiyatrik Bozukluklar Birimi'ne başvuran şizofren tanısı almış hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini ise; Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Psikiyatrik Bozukluklar Birimi'ne 16.02.2016-12.04.2016 tarihleri arasında başvuran şizofren tanısı almış, araştırmaya dahil edilme ve araştırmadan dışlanma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 60 hasta oluşturmuştur.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları anabilim Dalı Psikiyatrik Bozukluklar Birimi'nde ayakta ya da yatarak tedavi gören 18-65 yaş arası, intihar girişimi olan ve olmayan, şizofreni tanısı almış ve çalışmayı gönüllü olarak kabul etmiş kişiler katılabilmektedir.

Mental retardasyonu ve soruları cevaplayamayacak derecede kooperasyon bozukluğu olanlar araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Psikotik Bozukluklar Birimi haftanın belirli bir gününde şizofren hastaların takip ve tedavilerinin yapıldığı bir birimdir. Görüşmeler, bu birime 16.02.2016-12.04.2016 tarihleri arasında başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden şizofren hastalarla veya hasta yakınlarıyla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak yapılmıştır. Öncelikle Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ek-1) doldurulmuş ve hasta veya hasta yakınlarının çalışmaya katılma onayları alınmıştır. Sonrasında hastalarla, Sosyodemografik Veri Formu ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) doldurulmuştur. Yapılan görüşmelerde verilerin toplama süresinin yaklaşık 10-15 dakika sürdüğü belirlenmiştir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan katılımcıların bazı demografik bilgilerine ilişkin soruların yer aldığı sosyodemografik veri formu ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği aracılığıyla toplanmıştır. Veri toplama araçlarına ilişkin açıklamalar aşağıda sunulmuştur.

3.6.1. Sosyodemografik veri formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form, hastanın cinsiyet, yaş, eğitim durumu vb. kişisel bilgilerinin ve bunun dışında ailevi ve hastalıkla ilgili bilgilerin tespitine yönelik soruların yer aldığı formdur (Ek-2).

3.6.2. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği

ÇBASDÖ, ilk olarak Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde geliştirilmiştir. Türkiye'de ilk olarak Eker ve Arkar tarafından 1995'te sınıanmış, yapı geçerliği ve güvenilirliği tatmin edici bulunmuştur. 2001'de Eker, Arkar ve Yıldız tarafından yapılan ikinci çalışma ise ölçekteki iki alt ölçekle ilgili olarak, aile

ve özel bir insan alt ölçeklerini bir nebze sınırlar içine almak, dolayısıyla kültürel olarak daha uygun bir ölçek elde etmek için yürütülmüştür (58).

ÇBASDÖ, “kesinlikle hayır” ile “kesinlikle evet” arasında değişen 7 dereceli (1-7 puan), 12 maddelik bir ölçektir. Her biri ile ilgili 4 maddesi olan 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlar aile, arkadaş ve özel bir insan alt ölçekleri olup bunların her birinden alınabilecek en düşük puan 4 iken, en yüksek puan 28’dir. 1, 2, 5 ve 10. maddeler özel insan alt ölçeğiyle; 3, 4, 8 ve 11. maddeler aile alt ölçeğiyle; 6, 7, 9 ve 12. maddeler ise arkadaş alt ölçeğiyle ilgilidir. Ölçeğin tamamından elde edilecek toplam puan ise en düşük 12 iken en yüksek 84’tür. Ölçekten elde edilecek puan ne kadar yüksekse algılanan sosyal destek düzeyi de o derece yüksektir (Ek-3).

Yapılan bu araştırmada ölçeğin özel insan desteği alt boyutu için güvenilirlik katsayısı 0.78, aile desteği alt boyutu için güvenilirlik katsayısı 0.78, arkadaş desteği alt boyutu için güvenilirlik katsayısı 0.93 ve ölçeğin tamamı için elde edilen güvenilirlik katsayısı 0.84 olarak hesaplanmıştır. Elde edilen bu güvenilirlik katsayılarına göre ölçekten elde edilen puanların güvenilir olduğu sonucuna ulaşılabilir.

3.7. Verilerin Analizi

Araştırmada veriler toplandıktan sonra, elde edilen bilgiler IBM SPSS Statistics 20 (Statistical Package for Social Sciences) paket programına girilmiş ve analizler bu paket programı aracılığıyla yapılmıştır. Araştırmanın araştırma sorularının çözümüne uygun olan istatistiksel teknikler seçilerek verilerin analizi gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada şizofren hastaların algıladıkları sosyal desteğin; cinsiyete, çalışma durumuna ve daha önce intihar girişiminde bulunup bulunmama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterip göstermedikleri bağımsız örneklem için t testi ile; medeni duruma, eğitim durumuna ve gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterip göstermedikleri Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA-ANOVA) teknikleri ile belirlenmiştir. Verilerin analizinde kullanılan bağımsız örneklem için t testi ve ANOVA testi teknikleri parametrik testler olup karşılanması gereken varsayımları vardır.

Bağımsız örneklem için t testinin varsayımları; bağımlı değişkene ait ölçümler en az aralık ölçeğinde, ortalama puanları karşılaştırılacak örneklem ilişkisiz ve bağımlı değişkene ilişkin ölçümler her iki grupta normal dağılımlı olacak şekildedir (72).

Varsayımlardan ilk ikisi veri yapısı gereği sağlanmıştır. Normallik varsayımı için normallik testi yapılmıştır. Normallik testi sonuçlarında kişi sayısının 50'den büyük olduğu durumlarda Kolmogorov-Smirnov anlamlılık düzeyine, 50'den küçük olduğu durumlarda Shapiro-Wilk manidarlık düzeyine bakılmaktadır (73). Manidarlığın anlamlı çıkmaması ($p > .05$) puanların evrendeki dağılımı normal dağılımdan farklılık göstermemesi anlamına gelir. Normallik testi sonuçlarında puanların evrendeki dağılımı normal dağılımdan farklılık gösterdiği durumlarda betimsel istatistikler incelenmiştir. Betimsel istatistiklere göre ortalama ve medyanın birbirlerine yakın olması, çarpıklık ve basıklık katsayılarının da -1 ve 1 arasında olması verilerin normalden aşırı sapmadığının bir göstergesi olarak sunulabilir (73). Yapılan incelemelerde yukarıda sunulan bilgilerden faydalanılmış ve verilerin normal dağıldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Verilerin analizinde araştırmada kullanılan diğer parametrik test olan ANOVA'nın da kontrol edilmesi gereken varsayımları vardır. Bu varsayımlar; bağımlı değişkene ait ölçümler en az aralık ölçeğinde, ortalamaları karşılaştırılacak örneklem ilişkisiz, puanlar bağımlı değişkende etkisi araştırılan faktörün her bir düzeyinde normal dağılımlı ve bağımlı değişkene ilişkin varyanslar her bir örneklem için eşit/homojen olmalı şeklindedir (72). Varyansların homojenliğinin kontrolü Levene testi ile belirlenmiştir. Bu araştırmada varyans analizi için gerekli varsayımların sağlandığı görülmüştür. İstatistiksel olarak anlamlı çıkan varyans analizi sonuçlarında, farkların hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesinde Post-Hoc testlerden Bonferroni testi ve Dunnett's C testi kullanılmıştır. Varyansların homojen olduğu ve örneklem büyüklüklerinin eşit olmadığı durumlarda Bonferroni testi, varyansların homojen olmadığı ve örneklem büyüklüklerinin eşit olmadığı durumlarda Dunnett's C testi kullanılabilir (74).

3.8. Etik İlkeler

Araştırma için Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 06.04.2015 tarih ve 2015/112 karar no ile onay alınmıştır (Ek-4). Çalışma adının

değiştirilmesi ile ilgili onay ise Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 14.11. 2016 tarih ve 2016/303 karar no ile alınmıştır (Ek-5).

3.9. Sınırlılıklar

Çalışmaya katılan birey sayısının az olması, verilerin analizinde kategorilere düşen kişi sayısının homojen olmamasına neden olmuştur. Bu durum çalışmanın sınırlılıklarındandır.

şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek ile çeşitli sosyodemografik veriler (cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu vb.) ve intihar arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunması elde edilen bulguların diğer çalışmalarla kıyaslanması bakımından çalışmayı sınırlandırmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde, elde edilen bulgular sosyodemografik veriler ve çalışmanın amaç bölümündeki araştırma soruları kapsamında verilmiştir.

Katılımcılara ilişkin demografik bilgiler aşağıdaki tablolarda sırasıyla verilmiştir. İlk olarak araştırmaya katılan şizofren katılımcıların intihar girişiminde bulunma durumlarına ilişkin bilgiler Tablo 3'te sunulmuştur. Daha sonra diğer demografik özellikler, katılımcıların intihar girişiminde bulunup bulunmama durumuna göre Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların İntihar Girişiminde Bulunup Bulunmama Durumları

İntihar girişiminde bulunma durumu	N	%
Evet	30	50.0
Hayır	30	50.0
Toplam	60	100.0

Tablo 3 incelendiğinde araştırmaya katılan şizofren hastalarının yarısının (30 kişi) intihar girişiminde bulunduğu ve diğer yarısının (30 kişi) ise intihar girişiminde bulunmadığı görülmektedir. Tablo 4'te katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bilgiler verilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler		İntihar girişiminde bulunan		İntihar girişiminde bulunmayan		Toplam	
		N	%	N	%	N	%
Cinsiyet	Kadın	5	29.4	12	70.6	17	100
	Erkek	25	58.1	18	41.9	43	100
Yaş	18-25	0	0	5	100	5	100
	26-35	9	69.2	4	30.8	13	100
	36-45	9	42.9	12	57.1	21	100
	46-55	10	71.4	4	28.6	14	100
	56-65	2	28.6	5	71.4	7	100
Medeni durum	Evli	14	48.3	15	51.7	29	100
	Bekar	10	43.5	13	56.5	23	100
	Boşanmış	3	75	1	25	4	100
	Dul	3	75	1	25	4	100
Aile türü	Çekirdek	26	51	25	49	51	100
	Geniş	4	50	4	50	8	100
	Diğer	0	0	1	100	1	100
Ebeveyn durumu	Anne-baba sağ.	12	44.4	15	55.6	27	100
	Anne ölü baba sağ.	3	50	3	50	6	100
	Anne sağ baba ölü.	7	43.8	9	56.2	16	100
	Anne-baba ölü.	8	72.7	3	27.3	11	100
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	2	33.3	4	66.7	6	100
	Okuryazar	1	50	1	50	2	100
	İlkokul	12	60	8	40	20	100
	Ortaokul	3	33.3	6	66.7	9	100
	Lise	7	53.8	6	46.2	13	100
	Yüksek öğretim	5	50	5	50	10	100
Yaşanan yer	Köy	0	0	3	100	3	100
	Kasaba	0	0	2	100	2	100
	Şehir	3	50	3	50	6	100
	Büyükşehir	27	55.1	22	44.9	49	100
Gelir düzeyi	Kötü	20	71.4	8	28.6	28	100
	Orta	9	32.1	19	67.9	28	100
	İyi	1	25	3	75	4	100
Çalışma Durumu	Evet	2	18.2	9	81.8	11	100
	Hayır	28	57.1	21	42.9	49	100
Konut Mülkiyeti	Evet	19	43.2	25	56.8	44	100
	Hayır	11	69.8	5	31.2	16	100
Ailede intihar Öyküsü	Evet	3	42.9	4	57.1	7	100
	Hayır	27	50.9	26	49.1	53	100
Madde bağımlılığı öyküsü	Evet	0	0	0	0	0	0
	Hayır	27	49.1	28	50.9	55	100
	Diğer	3	75	1	25	4	100

Tablo 4 incelendiğinde, araştırmaya katılan şizofren hastaların intihar girişiminde bulunup bulunmama durumlarına göre bazı demografik özelliklerinin verildiği görülmektedir. Araştırmaya katılan katılımcıların 17'si kadın, 43'ü erkektir. Kadın katılımcıların % 29.4'ü (5 kişi) intihar girişiminde bulunurken, erkek katılımcıların % 58.1'i (25 kişi) intihar girişiminde bulunmuştur.

