



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK ŞİZOFRENİ HASTALARINDA BİLİŞSEL İÇGÖRÜ,
YETİ YİTİMİ VE ÖZNEL İYİLEŞMENİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

İBRAHİM ERDEM CANDAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. SEMRA KARACA

2019 – İSTANBUL



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK ŞİZOFRENİ HASTALARINDA BİLİŞSEL İÇGÖRÜ,
YETİ YİTİMİ VE ÖZNEL İYİLEŞMENİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

İBRAHİM ERDEM CANDAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. SEMRA KARACA

2019 – İSTANBUL

TEZ ONAYI

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Tez Sahibi : İbrahim Erdem CANDAN
Tez Başlığı : Kronik Şizofreni Hastalarında Bilişsel İçgörü Yeti Yitimi ve
Öznel İyileşmenin Değerlendirilmesi
Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Sınav Tarihi : 05.07.2019

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı) **Kurumu**
Doç. Dr. Semra KARACA Marmara Üniversitesi

Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)
Doç. Dr. Gül ÜNSAL BARLAS Marmara Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Yüksel CAN ÖZ Kocaeli Üniversitesi

İmza

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 31 Temmuz 2019 tarih ve 103 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

-Sınav evrakları 3 iş günü içinde ıslak imzalı tek kopya halinde Enstitüye teslim edilmelidir.
-Bu form bilgisayar ortamında doldurulacaktır.

I. BEYAN

BEYAN

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

İbrahim Erdem Candan



II. TEŞEKKÜR

Ders ve araştırma süresince tez danışmanlığımı üstlenen ve tezin sonlandırılmasında yardım ve önerileriyle çok değerli katkılar sunan sayın tez danışmanım Doç. Dr. Semra KARACA'ya,

Ders aşamasında ve sonrasına engin bilgilerini ve desteğini eksik etmeyen değerli hocam Doç. Dr. Gül ÜNSAL'a,

Araştırmam boyunca her türlü fedakarlığı sunan Arş.Gör.hocalarım Esen ÖNGÜN ve Gülçin KORKMAZ'a,

Verilerimi toplamamda yardımcı olan Beylerbeyi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ndeki çok değerli mesai arkadaşlarıma ve danışanlarıma,

Desteklerini bir an olsun eksik etmeyen annem, babam, ağabeyim ve ablama,

Her zaman yanımda olan ve adeta yaşam koçu gibi sürekli teşviki ve motivasyonu ile tezimi bitirmeme katkı veren değerli eşim Merve CANDAN'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

İbrahim Erdem CANDAN

İÇİNDEKİLER

II. TEŞEKKÜR	i
V. KISALTMALAR LİSTESİ.....	iv
VI. TABLOLAR.....	v
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT.....	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER.....	6
4.1 Şizofreni Tanımı	6
4.2 Tarihçesi.....	6
4.3 Epidemiyolojisi	7
4.4 Etiyoloji.....	8
4.5 Prognoz ve Sonlanım	9
4.6 Şizofreni Tedavisi	10
4.6.1 İlaç Tedavisi.....	10
4.6.2 Elektrokonvulsif Tedavi (EKT)	10
4.6.3 Psikososyal Tedaviler	11
4.7 Şizofreni ve Bilişsel İçgörü.....	13
4.8 Şizofreni ve Yeti Yitimi	14
4.9 Şizofreni ve Özel İyileşme	16
4.10 Şizofrenide Hemşirelik Yaklaşımı	18
5 GEREÇ ve YÖNTEM	20
5.1 Araştırmanın Türü.....	20
5.2 Araştırmanın Soruları.....	20
5.3 Araştırmanın Bağımlı-Bağımsız Değişkenleri	20
5.4 Araştırmanın Evren ve Örneklemi	20
5.5 Araştırmaya Alınma Kriterleri	21
5.6 Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri	21
5.7 Araştırmanın Yapıldığı Tarih ve Etik Yönü.....	21
5.8 Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Formları	22
5.8.1 Verilerin Toplanması	22
5.8.2 Veri Toplama Formları	22

5.9	Verilerin Değerlendirilmesi	24
5.10	Araştırmanın Sınırlılıkları	24
6	BULGULAR.....	25
7.	TARTIŞMA ve SONUÇ	32
8.	KAYNAKLAR.....	40
	EKLER.....	49
	ÖZGEÇMİŞ.....	61



V. KISALTMALAR LİSTESİ

BBİÖ	:	Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
BBİÖ	:	Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği
KYYÖT	:	Kısa Yeti Yitimi Ölçeği Toplam
KYYÖ	:	Kısa Yeti Yitim Ölçeği
ÖİÖT	:	Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Toplam
ÖİÖ	:	Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği
İD	:	İçgörü Düzeyi
KE	:	Kendinden Eminlik
KİE	:	Kendini İfade Etme
TRSM	:	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
Min	:	Minimum
Max	:	Maksimum
Ort	:	Ortalama
S.S.	:	Standart Sapma
ANA	:	Amerikan Hemşireler Birliği
Ark	:	Arkadaşları
WHO-DAS II	:	Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi

VI. TABLOLAR

Tablo 1. Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı.....	24
Tablo 2. Hastalığa İlişkin Özelliklerin Dağılımı.....	25
Tablo 3. BBİÖ, ÖİÖ, KYYÖ Puanlarının Dağılımı.....	26
Tablo 4. KYYÖ Kesme Noktasına Göre Dağılım.....	27
Tablo 5. Hastaların Tedavi Süresine Göre BBİÖ, ÖİÖ, KYYÖ Puanlarının Karşılaştırılması	28
Tablo 6. Yaş, Tanı Süresi, Başlangıç Yaşı ve BBİÖ, ÖİÖ, KYYÖ Puanları Arasındaki İlişkiler	29
Tablo 7. BBİÖ, ÖİÖ, KYYÖ Puanları Arasındaki İlişkiler.....	30

1. ÖZET

KRONİK ŞİZOFRENİ HASTALARINDA BİLİŞSEL İÇGÖRÜ, YETİ YİTİMİ VE ÖZNEL İYİLEŞMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İbrahim Erdem Candan

Danışman: Doç. Dr. Semra KARACA

Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Bölümü

Giriş: Şizofreni, genç yaşta ortaya çıkması ve bilişsel bozulmalarla birlikte yeti yitimine sebep olabilen kronik seyirli bir hastalıktır. Hastaların, şizofreni hastalığıyla yaşamaları konusundaki adaptasyonu önemlidir.

Amaç: Şizofreni hastalarının bilişsel içgörü, yeti yitimi ve öznel iyileşme düzeyleri belirlenerek, bu parametrelerin birbirleri arasındaki ilişkilerinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

Yöntem: Tanımlayıcı kesitsel bir çalışma olan bu araştırma, İstanbul'da bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini merkeze kayıtlı hastalar (N=250), örneklemini ise merkeze kayıtlı, evren içerisinden araştırma kriterlerini taşıyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 137 birey oluşturmaktadır. Veriler, Tanıtıcı Bilgi Formu, Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği, Kısa Yeti Yitimi Ölçeği ve Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği ile toplanmıştır. Veriler, tanımlayıcı istatistik analizler, ShapiroWilk-W testi, Spearman korelasyon analizi, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların %78.1'i erkek, %40.6'sı ilköğretim mezunu, %72,3'ü bekar, %78,1'i ailesiyle yaşamakta, %82.5'i işsizdir ve yaş ortalamaları $42,01 \pm 10.44$ 'tür. Hastaların tedavi süresine göre KYYÖ toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. BBIÖ'nin içgörü düzeyini gösteren bileşik indeks puan ortalaması -1.75 ± 6.18 'dir. Hastaların içgörü düzeyi oldukça düşüktür. Yeti yitimi düzeylerine göre bilişsel içgörü düzeyi ($KW-X^2=12.954$; $p=.005$) ve öznel iyileşme ($KW-X^2=17.405$; $p=.001$) toplam ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Sonuç: Hastaların yeti yitimi ile öznel iyileşme puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuş olup; öznel iyileşme puanları yükseldikçe, yeti yitimi puanları düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, bilişsel içgörü, yeti yitimi, öznel iyileşme

2. ABSTRACT

COGNITIVE INSIGHT, DISABILITY AND SUBJECTIVE RECOVERY IN PATIENTS WITH CHRONIC SCHIZOPHRENIA

İbrahim Erdem CANDAN

Ass. Dr. Semra KARACA

School of Nursing, Department of Psychiatry Nursing

Indroduction: Schizophrenia is a chronic disease that can lead to loss of disability with its emergence at a young age and cognitive impairment. Adaptation of patients to living with schizophrenia is important.

Aim: The aim of study was to determine the cognitive insight, disability and subjective recovery levels of schizophrenia patients and to evaluate the relationship between these parameters.

Method: This is a study conducted at a Community Mental Health Center in Istanbul. The universe of there search is based on the companies of the center (N= 250), the sample of 137 individuals settled in the center, ful filling the research criteria with in the universe and volunteering to participate in the research. Data were collected using the Descriptive Information Form, Beck Cognitive Insight Scale, Brief Disability Scale and Subjective Healing Assessment Scale. Data were analyzed with descriptive statistical analysis, ShapiroWilk-W test, Spearman correlation analysis, Mann Whitney U test and Kruskal Wallis test.

Results: There was a negative correlation between disability and subjective recovery scores of the patients; as subjective recovery scores increase, disability scores decrease.

Keywords: Schizophrenia, cognitive insight, disability, subjective recovery

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Şizofreni; biliş, duygu, algı ve davranışları etkileyen, farklı klinik tablolarla ortaya çıkabilen kronik psikiyatrik bir hastalıktır (Ayano, 2016; Summakoglu, 2018; Sakarya, 2012). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre şizofreninin dünya çapında 21 milyonu aşkın insanı etkilediği düşünülmektedir (https://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/Erişim Tarihi: 26 Haziran, 2019). Şizofreni hastalığı genellikle geç ergenlik ve erken erişkinlik dönemlerinde başlamakla birlikte, erkeklerde görülme sıklığı kadınlara oranla bir buçuk kat fazladır (Dziwota ve ark., 2018; Sakarya, 2012). Ayano(2016)'un aktardığına göre;şizofreni aynı zamanda Dünya Sağlık Örgütü'nün Küresel Hastalık Yüklü çalışmasında en fazla yeti yitimine yol açan ilk on hastalık arasında yer almaktadır.Şizofreni, bağımsız yaşam, yakın ilişkiler, sosyal ve mesleki işlevsellik gibi birçok işlevsel alanı olumsuz yönde etkileyen ve yeti yitimine yol açan engelleyici bir hastalıktır (Cannavo ve ark., 2015). Şizofreni ile ilişkili bozuklukların büyüklüğü ve yaygınlığı, mevcut tedavilerin sınırlı etkinliği ve stigma prevalansı göz önünde bulundurulduğunda, şizofreni hastaları hastalık semptomlarının da ötesine ulaşan çeşitli psikososyal sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar (Switaj ve ark., 2013).

Şizofreni sebep olduğu bilişsel bozulma nedeniyle bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyen ciddi bir sağlık sorunudur (Dziwota ve ark. 2018). Bu etkilenme genellikle kişisel, sosyal ve ekonomik yük ile ilişkilendirilmektedir (Rajji ve ark., 2015). Şizofreni hastalığı bireyin muhakeme yetisinin bozulmasıyla sosyal sorunlara, baş etme gücünün azalmasıyla işlevsellikte kayıplara ve bununla beraber mesleki, akademik ve ailevi sorunlara da neden olmaktadır (Kaya, 2013). İşlevsellikte bozulmaya bağlı olarak özbakım eksikliği, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe, sosyal geri çekilme, kişilerarası ilişkilerde aksaklık, toplumsal rollerini yerine getirememe ve işgörmezlik gibi engeller ortaya çıkmaktadır (Shihabuddeen ve ark., 2012; Yılmaz, 2016).

Şizofreni hastalığının en büyük sorunlarının bir diğeri de içgörü eksikliğidir (Beck ve ark., 2004). Genel olarak içgörü, hastanın hastalığının doğasını, önemini ve ciddiyetini anlama kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Jacob, 2016). İçgörü kavramı birçok araştırmada hastalığın kabulü, tedavinin kabulü ve belirtilerin hastalıkla ilişkisini boyutlarında incelenir. Çoğunlukla şizofreni hastalarında klinik alanda klinik içgörü ve kişinin kendi deneyimlerini ve bilişini değerlendiren bilişsel içgörü kavramı oldukça önemlidir (Zhang ve ark., 2016). Bilişsel içgörü, bireyin yanlış yorumlamaları, gerçek dışı inanç ve düşünceleri değerlendirme yeterliliğidir. Bu değerlendirmeler kişilerin kendilerini yanlış yorumlamalardan uzaklaştırıp yeniden yorumlama kabiliyeti kazanma gibi bir bilişsel sürece dayanmaktadır (Beck ve ark., 2004). Yapılan bir araştırmaya göre şizofreni hastalarının büyük bir kısmı kültürel farklılıklardan bağımsız olarak hastalığa ilişkin zayıf bir içgörü sergilemektedirler. Aslan ve Altınöz, (2010)'ın aktardığına göre; Bleuler, remisyon halindeki şizofreni hastasının gerçek dışı inanışları ve davranışları kavrayabileceğini fakat bir şekilde hastalık atağı tekrarladığında hastanın kazanmış olduğu içgörüyü kaybedebileceğini savunur. Şizofrenide zayıf içgörü yaşam kalitesi, tedavi uyumu, hastaneye yeniden yatışları ve hastalığın klinik seyrini olumsuz yönde etkiler (Joseph, 2015).

Şizofreni, semptomları sebebiyle yeti yitimi ile seyreden bir prognoza sahip gibi görünse de, yapılan tedavi ve bakımlarla iyileşme ve yeniden sosyalleşme birçok vakada mümkündür (Beck ve ark., 2004; Mohr ve ark., 2018). Ruhsal hastalıklarda iyileşme genel anlamda hasta bireylerin kendi topluluklarında yaşayabilecekleri, çalışabilecekleri, öğrenebilecekleri ve tam olarak katılım sağlayabilecekleri bir süreç olarak tanımlanmaktadır fakat iyileşme tanımları bireyler arası farklılıklar gösterebilmektedir. Bazı bireyler için iyileşme yeti yitimine rağmen tatmin edici ve üretken bir yaşam sürdürme yeteneğidir. Bazıları içinse hastalık semptomlarının azalması veya tamamen ortadan kalkması anlamına gelmektedir (Jenkins ve ark., 2005).