Katılımcıların yaşları incelendiğinde; 18-25 yaş arası katılımcıların hiç biri (5 kişi) intihar girişiminde bulunmazken; 26-35 yaş arası katılımcıların % 69.2'si (9 kişi), 36-45 yaş arası katılımcıların % 42.9'u (9 kişi), 46-55 yaş arası katılımcıların % 71.4'ü (10 kişi) ve 56-65 yaş arası katılımcıların % 28.2'si (2 kişi) intihar girişiminde bulunmuştur.

Araştırmaya 29 evli, 23 bekâr, 4 boşanmış ve 4 dul katılımcı dahil olmuştur. Evli katılımcıların % 48.3'ü (14 kişi), bekâr katılımcıların % 43.5'i (10 kişi), boşanmış ve dul katılımcıların % 75'i (3'er kişi) intihar girişiminde bulunmuştur.

Katılımcıların aile türü incelediğinde çekirdek aile üyesi olan 51 katılımcının % 51'i (26 kişi) ve geniş aile üyesi olan 8 katılımcının % 50'si (4 kişi) intihar girişiminde bulunmuştur.

Katılımcıların ebeveyn durumları incelendiğinde 27 katılımcı annesinin ve babasının sağ, 6 katılımcı annesinin ölü-babasının sağ, 16 katılımcı annesinin sağ-babasının ölü ve 11 katılımcı annesinin ve babasının ölü olduğunu ifade etmiştir. Annesinin ve babasının sağ olduğunu bildiren katılımcıların % 44.4'ü (12 kişi), annesinin ölü-babasının sağ olduğunu bildiren katılımcıların % 50'si (3 kişi), annesinin sağ-babasının ölü olduğunu bildiren katılımcıların % 43.8'i (7 kişi) ve annesinin ve babasının ölü olduğunu bildiren katılımcıların % 72.7'si (8 kişi) intihar girişiminde bulunmuşlardır.

Katılımcıların eğitim durumları incelediğinde 6 katılımcının okuryazar olmadığı, 2 katılımcının okuryazar olduğu, 20 katılımcının ilkokul, 9 katılımcının ortaokul, 9 katılımcının lise ve 10 katılımcının yüksek öğretim düzeyinde oldukları görülmektedir. Okuryazar olmayan katılımcıların % 33.3'ü (2 kişi), okuryazar katılımcıların % 50'si (1 kişi), eğitim düzeyi ilkokul seviyesinde olan katılımcıların % 60'ı (12 kişi), eğitim düzeyi ortaokul seviyesinde olan katılımcıların % 33.3'ü (3 kişi), eğitim düzeyi lise seviyesinde olan katılımcıların % 53.8'i (8 kişi) ve eğitim düzeyi yüksek öğretim seviyesinde olan katılımcıların % 50'si (5 kişi) intihar girişiminde bulunmuştur.

Katılımcıların yaşadıkları yer incelediğinde; 3 katılımcı köyde, 2 katılımcı kasabada, 6 katılımcı şehirde ve 49 katılımcı büyükşehirde yaşadığını ifade etmiştir. Bu katılımcılardan köy ve kasabada yaşayanlar intihar girişiminde bulunmazlarken; şehirde yaşayan katılımcıların % 50'si (3 kişi), büyükşehirde yaşayan katılımcıların % 55.1'i (27 kişi) intihar girişiminde bulunmuştur.

Katılımcıların gelir düzeyi incelendiğinde gelir düzeyini; 28 katılımcı kötü, 28 katılımcı orta ve 4 katılımcı iyi olarak ifade etmiştir. Gelir düzeyi kötü olan katılımcıların % 71.4'ü (20 kişi), gelir düzeyi orta olan katılımcıların % 32.1'i (9 kişi) ve gelir düzeyi iyi olan katılımcıların % 25'i (1 kişi) intihar girişiminde bulunmuştur.

Katılımcıların çalışma durumuna bakıldığında 49 katılımcı çalışmadığını ifade ederken, 11 katılımcı çalıştığını belirtmiştir. Çalışan katılımcıların % 18.2'si (2 kişi), çalışmayan katılımcıların % 57.1'i (28 kişi) intihar girişiminde bulunmuştur.

Katılımcıların konut mülkiyeti durumu incelendiğinde 44 katılımcı konut mülkiyeti olduğunu ifade ederken 16 katılımcı olmadığını ifade etmiştir. Konut mülkiyeti olan katılımcıların % 43.2'si (19 kişi), konut mülkiyeti olmayan katılımcıların % 69.8'si (11 kişi) intihar girişiminde bulunmuştur.

Katılımcıların ailelerinde intihar öyküsü olup olmadığına göre Tablo 4 incelendiğinde; 7 katılımcının ailesinde intihar öyküsü varken 53 katılımcının ailesinde intihar öyküsü yoktur. Ailesinde intihar öyküsü olan katılımcıların % 42.9'u (3 kişi) ve intihar öyküsü olmayan katılımcıların % 50.9'u (27 kişi) intihar girişiminde bulunmuştur.

Katılımcıların madde bağımlılığı öykülerinin olup olmadığı incelendiğinde bu maddeye bir katılımcının yanıt vermediği görülmüştür. Bunun dışında katılımcılardan 55 kişi madde bağımlılığı öyküsü olmadığını belirtirken, 4 katılımcı da diğer (üçü daha önce alkol bağımlısı olduğunu, biri de daha önce esrar bağımlısı olduğunu ifade etmiştir) yanıtını vermiştir. Madde bağımlılığı öyküsü olmayan katılımcıların % 49.1'i (27) ve diğer yanıtını verenlerin % 75'i (3 kişi) intihar girişiminde bulunmuştur.

Tablo 4'te verilen katılımcılara ait demografik bilgilere ek olarak katılımcıların meslek bilgileri, erkek katılımcılar için askerlik durumu, intihar girişiminde bulunan şizofren hastalar için kaç kez intihar girişiminde buldukları ve kullandıkları intihar

yöntemlerine ilişkin bulgular Tablo 5, Tablo 6, Tablo 7 ve Tablo 8’de sırasıyla verilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların Meslekleri

	İntihar girişiminde bulunan		İntihar girişiminde bulunmayan		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Ev hanımı	4	33.3	8	66.7	12	100
Öğrenci	0	0	1	100	1	100
İşçi	1	16.7	5	83.3	6	100
Memur	0	0	3	100	3	100
Emekli	5	50	5	50	10	100
Serbest	0	0	3	0	3	100
İşsiz	16	69.6	7	30.4	23	100
Diğer	1	50	1	50	2	100

Tablo 5’te katılımcıların meslek bilgileri yer almaktadır. Meslek bilgilerine göre intihar girişiminde en fazla işsiz katılımcıların bulunduğu görülmektedir. Tablo 6’da erkek katılımcıların askerlik durumlarına ilişkin bilgiler yer almaktadır.

Tablo 6. Katılımcıların Askerlik Durumları

	İntihar girişiminde bulunan		İntihar girişiminde bulunmayan		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Yapıldı	14	53.8	12	46.2	26	100
Yapılmadı/tecilli	0	0	1	100	1	100
Diğer	11	68.8	5	31.2	16	100

Tablo 6 incelendiğinde katılımcıların büyük bir bölümünün askerliklerini yaptıkları görülmektedir. Bununla birlikte askerliğini yapmayan bir katılımcı vardır. Askerlik durumunu diğer olarak belirten 16 katılımcının; 14’ü askerlikten muaf tutulurken biri bedelli askerlik yapmış ve birinin de askerliği yarım kalmıştır. Askerliğini yapan katılımcıların % 53.8’i (14 kişi) intihar girişiminde bulunurken, diğer ifadesini kullanan katılımcıların % 68.8’i (11’i) intihar girişiminde bulunmuştur. İntihar girişiminde bulunan katılımcıların kaç kez intihar girişiminde bulduklarına ilişkin bilgiler Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7. İntihar Girişimi Sayısı

İntihar sayısı	Kişi sayısı
1	10
2	12
3	4
4	1
6	1
7	2

Tablo 7 incelendiğinde araştırma kapsamında intihar girişiminde bulunan 30 şizofren hastanın 12'si iki, 10'u bir, 4'ü üç, 2'si yedi, birer kişi de dört ve altı sefer olmak üzere çeşitli sayılarda intihar girişiminde bulunmuşlardır. İntihar girişiminde bulunan bu şizofren hastaların kullandıkları yöntemlere ilişkin bulgular Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8. İntihar Yöntemleri

Yöntem	Tercih eden kişi sayısı	
	N	%
İlaç	18	45
Bilek kesme	3	7.5
Kendini yakma	1	2.5
Kendini asma	4	10
Kendini şişleme	1	2.5
Arabanın önüne atlama	3	7.5
Ateşli silah	2	5
Yüksekten atlama	7	17.5
Suya atlama	1	2.5

Tablo 8'de araştırmaya katılan, intihar girişiminde bulunan şizofren hastaların intihar girişiminde kullandıkları yöntemlere ilişkin bilgiler verilmiştir. İntihar girişiminde bulunan katılımcıların en fazla tercih ettikleri yöntem ilaç yöntemi olmuştur. Bunu sırasıyla yüksekten atlama, kendini asma, arabanın önüne atlama ve bilek kesme yöntemleri takip etmektedir. Ayrıca bunlara ek olarak kendini yakma, kendini şişleme ve suya atlama yöntemleri de birer kez tercih edilmiştir.

Algılanan sosyal desteğe ilişkin T Testi ve Anova sonuçları araştırmanın giriş bölümünde belirlenen amaç doğrultusunda yanıtı aranan soruların sırasına göre verilmiştir.

Şizofren Hastaların Cinsiyete Göre Algıladıkları Sosyal Desteğe İlişkin Bağımsız Örneklem İçin T Testi Sonuçları

Yapılan bu araştırmada araştırmamanın ilk sorusu olan şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyinin cinsiyete göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak değişip değişmediği bağımsız örneklem için t testi ile belirlenmiştir. Araştırmada ÇBASDÖ'den alınan puanlar sürekli, cinsiyet bağımsız değişkeni kategorik değişken olduğundan bağımsız örneklem için t testi yapılmıştır. Parametrik testlerden biri olan t testi çeşitli varsayımlara sahiptir. Yapılan bu araştırmada varsayımların kontrolü yapılmış ve varsayımların sağlandığı görülmüştür. Tablo 9'da şizofren hastaların cinsiyete göre bağımsız örneklem için t testi sonuçları sunulmuştur.

Tablo 9. Şizofren Hastaların Cinsiyete Göre Algıladıkları Sosyal Desteğe İlişkin T Testi Sonuçları

	Gruplar	N	\bar{X}	S	sd	t	P
Özel insan desteği	Kadın	17	12.12	7.77	58	.70	.49
	Erkek	43	10.51	8.10			
Aile desteği	Kadın	17	23.59	3.94	48.96	1.34	.17
	Erkek	43	21.65	6.68			
Arkadaş desteği	Kadın	17	12.12	7.77	58	.70	.49
	Erkek	43	10.51	8.10			
Toplam	Kadın	17	45.58	11.88	58	.80	.43
	Erkek	43	42.12	16.20			

Bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek cinsiyete göre; özel insan desteği alt boyutunda ($t_{(58)}=0.70$; $p>.05$), aile desteği alt boyutunda ($t_{(48.96)}=1.34$; $p>.05$), arkadaş desteği alt boyutunda ($t_{(58)}=0.70$; $p>.05$) ve ölçeğin tamamında ($t_{(58)}=0.80$; $p>.05$) istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir.

Şizofren Hastaların Çalışma Durumuna Göre Algıladıkları Sosyal Desteğe İlişkin Bağımsız Örneklem İçin T Testi Sonuçları

Yapılan bu araştırmada araştırmamanın ikinci sorusu olan şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyinin çalışma durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak değişip değişmediği, bağımsız örneklem için t testi ile belirlenmiştir. Araştırmada ÇBASDÖ'den alınan puanlar sürekli, çalışma durumu bağımsız değişkeni kategorik

değişken olduğundan bağımsız örneklem için t testi yapılmıştır. Parametrik testlerden biri olan t testi çeşitli varsayımlara sahiptir. Yapılan bu araştırmada varsayımların kontrolü yapılmış ve varsayımların sağlandığı görülmüştür. Tablo 10'da şizofren hastaların çalışma durumuna göre bağımsız örneklem için t testi sonuçları sunulmuştur.

Tablo 10. Şizofren Hastaların Çalışma Durumuna Göre Algıladıkları Sosyal Desteğe İlişkin T Testi Sonuçları

	Gruplar	N	\bar{X}	S	sd	t	P
Özel insan desteği	Evet	11	13.09	6.12	58	1.84	.07
	Hayır	49	9.23	6.33			
Aile desteği	Evet	11	23.18	5.05	58	.59	.56
	Hayır	49	21.98	6.29			
Arkadaş desteği	Evet	11	19.09	7.34	58	4.24	.00*
	Hayır	49	9.14	6.96			
Toplam	Evet	11	55.36	14.79	58	3.21	.02*
	Hayır	49	40.35	13.85			

*p<.05

Bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek çalışma durumuna göre özel insan desteği alt boyutunda ($t_{(58)}=1.84$; $p>.05$) ve aile desteği alt boyutunda ($t_{(58)}=0.59$; $p>.05$) istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir. Ancak şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek çalışma durumuna göre arkadaş desteği alt boyutunda ($t_{(58)}=4.24$; $p<.05$) ve ölçeğin tamamında ($t_{(58)}=3.21$; $p<.05$) istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir.

Buna göre çalışan şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek ($\bar{X}=19.09$) arkadaş desteği alt boyutunda, çalışmayan şizofren hastaların algıladıkları sosyal destekten ($\bar{X}=9.14$) istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksektir.

Araştırmanın bu bulgusuna göre çalışan şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek ($\bar{X}=55.36$), çalışmayan şizofren hastaların algıladıkları sosyal destekten ($\bar{X}=40.35$) istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksektir.

Şizofren Hastaların İntihar Girişiminde Bulunup Bulunmama Durumlarına Göre Algıladıkları Sosyal Desteğe İlişkin Bağımsız Örneklem İçin T Testi Sonuçları

Yapılan bu araştırmada araştırma sorularından biri olan şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyinin daha önce intihar girişiminde bulunup bulunmama durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak değişip değişmediği, bağımsız örneklem için t testi ile belirlenmiştir. Araştırmada ÇBASDÖ'den alınan puanlar sürekli, intihar girişiminde bulunup bulunmama durumu bağımsız değişkeni kategorik değişken olduğundan bağımsız örneklem için t testi yapılmıştır. Parametrik testlerden biri olan t testi çeşitli varsayımlara sahiptir. Yapılan bu araştırmada varsayımların kontrolü yapılmış ve varsayımların sağlandığı görülmüştür. Tablo 11'de şizofren hastaların intihar girişiminde bulunup bulunmama durumuna göre bağımsız örneklem için t testi sonuçları sunulmuştur.

Tablo 11. Şizofren Hastaların İntihar Girişiminde Bulunup Bulunmama Durumuna Göre Algıladıkları Sosyal Desteğe İlişkin T Testi Sonuçları

	Gruplar	N	\bar{X}	S	Sd	T	P
Özel insan desteği	Evet	30	9.47	6.63	58	-.56	.58
	Hayır	30	10.40	6.27			
Aile desteği	Evet	30	21.20	6.65	58	-1.29	.20
	Hayır	30	23.20	5.33			
Arkadaş desteği	Evet	30	9.17	6.75	54.36	-1.78	.08
	Hayır	30	12.77	8.79			
Toplam	Evet	30	39.83	13.46	58	-1.70	.09
	Hayır	30	46.37	16.12			

Bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek daha önce intihar girişiminde bulunup bulunmama durumuna göre; özel insan desteği alt boyutunda ($t_{(58)}=-0.56$; $p>.05$), aile desteği alt boyutunda ($t_{(58)}=-1.29$; $p>.05$), arkadaş desteği alt boyutunda ($t_{(54.36)}=-1.78$; $p>.05$) ve ölçeğin tamamında ($t_{(58)}=-1.70$; $p>.05$) istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir.

Şizofren Hastaların Gelir Düzeyine Göre Algıladıkları Sosyal Desteğe İlişkin ANOVA Sonuçları

Yapılan bu araştırmada araştırma sorularından biri olan şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyinin gelir düzeyine göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak değişip değişmediği, ANOVA ile belirlenmiştir. Araştırmada ÇBASDÖ'den alınan puanlar sürekli, gelir düzeyi bağımsız değişkeni kötü, orta ve iyi olacak şekilde üç kategoriden oluşan kategorik değişken olduğundan ANOVA yapılmıştır. Parametrik testlerden biri olan ANOVA çeşitli varsayımlara sahiptir. Yapılan bu araştırmada varsayımların kontrolü yapılmış ve varsayımların sağlandığı görülmüştür. Tablo 12'de şizofren hastaların gelir düzeyine göre ÇBASDÖ'ü puanlarının ortalaması ve standart sapması verilmiş, daha sonra Tablo 13'te ANOVA sonuçları sunulmuştur.

Tablo 12. Gelir Düzeyine Göre Şizofren Hastaların ÇBASDÖ Puanlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Gelir Düzeyi	Özel İnsan Desteği			Aile Desteği		Arkadaş Desteği		Toplam	
	N	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S
Kötü ¹	28	8.07	5.93	21.36	7.11	6.68	5.27	36.11	12.22
Orta ²	28	12.07	6.57	23.32	4.97	14.36	8.27	49.75	15.27
İyi ³	4	8.00	4.89	20.25	4.65	17.25	7.32	45.50	12.47

Tablo 12 incelendiğinde şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyine; özel insan desteği alt boyutunda en fazla gelir düzeyi orta düzeyde olan ($\bar{X}=12.07$) hastalardan ulaşıldığı, aile desteği alt boyutunda en fazla gelir düzeyi orta düzeyde olan ($\bar{X}=23.32$) hastalardan ulaşıldığı, arkadaş desteği alt boyutunda en fazla gelir düzeyi iyi düzeyde olan ($\bar{X}=17.25$) hastalardan ulaşıldığı ve ölçeğin tamamında en yüksek düzeye gelir düzeyi orta düzeyde olan ($\bar{X}=49.75$) hastalardan ulaşıldığı görülmektedir. Puanlar arası farkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığının belirlenmesi için yapılan ANOVA sonuçları Tablo 13'te verilmiştir.

Tablo 13. Şizofren Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyinin Gelir Düzeyine Göre ANOVA Sonuçları

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	P	Anlamlı Fark
Özel İnsan Desteği	Gruplararası	240.02	2	120.01	3.12	.05	
	Gruplariçi	2189.71	57	38.412			
	Toplam	2429.73	59				
Aile Desteği	Gruplararası	70.31	2	35.16	.96	.39	
	Gruplariçi	2097.28	57	36.79			
	Toplam	2167.60	59				
Arkadaş Desteği	Gruplararası	994.64	2	497.32	10.26	.00*	1-2
	Gruplariçi	2761.28	57	48.44			
	Toplam	3755.93	59				
Toplam	Gruplararası	2630.47	2	1315.24	6.95	.00*	1-2
	Gruplariçi	10794.93	57	189.39			
	Toplam	13425.40	59				

*p<0.05

Yapılan ANOVA testi sonuçlarına göre şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyi, özel insan desteği alt boyutunda ($F_{(2-57)}=3.12$; $p>.05$) ve aile desteği alt boyutunda ($F_{(2-57)}=0.96$; $p>.05$) gelir düzeyine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemiştir. Ancak şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyi, arkadaş desteği alt boyutunda ($F_{(2-57)}=10.26$; $p<.05$) ve ölçeğin tamamında ($F_{(2-57)}=6.95$; $p<.05$) gelir düzeyine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir.

Var olan bu farklılıkların hangi gruplarda olduğunu belirlemek için post hoc testlerden yararlanılmıştır. Arkadaş desteği alt boyutunda varyanslar homojen çıkmadığı ve örneklem büyüklüklerinin eşit olmadığı için Dunnett's C testi ile karşılaştırma yapılmıştır. Dunnett's C testi sonuçlarına göre arkadaş desteği alt boyutunda gelir düzeyi orta olan şizofren hastaların sosyal destek algı düzeyleri ($\bar{X}=14.36$), gelir düzeyi kötü olanların sosyal destek algı düzeylerinden ($\bar{X}=6.68$) istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksektir.

Ölçeğin tamamında varyanslar homojen çıktığı ve örneklem büyüklüklerinin eşit olmadığı için Bonferroni testi ile karşılaştırma yapılmıştır. Bonferroni testi sonuçlarına göre ölçeğin tamamında gelir düzeyi orta olan şizofren hastaların sosyal destek algı düzeyleri (\bar{X} =49.75), gelir düzeyi kötü olanların sosyal destek algı düzeylerinden (\bar{X} =36.11) istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksektir.

Şizofren Hastaların Eğitim Durumuna Göre Algıladıkları Sosyal Desteğe İlişkin ANOVA Sonuçları

Yapılan bu araştırmada araştırma sorularından biri olan şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyinin eğitim durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak değişip değişmediği, ANOVA ile belirlenmiştir. Araştırmada ÇBASDÖ'den alınan puanlar sürekli, eğitim durumu bağımsız değişkeni; okuryazar değil, okuryazar, ilkokul, ortaokul, lise ve yükseköğretim olacak şekilde altı kategoriden oluşan kategorik değişken olduğundan ANOVA yapılmıştır. Parametrik testlerden biri olan ANOVA çeşitli varsayımlara sahiptir. Yapılan bu araştırmada varsayımların kontrolü yapılmış ve varsayımların sağlandığı görülmüştür. Tablo 14'te şizofren hastaların eğitim durumuna göre ÇBASDÖ'ü puanlarının ortalaması ve standart sapması verilmiş daha sonra Tablo 15'te ANOVA sonuçları sunulmuştur.

Tablo 14. Eğitim Durumuna Göre Şizofren Hastaların ÇBASDÖ Puanlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Eğitim Durumu	N	Özel İnsan Desteği		Aile Desteği		Arkadaş Desteği		Toplam	
		\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S
Okuryazar değil	6	7.33	5.20	21.33	9.44	6.83	6.94	35.50	17.13
Okuryazar	2	8.00	5.66	26.00	.000	13.50	13.44	47.50	7.78
İlkokul	20	10.95	6.16	22.20	6.17	8.25	6.40	41.40	12.63
Ortaokul	9	8.67	6.63	24.22	5.52	12.33	10.19	45.22	18.37
Lise	13	10.30	7.44	20.92	6.14	13.23	8.77	44.46	17.38
Yüksek öğretim	10	10.50	6.96	21.80	4.80	14.20	6.23	46.50	14.59

Tablo 14 incelediğinde şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyine; özel insan desteği alt boyutunda en fazla eğitim durumu ilkokul düzeyinde (\bar{X} =10.95) olan hastalardan ulaşıldığı, aile desteği alt boyutunda en fazla eğitim durumu okuryazar (\bar{X} =26.00) olan hastalardan ulaşıldığı, arkadaş desteği alt boyutunda en fazla eğitim

durumu yüksek öğretim düzeyinde ($\bar{X}=14.20$) olan hastalardan ulaşıldığı ve ölçeğin tamamında en yüksek düzeye eğitim durumu okuryazar ($\bar{X}=47.50$) olan hastalardan ulaşıldığı görülmektedir. Puanlar arası farkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığının belirlenmesi için yapılan ANOVA sonuçları Tablo 15’te verilmiştir.