Öznel iyileşme temel olarak, ümitlilik ve otonomi üzerine kurulu, anlamlı bir yaşam ve pozitif bir kimlik duygusu oluşturmaya anlamına gelmektedir (Temesgen ve ark., 2018). Öznel iyileşme hastanın kendi iyileşme sürecinden beklentilerini ve iyileşme programlarına etkin katılımını etkileyebilecektir. Bu

bağlamda; kronik şizofreni hastalarında bilişsel içgörü, yeti yitimi ve öznel iyileşmenin ilişkisini belirlemenin, etkili tedavi müdahalelerinin oluşturulmasında merkezi bir öneme sahip olduğu düşünülebilir.

Şizofreni ve bilişsel içgörü Aslan ve Altınöz (2010), Beck ve ark. (2004), Belene (2009), Bora ve ark. (2007), Çam ve ark. (2018), Joseph ve ark. 2015, Özak (2019), Palmer ve ark. (2015), Sakarya (2012), Sönmez (2009), Vohs ve ark. (2016), Yılmaz (2016), Zhang ve ark. (2016), şizofrenide bilişsel içgörü ve öznel iyileşmeyi İpçi ve ark. (2018), şizofrenide öznel iyileşme ve yeti yitimi Nowak ve ark. (2016), Passerieux ve ark. (2018) araştırmış ve literatürde yerini almıştır. Bununla birlikte bilişsel içgörü, yeti yitimi ve öznel iyileşmeyi birlikte ele alan çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu araştırmada, şizofreni hastalığına sahip bireylerin bilişsel içgörü, yeti yitimi ve öznel iyileşme düzeylerini incelemek ve aralarındaki ilişkileri değerlendirmek amaçlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde şizofreni tanımı, etiyolojisi, epidemiyolojisi, prognoz ve sonlanım, tedavi ve rehabilitasyon süreçleri literatür doğrultusunda ele alınmış; şizofrenide bilişsel içgörü, yeti yitimi ve öznel iyileşme ve güncel literatür sunulmuştur.

4.1 Şizofreni Tanımı

Şizofreni, genetik ve çevresel faktörlerin veya her ikisinin sebep olduğu beyin gelişiminin bozulmasından kaynaklanan, biliş, duygu, algı ve davranışları etkileyen ve farklı klinik tablolarla ortaya çıkabilen psikiyatrik bir hastalıktır. Şizofreni; sanrı, kavramsal karmaşalar, düzensiz konuşma, görsel ve işitsel halüsinasyon gibi bir dizi semptom ile karakterize, biliş ve davranışın etkilendiği kronik zihinsel bir bozukluktur (Ayano, 2016; Krishna ve ark., 2014; Owen ve Lancet, 2016).

Şizofreni semptomları temel olarak pozitif ve negatif semptomlar olmak üzere iki grupta incelenebilir (Sönmez, 2009; Michele, 2011). Pozitif belirtiler, hezeyanlar, halüsinasyonlar, düşünce ve davranış bozukluklarını kapsamaktadır. Halüsinasyonlar, dış uyaran olmadan deneyimlerle karakterize edilen işitsel, duyuşsal, görsel nitelikte olabilmektedir (Michele, 2011; Belene, 2009). Negatif belirtiler ise, duygularda küntlük, ilgisizlik, sosyal işlevselliğin azalması, motivasyon eksikliği, iletişimin azalması, yavaş hareketler, kötü özbakım gibi normal işlevlerin azalıp yok olmasına sebep olan belirtilerin toplamıdır (Michele, 2011).

4.2 Tarihçesi

M.Ö. 1500'lü yıllarda Hint Veda metinlerinde, şizofreninin gözlendiğini açıklayan yazılı kaynaklar mevcuttur. Bunun haricinde eski Çin yapıtları, Yunan mitolojisinde Tevrat ve Talmut'ta bazı metinler dikkati çekmektedir. Ruhsal bozukluklar ilk olarak M.Ö. 500'lü yıllarda Hipokrat tarafından tıbbi bir durum olarak araştırılmıştır(Özak, 2019). Modern anlamda psikiyatri 18.yy'da Philippe

Pinel ile başlamıştır. 1870'lerin başlarında İskoç psikiyatrist Clouston, gençlikteki demansif tabloya "ergen deliliği" terimini kullanmıştır (Oliviera-Souza ve ark, 2007).Nichols, 2013'den alıntılındığına göre, 1896'da Kraepelin, erken başlangıçlı bilişsel bozukluğu vurgulayan, hastada yıkıma neden olan bulguları "dementia praecox" kavramı ile kapsamlı bir başlık altında toplamıştır. Bu erken bunama tanısını manik depresyon ve şizofreni hastaları arasında ayırt etmek için kullanılmıştır. Kraepelin, zihinsel engelli olarak sınıflandırılan bazı çocukların gerçekte şizofreni olduğuna inanıyordu. Soygür, (2007)'ün aktardığı üzere,1911 yılında Bluer "dementia praecox" terimi yerine"şizofreni grubu hastalıklar" teriminin kullanılmasını önermiştir. Böylece şizofreni teriminden ilk bahseden kişi Eugle Bleuler olmuştur.

İlk kez 1952 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) DSM-I'i yayınlamış ve şizofreniyi, "şizofrenik reaksiyonlar" olarak tanımlanmıştır. Sonrasında sırasıyla DSM-II'de, DSM-III'te "şizofrenik bozukluklar" DSM-IV'te ve DSM-V'de şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar" şeklinde tanımlanmıştır ve güncel olarak bu şekliyle kullanılmaktadır (Soylu, 2018).

4.3 Epidemiyolojisi

Şizofreninin tüm dünya nüfusunda görülme sıklığının %1 civarında olduğu tahmin edilmektedir (Fischer ve Buchanan; 2019). Saha ve ark. (2005) yapmış olduğu 46 ülkeyi kapsayan 188 çalışmanın yer aldığı sistematik incelemede hastalığın yaşam boyu yaygınlığının 1000 kişi de 4,0 olduğu ve morbitide riskinin 1000'de 7,2 olduğunu belirtmiştir (Saha ve ark., 2005). Türk toplumunda gerçekleştirilen sistematik bir çalışmada ise, yaşam boyu şizofreni yaygınlığının 1000 kişide 8,9 olduğu belirlenmiştir (Binbay ve ark, 2012). Bu sonuçla ülkemizdeki şizofreni hastalığının yaygınlığı, diğer ülkelere göre daha fazla olduğu anlaşılmıştır (Özak, 2019).

Şizofreni hastalığı genellikle geç ergenlik ve erken erişkinlik dönemlerinde başlamakla birlikte, erkeklerde görülme sıklığı kadınlara oranla bir buçuk kat fazladır. Erkeklerde ortaya çıkma yaşının 15-25, kadınlarda ise 25-35 yaş aralığında olduğu saptanmıştır (Dziwota ve ark., 2018; Sakarya, 2012;Kocal ve ark., 2017; Fischer ve Buchanan, 2019).

Şizofreni hastası erkeklerin kadınlara göre, negatif semptomlara eğilim ve daha düşük sosyal işlevsellik göstermelerinin sebebi olarak hastalığın erkeklerde daha erken yaşta başlamasının olduğu düşünülmektedir (Li ve ark., 2016; Kocal ve ark., 2017).

Şizofrenide medeni hali bekar olanların, evli hastalara oranı 2.6-7.6 aralığındadır. Hiç evlenmemiş bireylerde prognoz daha ağır ilerlemektedir. Şizofreni hastalığında bekar kalmanın hastalık riskini arttırdığı fakat hastalığın yaşattığı zorluklar sebebiyle de hastaların aile kurmasının da güçleştiği belirtilmektedir(Özak, 2019).

Sosyoekonomik durumu daha düşük olan ailelerde şizofreni görülme sıklığı daha fazladır (Summakoglu ve Ertugrul, 2018).

4.4 Etiyoloji

Şizofreni, kesin patogenezi bilinmemekle birlikte etiyolojisinde çeşitli genetik, nörogelişimsel, biyolojik ve psikososyal faktörleri içermektedir (Kocal ve ark., 2017; Kim, 2016).

Şizofreni etiyolojisinde genetik yatkınlık önemli rol oynar. Şizofreni hastaları ile yapılan genetik araştırmalarda, hastaların biyolojik akrabalarında hastalığın gelişim riski artmıştır. Her iki ebeveynde hastalığa sahipse çocuklarının hasta olma olasılığı %40'tır. İkiz çalışmalarında ise tek yumurta ikizleri, çift yumurta ikizlerine göre şizofreniye daha yatkındır (Ayano, 2016; Fatani ve ark., 2017; Kocal ve ark., 2017). Ayano, (2016)'nın aktardığına göre yapılan araştırmalarda şizofreninin, kromozom 1q, 5q,6p,8p, 10p, 13q, 15q ve 22q ile bağlantılı olduğu anlaşılmıştır.

Genetik faktörlerin dışında gebelik ve doğum komplikasyonlarının da şizofreni gelişme riskine katkıda bulunabileceği öne sürülmüştür. Yetersiz beslenme, gebelikte kanama, gebelik diyabeti, gebelikte geçirilen viral enfeksiyonlar, fetal malnütrisyon veya prematüre doğum gibi perinatal dönemdeki olumsuz çevresel riskler nörolojik gelişimi etkileyeceğinden obstetrik komplikasyonların şizofreni gelişimi üzerinde etkisi olabileceği düşünülmektedir. Bunlara ek olarak annenin madde kullanım öyküsü de çocukta şizofreni gelişme riskini arttırmaktadır (Kim, 2016;Ayano, 2016;Yavuz, 2008).

Nörobiyolojik teoriye göre şizofreni, beynin yapısal ve işlevsel anomalileri sonucu gelişmektedir. Şizofrenide görülen sanrı ve halüsinasyon gibi psikotik semptomların sinir sistemindeki nörotransmitterlerin fonksiyon bozukluğu ile ilgisi olduğu kanıtlanmıştır. Dopamin, serotonin, norepinefrin, glutamat, GABA şizofreni patogenezinde rol alan nörotransmitter maddeler arasındadır (Fatani ve ark., 2017, Ayano, 2016).

Summakoğlu ve Ertuğrul, (2018)'un aktardığına göre yapılan çalışmalarda kadınların premenstural ve gebelik dönemleri incelenmiş, östrojenin antidopaminerjik etkisi sebebiyle kadınları şizofreniden koruduğu fark edilmiştir.

Çevresel ve sosyal faktörler özellikle hastalığa yatkın olan bireylerde hastalık riskini tetikleyebilmektedir. Strese maruz kalan ve yatkınlığı bulunan kişilerde de şizofreni belirtileri görülebilmektedir. Özellikle stresli yaşam olaylarından dolayı strese maruz kalan kişilerde ilk altı ay içerisinde şizofreni gelişme riskinin arttığı düşünülmektedir. Ek olarak çocukluk çağı travmaları, kentleşme, sosyal sınıf, madde bağımlılığı, düşük sosyoekonomik düzey gibi sosyal stresler de hastalık riskine zemin hazırlayabilmektedir (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018; Kocal ve ark., 2017; Krishna ve ark., 2014).

4.5 Prognoz ve Sonlanım

Şizofreninin kişiden kişiye göre değişen bir prognozu vardır. Kişide başta gizli ve yavaş gidişatın ardından ani bir atak olabilir ardından tıbbi müdahale ile veya kendiliğinden sönümlenebilir. Kronik prognozda negatif semptomlar kalıntı (rezidüel) tip şizofreniye dönüşebilir (Soylu, 2018).

Hastalığın devam ettiği süreçte pozitif belirtilerin dozu zamanla azalırken, negatif belirtilerin kronikleştiği gözlenmektedir. Şizofreni hastalarında taburculuk sonrası ilaçlı tedaviye uymalarına rağmen ilk senede nüks %35-40 aralığındadır(Soylu, 2018). İlk atak sonrası hastalığın prognozu oldukça önemlidir. Tekrarlayan sık ataklar kronikleşmeyi ve yıkımı artırması bakımından ve hastalığın ilk beş yıllık takibi prognoz açısından çok önemli bilgiler verir (İngeç, 2018).

Prognoz; tam iyilik hali ile belirti, bulguların olduğu ve kronikleşmiş bir hal almış hastalık arasında değişkenlik gösterebilir.Şizofreni hastalarının %20-

50'sinin özkıyım girişiminde bulunduğu bunların %10'unun hayatlarını kaybettiği tespit edilmiştir. Topluma göre yaşam süresinin kısa olmasına etki eden faktörlerin başında sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı, kısıtlı fiziksel aktivite, şişmanlık, sedanter yaşam tarzını benimsemeleri sayılabilir (İngeç, 2018).

4.6 Şizofreni Tedavisi

Şizofreninin nükslerle seyredebilen kronik bir hastalık olması, bireysel farklılıkların tedavi sürecine etkileri, toplumların sağlık sistemindeki farklılıklar nedeniyle karmaşık bir tedavi ve rehabilitasyon süreci gerektirmektedir. Tedavi ve rehabilitasyonda birbirinden farklılık gösteren ya da birbirini tamamlayan yöntemler, ilaç tedavisi, elektrokonvulsif tedavi (EKT) ve psikososyal tedaviler başlıkları altında ele alınabilir.

4.6.1 İlaç Tedavisi

Şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların tedavisinde ilaç uygulamaları tedavinin temel unsurunu oluşturmaktadır.(Çobanoğlu ve ark., 2003).Şizofreni hastalığının farmakolojik tedavisi klorpromazinin 1952'de keşfedilmesiyle başlamıştır. Bu dönemde bulunan ilaçlara Birinci Kuşak Antipsikotik (BKA)'ler adı verilir. 2000'li yıllara gelindiğinde bulunan antipsikotik ilaçlar da İkinci Kuşak Antipsikotik (İKA)'ler diğer bir adı da Atipik antipsikotiklerdir.Bunların başlıcaları klozapin, olanzapin, risperidon, amisülpirid, ketiapin, ziprosidon, aripiprazol ve paliperidondur.İlaçların keşfi ile hastalığın pozitif belirtileri gerilemiş ve bu gelişim hastaların depo hastanelerden çıkarak, topluma entegre olmasının yolunu açmıştır. BKA'ler kullanıldığı dönemde hasta ile iletişim güçlükleri yaşanmakta,özellikle yüksek doz antipsikotik ve polifarmasi uygulamalarıyla hastalar ağır sedasyona maruz bırakılmaktaydı(Çetin, 2015). Klozapin ve diğer antipsikotik ilaçların keşfi ile şizofreni hastalığının sağaltımında önemli bir yol kat edilmiş ve hastalığın biyokimyasal araştırmalarında yeni bakış açıları kazanılmıştır (Özalmete, 2006).

4.6.2 Elektrokonvulsif Tedavi (EKT)

İlaçlı tedaviye istenilen yanıtı vermeyen hastalarda elektrokonvulsif tedavi tercih edilen bir diğer seçenektir. Özellikle major depresyon, mani, katatoni,

nöroleptik malign sendrom (NMS), parkinsonizm, şizoafektif bozukluk ve şizofrenide günümüzde de en etkin tedavi seçeneklerinden birisidir (Sayar ve ark., 2014).

İlk olarak 1934 yılında psikiyatrik hastalar üzerinde denenmeye ve sonuç alınmaya başlanmıştır. İşlem sırasında oluşan nöbetin fazlaca ağrılı bir işlem oluşu ve nöbet geçirme süresinin kontrol edilememesi tedavinin yan etkileri olarak gösterilebilir(Sayar ve ark., 2014).

EKT'nin beyine etki ettiği mekanizma kesin olarak bilinmemektedir. Hastaya verilen elektriksel uyarıyla beyinde grand mal epilepsi nöbeti oluşturulmaya çalışılır. Günümüzde genel anestezi ile yapılmakta olup, işlem ortalama 10-15 dakika sürmektedir. EKT hızlı ve etkili bir tedavi yöntemi olarak klinikte kullanılmaktadır. Bu sayede hastanın hastane yatış süresi kısılır ve tedavi yükü ve masrafları azaltılmış olur (Atagün ve ark., 2012).

EKT uygulamasında standart bir yöntem yoktur. Genellikle haftada 2 ya da 3 gün uygulanır ve idame tedaviler 6-12 seans arasında sürer (Zeren ve ark., 2003). EKT tedavisine yanıt %70-90 arasında bildirilmiştir (Aykut ve ark., 2017). Özellikle gebelik döneminde ilaç kullanımının fetüse verebileceği riskler nedeniyle en güvenli tedavi yöntemi EKT'dir (Zeren ve ark., 2003).

Nöbet sonrası hastalarda görülen oryantasyon problemleri, dikkat ve yürütücü işlevlerde bozulma gibi yan etkiler de gözlenmektedir. Bu yan etkiler genellikle geçicidir (Aykut ve ark., 2017). EKT uygulaması sırasında olası riskler de mevcuttur bu risklerin azaltılması uygulamanın gelişmesiyle doğru orantılıdır (Zeren ve ark., 2003).

4.6.3 Psikososyal Tedaviler

Şizofreni hastaları nöroleptiklerle özellikle hastalığın pozitif semptomlarında yarar sağlarlar da işlevsellik üzerinde yeterli sağaltımı sağlamadığını belirtmektedir(Sungur ve Yalnız, 1999). Şizofreni tedavisinde öncelikle hasta ve tedavi ekibinin iyi bir terapötik ilişki kurup geliştirmesi gerekir. Bu durum hastanın güveninin kazanılmasıyla tedavide işbirliğini artırması için çok önemlidir.

Psikososyal tedaviler içinde en sık kullanılanlardan biri bilişsel davranışçı terapilerdir. Bilişsel davranışçı terapi, ilaç tedavisi ile birlikte etkinliği kanıtlanmış bir terapi yöntemidir. Bu yöntemle hasta olaylara yeni bir bakış açısı ile bakmayı öğrenerek verdiği tepkilerde farkındalık kazanmış olur (Kocal ve ark., 2017).

Şizofreni hastalarının hastalıkla yaşama konusunda bilgilendirilmeleri ve eğitilmeleri tedavi için oldukça önemlidir. Hastalara yapılan psikoeğitim programları, hastalığın alevlenmesinde, yinelenmelerinin azalması ve hastaların yaşam kalitelerinin artırılmasında etkinliği birçok araştırma ile gösterilmiştir (Yıldız, 1999).



4.7 Şizofreni ve Bilişsel İçgörü

İçgörü, genel anlamda bireyin kendi doğasını, sorunlarını ve bunların ciddiyetini anlama kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Jacob, 2016; Aslan ve Altınöz, 2010). Diğer bir ifadeyle içgörü, zihinsel olarak hasta olmanın farkına varma ile hastalıkla başa çıkmamak için kullanılan bir savunma mekanizması veya başa çıkma stratejisi olarak ifade edilebilir. İçgörü eksikliği, genellikle tüm psikozlarda ve şizofreni hastalarında görülür. Psikiyatri hastalarının hastalıkları hakkında sahip oldukları farkındalığın doğası ve derecesi, zayıf içgörü, hastalığın daha geç tespit edilmesi, buna bağlı olarak daha kötü tedavi uyumu ile sonuçlanabileceği için önemli etkilere sahiptir (Palmer ve ark., 2015). Şizofrenide hastalığın farkındalığı çok önemli bir konudur çünkü bu farkındalığın eksikliği, hastaların ilaç tedavisine uyumsuzluğu ile sonuçlanarak yatan hasta maliyetlerini ve sağlık bakım maliyetlerini artırabilir (Caton, 2007).

Şizofreni hastalığına sahip bireylerin birçoğu hastalığından ve hastalığın semptomlarından habersizdirler. Bazen semptomları fark etseler bile bunun sebebini başka şeylere bağlamaktadırlar. Şizofreni hastalarında ruhsal hastalığa ilişkin kısmi veya tam bir içgörü eksikliğinin yaygınlığının %50-80 arasında olduğu öne sürülmüştür. Araştırmacılar, zayıf ve bozulmuş içgörü olarak adlandırılan bu bilinçsizliğin şizofreninin temel belirtisi olduğu konusunda hemfikirdir (Vohs ve ark., 2016; Aslan ve Altınöz, 2010; Bastiaens ve Agarkar, 2014). İçgörü eksikliğinin dikkat, hafıza, dil ve sosyal biliş gibi bilişsel işlevlerdeki bozulmalarla ilişkili olduğu ve bunlara ek olarak zayıf içgörünün kötü tedavi uyumuyla sonuçlandığı bilinmektedir (Bastiaens ve Agarkar, 2014).

İçgörü kavramına güncel bakış açısı, klinik içgörü ve bilişsel içgörü kavramlarını karşılaştırarak ele almaktadır. Klinik içgörü, bir tanının farklı yönlerinin anlaşılmasını veya kabul edilmesini yansıtır(Phalen ve ark., 2015). Klinik içgörü kavramı, şizofreninin prognozu ve tedavisinin anlaşılmasına katkıda bulunmasına rağmen, bu kavramın da bazı sınırlamaları vardır. Klinik içgörü değerlendirmeleri, bazen hastaların yüzeysel inançlarını, doktorların veya diğer tedavi ekibinden gelen açıklamalarını yansıtabilir (Bora ve ark., 2007). Öte yandan bilişsel içgörü, kendinden uzaklaşma ve kendi inanç ve yorumlarını değerlendirme yeteneğini yansıtır (Phalen ve ark., 2015). Ruhsal hastalığın farkında olmayış “klinik görüşün” bozukluğu olarak kabul edilebilir. Bu görüş tanı ve tedavi için gerekli olan klinik yöne odaklanırken, “bilişsel görüş” çarpık inançların ve yanlış yorumların değerlendirilmesi ve düzeltilmesine odaklanır. Bu değerlendirmeler, kendilerini yanlış yorumlamalarından uzaklaştırıp yeniden yorumlama kabiliyeti gibi bilişsel sürece dayandırmaktadır. Bu süreçlerin anlaşılmasındaki ilk adım hastaların yanıltıcı düşünceleri konusundaki tarafsızlıklarını, önceki hatalara bakış açılarını, hatalı açıklamaları yeniden yazma kapasitelerini ve diğer insanlardan gelen düzeltici bilgileri almaya yatkınlıklarını değerlendirmektir. Beck ve ark., (2004) Bilişsel İçgörü kavramını ayrıntılı olarak ele almış, hastaların yansıtıcılığının ve deneyimlerini yorumlamalarındaki bilişsel çarpıtmaların değerlendirmesi ve yeniden yapılandırılması gerektiğini belirtmiştir.

4.8 Şizofreni ve Yeti Yitimi

DSÖ' nün 2011 raporuna göre yeti yitimi, bir aktivite sınırlaması, bir bireyin bir görevi veya eylemi yerine getirmesinde karşılaşılan bir zorluktur.DSÖ engellilik/ özürlülük kavramlarının küçük düşürücü ve damgalayıcı iması sebebiyle "engelli" (handicap) terimi yerine, yeti yitimi teriminin kullanılması kararı almıştır. Yeti yitimi insani durumun bir parçasıdır. Neredeyse herkes yaşamının bir noktasında geçici veya kalıcı olarak yaşlanma ve diğer birçok sebeple yeti yitimi ve bununla birlikte artan zorluklarla karşılaşacaktır (https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf Güncelleme tarihi: 29.6.2019).

Psikiyatrik yeti yitimi, psikiyatrik bir bozukluğun neden olduğu duygusal ve bilişsel işlevlerdeki bozukluklar nedeniyle yaşama sınırlı katılım olarak tanımlanabilir. Nörobilişsel ve sosyobilişsel kayıplar şizofrenide kötü fonksiyonel sonuçla güçlü bir şekilde ilişkilidir. Buna rağmen bilişsel iyileştirme programları ile verimli bir şekilde geliştirilebilirler (Passerieux ve ark., 2017).

Yeti yitimi insanların iş yapabilmesinde bağımsızlığını etkilediğinden, diğer insanlara ihtiyaç duyarak; kişilerin kendilerini işe yaramaz hissetmelerine, benlik saygılarında azalmaya ve depresyona sebep olabilmektedir (Tel ve ark., 2014).

Nowak ve ark., (2015)'ın aktardığına göre; uzun süreli yapılan çalışmalarda şizofreninin kötü sonuçlarına karşı iyileşmenin mümkün olduğu kanıtlanmıştır ancak şizofreni hala dünyada en çok yeti yitimine sebep olan on hastalıktan biridir. Medikal ve psikososyal tedavi sonrasında hastaların iyileşme oranları oldukça yüksek olmasına karşın şizofreni hastalarının yaklaşık %25-30'u tedaviye beklenen yanıtı gösteremez ve ciddi bir yeti yitimi ile sonuçlanan kronikleşmiş bir hal alır(Sönmez, 2009). Şizofreni yaşam kalitesi üzerinde önemli bir olumsuz etkiye sahiptir ve bu etki süreklilik göstermektedir (Switaj ve ark., 2012).

Şizofrenide yeti yitimi nörobilişsel ve sosyobilişsel kayıplara, kötü fonksiyonel sonuçlara sebep olmaktadır (Passerieux ve ark., 2017). Bu durum büyük bir sosyal ve ekonomik yük oluşturmaktadır. Yükün çoğu şizofreni hastalarının neden olduğu fonksiyonel engellerden kaynaklanmaktadır. Şizofreni hastaları okulda başarılı olmak, iş bulmak ve bunu sürdürmek, sosyal ilişkilere sahip olmak, bağımsız yaşamak ve hatta bazıları günlük temel ihtiyaçlarını karşılamak gibi pek çok alanda zorluk çekmektedir (Rajji ve ark., 2014).

Yeti yitimi ölçülürken bireyin beden bütünlüğü, işlevselliği, bağımsız faaliyetleri ve kişinin çevre ile olan ilişkisine bakılır. Şizofreni hastalığına sahip birey, aile ilişkilerinde ve kişilerarası etkileşimlerde ya da mesleki deneyimlerinde yaşadığı zorlukların yanı sıra, düşünce veya algısal işlevlerinin yetersizliği nedeniyle de yeti yitimi yaşayabilmektedir (Nowak, 2016).

Ruhsal engeli bulunan kişiler de bedensel engelliler gibi işlevselliklerini sağlayamadıkları için yardıma ihtiyaç duyarlar. Genel olarak yapılan rehabilitasyon faaliyetleri ve tedavi işlemlerindeki amaç hastanın sosyal işlevselliğini arttırıp yeti yitimini en aza indirmektedir. Şizofreni hastalığının ortaya

çıkışından itibaren tanı, takip, tedavi ve rehabilitasyon faaliyetlerinin sağlık çalışanları tarafından benimsenerek yerine getirilmesi yeti yitiminde azalmanın ve hastalıkta iyileşmenin niteliğini belirleyecektir (Sönmez, 2009).

Sonuç olarak, şizofreni hastalarının daha geniş bir perspektiften karşılaştıkları engelliliği azaltma mücadelesini güçlendirmek için klinisyenlerin ve araştırmacıların bu alanda yapılan çalışmalara artan bir gereksinim duymaktadır (Nowak ve ark., 2015).

4.9 Şizofreni ve Öznel İyileşme

Günümüz de bile birçok hastalık radikal olarak tedavi edilememekte ve kronikleşmektedir. Sağlık ekibi üyelerinin her biri, ister fiziksel ister ruhsal olsun tüm kronik hastalıklarda iyileşmeye katkı sağlamayı amaçlar. Tedavi etme, iyileşme/iyileştirme ve rehabilitasyon kavramları ekip üyeleri için de karmaşıklığını sürdürmekte, özellikle kronik ruhsal bozukluklarda iyileşme kavramını tanımlamak kendi içinde çeşitli güçlükler barındırmaktadır (Karaca ve ark., 2019).

Nişancı (2018)'nın aktardığına göre; DSÖ iyileşmeyi, kişinin yaşantısını tekrar kontrol altına almayı, kişiler arası ilişkileri, sosyal katılımı, geleceğe umutla bakabilme gibi birçok kavram ile kişinin hayatını anlamlı şekilde devam ettirme olarak açıklar. Birçok şekilde ifade edilebildiği gibi iyileşme diğer bir değişle; kişinin amaçları, tutum ve değerleri, hisleri, yetileri ve rollerindeki değişim süreci ve hayatı anlamlı yaşama yoludur (Çam ve Yalçiner, 2018). İyileşme, dışsal olarak daha belirgin ve semptomlar, sosyalleşme sıklığı, istihdam gibi nesnel olarak ölçülebilen değişikliklerle yaşamda algılanan yaşam kalitesi ve yaşamdaki amaç duygusu gibi daha içsel ve özel olarak ölçülen alanlar olarak gösterilebilir (Yanos ve ark., 2008). Geleneksel ya da klinik anlamda iyileşme anlayışı kişinin semptomlarının azalma durumudur fakat birçok insan için iyileşme "iyileştirilmek" veya "tekrar normal olmak" anlamına gelmemektedir. Yaşamlarını kontrol altına almak, ümit etmek ve hayatlarını anlamlı kılmak ile ilgilidir. Şizofreni, semptomları sebebiyle yeti yitimi ile seyreden bir prognoza sahip gibi görünse de yapılan tedavi ve bakımlarla iyileşme ve yeniden sosyalleşme birçok vakada mümkündür (Beck ve ark., 2004; Mohr ve ark., 2018).

Şizofrenide birçok iyileşme tanımı yapılmış olsa da bu tanımlamalar eleştirilmiştir çünkü çoğu zaman iyileşen kişilerin kendilerini kişisel olarak düşünme ve yaşamlarına anlam verme gibi iyileşmenin öznel yönlerini hesaba katmazlar (Roe ve ark., 2011). İyileşme içinde olma kavramı, ağır ruhsal hastalığı olan bir bireyin hastalığın yıkıcı etkilerinin ötesine geçtiği yaşamda yeni bir anlam ve amaç geliştirmesini ifade eden karmaşık ve dinamik bir süreçtir (Yıldız ve ark., 2017).