Tablo 15. Şizofren Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre ANOVA Sonuçları

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	P
Özel İnsan Desteği	Gruplararası	88.18	5	17.63	.41	.84
	Gruplariçi	2341.55	54	43.36		
	Toplam	2429.73	59			
Aile Desteği	Gruplararası	92.98	5	18.59	.48	.39
	Gruplariçi	2074.61	54	38.42		
	Toplam	2167.60	59			
Arkadaş Desteği	Gruplararası	450.94	5	90.188	1.47	.21
	Gruplariçi	3304.99	54	61.204		
	Toplam	3755.93	59			
Toplam	Gruplararası	623.31	5	124.66	.52	.75
	Gruplariçi	12802.08	54	237.07		
	Toplam	13425.40	59			

Yapılan ANOVA testi sonuçlarına göre şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyi, özel insan desteği alt boyutunda ($F_{(5-54)}=0.41$; $p>.05$), aile desteği alt boyutunda ($F_{(5-54)}=0.48$; $p>.05$), arkadaş desteği alt boyutunda ($F_{(5-54)}=1.47$; $p>.05$) ve ölçeğin tamamında ($F_{(5-54)}=0.52$; $p>.05$) eğitim durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemiştir.

Şizofren Hastaların Medeni Duruma Göre Algıladıkları Sosyal Desteğe İlişkin ANOVA Sonuçları

Yapılan bu araştırmada araştırma sorularından biri olan şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyinin medeni durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak değişip değişmediği, ANOVA ile belirlenmiştir. Araştırmada ÇBASDÖ’den alınan puanlar sürekli, medeni durum bağımsız değişkeni; evli, bekar, boşanmış ve dul olacak

şekilde dört kategoriden oluşan kategorik değişken olduğundan ANOVA yapılmıştır. Parametrik testlerden biri olan ANOVA çeşitli varsayımlara sahiptir. Yapılan bu araştırmada varsayımların kontrolü yapılmış ve varsayımların sağlandığı görülmüştür. Tablo 16’da şizofren hastaların medeni duruma göre ÇBASDÖ puanlarının ortalaması ve standart sapması verilmiş, daha sonra Tablo 17’de ANOVA sonuçları sunulmuştur.

Tablo 16. Medeni Duruma Göre Şizofren Hastaların ÇBASDÖ Puanlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Medeni Durum	N	Özel İnsan Desteği		Aile Desteği		Arkadaş Desteği		Toplam	
		\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S
Evli	29	10.27	6.21	21.72	7.09	10.04	7.76	42.04	15.36
Bekâr	23	9.82	7.36	23.87	3.90	12.39	8.70	46.09	15.57
Boşanmış	4	8.75	5.50	19.25	5.32	9.75	8.50	37.75	11.47
Dul	4	9.25	4.27	19.00	8.083	10.75	6.07	39.00	14.90

Tablo 16 incelediğinde şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyine; özel insan desteği alt boyutunda en fazla medeni durumu evli olan ($\bar{X}=10.27$) hastalardan ulaşıldığı, aile desteği alt boyutunda en fazla medeni durumu bekâr olan ($\bar{X}=23.87$) hastalardan ulaşıldığı, arkadaş desteği alt boyutunda en fazla medeni durumu bekâr olan ($\bar{X}=12.39$) hastalardan ulaşıldığı ve ölçeğin tamamında en yüksek düzeye medeni durumu bekâr olan ($\bar{X}=46.09$) hastalardan ulaşıldığı görülmektedir. Puanlar arası farkların istatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığının belirlenmesi için yapılan ANOVA sonuçları Tablo 17’de verilmiştir.

Tablo 17. Şizofren Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyinin Medeni Duruma Göre ANOVA Sonuçları

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	P
Özel İnsan Desteği	Gruplararası	11.13	3	3.71	.08	.97
	Gruplariçi	2418.60	56	43.19		
	Toplam	2429.73	59			
Aile Desteği	Gruplararası	146.44	3	48.82	1.35	.27
	Gruplariçi	2021.15	56	36.09		
	Toplam	2167.60	59			
Arkadaş Desteği	Gruplararası	77.99	3	26.00	.40	.77
	Gruplariçi	3677.94	56	65.68		
	Toplam	3755.93	59			
Toplam	Gruplararası	419.86	3	139.95	.60	.62
	Gruplariçi	13005.54	56	232.24		
	Toplam	13425.40	59			

Yapılan ANOVA testi sonuçlarına göre şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyi, özel insan desteği alt boyutunda ($F_{(3-56)}=0.08$; $p>.05$), aile desteği alt boyutunda ($F_{(3-56)}=1.35$; $p>.05$), arkadaş desteği alt boyutunda ($F_{(3-56)}=0.40$; $p>.05$) ve ölçeğin tamamında ($F_{(3-56)}=0.60$; $p>.05$) medeni duruma göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemiştir.



5. TARTIŞMA

Çalışmanın bu bölümünde, elde edilen bulgular amaç bölümündeki araştırma sorularının sırasına göre tartışılacaktır.

5.1. Şizofren Hastaların Cinsiyete Göre Algıladıkları Sosyal Desteğin Tartışılması

Araştırmamızda, şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek, alınan puanlar bazında bakıldığında tüm alt boyutlarda ve toplamda kadınlarda yüksek bulunmuştur. Ancak bağımsız örneklem t testi ile incelenmiş ve cinsiyete göre; aile desteği alt boyutunda arkadaş desteği alt boyutunda, özel insan desteği alt boyutunda ve ölçeğin tamamında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır.

Şizofren hastaların cinsiyete göre algıladıkları sosyal destekle ilgili olarak ulaşılabilen literatürde herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak cinsiyet ile sosyal destek arasındaki ilişkiyi inceleyen ve çalışma bulgularımızla paralellik ya da farklılık gösteren çalışmalar mevcuttur. Çay'ın (55) 2015 yılında 12-18 yaş arasındaki 110 çocukla yaptığı çalışmada cinsiyet ile algılanan aile ve arkadaş desteği arasında anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir. Çapraz'ın (65) 2011 yılında 18-65 yaş arası 75 beyin tümörü tanımlı hasta ile yaptığı çalışmada ise algılanan sosyal destek toplam puanı kadınlarda fazla olmasına karşın, cinsiyet ve algılanan sosyal destek arasında istatistiksel açıdan anlamlı farkın bulunmadığı belirtilmiştir. Bursa'nın (75) 2010 yılında 120 fiziksel engelli birey ile yaptığı çalışmada ise erkeklerin algılanan sosyal destek puanlarının daha yüksek olduğu bildirilirken, istatistiki açıdan anlamlı farklılığın söz konusu olmadığı saptanmıştır. Yıldız (76) ise 2012'de yaptığı çalışmasında diyabetik ayağı olan bireylerin aileden algıladıkları sosyal destek puanı ve toplam algılanan sosyal destek puanının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Çelik'in (77) 2015 yılında yaptığı çalışmada cinsiyet ve sosyal destek arasında aile ve özel insan desteği alt boyutunda ve ölçeğin tamamında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmazken, arkadaş desteği alt boyutunda anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre kadınların arkadaşan algılanan sosyal destek puanlarının erkeklerinkinden daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Dedeli, Fadiloğlu ve Uslu (78) tarafından 2008'de 105 kanser hastasıyla yapılan çalışmada kadın hastaların aldıkları puanın daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiki açıdan anlamlı farka sebep olduğu bildirilmiştir. zbek Güni'nin (79) 2005'te 150 kanser hastasıyla yaptığı çalışmada da istatistiki açıdan anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte kadın hastaların sosyal destek puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Taşkıran'ın (60) 2010 yılında kanserli hastalarla yaptığı çalışmada ise erkek hastaların sosyal destek puanı yüksek çıkarken, bu durumun istatistiksel açıdan anlamlı farka neden olduğu bildirilmiştir. Gümüş'n (61) 2015 yılında yaptığı çalışmada Taşkıran'inkine benzer şekilde erkek hastaların sosyal destek puanlarının daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu tespit edilmiştir.

İlgili literatürde ulaşılan bulguların genel olarak alışmamızdakiyle benzer seyrettiği, birkaç kaynakta aksi bulguların saptandığı görülmektedir. Alınan puan bazında farklılıklar olsa da, bu durumun sosyal destek ve cinsiyet arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yaratacak düzeyde olmadığı söylenebilir.

5.2. şizofren Hastaların alışma Durumuna Göre Algıladıkları Sosyal Desteğin Tartışılması

şizofren hastaların çalışma durumuna göre algıladıkları sosyal destek puanları ölçeğin tüm alt boyutlarında ve tamamında çalışan hastalarda daha yüksek bulunmuştur. Ancak t testi sonuçlarına göre şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek çalışma durumuna göre özel insan desteği alt boyutunda ve aile desteği alt boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermezken, arkadaş desteği alt boyutunda ve ölçeğin tamamında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır.

şizofren hastaların çalışma durumuna göre algıladıkları sosyal destekle ilgili olarak ulaşılabilen literatürde herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak alışma durumu ile sosyal destek arasındaki ilişkiyi inceleyen ve çalışma bulgularımızla paralellik ya da farklılık gösteren çalışmalar mevcuttur. Kırbaş (62) tarafından 2013 yılında Down sendromlu çocukların anneleriyle yapılan bir çalışmada, annelerin çalışıp çalışmama durumu ile algılanan sosyal destek ve tüm alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır. ınar (80) tarafından 2011 yılında şizofrenili hasta aileleri ile yapılan çalışmada algılanan aile ve arkadaş desteği ile çalışma durumu arasında istatistiki açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır. Ayaz, Yaman Efe ve

Korukluoğlu'nun (81) 2008'de jinekolojik kanserli 200 hasta ile yapılan çalışmada, çalışan hastaların algılanan sosyal destek puanlarının çalışmayanlara göre yüksek olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği bildirilmiştir. Öztunç, Yeşil, Paydaş ve Erdoğan'ın (82) 2013 yılında 85 göğüs kanseri hasta ile yaptığı çalışmada, çalışan hastaların arkadaş ve özel insan desteği alt boyutu ile ölçeğin tamamından alınan puanların çalışmayan hastalarinkinden daha yüksek olduğu, yalnızca aile desteği alt boyutunda çalışmayan hastaların daha yüksek puan aldığı saptanmıştır. Bursa'nın (75) 2010 yılında yaptığı çalışmada algılanan sosyal destek ve çalışma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı bildirilmiştir.

Görüldüğü gibi farklı çalışmalarda çalışmamızdakine benzer ya da farklı bulgular tespit edilmiştir. Bu sebeple çalışma hayatı ile ilgili kesin bir yargıda bulunmak şu aşamada mümkün gözükmemektedir. Ancak çalışmamızdan elde edilen bilgiler ışığında arkadaş desteği alt boyutunda ve ölçeğin tamamında anlamlı farklılık tespit edilmesi, çalışma hayatının şizofren hastaların algıladıkları sosyal desteği pozitif yönde etkilediğini düşündürülebilir. Çalışan bireyin zamanının önemli bir kısmını geçirdiği çalışma ortamında mesai arkadaşlarıyla iyi ilişkiler kurması ve mesai arkadaşları tarafından desteklenmesinin bireyin algıladığı sosyal destek düzeyini yükselttiği söylenebilir.

5.3. Şizofren Hastaların İntihar Girişiminde Bulunup Bulunmama Durumlarına Göre Algıladıkları Sosyal Desteğin Tartışılması

Şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek daha önce intihar girişiminde bulunup bulunmama durumuna göre; özel insan desteği alt boyutunda, aile desteği alt boyutunda, arkadaş desteği alt boyutunda ve ölçeğin tamamında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemektedir.

Şizofren hastaların ölçeğin tamamından ve alt boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde ise; aile, arkadaş ve özel insan alt boyutlarında ve ölçeğin tamamında intihar girişiminde bulunan hastaların, girişimi olmayanlardan daha düşük puanlar aldığı tespit edilmiştir. İlgili literatür tarandığında şizofren hastaların intihar girişimi ile sosyal destek arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda kaynağa ulaşılabildiği gibi, intihar ve sosyal destek arasındaki ilişkiyi inceleyen kaynakların da sınırlı sayıda ulaşılabilir olduğundan söz edilebilir. Alınmış'ın (66) 2011 yılında 100 şizofreni hastasıyla yaptığı çalışmada, hastaların intihar girişiminde bulunup bulunmama durumları ve sosyal

destek arasında çalışmamıza benzer şekilde anlamlı farklılık bulunmadığı bildirilmiştir. McNeely ve Falci'nin (88) lise öğrencileriyle yaptıkları ve yüksek katılımın olduğu çalışmada, öğretmen desteğinin öğrencileri intihar düşüncesinden ve girişiminden koruduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Karacabey'in (89) 2012 yılında 265 ortaöğretim öğrencisiyle gerçekleştirdiği çalışmada aileden algılanan sosyal destek düzeyi ve intihar arasında negatif bir ilişki olduğu, destek düzeyi arttıkça intihar olasılığının azaldığı bildirilmiştir. Arsel'in (90) 2010 yılında 550 kişinin katılımıyla gerçekleştirdiği çalışmasında ise intihar olasılığı düşük bulunan bireylerin aile, arkadaş, özel insan desteği ve ölçeğin tamamından aldıkları puanların intihar olasılığı yüksek olanlardan daha fazla olduğu saptanmıştır.