İyileşme tanımları nesnel ve öznel ya da öznel ve klinik olarak ele alınabilir. İyileşme kavramı bir yandan klinik iyileşmeyi yansıtırken diğer yandan da öznel iyileşmeyi vurgulamaktadır. Günümüzde iyileşmenin klinik ve objektif olmasına karşın, öznel iyileşme kavramsallaştırmalarının uyumsuzluktan ziyade tamamlayıcı olarak görülmesi gerektiği tartışılmaktadır (Roe ve ark., 2011). Şizofreni hastaları klinik olarak iyileşmiş olsalar bile, yaşam kalitelerini azaltan bazı bozukluklara sahip olabilirler. Şizofreni hastaları iyileşmeyi, semptomların varlığına rağmen artan özerklik duygusu, günlük aktivitelere, istihdama, eğitime ve toplum yaşamına daha fazla katılım olarak ifade edebilmektedir (Yıldız ve ark., 2017).

Kişisel iyileşme hasta-temelli iyileşme tanımlarını içermekte olup, ruhsal hastalığa yakalanmış bireylerin anlatılarına dayanılarak geliştirilmiştir. Hasta öyküleri, psikotik kişilerin devam eden semptomlara rağmen, üretken ve tatmin edici bir yaşam sürdürebildiğini göstermiştir. En sık alıntılanan hasta temelli tanım; “kişinin yaşamında yeni anlam ve amacın gelişimi, ruhsal hastalığın felaketle sonuçlanan etkilerinin ötesine geçebilme” gibi tanımlardır. Şizofreniden iyileşme tekdüze bir süreç değil, kişiden kişiye değişen bir yolculuktur. Kişisel iyileşme her birey için farklı olduğundan ortak özellikleri tanımlamak zordur (Van Eck, Burger, Vellinga, Schirmbeck, Haan 2018; Karaca ve ark 2019).

Roe ve ark., (2011)’nın aktardığına göre yapılan bir çalışmada, elde edilen bulgular, iyileşme bileşenlerinin birinin hastalıkla bağlantılı nesnel sorunların azalması diğerinin ise öznel deneyimlerdeki değişiklikleri yansıttığını ortaya koymuştur. Nesnel küme hastalık semptomlarının yokluğunu içerirken, öznel küme tutumları ve yaşam yönelimlerini (örneğin umutluluk) içerir. Semptom şiddeti bir iyileşme oryantasyonu ile ters ilişkiliyken, semptom azalmasının her zaman kişisel iyileşme ile bağlantılı olmadığını vurgulanmaktadır. İyileşmenin

nesnel yönlerindeki değişikliklerin öznel yönlerdeki değişikliklerle eş anlamlı olmadığını tartışılmaktadır.

Kuka ve ark., (2014)'nın aktardığına göre yapılan araştırmalarda klinik iyileşmeye rağmen birçok hastanın sosyal ortamdan çekildiğini ve istikrarlı bir şekilde benlik duygusu keşfetme fırsatı aradığı bulunmuştur. Sosyal ilişkilerle ilgili alanların öznel iyileşme ile en güçlü bileşen olduğu belirtilmektedir. Sosyalleşmenin toplum işleyişinin merkezi bir bileşeni olduğu bilinmekle birlikte, sosyal ilişkinin kişilerarası ve bilişsel temellerinin bu süreçteki etkilerine ilişkin yeterince bilimsel kanıt bulunmamaktadır.

Hastaların iyileşme algılarını belirlemek, psikiyatri hemşireleri için, tedaviye uyum ve işbirliğinin artırılmasından rehabilitasyon girişimlerine kadar tüm bakım sürecinin hastaya özel yapılandırılmasının ilk adımı olarak düşünülebilir. Bunun yanı sıra iyileşmeyi olumlu/olumsuz etkileyen etkenleri kişisel düzeyde belirlemek bakım sürecinin etkinliğini artıracaktır (Karaca ve ark 2019).

4.10 Şizofrenide Hemşirelik Yaklaşımı

Şizofreni hastalığında ilaç tedavisi tek başına yeterli olmamakta, ilaçlı tedaviye yanıtın iyi olduğu hastalarda bile negatif belirlerin devam ettiği ve iş verimliliğinde azalmalar görülmüştür. Bu sebeple hastaya bütüncül bir yaklaşımla tedavi etmek gereklidir. Bu ekibin içerisinde psikiyatri uzmanı, psikiyatri hemşiresi, psikolog, sosyal çalışmacı başta olmak üzere diğer meslek disiplinleri de olmalıdır. Psikiyatri hemşireleri psikososyal girişimlerde bulunması bakımından bu halka içerisinde önemli önemli bir rol oynar (Gümüş, 2006). Bağ, (2012)'in aktardığına göre; ANA toplum ruh sağlığı hemşireliğini, toplumun diğer üyeleriyle birlikte ruhsal hastalıkların birincil, ikincil ve üçüncül önleme aşamalarının sürekliliğini sağlayan ruh sağlığı hizmetlerinde tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmeye katılan kişi olarak tanımlar. Toplum ruh sağlığı hemşiresinden hasta haklarını gözetme, savunma, eğitim, rehabilitasyon, ev ziyaretleri, krize müdahale, fiziksel değerlendirme ve ilaç uygulamalarının izlenmesi gibi becerileri kazanmış olması beklenir. Hastayı olası nüksün en erken

aşamalarına karşı uyarmak için eğitmek, şizofreni hastalarında daha yüksek düzeyde işlev görmesi ile sonuçlanmıştır (Menzies V, 2000).

Şizofreni hastalarına verilen ruhsal eğitim, aile eğitimi, bilişsel davranışçı terapiler, sosyal beceri eğitimi, farkındalık kabullenme terapileri gibi psikososyal girişimlerin semptomların iyileşmesine ve işlevselliğin artmasında ve hastaları topluma yeniden kazandırmada etkin olduğu saptanmıştır.

Şizofreni hastalarının takip, tedavi ve rehabilitasyonlarında TRSM'ler önemli bir yer tutar.Ülkemizde toplum ruh sağlığı merkezi ilk olarak 2008 yılında Bolu'ya açılmıştır (Bilge ve ark., 2016).Sağlık bakanlığının verilerine göre güncel sayı 175'tir (<https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,43118/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-trsm-listesi.html> Güncelleme tarihi: 26 Haziran 2019).

Şizofreni hastasının yanı sıra ailenin de tedavi ekibi ile işbirliği içerisinde olup sürece dahil olması iyileşme sürecinde önemli rol oynar. Gümüş, (2006)'ün aktardığına göre hasta ve ailelerin şizofreni hastalığı hakkında yeterli bilgi ve donanımına sahip olmadıkları ve hastalıkla baş etmede birçok zorluk yaşadıklarını bildirmiştir.

Psikiyatri hemşireleri, hastaların ihtiyaçlarını tespit etme ve onların gereksinimlerine yönelik planlar yapmada önemli rol oynar. Bu doğrultuda, hastaların ve ailelerinin gereksinimleri belirlenip, rehabilitasyon çalışmaları ve psikososyal beceri programlarının uygulanmasın olumlu sonuçlar getireceği düşünülmektedir (Yılmaz, 2016).

Şizofreni hastalığında iyileşme uzun ve meşakkatli bir süreçtir.Hastalar hastalığın belirtileriyle başa çıkmak, bu hastalıkla birlikte yaşarken yaşamı tekrar anlamlandırabilmek, günlük yaşamı sürdürmek için gereken ekonomik desteği sağlamak bunlardan sadece birkaçıdır (Karaca ve ark., 2018). Bu bağlamda hastaların öznel iyileşme algılarını, iyileşme sürecinden beklentilerini açıklamak, iyileşme ile ilişkili olabilecek bilişsel içgörü, yeti yitimi gibi kavramları bilimsel olarak ele almak, psikiyatri hemşirelerinin iyileşme odaklı yaklaşımlar geliştirebilmeleri açısından önemlidir.

5 GEREÇ ve YÖNTEM

5.1 Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışmadır.

5.2 Araştırmanın Soruları

Bu araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- Şizofreni hastalarında bilişsel içgörü ölçek puanları ne düzeydedir?
- Şizofreni hastalarında yeti yitimi ölçek puanları ne düzeydedir?
- Şizofreni hastalarının öznel iyileşme ölçek puanları ne düzeydedir?
- Hastaların sosyodemografik ve hastalıkla ilişkili özelliklerine göre bilişsel içgörü, yeti yitimi, öznel iyileşme ölçek puanları farklılaşmakta mıdır?
- Hastaların bilişsel içgörü, yeti yitimi, öznel iyileşme ölçek puanları birbirleriyle ilişkili midir?

5.3 Araştırmanın Bağımlı-Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Bu araştırmanın bağımlı değişkenleri Bilişsel İçgörü, Yeti Yitimi ve Öznel İyileşme ölçek puanlarıdır.

Bağımsız Değişkenleri: Bu araştırmanın bağımlı değişkenleri yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, birlikte yaşadığı kişiler, ekonomik durum, sosyal güvence gibi sosyodemografik özellikler ve hastalık başlangıç yaşı, hastaneye yatış durumu gibi hastalığa ilişkin değişkenlerdir.

5.4 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beylerbeyi Toplum Ruh Sağlığı Merkezine araştırmanın yapılacağı dönemde şizofreni tanısıyla takip edilen

hastalar(N=250), örneklemini ise bu evren içerisinde araştırma kriterlerini taşıyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireyler (n=137) oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimi yapılmamış, evrenin tamamında araştırmaya alınma kriterlerini taşıyan tüm hastalara ulaşılmaya çalışılmıştır.

5.5 Araştırmaya Alınma Kriterleri

Bu araştırmanın alınma kriterleri;

- 18-65 yaş arasında olma,
- Şizofreni tanısı ile TRSM’de takip edilme,
- Okuma yazma bilme,
- Sözel iletişim kurabilme,
- Soruları yanıtlayabilmek için yeterli bilişsel düzeye sahip olma,
- En az son 3 yıldır hastane yatışı olmama,
- Psikiyatrik ek tanısı olmamadır.

5.6 Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

Bu araştırmanın dışlama kriterleri;

- Son 3 yılda hastaneye yatışı olma,
- Son 1 yılda alkol ve madde kullanım bozukluğu öyküsü olma,
- Psikiyatrik ek tanısı almış olma,
- Araştırma süreci içerisinde araştırmaya alınma kriterleri açısından ruhsal durumda bozulma olma,
- Araştırmaya katılmaktan vazgeçme,
- Veri formlarını eksik ya da hatalı doldurmadır.

5.7 Araştırmanın Yapıldığı Tarih ve Etik Yönü

Bu çalışmanın yapılabilmesi için Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulundan etik kurul izni (EK-10) ve araştırmanın yapılacağı

kurumdan çalışma izini (EK-9) alınmıştır. Çalışmanın amacı hastalara açıklandıktan sonra yazılı ve sözlü olarak izinleri alınmıştır.

Bu araştırmanın verileri 17 Mayıs- 3 Haziran 2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

5.8 Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Formları

5.8.1 Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında; Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1), Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (Ek-2), Kısa Yeti Yitimi Ölçeği (Ek-3), Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği (Ek-4) kullanılarak toplanmıştır.

5.8.2 Veri Toplama Formları

5.8.2.1 Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1)

Araştırmacı tarafından hazırlanan form, hastaların sosyodemografik özelliklerini içeren (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni hal, çalışma durumu, birlikte yaşadığı kişiler, ekonomik durumu, sosyal güvence) toplam 8 soru ve hastalığa ait özelliklerini içeren (tanı süresi, hastalık başlangıç yaşı, ailede başka hasta bireyin bulunma durumu, tedavi süresi, hastanede tedavi görme durumu, takip süresi) 6 soru olmak üzere toplam 14 sorudan oluşmaktadır.

5.8.2.2 Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği/BBİÖ (Ek-2)

Beck ve arkadaşları tarafından bilişsel içgörüyü değerlendirmek amacıyla 2004 yılında geliştirilen, hastaların farkındalık düzeyini ölçen bir araçtır. 15 sorudan oluşan dörtlü likert tipte öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Arslan ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılmıştır. Katılımcılardan ölçekteki soruları 0 (hiç katılmıyorum) ile 3 (kesinlikle katılıyorum) arasında derecelendirmeleri istenmektedir. Ölçek "kendini ifade

etme" ve "kendinden eminlik" şeklinde iki alt boyuta sahiptir. Kendinden eminlik boyutundaki maddeler bilişsel çarpıtmaları göstermektedir ve hastaların öznel iyileşme duyguları ile pozitif bağıntılı çıkmış olması dikkatli yorumlanması gereken bir durumdur. Kendini ifade etme alt boyutu 1,3,4,5,6,8,12,14,15 maddelerinden, kendinden eminlik alt boyutu ise 2,7,9,10,11,13 maddelerinden oluşmaktadır. Ölçeğin toplam puanı (birleşik indeks), kendini ifade etme puanından kendinden eminlik puanının çıkarılması ile hesaplanmaktadır ve bu puan içgörü düzeyini ifade etmektedir. Ölçeğin Türkçe formunun güvenilirlik çalışmasında iç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı 0.68 bulunmuştur. Ölçeği bu çalışmada kullanabilmek için Aslan'dan izin alınmıştır (EK-7).

Bu çalışma için ölçeğin iç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı 0.652 olarak bulunmuştur. Ölçeği bu çalışmada kullanabilmek için Aslan'dan izin alınmıştır (EK-7).

5.8.2.3 Kısa Yeti Yitimi Ölçeği/ KYYÖ (Ek-3)

Bedensel ve sosyal yeti yitimini değerlendirmek amacıyla, Genel Sağlık Anketi kısa formundaki yeti yitimine ilişkin sorular baz alınarak DSÖ tarafından geliştirilmiştir. KYYÖ'de son bir aylık dönemin değerlendirildiği bedensel ve sosyal yeti yitimini sorgulayan 11 soru ve ayrıca son bir ay içinde günlük işlerin aksatıldığı ve yatakta geçirilen günlerin sorgulandığı 2 soru bulunmaktadır. 11 sorudan elde edilen puanların toplanması ile yeti yitimi toplam puanı elde edilmektedir. Yeti yitimi, hasta tarafından 0 (hiç), 1 (bazen ya da biraz) veya 2 (her zaman ya da oldukça) olarak puanlandırılır. Ölçekten alınacak toplam puan 0-22 arasında değişmektedir. Yeti yitimi puanları 0-4 puan "yeti yitimi yok", 5-7 puan "hafif yeti yitimi", 8-12 puan "orta düzeyde yeti yitimi", "13 ve üzeri puan "ağır düzeyde yeti yitimi" şeklinde değerlendirilmektedir. Kısa Yeti Yitimi Ölçeği'nin Türkçe güvenilirlik geçerlik çalışması Kaplan tarafından 1995 yılında yapılmış ve Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur (Akın, 2002). Bu çalışmada ölçeğin kullanım izni için sorumlu yazara ulaşılamamış, daha önceki çalışmalar kaynak gösterilmiştir (Akın B, 2002; Akın B, Emiroğlu N, 2003; Tel ve ark., 2014;).