Literatürde ulaşılabilen kaynakların bulguları ve puanlar bazında araştırmamızın bulguları paralellik göstermektedir. Buna göre; sosyal destek ve intihar girişimi arasında ters yönde bir ilişki olduğu söylenebilir. Puanların, istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterecek düzeyde bulunmaması, intihar girişimlerinin uzun zaman önce gerçekleştirilmesi ve dolayısıyla bireylerin o anki hislerinden uzak olmasıyla ilgili olabileceği düşünülebilir.

5.4. Şizofren Hastaların Gelir Düzeyine Göre Algıladıkları Sosyal Desteğin Tartışılması

Araştırmamızda, şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyine puanlar bazında; özel insan desteği alt boyutunda, aile desteği alt boyutunda ve ölçeğin tamamında en fazla gelir düzeyi orta düzeyde olan hastalardan ulaşıldığı, yalnızca arkadaş desteği alt boyutunda en fazla gelir düzeyi iyi düzeyde olan hastalardan ulaşıldığı görülmektedir.

Puanların istatistiksel olarak anlamlı fark gösterip göstermediği ANOVA testiyle ölçülmüş ve özel insan ile aile desteği alt boyutlarında gelir düzeyi ile algılanan sosyal destek arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Bu durumun aile boyutuyla ilgili, ailelerin koşulsuz destek kaynağı olarak hastaların yanında olmasıyla ilişkilendirilebilir. Özel insan boyutuyla ilgili olarak ise, çalışma sırasında hastaların aile ve arkadaşları dışında olan bir kişi olarak düşündükleri destek kişinin genel olarak sağlık personeli (doktor, hemşire vb.) olduğu tahmin edilmektedir. Sağlık personelinin tedavi için gelen hastanın gelir düzeyi ile ilgilenmesi ve buna göre hizmet vermesi gibi

bir durumun söz konusu olmadığı düşünülmektedir. Bu bağlamda, hastaların gelir düzeyindeki farklılıkla ailesi ve arkadaşları dışında olan bir insandan algıladıkları sosyal desteğin anlamlı farklılık göstermediği düşünülmüştür.

Ölçeğin tamamı ve arkadaş desteği alt boyutu incelendiğinde ise algılanan sosyal destek ve gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu görülmüştür. Ölçeğin tamamı ve arkadaş desteği alt boyutunda algılanan sosyal desteğin, gelir düzeyi orta olanlarda gelir düzeyi kötü olanlardan istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır.

Şizofren hastaların gelir düzeyine göre algıladıkları sosyal destekle ilgili olarak ulaşılabilen literatürde herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak gelir düzeyi ile sosyal destek arasındaki ilişkiyi inceleyen farklı çalışmalar bulunmaktadır. Gümüş'ün (61) 2015 yılında evli bireylerle yaptığı çalışmada gelir düzeyi ve bireylerin algıladıkları sosyal destek arasında anlamlı farklılık olduğu, buna göre gelir düzeyi yükseldikçe algılanan sosyal desteğin yükseldiği bildirilmiştir. Çapraz'ın (65) 2011 yılında gerçekleştirdiği çalışmada arkadaş, aile ve özel insan desteği alt boyutlarında ve ölçeğin tamamında gelir düzeyi ile algılanan sosyal destek arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Bu çalışmanın aile ve özel insan desteği alt boyutlarındaki bulgular ile çalışmamıza ait aile ve özel insan desteği alt boyutu bulguları paralellik göstermektedir. Oruçlu (83), 2011 yılında gerçekleştirdiği çalışmasında aylık gelir durumu yükseldikçe algılanan sosyal destek puanı ortalamalarının yükseldiği bildirilmiştir. Katapodi, Facione, Miaskowski, Dodd ve Waters (84) 2002'de yaptıkları çalışmada, gelir düzeyinin yüksekliği ve algılanan sosyal destek düzeyi arasında doğrusal bir ilişkinin bulunduğunu belirtmişlerdir. Bursa'nın (75) 2010'da engelli bireylerle gerçekleştirdiği çalışmada algılanan sosyal destek ve ekonomik durum arasında anlamlı farklılık saptanırken, bu durumun çalışmamıza benzer şekilde ölçeğin tamamında ve çalışmamızdan farklı olarak özel insan alt boyutunda olduğu görülmüştür. Ayaz, Yaman Efe ve Korukluoğlu'nun (81) 2008 yılında gerçekleştirdiği çalışmada ekonomik durumunu iyi düzeyde algılayanların çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları ortalama puanların daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirtilmiştir.

Sosyal destek ve gelir düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda genel olarak gelir düzeyi ve sosyal destek arasında doğrusal yönde bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir.

Gelir düzeyinin iyi olmasının bireyin çevresinde daha fazla sosyal destek olması yönünde katkı sağlayabileceği ve bu durumun da bireyin sağlığını hem hastalığı önleme açısından hem de tedavi sürecinde pozitif yönde etkileyebileceği söylenebilir.

5.5. Şizofren Hastaların Eğitim Durumuna Göre Algıladıkları Sosyal Desteğin Tartışılması

Şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyine puanlar bazında; özel insan desteği alt boyutunda en fazla eğitim durumu ilkokul düzeyinde olan hastalardan ulaşıldığı, aile desteği alt boyutunda en fazla eğitim durumu okuryazar olan hastalardan ulaşıldığı, arkadaş desteği alt boyutunda en fazla eğitim durumu yüksek öğretim düzeyinde olan hastalardan ulaşıldığı ve ölçeğin tamamında en yüksek düzeye eğitim durumu okuryazar olan hastalardan ulaşıldığı saptanmıştır.

Alınan puanların eğitim durumu ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı farklılık bulunup bulunmadığı incelendiğinde; aile, arkadaş, özel insan desteği alt boyutlarında ve ölçeğin tamamında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadığı belirlenmiştir.

Şizofren hastaların eğitim durumuna göre algıladıkları sosyal destekle ilgili olarak ulaşılabilen literatürde herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak eğitim durumu ile sosyal destek arasındaki ilişkiyi inceleyen ve çalışma bulgularımızla paralellik ya da farklılık gösteren çalışmalar mevcuttur. Çalışmamıza benzer şekilde; Taşkiran'ın (60) 2011 yılında yaptığı çalışmada toplam destek puanı ve eğitim durumu arasında; Kırbas'ın (62) 2013'te yaptığı çalışmada sosyal destek ölçeği tüm boyutları ile toplam puan ortalamaları ve eğitim durumu arasında; Bulut'un (85) 2012'de 60 kanser hastasıyla yaptığı çalışmada ölçeğin toplam puanı ve eğitim durumu arasında; Dedeli, Fadiloğlu ve Uslu'nun (78) 2008'de yaptığı çalışmada ölçekten alınan puan ve eğitim durumu arasında, Çinar'ın (80) 2011'de yaptığı çalışmada aile ve arkadaş desteği alt boyutlarında algılanan sosyal destek ve eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Çapraz'ın (65) 2011 yılında yaptığı çalışmada özel insan ve aileden alınan sosyal destek ile eğitim durumu arasında anlamlı fark bulunmazken, arkadaştan alınan sosyal destek ve ölçeğin tamamı ile eğitim durumu arasında anlamlı fark saptanmıştır. Buna göre; ölçeğin tamamından algılanan sosyal destek ve arkadaştan alınan sosyal destek alt boyutunda, eğitim durumu yüksek okul olanların puanı, eğitim durumu lise ve ortaokul olanlardan yüksek olarak bildirilmiştir.

Katapodi, Facione, Miaskowski, Dodd ve Waters (84) 2002’de yaptıkları çalışmada, eğitim düzeyinin yüksekliği ve algılanan sosyal destek düzeyi arasında doğrusal yönde bir ilişkinin bulunduğunu belirtmişlerdir. Çan Aslan’ın (86) 2010 yılında yaptığı çalışmada aile ve arkadaş desteği alt boyutlarında alınan puanların eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde farklılaştığı belirtilmiştir. Drageset ve Lindström’un (87) 117 göğüs kanseri hastayla yaptığı çalışmada eğitim seviyesinin sosyal desteğe katkı sağlayan en önemli şey olduğu bildirilmiştir. Bunu eğitim alma sürecinde bireyin sosyal ağının genişlemesiyle (kalıcı dostluklar kurma, mesleki bağlantılar oluşturma gibi) açıklamışlardır.

Literatürde çeşitli çalışmalarda, eğitim düzeyi ve sosyal destek arasındaki ilişkiyle ilgili farklı bulgular gözlemlenmiştir. Bu durum, eğitim düzeyi ve sosyal destek arasındaki ilişki hakkında net yargılarda bulunmamızı engellemektedir. Bununla beraber, çalışmamızda istatistiksel açıdan anlamlı fak bulunmasa da, eğitim düzeyinin yüksekliğiyle sosyal ağ boyutunun genişliği arasında pozitif bir ilişki olduğu düşünülebilir. Bireyin eğitim sürecinin her aşamasında farklı arkadaşlıklar edinme yoluyla sosyal ağına, bu arkadaşlıkları kalıcı dostluklara çevirme yönüyle de sosyal desteğine katkı sağladığı söylenebilir.

5.6. Şizofren Hastaların Medeni Durumuna Göre Algıladıkları Sosyal Desteğin Tartışılması

Şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyine puanlar bazında; özel insan desteği alt boyutunda en fazla medeni durumu evli olan hastalardan ulaşıldığı, aile desteği alt boyutunda en fazla medeni durumu bekâr olan hastalardan ulaşıldığı, arkadaş desteği alt boyutunda en fazla medeni durumu bekâr olan hastalardan ulaşıldığı ve ölçeğin tamamında en yüksek düzeye medeni durumu bekâr olan hastalardan ulaşıldığı görülmektedir.

Alınan puanların medeni durum ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı farklılık bulunmaya yeterli olup olmadığı incelendiğinde; bu puanların anlamlı farklılık oluşturacak düzeyde olmadığı ve dolayısıyla aile, arkadaş, özel insan desteği alt boyutlarında ve ölçeğin tamamında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir.

Şizofren hastaların medeni durumuna göre algıladıkları sosyal destekle ilgili olarak ulaşılabilen literatürde herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak medeni durum ile sosyal destek arasındaki ilişkiyi inceleyen ve çalışma bulgularımızla paralellik ya da farklılık gösteren çalışmalar mevcuttur. Taşkiran'ın (60) 2011 yılında gerçekleştirdiği çalışmada kanser hastası bireylerin medeni durumları incelendiğinde evli olanların ve olmayanların algıladıkları toplam sosyal destek istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çapraz'ın (65) 2011 yılında yaptığı çalışmada ise çalışmamızdaki bulgulara benzer bulgular elde edilmiştir. Buna göre; aile, arkadaş özel insan alt boyutunda ve ölçeğin tamamında alınan puan ortalamaları medeni durum değişkenine göre anlamlı fark göstermemiştir. Dedeli, Fadıloğlu ve Uslu'nun (78) 2008'de yaptığı çalışmada ölçekten alınan puan ve medeni durum arasında çalışmamıza benzer şekilde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadığı saptanmıştır. Ayaz, Yaman Efe ve Korukluoğlu'nun (81) 2008 yılında gerçekleştirdiği çalışmada algılanan sosyal destek ve katılımcıların medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı görülmüştür. Özbek Güni'nin (79) 2005'te yaptığı çalışmada ise toplam destek puanı ve medeni durum arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunduğu bildirilmiştir. Bursa'nın (75) 2010'da gerçekleştirdiği çalışmada fiziksel engelli bireylerin medeni durumuna göre algıladıkları sosyal destek puanları arasında anlamlı bir fark olduğu, boşanmış engelli bireylerin özel kişi desteği, arkadaş desteği ve toplam sosyal destek puanlarının düşük olduğu saptanmıştır. Çelik'in (77) 2015 yılında yaptığı çalışmada, grupların evli ve bekâr (bekâr ve boşanmış) olarak ele alındığında grup ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandığı, buna göre evli olanların aile puanları bekârların aile puanlarından yüksek bulunduğu bildirilmiştir.