Bu çalışma için ölçeğin iç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı 0.896 olarak bulunmuştur.

Dipnot: Kısa Yeti Yitimi Ölçeği'nin güvenilirlik geçerlik çalışmasını 1995 yılında yapmış olan İncila KAPLAN'a ölçek iznini almak ulaşılamamıştır.

5.8.2.4 Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği (Ek-4)

Şizofreni hastalarının öznel iyileşme durumlarını değerlendirmek amacıyla Yıldız ve arkadaşları tarafından geliştirilen 17 soruluk öz bildirim ölçeğidir. Ölçek 5'li likert tipi bir ölçek olup, her madde 1'den 5'e kadar puanlanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar bireyin kendisini daha iyileşmiş olarak algıladığını göstermektedir. Ölçeğin alt boyutu bulunmayıp tek faktörlü olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,987 olarak hesaplanmıştır. Ölçeği bu çalışmada kullanabilmek için Yıldız'dan izin alınmıştır (EK-8).

Bu çalışma için ölçeğin iç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı 0.932 olarak bulunmuştur.

5.9 Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın verileri bilgisayar ortamında değerlendirildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu ShapiroWilk-W testi ile analiz edildi ($p < .05$ olduğundan verilerin normal dağılıma uygunluk göstermediği kabul edildi). Tanımlayıcı istatistiksel analizler (ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerler, yüzdelik vb), iki bağımsız değişkenin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız değişkenin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi ve ölçek puanlarının ilişkilerinin değerlendirilmesinde Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı. İleri analizlerde ikili Mann-Whitney U testi kullanıldı.

Tüm analizlerde güven aralığı 95 ve anlamlılık $p < .05$ olarak kabul edildi.

5.10 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma tek merkezde yapılmış olduğundan bulgular örneklem grubuyla sınırlıdır, genellenemez.

6 BULGULAR

Bu bölümde araştırmacı tarafından hastaların sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özelliklerinden oluşan veriler, bilişsel içgörü, yeti yitimi ve öznel iyileşmeye ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 1. Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı (N=137)

Sosyodemografik Özellik			
Yaş	Min-max	Median	Ort±SS
	22-65	42.00	42,01±10.44
	N		%
Cinsiyet			
Erkek	97		70,8
Kadın	40		29,2
Eğitim Durumu			
Okuryazar	6		4,4
İlköğretim	57		41,6
Lise	52		38,0
Üniversite	22		16,0
Medeni Durum			
Evli	25		18,2
Bekar	99		72,3
Boşanmış	13		9,5
Kiminle yaşıyor			
Yalnız	11		8,0
Eş	3		2,2
Eş ve çocuklar	10		7,3
Aile	107		78,1
Akraba-Arkadaş	6		4,4
Çalışma durumu			
Evet	24		17,5
Hayır	113		82,5
Ekonomik Durum			
Gelir giderden az	54		39,4
Gelir gidere eşit	69		50,4
Gelir giderden fazla	14		10,2

Araştırma kapsamına alınan 137 şizofreni hastasının sosyodemografik verileri incelendiğinde; yaşları 22-65 yaş aralığında değişen bireylerin yaş ortalaması 42,01±10.44'tür. Hastaların %70,8'i erkek, %40,6'sı ilköğretim mezunu, %72,3'ü bekindir. Hastaların %78,1'i ailesiyle yaşamakta, büyük

çoğunluğu(%82,5) işsiz ve yaklaşık yarısının (%50,4) geliri giderine eşittir (Tablo 1).

Tablo 2. Hastalığa İlişkin Özelliklerin Dağılımı (N=137)

Sosyodemografik Özellik			
	Min-Max	Median	Ort±SS
Tanı Süresi	1-40	15.00	15.78±9.75
Başlangıç Yaşı	13-52	25.00	26.37±9.38
	N		%
Ailede Hasta Bulunma Durumu			
Evet	56		40,9
Hayır	81		59,1
Tedavi Süresi			
0-5 yıl	26		19,0
6-10 yıl	31		22,6
11-16 yıl	29		21,2
17 yıl ve üzeri	51		37,2
Yatarak Tedavi Alma			
Evet	112		81,8
Hayır	25		18,2
TRSM Gelme Süresi			
0-1 yıl	27		19,7
2-4 yıl	69		50,4
5 yıl ve üzeri	41		29,9

Ortalama hastalık süresi 15.78±9.75 olan hastaların hastalık başlangıç yaşı 13-52 yaşları arasında değişmektedir ve ortalaması 26.37±9.38'dir. Araştırma kapsamına alınan şizofreni hastalarının ailesinde hastalık bulunma durumu incelendiğinde, yarıdan fazlasının (%59,1) ailesinde hasta birey bulunmamaktadır. %37,2'si 17 yıl ve üzeri tedavi alırken, %81,8'i daha önceden yatarak tedavi görmüştür. Hastaların yaklaşık yarısı 2-4 yıl arası TRSM'de tedavi edilmektedir (Tablo 2).

Tablo 3. BBİÖ, ÖİÖ, KYYÖ Puanlarının Dağılımı (N=137)

Ölçekler	Min-max	Median	Ort±Ss
BECK BİLİŞSEL İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ			
Kendini İfade etme	3.00-23.00	13.00	12.78±4.49
Kendinden eminlik	2.00-18.00	11.00	11.02±4.13
İç Görü Düzeyi (Bileşik indeks)	-14.00 -15.00	-3.00	-1.75±6.18
ÖZNEL İYİLEŞMEYİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ			
	17.00-85.00	54.00	54.61±16.61
KISA YETİ YİTİMİ ÖLÇEĞİ			
	0.00-22.00	8.00	8.83±6.04
Son bir ay içinde günlük işleri aksatma toplam gün sayısının aksattığınız	0-30	3.00	5.47±4.91
Hastalık nedeni ile son bir ay içinde yatakta geçirilen gün sayısı	0-30	1.00	4.91±7.56

Tablo 3.'te BBİÖ, ÖİÖ, KYYÖ puanlarının dağılımı yer almaktadır. Hastaların BBİÖ'den aldıkları puanlar kendini ifade etme alt boyutunda puanlar 3.00-23.00 arasında olup, puan ortalaması 12.78±4.49'dur. Kendinden eminlik alt boyutunda puanlar 2.00-18.00 arasında olup, puan ortalaması ise 11.02±4.13 olarak bulunmuştur. BBİÖ'nin içgörü düzeyini gösteren bileşik indeks puan ortalaması -1.75±6.18'dir.

ÖİÖ'de puanlar 21.00-85.00 arasında olup, toplam puan ortalaması 54.61±16.61'dir (Tablo 3).

KYYÖ'de puanlar 0.00-22.00 arasında olup, toplam puan ortalaması 8.83±6.04'tür. Son bir ay içinde günlük işleri aksatma toplam gün sayısı 5.47±4.91'dir. Hastalık nedeniyle son bir ay içinde yatakta geçirilen gün sayısı 4.91±7.56'dır (Tablo 3).

Tablo 4. KYYÖ Kesme Noktasına Göre Dağılım (N=137)

Yeti yitim Ölçeği Gruplandırma	N	%
Yeti Yitimi Yok	36	26.3
Hafif Yeti Yitimi	27	19.7
Orta Yeti Yitimi	42	30.7
Ağır Yeti Yitimi	32	23.4

Tablo 4'te yeti yitimi ölçeğinin gruplarına göre dağılım tablosu sunulmuştur. Hastaların %30,7'sinde orta düzeyde, %23,4'ünde ağır düzeyde, %19,7'sinde hafif düzeyde yeti yitimi görülürken %26,3'ünde hiç yeti yitimi görülmemiştir.

Yeti yitimi düzeylerine göre bilişsel içgörü düzeyi ($KW-X^2=12.954$; $p=.005$) ve öznel iyileşme ($KW-X^2=17.405$; $p=.001$) toplam ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Yeti yitimi olmayan grubun hafif, orta ve ağır yeti yitimi olanlara oranla içgörü düzeyi (yeti yitimi yok median=1; hafif yeti yitimi median=-5, orta yeti yitimi median=-3.5, ağır yeti yitimi median=-2.5) ve öznel iyileşme toplam puanları (yeti yitimi yok median=64; hafif yeti yitimi median=54, orta yeti yitimi median=53, ağır yeti yitimi median=-43) daha yüksektir.

Tablo 5. Hastaların Tedavi Süresine Göre BBİÖ, ÖİÖ, KYYÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Tedavi Süresi	Kendini İfade Etme	Kendinden Eminlik	İç Görü Düzeyi	Öznel İyileşme Toplam	Yeti Yitimi Toplam
0-5 yıl	11.00	11.00	-1.00	53.00	5.00
6-10 yıl	13.00	10.00	-4.00	58.00	8.00
11-16 yıl	12.00	10.00	-3.00	55.00	7.00
17 ve üzeri	14.00	12.00	-3.00	52.00	10.00
KW-X²	6,032	1,455	1,179	1,988	8,537
P	,110	,693	,758	,575	,036*

Hastaların sosyodemografik ve hastalık özellikleri ile BBİÖ, ÖİÖ, KYYÖ puanları karşılaştırıldığında; cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, birlikte yaşanan kişi, ekonomik durum ailede başka bir hasta aile üyesinin varlığı, TRSM'ye devam etme süresi ve hastanede yatarak tedavi görme durumuna göre ölçek puanlarında anlamlı farklılıklar bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların hastalıkları nedeniyle tedavi olmaya başladıkları zamandan günümüze tedavide geçirilen süreye göre; BBİÖ, ÖİÖ, KYYÖ'den sadece KYYÖ toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($KW-X^2=8,537$; $p=.036$) (Tablo 5). Yapılan ileri analize göre toplam tedavi süresi 0-5 yıl olan hastaların yeti yitimi toplam puanı, tedavi süresi 17 yıl ve üzeri olan hastalardan daha düşüktür (0-5 yıl median 29, 17 yıl ve üzeri median 43; $p=.009$).

Tablo 6. Yaş, Tanı Süresi, Başlangıç Yaşı ve BİÖ, ÖİÖ, KYYÖ Puanları Arasındaki İlişkiler

	KE (r)	KİE (r)	İD (r)	ÖİT (r)	KYYÖT (r)
BY	-,035	-,173*	,105	-,122	-,013
Yaş	,088	,069	,028	-,124	,193*
TS	,115	,254**	-,089	,009	,224**

KE=Kendinden Eminlik, **KİE**=Kendini İfade Etme, **İD**=İçgörü Düzeyi, **ÖİT**=Özel İyileşme Toplam, **KYYÖT**=Kısa Yeti Yitimi Ölçeği Toplam, **BY**=Başlangıç Yaşı, **TS**=Tanı Süresi, *p<.05, **p<.001, r=Sperman Korelasyon Analizi

Hastaların hastalığın başlangıç yaşı ile;KİE arasında negatif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı zayıf düzeyde bir ilişki bulunmuştur(Tablo 6).

Hastaların yaşları ile KYYÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf düzeyde bir ilişki bulunmuştur (Tablo 6).

Hastaların tanı süresi ile; KİE arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Yine hastaların tanı süresi ile;KYYÖT puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı zayıf düzeyde bir ilişki bulunmuştur (Tablo 6).

Tablo 7. BBIÖ, ÖİÖ, KYYÖ Puanları Arasındaki İlişkiler

	KE (r)	KİE (r)	İD (r)	ÖİÖT (r)	KYYÖT (r)
KE					
KİE	-,039				
İD	,691**	-,716**			
ÖİÖT	,131	,082	,037		
KYYÖT	,013	,203*	-,146	-,398**	

KE=Kendinden Eminlik, KİE= Kendini İfade Etme, İD=İçgörü Düzeyi, ÖİÖT=Öznel İyileşme Toplam, KYYÖT=Kısa Yeti Yitimi Ölçeği Toplam, BY=Başlangıç Yaşı, TS=Tanı Süresi, *p<.05, **p<.01, r=Sperman Korelasyon Analizi

Hastaların içgörü düzeyi ile; KE puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı güçlü düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Yine hastaların hastalığın içgörü düzeyi ile; KİE puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı güçlü düzeyde bir ilişki bulunmuştur (Tablo 7).

Hastaların KYYÖ toplam puanı ile; KİE puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı zayıf düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Yine hastaların KYYÖ toplam puanı ile; ÖİÖT toplam puanı arasında negatif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur (Tablo 7).

Hastaların ÖİÖT puanları ile BBIÖ ve KYYÖ puanları arasında anlamlı ilişkiler bulunmamıştır (Tablo 7).

7. TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu bölümde şizofreni hastalarının bilişsel içgörü, yeti yitimi ve öznel iyileşme düzeyleri ve aralarındaki ilişkilere ilişkin bulguların literatür doğrultusunda tartışılması yer almaktadır.

Çalışmanın örneklem grubundaki hastalar 22-65 yaş aralığında; %70,8'i erkek, yaklaşık yarısı (%41,6) ilköğretim mezunu, büyük çoğunluğu (%82,5) işsizdir. Şizofreni hastalarında bilişsel içgörü, yeti yitimi ve öznel iyileşmenin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışma içgörü, yeti yitimi ve öznel iyileşmeyi bir arada ele alması açısından literatüre katkı sağlayacaktır. Bu üç kavramın bir arada incelendiği diğer bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Örneklem grubundaki hastaların BBIÖ'nin alt boyutları olan kendini ifade etme alt boyutunda puan ortalaması 12.78 ± 4.49 , kendinden eminlik alt boyutunda puan ortalaması ise 11.02 ± 4.13 ve BBIÖ'nin içgörü düzeyini gösteren bileşik indeks puan ortalaması -1.75 ± 6.18 'dir. Bu sonuçlara göre hastaların içgörü düzeyi oldukça düşüktür. Beck ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında kendini ifade etme alt boyutunda puan ortalaması 12.97 ± 5.00 , kendinden eminlik alt boyutunda puan ortalaması ise 7.94 ± 3.78 ve BBIÖ'nin içgörü düzeyini gösteren bileşik indeks puan ortalaması -5.03 ± 5.76 'dir. İpçi ve ark. (2018)'nin çalışmasında kendini ifade etme alt boyutunda puan ortalaması 13.08 ± 5.7 , kendinden eminlik alt boyutunda puan ortalaması ise 10.6 ± 3.9 ve BBIÖ'nin içgörü düzeyini gösteren bileşik indeks puan ortalaması 3.8 ± 5.6 'dir. Çalışma bulguları birbirleriyle paralellik göstermektedir. Literatürde kronik bir hastalık olan şizofrenide iyileşmenin ilk aşamasının içgörü olduğu vurgulanmaktadır (İpçi ve ark 2018). Bu anlamda hastaların içgörüsünü artırmaya yönelik girişimlere, tedavi ve rehabilitasyon çalışmalarının tümünde yer verilmesinin gerekli olduğu düşünülebilir.

İpçi ve ark. (2018)'nin yaptığı çalışmada BBIÖ'nin kendinden eminlik alt boyutu ile öznel iyileşme duyguları arasında pozitif bir bağıntı çıkmıştır. Bu durumun dikkatli yorumlanması gerekir. Bu durum hastaların özgüven artışı yansıtmış olabilir fakat kendinden eminlik alt boyutundaki sorular, hastaların hastalık hakkındaki yanlış düşünce ve inanışları yansıttığı bilinmelidir. Bu

çalışmada BBİÖ'nin kendinden eminlik alt boyutuyla öznel iyileşme arasında bir ilişki bulunmamıştır.

Bu çalışmada şizofreni hastalarında yaş ile içgörü düzeyi arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı orta düzeyde bir ilişki bulunmasına karşılık; Beck ve ark. (2004) 150 hasta ve Aslan ve ark. (2005)'nin 81 hasta ile yaptığı çalışmalarda yaş ile içgörü düzeyi arasında bir ilişki bulunmamışlardır. Keshovan ve ark. (2004) şizofrenide içgörüyü birçok parametre ile ilişkilendirmiş fakat yaş ile içgörü arasında bir ilişki bulunmamıştır. Bununla birlikte Uchida ve ark. (2009)'nin Japonya'da yaptığı çalışmada yaşla bilişsel içgörünün kendini ifade etme alt boyutu arasında anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur. Deveci ve ark., (2008) tarafından yapılan bir başka çalışmada yaş ile içgörü düzeyi arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışmayı destekler nitelikteki çalışma olan Collins ve ark., (1997)'nin 58 hastada İçgörü Değerlendirme Skalası kullanarak yaptıkları çalışmada yaşı daha ileri olan kişilerin daha fazla içgörü sahibi oldukları bulunmuştur. Çalışma sonuçlarındaki farklılık, kültürlerarası farklılıktan kaynaklanıyor olabileceği gibi, içgörünün çok boyutlu yapısından da kaynaklanıyor olabilecektir. Bu konuda daha geniş örneklemli çalışmalar yapılmasının gerekli olduğu söylenebilir.

Hastalığın başlangıç yaşı ile; bilişsel içgörünün kendini ifade etme alt boyutu arasında negatif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Beck ve ark. (2004)'nin yaptığı çalışmada yaş ile kendini ifade etme arasında negatif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı zayıf düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Hastalığın başlangıç yaşı yükseldikçe kendini ifade etme puanları düşmektedir. Başka bir çalışmada (Kartal, 2013) İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği'ni kullanarak hastalık başlangıç yaşı ile içgörü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını tespit etmiştir. Bu sonuçlarla yaş ve içgörü arasındaki tutarsızlıkların; kullanılan ölçeğin cinsine ve araştırmandaki örneklemin büyüklüğüne, hastanın mevcut semptomlarına göre değişiklik gösterebileceği şeklinde yorumlanabilir.

Hastaların tanı süresi ile; kendini ifade etme arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Hastanın tanı süresi arttıkça kendini ifade etme puanları da artmaktadır. Benzer şekilde Aykut,

(2017)'un yaptığı çalışmada hastanın 15 yıldan daha uzun süre hastalığa sahip olması ile içgörünün artması arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Bora ve ark., (2007)'nin yaptığı çalışmada hastaların hastane yatışı sonrasında kendini ifade etme ve bileşik endeks puanlarında artış gözlenirken; bu çalışmada hastaların %81,8'inin hastanede daha önceden yatarak tedavi gördüğü fakat uzun süreli remisyon halinde de içgörü düzeylerinin düşük olduğu bulunmuştur. Yine Bora ve ark., (2007)'nin yaptığı çalışmada akut psikotik atakta olan hastaların daha yüksek özgüvene sahip olduğu ve kendinden eminlik puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların bulgularında semptomatik iyileşmeden bahsedildiği süre sonrasında hastaların aşırı özgüveninde bir azalma gözlenmediği bulunmuştur. Bu durumda hastaların akut iyileşmesinde, psikotik durumun altında yatan sebeplerin tamamen düzelmediği şeklinde yorumlanabilir.

Bu çalışmada öznel iyileşme puanı ile Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği bileşik endeks puanı ve Kısa Yeti Yitimi Ölçeği puanları arasında anlamlı ilişkiler bulunmamıştır.

İpçi ve ark., (2018)'nin yaptığı çalışmada öznel iyileşme ile BBIÖ'nin kendini ifade etme ve kendinden eminlik alt boyutları arasında zayıf da olsa istatistiksel yönden pozitif bir ilişki bulunurken; bu çalışmada anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Bu çalışmada Kısa Yeti Yitimi Ölçeği'nin toplam puan ortalaması 8.83 ± 6.04 'tür ve hastaların %73.7'sinde ise hafif, orta ya da ağır düzeyde yeti yitimi olduğu bulunmuştur. Alptekin ve ark., (2005)'nin 382 hasta ile yaptığı bir yıllık klinik izlem çalışmasında hastaların mevcut tıbbi tedavi haricinde herhangi bir psikososyal tedavi müdahalesi olmamasına karşın yeti yitimlerinde azalma gözlenmiştir. Ensari ve ark. yaptığı diğer bir 1 yıllık klinik izlem çalışmasında düzenli olarak toplum ruh sağlığına gelen 30 hastaya ruhsal beceri eğitimi verilmiş ve bunun sonucunda yeti yitimi, yaşam kalitesi ve sosyal işlevsellik düzeylerine bakılmıştır. Düzenli olarak gelen 30 hastanın bir yıl sonunda yaşam kalitesinin tüm alan puanlarında artışı gözlenmiştir. Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS II) kullanıldığı çalışmada yeti yitimi puanının 44.8 ± 7.7 'den 27.6 ± 6.3 'e düştüğü görülmüştür. Akı ve ark. (2014)'nin yaptığı çalışmada şizofreni hastalarının ergoterapi müdahaleleriyle yeti yitimi düzeyleri WHO-DAS

II ölçme yöntemi kullanılarak ölçülmüştür. Ortalama yeti yitimi puanları $133,73 \pm 52,76$ olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise hastaların yalnızca %26.3'ünde yeti yitimi gözlenmemiştir. Farklı düzeylerde hastaların hastalığın getirdiği yeti yitimiyle yaşadıkları görülmüştür. Bizim çalışmamız kesitsel bir çalışma olduğu ve hastaların herhangi bir müdahale olmadan o an ki durumu yansıtması açısından değerlendirilmesi gereklidir. Araştırmanın daha spesifik bir grubu kapsamı yeti yitimini değerlendirme açısından önemlidir. Fakat verilen örnek çalışmalardan da anlaşıldığı üzere psikososyal müdahaleler ve ergoterapi faaliyetleri hastalığın sebep olduğu yeti yitiminin azalması üzerine etkili yöntemler olarak görülmektedir.

Şizofreni hastalığında yaş ile Kısa Yeti Yitim Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf düzeyde bir ilişki bulunmasına karşılık; Uluğ ve ark. (2001)'nin yaptığı çalışmada yaş ile yeti yitimi arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Fucetola ve ark. (2000)'nin yaptığı çalışmada yaşın artmasının şizofreni hastalığındaki yeti yitimini arttırdığı hipotezini desteklemiştir.

Bu çalışmada hastaların başlangıç yaşları ile yeti yitimi arasında bir ilişki bulunmazken; Chen ve ark., (2018)'in yaptığı çalışmada hastalık başlangıç yaşının daha büyük olduğu çalışmada psikososyal işlevsellik düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Russel ve ark., (2003) yaptığı çalışmaya göre içgörünün yürütücü işlevlerle arasında olumlu ilişkinin olduğunu göstermiştir. Şahin ve Elboğa, (2019)'nin yaptıkları çalışmada içgörü, işlevsel iyileşme arasında olumlu ilişki olduğunu gösterilmektedir. Bu çalışmada ise içgörü ile yeti yitimi arasında bir ilişki bulunmamıştır.

Yaptığımız çalışmada Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği puanları 21.00-85.00 arasında olup, toplam puan ortalaması 54.61 ± 16.61 'dir. İpçi ve ark. (2018)'nin yaptığı çalışmada ise Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalaması 60.5 ± 17.7 bulunmuştur. Farklı örneklem gruplarında benzer sonuçların ortaya çıktığı görülmektedir. Bu çalışmamız, Yıldız ve ark., (2017)'nin Türkçe güvenirlik geçerlik çalışmasını yaptığı Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği'nin Türkiye'de yapılan birkaç çalışmadan biridir.

Bu çalışmada bilişsel içgörü ve öznel iyileşme arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Benzer şekilde İpçi ve ark. (2018)'nin yaptığı çalışmada da bilişsel içgörü ve öznel iyileşme arasında bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum hastaların içgörü kazanmalarının öznel iyileşmeyi olumlu ya da olumsuz şekilde etkilemediği şeklinde yorumlanabilir.

Kukla ve ark., (2014)'nin yaptığı çalışmada öznel iyileşme puanı yüksek olan hastaların şiddetli pozitif semptomların varlığında daha iyi bir rol üstlendiği söylenebilir. Bu durum semptomların hafiflediği dönemde de geçerli olduğu sonucuna varılmıştır.

Çalışmamıza katılan hastaların içgörü düzeyleri, yeti yitimleri ve öznel iyileşmeleri arasında anlamlı düzeyde bir ilişkinin olmadığı görülmüştür. Literatürde benzer bir çalışma olmadığı için kapsamlı bir karşılaştırma mümkün olmamıştır.

Şizofreni hastalarında bilişsel içgörü, yeti yitimi ve öznel iyileşmenin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları aşağıda yer almaktadır:

- Çalışmanın örneklem grubundaki hastalar 22-65 yaş aralığında ve yaş ortalaması $42,01 \pm 10,44$ 'tür. Hastaların %70,8'i erkek, %40,6'sı ilköğretim mezunu, %72,3'ü bekarıdır. Hastaların %78,1'i ailesiyle yaşamakta, büyük çoğunluğu(%82,5) işsiz ve yaklaşık yarısının(%50,4) geliri giderine eşittir.
- Ortalama hastalık süresi $15,78 \pm 9,75$ olan hastaların hastalık başlangıç yaşı 13-52 yaşları arasında değişmektedir ve ortalaması $26,37 \pm 9,38$ 'dir. hastaların yaklaşık yarısında ailesinde hasta bir aile üyesi daha bulunmaktadır.
- Hastaların üçte biri 17 yıl ve üzeri tedavi alırken, büyük çoğunluğu daha önceden yatarak tedavi görmüştür. Hastaların yaklaşık yarısı 2-4 yıl süreyle TRSM'de tedavi edilmektedir.
- Hastaların Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği'nden aldıkları puanlar kendini ifade etme alt boyutunda puan ortalaması $12,78 \pm 4,49$ 'dur. Kendinden eminlik alt boyutunda puan ortalaması ise $11,02 \pm 4,13$ olarak bulunmuştur. Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği'nin içgörü düzeyini gösteren bileşik indeks puan ortalaması $-1,75 \pm 6,18$ 'dir. Hastaların içgörü düzeyi oldukça düşüktür.

- Öznel iyileşme toplam puan ortalaması 54.61 ± 16.61 'dir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 85 olduğu için iyileşmenin orta düzeyin üstünde olduğu söylenebilir.
- Kısa Yeti Yitimi Ölçeği'nde toplam puan ortalaması 8.83 ± 6.04 'tür ve hastaların sadece %26,3'ünde yeti yitimi olmadığı bulunmuştur.
- Son bir ay içinde günlük işleri aksatma toplam gün sayısı 5.47 ± 4.91 'dir. Hastalık nedeniyle son bir ay içinde yatakta geçirilen gün sayısı 4.91 ± 7.56 'dır.
- Yeti yitimi düzeylerine göre bilişsel içgörü düzeyi ve öznel iyileşme toplam ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Yeti yitimi olmayan grubun hafif, orta ve ağır yeti yitimi olanlara oranla içgörü düzeyi ve öznel iyileşme toplam puanları daha yüksektir.
- Hastaların sosyodemografik ve hastalık özellikleri ile BBIÖ, ÖİÖ, KYYÖ puanları karşılaştırıldığında; cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, birlikte yaşanan kişi, ekonomik durum ailede başka bir hasta aile üyesinin varlığı, TRSM'ye devam etme süresi ve hastanede yatarak tedavi görme durumuna göre ölçek puanlarında anlamlı farklılıklar bulunmamıştır.
- Hastaların hastalıkları nedeniyle tedavi olmaya başladıkları zamandan günümüze tedavide geçirilen süreye göre; BBIÖ, ÖİÖ, KYYÖ'den sadece KYYÖ toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Yapılan ileri analize göre toplam tedavi süresi 0-5 yıl olan hastaların yeti yitimi toplam puanı, tedavi süresi 17 yıl ve üzeri olan hastalardan daha düşüktür.
- Hastaların yaşları ile; içgörü düzeyi puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Yaş ile bilişsel içgörü düzeyi birlikte yükselmektedir. Yine yaş ile kısa yeti yitimi toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif zayıf düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Yaş ile bilişsel yeti yitimi birlikte yükselmektedir.
- Hastaların hastalığın başlangıç yaşı ile; bilişsel içgörünün kendini ifade etme alt boyutu arasında negatif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde

anlamli orta düzeyde bir iliski bulunmüstür. Hastalığın başlangıç yaşı yükseldikçe kendini ifade etme puanları düşmektedir.

- Hastaların tedavi süresi ile; KİE arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamli orta düzeyde bir iliski bulunmüstür. Hastalığın tedavi süresi yükseldikçe kendini ifade etme puanları da yükselmektedir.
- Hastaların tanı süresi ile; yeti yitimi toplam puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamli zayıf düzeyde bir iliski bulunmüstür. Hastaların tanı süresi uzadıkça yeti yitimi de artmaktadır.
- Hastaların içgörü düzeyi ile öznel iyileşme ve yeti yitimi arasında anlamli ilişkiler bulunmazken; bilişsel içgörünün kendini ifade etme alt boyutu ile yeti yitimi arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamli iliski bulunmüstür. Kendini ifade etme puanları ve yeti yitimi puanları birlikte yükselmektedir.
- Hastaların yeti yitimi ile öznel iyileşme puanları arasında negatif yönde anlamli iliski bulunmuş olup; yeti yitimi puanları yükseldikçe, öznel iyileşme puanları düşmektedir.