Çalışmamızda alınan puanlar doğrultusunda aile ve arkadaş desteği alt boyutu ile ölçeğin tamamında en yüksek desteğin bekâr hastalarda bulunması, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmasa da literatürde sıklıkla karşılaşılan bir bulgu olmadığı söylenebilir. Sahip olunan kök aile varlığının yanında bireyin eş ve çocuklarıyla daha derin bağlar kurması ve bu doğrultuda evlilik bağlarının, bireyin algıladığı sosyal destek düzeyini pozitif yönde etkileyebileceği düşünülebilir (61). Ancak bekâr olan bireyin evli olan bireyden farklı olarak arkadaş desteğinin yüksek olması, evli bireyin kendisini ailesine (eşine ve çocuğuna) adanması ve arkadaşlarıyla kısıtlı zamanlarda vakit geçirmesiyle ilgili olduğu düşünülebilir. Aile desteği ile ilgili olarak ise sahip olunan

kök ailenin (ebeveynlerin), henüz birlikte yaşadıkları, hasta olan bekâr çocuklarına kendini adaması ve koşulsuz sevgi ve destek kaynağı olmasıyla açıklanabilir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Yapılan bu araştırma sonucunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

1) Şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek cinsiyete göre; özel insan, aile, arkadaş desteği alt boyutlarında ve ölçeğin tamamında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemiştir. Alınan puanlar incelendiğinde, ölçeğin tüm alt boyutlarında ve tamamında kadın hastaların aldıkları puanların daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

2) Şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek çalışma durumuna göre; özel insan ve aile desteği alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermezken, arkadaş desteği alt boyutunda ve ölçeğin tamamında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Alınan puanlar incelendiğinde, ölçeğin tüm alt boyutlarında ve tamamında çalışan hastaların aldıkları puanların daha yüksek olduğu saptanmıştır.

3) Şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek intihar girişiminde bulunup bulunmama durumuna göre; özel insan, aile, arkadaş desteği alt boyutlarında ve ölçeğin tamamında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemiştir. Alınan puanlar bazında, ölçeğin tüm alt boyutlarında ve tamamında intihar girişimi bulunan hastaların aldıkları puanların daha düşük olduğu görülmüştür.

4) Şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek gelir düzeyine göre; özel insan ve aile desteği alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermezken, arkadaş desteği alt boyutunda ve ölçeğin tamamında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Buna göre, gelir düzeyi orta olan şizofren hastaların sosyal destek algı düzeyleri, gelir düzeyi kötü olanlarınkinden arkadaş desteği alt boyutunda ve ölçeğin tamamında istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksektir. Alınan puanlar bazında da, en yüksek puanlar aile ve özel insan desteği alt boyutlarında ve ölçeğin tamamında gelir düzeyini orta olarak bildiren hastalarda, arkadaş desteği alt boyutunda gelir düzeyini iyi olarak bildiren hastalarda gözlemlenirken, en düşük puanlar özel insan ve aile desteği

alt boyutlarında gelir düzeyini iyi olarak bildiren hastalarda, arkadaş desteği alt boyutunda ve ölçeğin tamamında ise gelir düzeyini kötü olarak bildiren hastalarda gözlemlenmiştir.

5) Şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek eğitim durumuna göre; özel insan, aile, arkadaş desteği alt boyutlarında ve ölçeğin tamamında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemiştir. Alınan puanlar incelendiğinde en yüksek puanlar, özel insan desteği alt boyutunda eğitim durumu ilkokul olan hastalarda görülürken, arkadaş desteği alt boyutunda en fazla eğitim durumu yüksek öğretim olan hastalarda görülmüştür. Aile desteği alt boyutu ile ölçeğin tamamında ise en yüksek puanlara eğitim durumu okuryazar olan hastalardan ulaşıldığı görülmüştür.

6) Şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek medeni duruma göre; özel insan, aile, arkadaş desteği alt boyutlarında ve ölçeğin tamamında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemiştir. Alınan puanlar incelendiğinde en yüksek puanları, özel insan desteği alt boyutunda evli olan bireylerin aldığı, aile ve arkadaş desteği alt boyutları ile ölçeğin tamamında ise bekar olan bireylerin aldığı tespit edilmiştir.

7) Şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek; cinsiyete, intihar girişiminde bulunup bulunmama durumuna, eğitim durumuna ve medeni duruma göre tüm alt boyutlarda ve ölçeğin tamamında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemiştir. Ancak burada puan ortalamalarının az da olsa farklılık gösterdiği intihar girişiminde bulunup bulunmama değişkeni üzerinde durmakta fayda olacağı düşünülmüştür. Bu bağlamda; intihar girişimi bulunan hastaların algılanan sosyal destek puanlarının intihar girişimi bulunmayanlardan daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Buradan hareketle, algılanan sosyal destek düzeyinin düşük olmasının intihar girişimi ile bağlantılı olabileceği sonucuna ulaşılabilir.

6.2. Öneriler

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar doğrultusunda getirilebilecek **öneriler** aşağıda sıralanmıştır:

1) Şizofren hastaların algıladıkları sosyal destek ile çeşitli sosyodemografik veriler (cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu vb.) ve intihar arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmuştur. Bu durum, çalışma bulgularının tartışılmasını

güçleştirmiştir. Çalışma sürecinde bu konuda yaşanan zorluklar nedeniyle ileriki yıllarda literatüre benzer konularda çalışmaların kazandırılmasının şizofren hastaların tedavi seyri açısından önemli olabileceği düşünülmektedir.

2) Çalışma sürecinde yaşanan zorluklardan bir diğeri ise çalışmaya katılan kişi sayısının az olması sebebiyle verilerin homojen dağılım göstermesinde yaşanan güçlüklerdir. İleriki yıllarda yapılacak çalışmaların daha fazla katılımcıyla yapılması durumunda bu güçlüğün ortadan kaldırılabilceği düşünülebilir.

3) Sosyal destek, şizofreni gibi bireyin duygu, düşünce ve davranışlarını önemli derecede etkileyen bir hastalık için tedavi sürecinde önemli bir mekanizmadır. Hastalığı önlemede ve tedavi sürecinde önemli rol oynadığı söylenebilir. Birey, günlük hayatta karşılaştığı güçlükler ve stresli yaşam olaylarıyla baş edemediği noktada çevresindeki sosyal destek grupları ile işbirliği içerisinde ya da tamamen sosyal desteğin sorunu ortadan kaldırmaya yardımcı olmasıyla yaşadığı stresten kurtulur. Böylelikle bireyin stres kaynaklı çeşitli fiziksel ve ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasını sosyal desteğiyle önlediği söylenebilir. Tedavi süreci ile ilgili olarak, şizofreninin negatif semptomlarının iyileşmesi üzerinde ilaç tedavisinin etkin rol oynamadığı bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda negatif semptomların sosyal beceri eğitimiyle aşılabileceği bildirilmiştir. Şizofren bireyin hem ilaç tedavisinde hem de sosyal beceri eğitimlerini alırken, ilaç takibi, bireyin eğitimlere aktif katılımının takibi gibi konularda bireye destek olabilecek ve bu süreçte kimi zaman aktif rol alabilecek sosyal destek sistemlerine ihtiyaç duyulması göz ardı edilemez. Bu süreçte, bireyin sosyal beceri eğitimlerini alabileceği bir yer olarak hastanelerin ve derneklerin aktif rol almasının gerektiği düşünülmektedir. Yalnızca hasta bireye değil, mikro düzeyde aile fertlerine yönelik eğitim çalışmaları, mezo düzeyde hasta ve hastanın sosyal desteğine (aile, arkadaş vb.) yönelik grup çalışmaları ve makro düzeyde topluma yönelik eğitim çalışmaları ile toplumsal düzeyde oluşturulacak politikalarla hastalık hakkında toplumsal bir bilinçlenme sağlanabilir. Basit sorunlarıyla bile zaman zaman baş edemeyen şizofren bireyin üzerine bir de dışlanma, damgalanma gibi bireyin ruh sağlığını olumsuz etkileyecek durumların önüne geçilmesinin hastalığın seyri açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- 1) Javitt DC, Sweet RA. Auditory dysfunction in schizophrenia: Integrating clinical and basic features. *Nature Reviews Neuroscience*. 2015; 16 (9): 535-550.
- 2) Popovic D, Benabarre A, Crespo JM, Goikolea JM, Gonzalez-Pinto A, Gutierrez-Rojas L, Montes JM, Vieta E. Risk factors for suicide in schizophrenia: Systematic review and clinical recommendations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2014; 130: 418-426.
- 3) Güneş D. Şizofreni Hastalarının Yaşam Kalitesinin ve Sosyal İşlevselliğinin Objektif ve Subjektif Değerlendirmesi. 2010, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 6. Psikiyatri Birimi, Uzmanlık tezi, 86 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Solmaz Türkcan).
- 4) Balıkçı K. Şizofrenide Sosyal Bilişin Oksitosin ve Vazopressin Düzeyi ile İlişkisinin İncelenmesi. 2015, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, 101 sayfa, Manisa, (Prof. Dr. Ayşen Esen Danacı).
- 5) Taş S. Şizofreni Tedavisi Almış Bireylerin Taburculuk Sonrası Erken Dönemde Hemşirelik Bakım Gereksinimleri ve Öz-bakım Güçlerinin Belirlenmesi. 2014, Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 123 sayfa, Antalya, (Prof. Dr. Kadriye Buldukoğlu)
- 6) Öztürk HM. Şizofreni Hastalarında İntihar Girişiminin Pozitif ve Negatif Semptomlar, Depresyon, Umutsuzluk, İçgörü ve Bilişsel İşlevlerle İlişkisi. 2012, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, 71 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Nevzat Yüksel).
- 7) Kocatürk BK. Şizofreni Hastalarında İntihar Davranışının Bilişsel İşlevlerle İlişkisi. 2011, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıpta uzmanlık tezi, 109 sayfa, Eskişehir, (Prof. Dr. Gökay Aksaray).

- 8) Arsel CO, Durak Batıgün A. İntihar ve cinsiyet: Cinsiyet rolleri, iletişim becerleri, sosyal destek ve umutsuzluk açısından bir değerlendirme. Türk Psikoloji Dergisi. 2011; 26 (68): 1-10.
- 9) Selamet G. Kemoterapi Gören Kanserli Çocukların Annelerinin Algıladıkları Sosyal Desteğin ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. 2014, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 166 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Seyhan Hıdıroğlu).
- 10) Şizofreni Tedavisi, <http://www.antalyapsikiyatri.com/yetiskin-psikolojik-sorunlari/sizofreni-tedavisi>, Erişim Tarihi: 9 Ekim 2016.
- 11) Şizofreni ve Psikososyal Tedavi, <http://www.ipe.com.tr/tr/icerik/84/sizofreni-ve-psikososyal-tedavi>, Erişim Tarihi: 9 Ekim 2016.
- 12) Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 9. baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2002: s. 217-244.
- 13) Alıcıküşü AH. Şizofreni Hastalarının Psikiyatrik Tedavilere Olan Tutumları. 2009, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 61 sayfa, Gaziantep, (Doç. Dr. Osman Vırt).
- 14) Kaya Y. Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yükü. 2013, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 127 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Fatma Öz).
- 15) Owen R. Schizophrenia – From devilry to disease. Res Medica. 2014; 22 (1): 126-132.
- 16) Kyziridis TC. Notes on the history of schizophrenia. The German Journal of Psychiatry. 2005; 8: 42-48.
- 17) Umut G. Şizofreni Hastalarında İçgörü ile Depresyon ve Suisid İlişkisi. 2010, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 7. Psikiyatri Birimi, Uzmanlık tezi, 135 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Nesrin Karamustafaloğlu).