Çalışmanın sonuçları doğrultusunda öneriler aşağıdaki gibidir.

- Hasta sayısının düşük olması nedeniyle standardizasyon sorunu olduğu da düşünülmüştür. Daha kesin sonuçlar vermesi bakımından daha geniş kapsamlı bir örnekleme çalışmanın yapılması
- Hastaların içgörü kazanmaları için psikososyal tedavi yaklaşımlarının etkin bir biçimde kullanılması
- Şizofreni hastalığında multidisipliner ekip anlayışı benimsenerek; hastaların ayaktan takip, tedavi ve rehabilitasyon faaliyetlerini yürüttüğü TRSM'lere aktif katılımlarının sağlanması
- Psikiyatri hemşirelerinin hastaların sağaltımında oynadığı aktif rol gibi içgörü kazanmalarında psikoeğitim, grup terapileri, davranışçı terapiler gibi yöntemleri etkin bir biçimde kullanabilmesi için konusunda uzmanlaşmaları önerilebilir.

Sonuç olarak; şizofreni hastalığı kişinin yaşantısında büyük ve ağır bir ket olabilir fakat gelişen ve değişen tedavi yöntemleriyle yeti yitimi en aza indirgenmekte iyileşme de bununla beraber artmaktadır. Hastaların klinik durum dışında öznel olarak da iyilik halini yakalaması kendi ellerindedir. Hastalar hastalığı kabullenerek iyileşme sürecine de aktif olarak katılmaya başlamış olmaktadır. Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği'nde bahsedildiği gibi iyileşme kişinin hayattan beklentileridir, geleceğe umutla bakabilmesidir, hayatı anlamlandırabilmesidir. Tam da bu noktada psikiyatri hemşireleri, mesleki bilgi ve deneyimlerini hastalara aktararak, onlarla bağ geliştirerek ve de terapötik bir ortam oluşturarak hastalara yeni ufuklar açabilir, geleceğe umutla bakabilmesini sağlayabilir.



8. KAYNAKLAR

Akdoğan R, Türküm AS. Psikolojik Yardım Sürecinde Terapötik Bir Hedef Olarak İçgörü. Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar 2014; 6(4): 375-388.

Akın B, 2002. Evde Yaşayan Yaşlılarda Mobiliteye Bağlı Yetiyitimi ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara, (Danışman:Doç. Dr. Oya N.Emiroğlu).

Akı E, Tanrıverdi N, Şafak Y. Şizofrenili Bireylerde Birey Merkezli Ergoterapi Programının Günlük Yaşam Aktiviteleri Katılımına Etkisi. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi 2014; 2(2): 83-90.

Akın B, Emiroğlu N. Evde Yaşayan Yaşlılarda Mobilitede Yetiyitimi ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. Türk Geriatri Dergisi 2003; 6(2): 59-67.

Alptekin K, Erkoç Ş, Göğüş AK, Kültür S, Mete L, Üçok A, Yazıcı KM. Disability In Schizophrenia: Clinical Correlates and Prediction Over 1-Year Follow-Up. Psychiatry Research 2005;135: 103-111.

Aslan S, Altınöz AE. İçgörü ve Şizofreni Kavramı. RCHP 2010; 4: 1-2.

Atagün Mİ, Yıldırım MS, Canberk Ö. Elektrokonvulsif Tedavi: Bir Güncelleme. Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar 2012; 4(3): 350-370.

Ayano G. Schizophrenia: A Concise Overview Of Etiology, Epidemiology Diagnosis And Management: Review Of Literatures. Journal of Schizophrenia Research 2016; C.3 S.2: 1026.

Aykut DS. Şizofreni Hastalarında Hastalık Süresinin Klinik Özelliklere Etkisi. Klinik Psikiyatri 2017; 20: 301-307.

Aykut DS, Arslan FC, Karagüzel EÖ, Selçuk E, Uysal S, Tiryaki A. Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Kliniğindeki Elektrokonvulsif Tedavi Uygulamalarına Genel Bakış. Klinik Psikiyatri 2017; 20:114-120.

Bag B. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Hemşirenin Rolü: İngiltere Örneği. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2012; 4(4): 465-485.

Bastiaens JA, Agarkar S. A Case Review of Poor Insight in Schizophrenia: How Much Do We Know. Psychiatric Annals 2014; 44(5):207-210.

Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM. A New Instrument for Measuring Insight: The Beck Cognitive Insight Scale. Schizophrenia Research 2004; S.68: 319-329.

Belene E, 2009. Şizofreni'de Anksiyete Belirtilerinin, Pozitif, Negatif Ve Depresif Belirtiler, İntihar Düşüncesi, İçgörü Ve Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 9. Psikiyatri Birimi. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Armağan Samancı).

Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye’de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine SistematiK Bir Gözden Geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi 2010; 13(1):9-15.

Bora E, Erkan A, Kayahan B, Veznedaroğlu B. Cognitive Insight and Acute Psychosis in Schizophrenia. Psychiatry and Clinical Neurosciences 2007.

Cannavo D, Battaglia F, Battaglia E, Minutolo G, Aguglia E. Insight And Recovery In Schizophrenic Patients: Observational Study. European Psychiatry 2015; C.30, S.1: 1748.

Caton S. The Relationship Between Illness Insight in Schizophrenia. Social Adaptation, Social Support Needs and the Subjective Quality of Life for Consumers of Community Based Case Management Mental Health Services, Master's Thesis, 2007.

Chen L, Selvendra A, Steward A, Castle D. Risk Factors In Early and Late Onset Schizophrenia. Comprehensive Psychiatry, 2018;80: 155-162.

Çam O, Yalçın N. Ruhsal Hastalık ve İyileşme. Journal of Psychiatric Nursing 2018; 9(1): 55-60.

Çetin M. Şizofreni Tedavisi: Geçmişi, Bugünü ve Geleceği. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2015; 25(2).

Çobanoğlu ZSÜ, Aker T, Çobanoğlu N. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunları. Düşünen Adam 2003; 4(16): 211-218

Collins, AA, Remington, GJ, Coulter K, Birkett K. Insight, Neurocognitive Function and Symptom Clusters In Chronic Schizophrenia; Schizophrenia Research. (1997); 27: 37-44.

Deveci A, Danacı AE, Yurtsever F, Deniz F, Yüksel EG. Şizofrenide Psikososyal Beceri Eğitiminin Belirti Örüntüsü, İçgörü, Yaşam Kalitesi ve İntihar Olasılığı Üzerine Etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2008; 19(3): 266-273.

Dziwota E, Stepulak MZ, Wloszczak-Szubzda A, Olajosy M. SocialFunctioningAndTheQuality Of Life Of Patients Diagnosed With Schizophrenia. Annals of Agricultural and Environmental Medicine 2018; C.25, S.1: 50-55.

Ensari H, Gültekin BK, Karaman D, Koç A, Beşkardeş AF. Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hizmetlerinin Şizofreni Hastalarındaki Yaşam Kalitesi, Yeti Yitimi, Genel ve Sosyal İşlevsellik Üzerine Etkisi: Bir Yıllık İzleme Sonuçları. Anatolian Journal of Psychiatry 2013;14: 108-14.

Fatani BZ, Aldawod R, Alhawaj FA, Alsadah S, Slais FR, Alyaseen EN, Ghamri AS, Banjar J, Qassaim YA. Schizophrenia: Etiology, Pathapshysiology and Management- A Review. The Egyptian Journal of Hospital Medicine 2017; 69(6):2640-2646.

Fucetola R, Seidman LJ, Kremen WS, Faraone SV, Goldstein JM, Tsuang MT. Age and Neuropsychologic Function in Schizophrenia: A Decline in Executive Abilities beyond That Observed in Healthy Volunteers. Society of Biological Psychiatry 2000; 48: 137-146.

Fischer BA, Buchanan RW. Schizophrenia: Clinical Manifestations, Course, Assessment and Diagnosis.

İngeç C, 2018. Şizofreni Hastalarında Çocukluk Çağı Travmasının Şizofreni Hastalık Başlangıç Yaşına Etkisi. T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği Uzmanlık Tezi, İzmir,

(Danışman: Uzm. Dr. Esin Evren Kılıçaslan)

İpçi K, İncedere A, Kiras F, Yıldız M. Şizofreni Hastalarında Öznel İyileşme ile Bilişsel İçgörü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2018; 4(1):1-4.

Jacob KS. Insight In Psychosis: An Indicator Of Severity Of Psychosis, An Explanatory Model Of Illness, And A Coping Strategy. Indian Journal of Psychological Medicine 2016; C.38, S.3:194-201.

Jenkins JH, Strauss M, Carpenter EA, Miller D, Floersch J, Sajatovic M. Subjective Experience of Recovery from Schizophrenia-Related Disorders and Atypical Antipsychotics. International Journal of Social Psychiatry 2005; C.51, S.3:211–227.

Joseph B, Narayanaswamy JC, Venkatasubramanian G. Insight In Schizophrenia: Relationship To Positive, Negative And Neurocognitive Dimensions. Journal of Psychological Medicine 2015; C.37,S.1.

Karaca S, Korkmaz G, Öngün E, Ünsal G, Ardiç E, Hastaların Perspektifinden: Kronik Şizofrenide İyileşme. 5. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Antalya, 2018, s. 1119-1120

Kaya Y, 2013. Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri Ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yükü. T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Fatma Öz).

Kim M. Understanding The Etiology and Treatment Approaches of Schizophrenia: Theroretical Perspectives and Their Critique. Open Journal of Psychiatry 2016; 6:253-261.

Kocal Y, Karakuş G, Sert D. Şizofreni: Etiyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 2017;26(2)251-267.

Kukla M, Lysaker PH, Roe D. Strong Subjective Recovery As A Protective Factor Against The Effects Of Positive Symptoms On Quality Of Life Outcomes İn Schizophrenia. Comprehensive Psychiatry 2014; 55(6): 1363-1368.

Li R, Ma X, Wang G, Yang J, Wang C. Why Sex Differences In Schizophrenia?. J Transl Neurosci 2016;1(1):37-42.

Menzies V. Depression In Schizophrenia: Nursing Care As a Generalized Resistance Resource. Issues In Mental Health Nursing 2000;21: 605-617.

Mohr P, Galderisi S, Boyer P, Wasserman D, Arteel P, Ieven A, Karkkainen H, Pereira E, Guldmond N, Winkler P, Gaebel, W. Value Of Schizophrenia Treatment I: The Patient Journey. European Psychiatry 2018; S.53: 107-115.

Nichols FE, 2013. Inside Schizophrenia: Mending The Internal Conflict; And, The Historical, Cultural and Social Aspects of Schizophrenia. Edith Cowan University Research Online Theses: Doctora these and Masters.

Nişancı A. Euh Sağlığı Alanında İyileşme Yaklaşımı ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet. Toplum ve Sosyal Hizmet 2019;30(1):231-259.

Nowak I, Sabariego C, Switaj P, Anczewska M. Disability and Recovery in Schizophrenia: A Systematic Review of Cognitive Behavioral Therapy Interventions. BMC Psychiatry 2016;16:228.

Oliviera-Souza R, Marrocos RP, Moll J. The Dementias of Schizophrenia. Dementia&Neuropsychologia 2007;2:124-130.

Owen MJ, Sawa A, Mortensen PB. Lancet 2016; 338:86-97.

Özak N, 2019. Şizofreni Hastalarında Bilişsel Bozukluk Düzeyini Değerlendiren Şizofreni Bilişsel Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Köksal Alptekin)

Özalmete EÖ, 2006. Şizofreni Hastalarının Tedavisinde Antipsikotik Polifarması Uygulamasının Değerlendirilmesi. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. Psikiyatri Klinik Şefliği Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Uzm. Dr. Meltem Efe Sevim).

Palmer EC, Gilleen J, David AS. The Relationship Between Cognitive Insight and Depression in Psychosis and Schizophrenia: A Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Research* 2015;8.

Patel KR, Cherian J, Gohil K, Atkinson D. Schizophrenia: Overview and Treatment Options. *Pharmacy and Therapeutics* 2014;39(9):638-645.

Passerieux C, Bulot V, Hardy-Bayle MC, Roux P. Assessing Cognitive-Related Disability In Schizophrenia: Reliability, Validity And Underlying Factors Of The Evaluation Of Cognitive Processes Involved In Disability In Schizophrenia Scale. *Disability and Rehabilitation*. 2018;40 (Suppl 16): 1953-1959.

Phalen PL, Viswanadhan K, Lysaker P, Warman DM. The Relationship Between Cognitive Insight And Quality Of Life In Schizophrenia Spectrum Disorders: Symptom Severity As Potential Moderator 2015; 230(3):839-845.

Rajji TK, Miranda D, Mulsant BH. Cognition, Function And Disability In Patients With Schizophrenia: A Review Of Longitudinal Studies. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2014;59 (Suppl 1):7-13.

Roe D, Mashiach-Eizenberg M, Lysaker PH. The Relation Between Objective and Subjective Domains of Recovery Among Persons with Schizophrenia-Related Disorders. *Schizophrenia Research* 2011; 131(1-3): 133-138.

Rossell SL, Coakes J, Shapleske J, Woodruff PW, David AS. Insight: It is Relationship with Cognitive Function, Brain Volume and Symptoms In Schizophrenia. *Psychol Med* 2003; 33:111-119.

Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A Systematic Review Of The Prevalence of Schizophrenia. *Plos Med* 2005;2(5) 141.

Sakarya A, 2012. Remisyonda Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Hastalarında Zihin Kuramı Bozukluklarının İçgörü ve Diğer Bilişsel İşlevlerle İlişkisi. T.C. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Halise Devrimci Özgüven).

Sayar GH, Özten E, Eryılmaz G, Göğçeğöz I, Ceylan ME. Elektrokonvulzif Tedavi Üzerine Güncel Bir Gözden Geçirme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2014; 6(2): 107-125

Sie M. Schizophrenia Clinical Features and Diagnosis. Clinical Pharmacist 2011;3.

Shihabuddeen I, Chandran M, Moosabba. Disability İn Persons With Schizophrenia Correlated To Family Burden And Family Distress Among Their Caregivers 2012; C.15,S.2.

Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu CE, Herken H. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. 1. Baskı: Ankara, Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi, 2007.

Soylu S. 2018. Psikiyatri Kliniğinde Yatarak Tedavi Gören Şizofreni ve Şizofreni Spektrum Bozukluğu Tanılı Hastaların 10 Yıl Sonraki Psikososyal İşlevsellik Düzeyinin Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Köksal Alptekin)

Sönmez S, 2009. Şizofreni Hastalarında Psikoeğitim Grup Çalışmasının Pozitif ve Negatif Belirtiler, Sosyal İşlevsellik, Yeti Yitimi, İçgörü ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Araştırılması. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Birimi. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. Ayla Yazıcı).

Summakoglu D, Ertugrul B. Şizofreni ve Tedavisi. Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences 2018; C.1, S.2: 43-61.