- 18) Güneyer D. Şizofreni Hastalarında Zihin Teoremi ve Bu Teoremin Düşünce-Dil Yapısı ile İlişkisi. 2015, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 160 sayfa, İzmir, (Prof. Dr. Berna Binnur Akdede).
- 19) Büyüksandıç Özşen P. Şizofren Hastaların Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Bilgileri, İnançları ve Yardım Arama Davranışları. 2013, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 113 sayfa, Gaziantep, (Yrd. Doç. Dr. Derya Tanrıverdi).
- 20) İnce YE. Suç İşleyen ve İşlemeyen Kadın Şizofreni Hastalarının Klinik ve Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması, Suç İşleme Açısından Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. 2015, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıpta uzmanlık tezi, 113 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Fatih Öncü).
- 21) Erenkuş S. Şizofreni, Bipolar Bozukluk, Depresyon Hastalarında D Vitamini Metabolizmasının Araştırılması. 2014, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Uzmanlık tezi, 123 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Hakan Balıbey)
- 22) Daşdemir S. Şizofreni ile Kemokin Genleri Arasındaki İlişkinin Araştırılması. 2013, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 75 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Bedia Ağaçhan).
- 23) Çatan Akgülle ÖB. Şizofreni Hastalarının Yakınlarında Duygu Dışavurumunun ve Aile İşlevselliğinin Suç İşleme Üzerine Etkisi. 2014, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıpta uzmanlık tezi, 126 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Fatih Öncü).
- 24) Atmaca GD. Şizofreni Hastalarında İntihar Olasılığının Depresyon ve İçgörüyü İlişkisi. 2016, Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 130 sayfa, Sakarya, (Yrd. Doç. Dr. Gülgün Durat).
- 25) Alper Y, Bayraktar E, Karaçam Ö. Herkes İçin Psikiyatri. 1. baskı. İstanbul: Gendaş Kültür, 2001: s. 111-113.
- 26) Kültür S, Mete L. Şizofreni. İçinde: Güleç C, Köroğlu E (Editörler). Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1997: s. 322-342.

- 27) Bornheimer LA, Nguyen D. Suicide among individuals with schizophrenia: A risk factor model. *Social Work in Mental Health*. 2016; 14 (2): 112-132.
- 28) Karaağaç Özçelik E. Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Kalitesi. 2015, Erzincan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 86 sayfa, Erzincan, (Doç. Dr. Arzu Yıldırım).
- 29) Kaplan HI, Sadock BJ. Klinik Psikiyatri. Abay E (Çeviri Editörü). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2004: s. 122-125.
- 30) Şimşek D. Şizofreni Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. 2006, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, 90 sayfa, Isparta, (Yrd. Doç. Dr. İbrahim Eren).
- 31) Güney M. Şizofreniler. İçinde: Sayıl I (Editör). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. 2. baskı. Ankara: Antıp A.Ş.; 2000: s. 178.
- 32) Işık E. Şizofreni. Ankara: Kent Matbaacılık, 1997: s. 3-15.
- 33) Özalp A. Sosyal Destek Gruplarından Yardım Alan ve Yardım Almayan Şizofreni Hastaları Bakım Verenlerinde Yaşam Kalitesi Yük ve Tükenmişlik Değerlerinin Karşılaştırılması. 2010, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, 54 sayfa, Ankara, (Doç. Dr. M. Ender Taner).
- 34) Yamaguchi T, Fujii C, Nemoto T, Tsujino N, Takeshi K, Mizuno M. Differences between subjective experiences and observed behaviors in near-fatal suicide attempters with untreated schizophrenia: A qualitative pilot study. *Annals of General Psychiatry*. 2015; 14: 17
- 35) Kasckow J, Felmet K, Zisook S. Managing suicide risk in patients with schizophrenia. *CNS Drugs*. 2011; 25 (2): 129-143.
- 36) Large MM, Ryan CJ. 'Heed not the oracle': Risk assessment has no role in preventing suicide in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2014; 130: 415-417.
- 37) Kocatürk BK, Eşsizoglu A, Aksaray G, Akarsu FÖ, Musmul A. Relationship suicide, cognitive functions, and depression in patients with schizophrenia. *Arch Neuropsychiatr*. 2015; 52: 169-173.

- 38) Hassan AN, Stuart EA, Luca VD. Childhood maltreatment increases the risk of suicide attempt in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2016; 176: 572-577.
- 39) Hunt IM, Kapur M, Windfuhr K, Robinson J, Bickley H, Flynn S, Parsons R, Burns J, Shaw J, Appleby L. Suicide in schizophrenia: Findings from a national clinical survey. *Journal of Psychiatric Practice*. 2006; 12 (3): 139–147.
- 40) Fındıkoğlu S. Şizofrenik Hastalarda Müzik Terapinin Ruhsal Durum Üzerine Etkileri. 2015, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 94 sayfa, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Sibel Doğan).
- 41) Arieti S. Bir Şizofreni Anlamak. Eti A (Çeviri editörü). 2. baskı. Doruk Yayınları, 2008: s. 84.
- 42) Kokurcan A. Şizofreni genetiğinde yeni gelişmeler ve bunların klinik uygulamaya etkisi. *New/Yeni Symposium Journal*. 2014; 52 (1): 17-23.
- 43) Howes OD, Williams M, Ibrahim K, Leung G, Egerton A, McGuire PK, Turkheimer F. Midbrain dopamine function in schizophrenia and depression: A post-mortem and positron emission tomographic imaging study. *Brain: A Journal of Neurology*. 2013; 136: 3242–3251.
- 44) Yavaşçı Öztepe E, Akkaya C. Şizofrenide serotoninin rolü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2012; 4 (2): 237-259.
- 45) Şizofreni, http://www.bursapsikiyatri.com/makale.php?id=78&k_id=225#.WB-RzNWLTIU, Erişim Tarihi: 6 Kasım 2016.
- 46) Amerikan Psikiyatri Birliği, Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.
- 47) Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Beşinci Baskı (DSM-V), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
- 48) Eliüşük A. Şizofrenili Hastası Olan Ailelerin Algılanan Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. 2008, Selçuk

Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 162 sayfa, Konya, (Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Izgar).

- 49) Tan Kartal N. Şizofreni Hastalarında İlgörünün Yaşam Niteliği, Depresyon ve Belirti Örüntüsü ile İlişkisi. 2013, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıpta uzmanlık tezi, 97 sayfa, İstanbul, (Uzm. Dr. Neşe Üstün, Uzm. Dr. Nezih Eradamlar).
- 50) Alptekin A, Üçok A, Ayer A, Ünal A, Erol A, Ensari H, Atmaca M, Devrimci Özgüven H. Psikiyatri polikliniğine yatırılan şizofreni ve psikotik bozukluğu olan hastaların tedavi rehberi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2014; 24 (3): 276-288.
- 51) Kavak F. Şizofreni Hastalarında Yoganın İşlevsel İyileşme Düzeyine Etkisi. 2016, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 80 sayfa, Erzurum, (Yrd. Doç. Dr. Mine Ekinci).
- 52) Esmek M. Psikiyatri Servisinde Yatan Şizofren Hastaların Yakınlarının Sosyal Destek ve Stresle Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi. 2007, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 86 sayfa, Konya, (Yrd. Doç. Dr. Havva Tel).
- 53) Lin N, Dean A, Ensel WM. Social support scales: A methodological note. Schizophrenia Bulletin. 1981; 7 (1): 73-89.
- 54) Aksoy A. Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İlaç Uyumu ve Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi. 2013, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 97 sayfa, Sivas, (Doç. Dr. Meral Kelleci).
- 55) Çay M. Evden Kaçan 12-18 Yaş Arasındaki Çocukların Sosyodemografik Özellikler ve Algıladıkları Sosyal Destek Açısından İncelenmesi (Antalya İli Örneği). 2015, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 108 sayfa, Konya, (Prof. Dr. Aliye Mavili).
- 56) Rees T. Hardly L. An examination of the social support experiences of highlevel sports performers. The Sport Psychologist. 2000; 14: 327-347.

- 57) Atlı Özbaş A. Meme Kanseri Hastalarının Distres ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi. 2008, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 94 sayfa, Ankara, (Yrd. Doç. Dr. Nermin Gürhan).
- 58) Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001; 12 (1): 17-25.
- 59) Kılınç G. Psikiyatri Hastalarının Tedaviye Uyumunda Sosyal Desteğin Etkisi. 2015, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 59 sayfa, Malatya, (Doç. Dr. Rukuye Aylaz).
- 60) Taşkırın H. Kanserli Bireylerde Algılanan Sosyal Desteği Etkileyen Bazı Etmenlerin İncelenmesi: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesi Örneği. 2010, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 160 sayfa, Ankara, (Doç. Dr. Sunay İl).
- 61) Gümüş H. Evli Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ve Yaşam Doyumları ile Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki. 2015, Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 100 sayfa, Yalova, (Doç. Dr. Fethi Güngör).
- 62) Kırbaş ZÖ. Down Sendromlu Çocukların Annelerinin Aile İşlevlerini Algılama ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. 2013, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 94 sayfa, Erzurum, (Yrd. Doç. Dr. Hava Özkan).
- 63) Kamenov K, Cabello M, Caballero FF, Cieza A, Sabariego C, Raggi A, Anczewska M, Pitkänen T, Ayuso-Mateos JL. Factors related to social support in neurological and mental disorders. Plos One. 2016; 11 (2): 1-13.
- 64) Marsella AJ, Snyder KK. Stress, social supports and schizophrenic disorders: Toward an interactional model. Schizophrenia Bulletin. 1981; 7 (1): 152-163.
- 65) Çapraz R. Beyin Tümörlü Hastaların Sosyal Destek Sistemleri ve Benlik Saygıları. 2011, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 101 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Deniz Şelimen).

- 66) Alınmış RK. The Explanatory Relationship Among Self-esteem, Problem Solving, Ways of Coping, Social Support and Suicidal İdeation of Patients with Schizophrenia. 2011, Middle East Technical University, The Graduate School of Social Sciences, Master's thesis, 118 pages, Ankara, (Prof. Dr. Hürol Fışiloğlu).
- 67) İbadi Teke Y. Şizofreni Hastalarında Sosyal Yönelme ve Kaçınma Davranışının Nöropsikolojisi ve Nörofizyolojisi. 2015, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 154 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Hüsnü Erkmen, Yrd. Doç. Dr. Cumhuri Taş).
- 68) Aydoğdu H. Madde Kullanım Bozukluğu Olan ve Olmayan Ergenlerin Bağlanma Stilleri Yönünden Karşılaştırılması. 2013, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 136 sayfa, İzmir, (Prof. Dr. M. Olcay Çam).
- 69) Kara N. Şizofrenide duygu dışavurumu: Sosyodemografik ve klinik özellikler ile ilişkisi. Yeni Tıp Dergisi. 2014; 31: 96-101.
- 70) Muslu S. Şizofrenide Sosyal Desteğin ve Aile Tutumunun Hastanın Tedaviye Uyumu Üzerindeki Etkisinin Araştırılması. 2010, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 88 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Engin Turan).
- 71) Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemi. 20. baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2009: s. 77.
- 72) Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler için Veri Analizi Elkitabı. 10. baskı. Ankara: Pegem Akademi, 2009.
- 73) Büyüköztürk Ş, Bökeoğlu Çokluk Ö, Köklü N. Sosyal Bilimler için İstatistik. 4. baskı). Ankara: Pegem Akademi, 2009.
- 74) Kayri M. Araştırmalarda gruplar arası farkın belirlenmesine yönelik çoklu karşılaştırma (post-hoc) teknikleri. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2009; 19 (1): 51-64.
- 75) Bursa D. Fiziksel Engelli Bireylerde Depresyon ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi. 2010, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 106 sayfa, Konya, (Prof. Dr. Çiğdem Arıkan).

- 76) Yıldız E. Diyabetik Ayak Gelişen Hastalarda algılanan Sosyal Destek ile depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. 2012, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 154 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Türkinaz Atabek Aştı).
- 77) Çelik M. İmplant Edilebilen Kardiyoverter Defibrilatör (Icd) Hastalarında Algılanan Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyleri. 2015, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 122 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Nuray Enç).
- 78) Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Uslu R. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi. 2008; 23 (3): 132-139.
- 79) Özbek Güni Ö. Kanserli Birey ve Ailelerinin Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. 2005, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 173 sayfa, Ankara, (Doç. Dr. Aliye Mavili Aktaş).
- 80) Çınar İ. Şizofreni Hasta Ailelerinin Bakım Yükleri ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. 2011, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 126 sayfa, İzmir, (yrd. Doç. Dr. Gönül Özgür).
- 81) Ayaz S, Yaman Efe Ş, Korukluoğlu S. Jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2008; 28 (6): 880-885.
- 82) Öztunç G, Yeşil P, Paydaş S, Erdoğan S. Social support and hopelessness in patients with breast cancer. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2013; 14 (1): 571-578.
- 83) Oruçlu D. Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Antenatal Kliniğinde Yatan Riskli Gebelerde Algılanan Sosyal Destek ile Stresle Baş Etme Düzeyleri Arasındaki İlişki. 2011, Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 95 sayfa, Şanlıurfa, (Doç. Dr. Fügen Göz).
- 84) Katapodi MC, Facione NC, Miaskowski C, Dodd MJ, Waters C. The influence of social support on breast cancer screening in a multicultural community sample. Oncology Nursing Forum. 2002; 29 (5): 845-852.

- 85) Bulut D. Kanser Hastalarında Tedaviye Yönelik Karar Verme Sürecinde Desteğin Önemi. 2012, Ege Üniversitesi, Sağlık bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 134 sayfa, İzmir, (Prof. Dr. Hayriye Elbi).
- 86) Çan Aslan Ç. Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Anne ve Babaların Psikolojik Belirtileri, Sosyal Destek Algıları ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Karşılaştırılması. 2010, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 125 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Yaşar Özbay).
- 87) Drageset S, Lindström TC. Coping with a possible breast cancer diagnosis: Demographic factors and social support. *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 51 (3): 217–226.
- 88) McNeely C, Falci C. School connectedness and transition into and out of health-risk behavior among adolescents: A comparison of social belonging and teacher support. *Journal of School Health*. 2004; 74 (7): 284-292.
- 89) Karacabey Ç. Ortaöğretim Öğrencilerinin Aileden Algıladıkları Sosyal Destek ile İntihar Olasılığı Davranışı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (İstanbul İli Tuzla İlçesi Örneği). 2012, Yeditepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 105 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Halil Ekşi).
- 90) Arsel CO. İntihar Olasılığı ve Cinsiyet: İletişim Becerileri, Cinsiyet Rollerini, Sosyal Destek ve Umutsuzluk Açısından Bir Değerlendirme. 2010, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 123 sayfa, Ankara, (Doç. Dr. Ayşegül Durak Batıgün).

EKLER

Ek-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmanın Adı : İntihar Girişiminde Bulunmuş ve Bulunmamış Şizofren Hastaların Sosyal Destek ve Bazı Sosyodemografik Özellikler Açısından Karşılaştırılmaları (Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Örneği)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu çalışmada, Gaziantep Üniversitesi'nde ayakta ya da yatarak tedavi alan, intihar girişimi olan ve olmayan şizofreni tanılı hastalarla yapılacak görüşmeler neticesinde sosyal desteğin ve bazı sosyodemografik özelliklerin intihar üzerinde etkili olup olmadığının incelenmesi amaçlanmıştır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ayakta ya da yatarak tedavi alan 18-65 yaş arası, intihar girişiminde bulunan veya bulunmayan, şizofreni tanısı almış hasta olmanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde size Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) ve Sosyodemografik Veri Formu uygulanacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırmada güvenilir sonuçlar elde edebilmek için sorulara doğru yanıtlar vermek sizin sorumluluklarımızdır.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 60'tır.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 15 dk'dır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için beklenen yarar; çalışmadan çıkarılacak sonuçlar doğrultusunda getirilebilecek önerilerin, ileriki yıllarda hastalığın tedavi seyrini değiştirmesi beklenebilir.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız, gebe kalmanız veya çalışma ilacı ile ilgili bir yan etkiye maruz kalmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle araştırmacı sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

YENİ BULGULAR

Araştırma sürecinde yapılan tedavi/uygulamaya yönelik sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmanın Adı : İntihar Girişiminde Bulunmuş ve Bulunmamış Şizofren Hastaların Sosyal Destek ve Bazı Sosyodemografik Özellikler Açısından Karşılaştırılmaları (Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Örneği)

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığımızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 03425175400/1649 no.lu telefondan Murat SOYSAL'a başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmemiz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmamız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MIDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz (tedavinin gizli olması durumunda, gönüllüye kendine ait tıbbi bilgilere ancak verilerin analizinden sonra ulaşabileceği bildirilmelidir).

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 2 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmanın Adı : İntihar Girişiminde Bulunmuş ve Bulunmamış Şizofren Hastaların Sosyal Destek ve Bazı Sosyodemografik Özellikler Açısından Karşılaştırılmaları (Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Örneği)

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

RIZA ALMA İŞLEMİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

Ek-2: Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik Veri Formu

- 1) Yaş?
 - a) 18-25
 - b) 26-35
 - c) 36-45
 - d) 46-55
 - e) 56-65
- 2) Cinsiyet? (Cevabınız kadın veya diğer ise 3. soruyu geçiniz.)
 - a) Kadın
 - b) Erkek
 - c) Diğer (belirtiniz)
- 3) Askerlik durumunuz nedir?
 - a) Yapıldı
 - b) Yapılmadı - tecilli
 - c) Yapılmadı - yaş beklenmekte
 - d) Diğer (belirtiniz)
- 4) Medeni Durumunuz?
 - a) Evli
 - b) Bekar
 - c) Boşanmış
 - d) Eşinden ayrı yaşıyor
 - e) Dul
 - f) Diğer (belirtiniz)
- 5) Aile türü?
 - a) Çekirdek
 - b) Geniş
 - c) Diğer (belirtiniz)
- 6) Aşağıdaki durumlardan hangisi size uymaktadır?
 - a) Anne ve baba sağ
 - b) Anne ölü baba sağ
 - c) Anne sağ baba ölü
 - d) Anne ve baba ölü
- 7) Eğitim durumunuz?
 - a) Okuryazar değil
 - b) Okuryazar
 - c) İlkokul
 - d) Ortaokul
 - e) Lise
 - f) Üniversite
 - g) Lisansüstü
 - h) Diğer (belirtiniz)

- 8) Şu an yaşadığımız yer?
a) Köy
b) Kasaba
c) Şehir
d) Büyükşehir
e) Diğer (belirtiniz)
- 9) Kendinize göre gelir düzeyiniz nedir ?
a) Kötü
b) Orta
c) İyi
- 10) Herhangi bir iŐte çalıŐıyor musunuz?
a) Evet
b) Hayır
- 11) Mesleğiniz?
a) Ev hanımı
b) ğrenci
c) İŐŐi
d) Memur
e) Emekli
f) Esnaf
g) Serbest
h) İŞsiz
i) Diğer (belirtiniz)
- 12) Konut mülkiyeti?
a) Evet
b) Hayır
c) Diğer (belirtiniz)
- 13) Daha önce intihar girişiminde bulundunuz mu? (Cevabınız hayır ise 14. Soruyu geçiniz.)
a) Evet
b) Hayır
- 14) Kaç kez intihar girişiminde bulundunuz?
.....
- 15) Kullandığımız yöntem ne idi?
.....
- 16) Ailenizde intihar öyküsü (girişimi) olan kimseler var mı?
a) Evet
b) Hayır
- 17) Alkol ve/ya madde kötüye kullanımı (bağımlılığı) yknz var mı?
a) Evet
b) Hayır
c) Diğer (belirtiniz)

Ek-3: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

Ek-4: Etik Kurul Onayı

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İntihar Girişiminde Bulunmuş ve Bulunmamış Şizofren Hastaların Sosyal Destek ve Bazı Sosyodemografik Özellikler Açısından Karşılaştırılmaları (Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Örneği)	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	112	
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi 2. Kat Şehitkamil/Gaziantep
	TELEFON	0342 360 07 53 / 77704
	FAKS	0342 360 39 27
	E-POSTA	gaunetikkurul@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Ahmet ÜNAL			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gaziantep Üniveritesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
DİĞER İSE BELİRTİNİZ:					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ

İmza:



Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		İntihar Girişiminde Bulunmuş ve Bulunmamış Şizofren Hastaların Sosyal Destek ve Bazı Sosyodemografik Özellikler Açısından Karşılaştırılmaları (Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Örneği)	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		112	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	
	BIYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>	
	ILAN	<input type="checkbox"/>	
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
DİĞER:	<input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015 /112	Tarih: 06.04.2015	
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.		

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ	FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr.Ercan SIVASLI	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Mehmet KESKİN	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr.Feridun IŞIK	GÖĞÜS CERRAHI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. .Dr. İlker SEÇKİNER	ÜROLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ramazan BAL	FİZYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Bünyamin KISACIK	İÇ HASTALIKLARI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Yasemin ZER	MİKROBİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Seval KUL	BIYOİSTATİSTİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr Betül TAŞ	AĞIZ DIŞ ve ÇENE CERRAHİSİ	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm.Dr. Cahide Elif ORHAN	FARMAKOLOJİ	Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/>	K x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Eyüp ÇELİK	AVUKAT	Gaziantep Barosu	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Baha Günhan GÜNGÖRDÜ	İNŞ.MÜH (sivil Üye)	GASKİ	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ
İmza:

E-ten teslim aldım.
Murat SOYSAL

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Ek-5: Etik Kurul Çalışma Adı Değişikliği Onayı

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Şizofren Hastaların Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi (Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Örneği)	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	303	
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi 2. Kat Şehitkamil/Gaziantep
	TELEFON	0342 360 07 53 / 77704
	FAKS	0342 360 39 27
	E-POSTA	gaunetikkurul@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Ahmet ÜNAL			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz :					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DIĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama		

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ
İmza:

Not: Etik kurul başkanı imzasını yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Şizofren Hastaların Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi (Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Örneği)	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		303	
KARAR BİLGİLERİ	SIGORTA	<input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>	
	İLAN	<input type="checkbox"/>	
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/>	"İntihar Girişiminde Bulunmuş ve Bulunmamış Şizofren Hastaların Sosyal Destek ve Bazı Sosyodemografik Özellikler Açısından Karşılaştırılmaları (Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Örneği)" olan çalışmanın başlığının değiştirilme sunumu.	
Karar No:2016 /303	Tarih: 14.11.2016		
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmannın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmannın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki			Katılım *		İmza
			E <input type="checkbox"/>	K x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ	FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Prof.Dr. Mehmet KESKİN	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr.Feridun İŞİK	GÖĞÜS CERRAHI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Prof. .Dr. İlker SEÇKİNER	ÜROLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Ramazan BAL	FİZYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Prof. .Dr. Yasemin ZER	MİKROBİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Zeynel Abidin ÖZTÜRK	İÇ HASTALIKLARI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E x <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Doç.Dr.Seval KUL	BIYOİSTATİSTİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Yrd. Doç. Dr Betül TAŞ	AĞIZ DIŞ ve ÇENE CERRAHİSİ	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	Kx <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Uzm.Dr. Cahide Eri ORHAN	FARMAKOLOJİ	Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/>	K x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Eyüp ÇELİK	AVUKAT	Gaziantep Barosu	Ex <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
İrem ELBEYLI	MİMAR	Gaziantep Büyükşehir Belediyesi	E <input type="checkbox"/>	Kx <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H x <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Elden teslim alındı.
Murat SOYSAY

ÖZGEÇMİŞ

1989 yılında Gaziantep'in Şehitkâmil ilçesinde doğdu. İlköğretim ve lise öğrenimini Gaziantep'te tamamladı. 2013 yılında Hacettepe Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü'nden mezun oldu. Lisans eğitimi sırasında Erasmus programıyla gittiği Almanya'da Katolische Hochschule für Sozialwesen Berlin'de bir dönem eğitim aldı. 2013 yılında Gaziantep Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Nizip Devlet Hastanesi'nde göreve başladı ve halen devam etmektedir.