Sungur MZ, Yalnız Ö. Şizofreni Tedavisinde Bilişsel-Davranışçı Yaklaşımlar. Klinik Psikiyatri 1999;2: 160-166.

Switaj P, Anczewska M, Chrostek A, Sabariego C, Cieza A, Bickenbach J, Chatterji S. Disability And Schizophrenia: A Systematic Review Of Experienced Psychosocial Difficulties. BMC Psychiatry 2013; S.12: 193.

Şahin Ş, Elboğa G. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Yararlanan Hastaların Yaşam Kalitesi, Tıbbi Tedaviye Uyum, İçgörü ve İşlevsellikleri. Çukurova Medical Journal 2019; 44(2): 431-438.

Tel H, Tay BN, Canbay M, Akaya İ, Yalçınkaya S. Kronik Fiziksel Hastalıklı Yaşlılarda Yeti Yitimi ve Depresyon. *Flornce Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2014;22(2):69-75.

Temesgen WA, Chien WT, Bressington D. Conceptualizations Of Subjective Recovery From Recent Onset Psychosis And Its Associated Factors: A Systematic Review. *Early Intervention in Psychiatry* 2018; C.13, S.2: 181-193.

Uchida T, Matsumoto K, Kikiuchi A, Miyakoshi T, Ito F, Ueno T, Matsuoka H. Psychometric Properties Of The Japanese Version Of The Beck Cognitive Insight Scale: Relation Of Cognitive Insight To Clinical Insight. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2009; 63: 291- 297.

Van Eck RM, Burger TJ, Vellinga A, Schirmbeck F, Haan L. The relationship Between Clinical And Personal Recovery In Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 2018;44(3):631–642.

Vohs JL, George S, Leonhardt BL, Lysaker PH. An Intergrative Model of Impairments In Insight In Schizophrenia: Emerging Research on Causal Factors and Treatments. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2016;16(10):1193-1204.

Yanos PT, Roe D, Markus K, Lysaker PH. Pathways Between Internalized Stigma and Outcomes Related to Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatric Services* 2008;59(12):1437-1442.

Yavuz R. Şizofreni. *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar* 2008;62:49-58.

Yıldız M, Erim R, Soygur H, Tural U, Kiras F, Gules E. Development and Validation of The Subjective Recovery Assessment Scale for Patients with Schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology* 2018; 28(2): 163-169.

Yıldız M. Şizofrenide Psikososyal Beceri Eğitiminde İçerik ve Etkinlikler. *Klinik Psikiyatri* 2001;4: 119-123.

Yılmaz E, 2016. Şizofreni Hastalarında Farkındalık Temelli Psikososyal Beceri Eğitiminin İşlevsel İyileşme ve İçgörü Düzeyine Etkisi. T.C. Atatürk Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi,
Erzurum, (Danışman: Doç. Dr. Ayşe Okanlı).

Zhang Q, Li X, ParkerGJ , Hong XH, Wang Y, Lui SS, Neumann DL, Cheung EF,
Shum DH, Chan RC. Theory Of Mind Correlates With Clinical Insight But Not
Cognitive Insight In Patients With Schizophrenia. Psychiatry Research 2016;
S.237:188-95.



EKLER



Ek-1

Tanıttıcı Bilgi Formu

1) Cinsiyeti:

1. () Kadın 2. () Erkek

2) Yaşınız:

3) Eğitim durumunuz nedir?

1. () Okur-yazar
2. () İlköğretim
3. () Lise
4. () Üniversite
5. () Lisansüstü

4) Medeni durumunuz nedir?

1. () Evli
2. () Bekar
3. () Boşanmış
4. () Dul

5) Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

1. () Evet
2. () Hayır

6) Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

1. () Yalnız
2. () Eş
3. () Eş ve çocuklar
4. () Aile
5. () Akraba-arkadaş

7) Ekonomik durumunuz nedir?

1. () Gelir giderden az
2. () Gelir gidere eşit
3. () Gelir giderden fazla

8) Sosyal güvenceniz var mı?

1. () Evet
2. () Hayır

9) Kaç yıl önce hastalık tanısı konuldu?

10) Hastalık başlangıç yaşı kaçtır?

11) Ailenizde başka şizofreni hastası bulunuyor mu?

1. () Evet
2. () Hayır

12) Kaç yıldır hastalığınıza yönelik tedavi alıyorsunuz?

1. () 0-5 yıl
2. () 6-10 yıl
3. () 11-16 yıl
4. () 17 yıl ve üzeri

13) Hiç hastanede yatarak tedavi gördünüz mü?

1. () Evet
2. () Hayır

14) Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne ne kadar zamandır geliyorsunuz?

1. () 0-1 yıl
2. () 2-4 yıl
3. () 5 yıl ve üzeri

Ek-2**BECK BİLİŞSEL İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ**

Lütfen sıralanan bütün cümleleri dikkatle okuyunuz. Her ifade ile ne kadar aynı fikirde olduğunuzu karşısında uygun gelen alana "X" işareti koyarak belirtiniz.

	Hiç Katılmıyorum	Çok Az Katılmıyorum	Epeyce Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Bazen diğer insanların bana karşı tutumlarını yanlış anlıyorum				
2. Yaşantılarımla ilgili yorumlarım kesinlikle doğrudur				
3. Diğer insanlar olağandışı yaşantılarımın nedenlerini benim anladığımdan daha iyi anlayabilir.				
4. Çok çabuk sonuca atlıyorum.				
5. Bana çok sahici görünen bazı yaşantılarım benim hayal gücüme bağlı olabilir.				
6. Gerçek olduğuna kesinlikle emin olduğum bazı fikirlerimin yanlış olduğu ortaya çıktı.				
7. Eğer bir şeyin doğru olduğunu hissediyorsam o şey doğrudur.				
8. Güçlü bir şekilde haklı olduğumu hissetsem bile, yanılıyor olabilirim.				
9. Kendi sorunlarımın neler olduğunu bir başkasından çok daha iyi bilirim.				
10. İnsanlar benimle aynı fikirde değilse genellikle onlar yanlıştır.				
11. Yaşantılarımla ilgili diğer insanların kanaatlerine güvenemem.				
12. Eğer birisi inançlarımın yanlış olduğunu belirtirse, onun görüşünü dikkate almaya istekliyimdir.				
13. Her zaman kendi yargıma güvenebilirim.				
14. İnsanların neden belli bir şekilde davrandıklarının sıklıkla birden fazla açıklaması vardır.				
15. Benim olağandışı yaşantılarım aşırı keyifsiz olmama ya da strese bağlı olabilir.				

EK-3

Kısa Yeti Yitimi Ölçeği

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz. (Son bir aylık dönemi değerlendirerek)

1. Sağlık sorunlarınız aşağıdaki uğraşlarınızdan herhangi birine engel oldu mu?	0-Hayır, hiç	1- Evet, bazen ya da biraz	2- Evet, her zaman ya da oldukça
a) Ağır işler kaldırmak, koşmak ya da spor yapmak gibi ağır işler			
b) Bir masayı çekmek, file, çanta taşımak gibi orta güçlükte işler			
c) Merdiven ya da yokuş çıkmak			
d) Eğilmek, doğrulmak			
e) Uzun mesafe yürümek (1-2 km)			
f) Yemek yemek, giyinmek, banyo yapmak ya da tuvalete gitmek			
2. Bir hastalık ya da yaralanma nedeni ile daha önce yaptığınız hobilerinizi azaltmak ya da bırakmak zorunda kaldınız mı?			
3. Evin üzerine düşen günlük işlerden yapamadığınız oldu mu?			
4. Kişisel sorunlarınız nedeni ile çalışma isteğinizde azalma oldu mu?			
5. Kişisel sorunlarınız evde, okulda ya da işte veriminizi azalttı mı?			
6. Arkadaşlarınız, birlikte çalıştığınız kişiler ya da başkaları ile ilişkileriniz bozuldu mu?			

7. Son bir ay içinde günlük işlerinizi toplam kaç gün aksattınız?gün

8. Hastalık nedeni ile son bir ay içinde toplam kaç gününüzü yatakta geçirdiniz?gün

Ek-4**Özel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği**

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

Ek-5

BİLGİLENDİRME FORMU

Değerli katılımcı,

Bu anket, Şizofreni hastalığına sahip bireylerin bilişsel içgörü, yeti yitimi ve öznel iyileşme düzeylerini ölçmek ve aralarındaki ilişkiyi incelemek amacıyla düzenlenmiştir. Bu çalışmaya katılmayı kabul ederseniz öncelikle bilgilerinizin toplanmasına onay verdiğinizde dair bu formu imzalamanız istenecektir. Size bilişsel içgörü, yeti yitimi ve öznel iyileşme konularına dair değerlendirme ölçekleri uygulanacaktır. Sizden istenen mümkün olduğunca hiçbir soruyu atlamadan kendiniz hakkındaki bilgileri işaretleyerek doldurmanızdır. Anketin doldurulması yaklaşık olarak 10-15 dakika sürecektir. Bu çalışmaya katılma, katılmama ya da istediğiniz zaman araştırmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu araştırmaya katılmamanız ya da araştırmadan çıkmanız durumunda hastalığınız ve tedavinizle ilgili hiçbir değişiklik ya da aksama olmayacaktır. Bu çalışma yüksek lisans tezi için kullanılacak olup, bilgileriniz ikinci ve üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır.

Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim.

İbrahim Erdem CANDAN

M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

e-posta:ierdemcandan@gmail.com

Ek-6

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

“Kronik Şizofreni Hastalarında Bilişsel İçgörü, Yeti Yitimi ve Öznel İyileşmenin Değerlendirilmesi” başlıklı araştırmanın amacı, testin içeriği ve benimle ilgili bilgilerin gizli tutulacağı konusunda bilgilendirildim.

Bu koşullarda hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın çalışmanıza gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Ad- SOYAD

Tarih

İmza

Ek-7

Ölçek hk.

Gelen Kutusu x

**erdem candan**

18 Şubat Pzt 21:42 ☆

Sayın Selçuk Hocam, Ben Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisiyim ...

**Selçuk Aslan** <selcukaslan86@gmail.com>

20 Şubat Çar 12:24 ★ ↩ ⋮

Alici: ben ▼

kullanabili rsiniz tabi .
yayında vardı.
İçgörü puanı kendinden eminlikten kendini yansıtırma puanı çıkarılarak hesaplanıyor.

--

Prof. Dr. Selçuk Aslan
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı
Bilişsel Davranışçı Psikoterapist, Supervizör ve Eğitici

Karum is merkezi
A Blok 6.kat no 453

tel: 0505 4463604

Ek-8

Ölçek hk. ➔ Gelen Kutusu x

18 Şubat Pzt 21:45 ☆

erdem candan
Sayın Mustafa Hocam, Ben Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisiyim...

mustafa yildiz <myildiz60@yahoo.com>
Alıcı: ben ▾

19 Şubat Sal 21:52 ★ ↩ ⋮

Sayın İbrahim Erdem Canan,

Öncelikle alana duyduğunuz ilgiden dolayı teşekkür ederim.

Şizofrenide Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeğini (ÖzİDÖ) kullanmanız beni ve çalışma arkadaşlarımı mutlu eder.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Mustafa YILDIZ, Kocaeli Üniversitesi

Kurum İzni (Ek-9)



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 50272989-

Tarih: 15.05.2019

Konu : Kurum İzni Hk.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İSTANBUL
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ 'ne

Etik kurul izni 15.04.2019 tarihinde alınan "Kronik Şizofreni Hastalarında Bilişsel
İlgörü, Yeti Yitimi ve Öznel İyileşmenin Değerlendirilmesi" başlıklı araştırmamızı kurumunuz
Beylerbeyi TRSM'de yapabilmemiz için gerekli kurum izninin verilmesini saygılarımızla arz
ederiz.

Araştırmacılar

Hem. İbrahim Erdem Candan

(Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları
Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Beylerbeyi
TRSM)

I. Candan

Doç. Dr. Semra KARACA

(Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim
Dalı)

S. Karaca

Doç. Dr. Engin Emrem Beştepe

(Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları
Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Beylerbeyi TRSM)

E. Beştepe

Uygun

17.05.2019

S.B.O.
Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH
Doç. Dr. Rabia BİLİCİ
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı
Hastane Yöneticisi
Diy. No: 24220/27606

Etik Kurul Onayı (Ek-10)



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Etik Kurulu

PROJENİN ADI : Kronik Şizofreni Hastalarında Bilişsel İlgörü, Yeti Yitimi ve Öznel İyileşmenin Değerlendirilmesi

PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Doç. Dr. Semra KARACA

PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR : İbrahim Erdem CANDAN

ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 15.04.2019-104

Sayın Doç. Dr. Semra KARACA

104 protokol nolu "Kronik Şizofreni Hastalarında Bilişsel İlgörü, Yeti Yitimi ve Öznel İyileşmenin Değerlendirilmesi" isimli projeniz Enstitümüz Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.

F. Arıcıoğlu

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Komisyon Başkanı

Doç. Dr. İlksen DEMİRBÜKEN

Prof. Dr. Dilşad ŞAĞ

Prof. Dr. Hülya AŞÇI

Prof. Dr. Tuğba TUNALI AKBAY

Prof. Dr. Naciye BAHÇECİK

Prof. Dr. Hakkı ARIKAN

Doç. Dr. M. Ümit L. GÜRLÜ

Doç. Dr. Betül OKUYAN

Av. Funca İŞİK

Av. Öncel Onur AKBAS



Marmara Üniversitesi Cezayir
Kampusu Sağlık Bilimleri
Enstitüsü 34688 Etiler /
İSTANBUL

0 (216) 414 44 33/12 (Taksit)
0 (216) 414 44 11

Ayrıntılı bilgi için:
Sözcümen
B. KEMENÇİ

saglik.oyeneri@marmara.edu.tr
<http://saglik.marmara.edu.tr>

ÖZGEÇMİŞ

Adı	İbrahim Erdem	Soyadı	Candan
Doğum Yeri	Hendek	Doğum Tarihi	06.11.1991
Uyruğu	Türkiye Cumhuriyeti	Tel	0554 937 85 84
E-mail	ierdemcandan@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

Eğitim	Eğitim Durumu	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik	2016-Devam Ediyor
Lisans	Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	2010-2014
Lise	Hendek Atike Hanım Anadolu Lisesi	2006-2010

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
1 Hemşire	Acıbadem International Hospital Genel Yoğun Bakım Ünitesi	Ağustos 2014- Kasım 2015
2 Hemşire	T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri ve Amatem Servisleri	Kasım 2015- Ocak 2018
3 Hemşire	T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beylerbeyi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi	Ocak 2018- Devam ediyor

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	Orta	Orta	Orta

Yabancı Dil Sınavı Notu		
Yök-Dil		
42.5		

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	77,25	76,48	65,53

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Excell	Orta
Word	İyi
Power Point	İyi

