

**T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDE ŞİZOFRENİ
TANISIYLA TAKİP EDİLEN HASTALARIN BİLİŞSEL
İÇGÖRÜ, TOPLUMSAL İŞLEVSELLİK VE BAŞA ÇIKMA
TUTUMLARI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Tezi Hazırlayan
Merve GÜLCÜOĞLU**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Figen İNCİ**

**Hemşirelik Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Ağustos 2021
NEVŞEHİR**

**T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDE ŞİZOFRENİ
TANISIYLA TAKİP EDİLEN HASTALARIN BİLİŞSEL
İÇGÖRÜ, TOPLUMSAL İŞLEVSELLİK VE BAŞA ÇIKMA
TUTUMLARI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Tezi Hazırlayan
Merve GÜLCÜOĞLU**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Figen İNCİ
Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül ÖZCAN**

**Hemşirelik Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Ağustos 2021
NEVŞEHİR**

TEŞEKKÜR

Engin bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, tez çalışmam boyunca bana yol gösteren, sabrını ve desteğini hiç esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr. Figen İNCİ'ye,

Tecrübeleriyle yolumu aydınlatan Kayseri Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde görev yapan değerli meslektaşlarıma,

Bu çalışmanın asıl var olma sebebi olan ve çalışmaya katılmayı kabul ederek ruh dünyasını benimle paylaşan, kendilerinden hayata dair çok şey öğrendiğim şizofreni tanılı tüm katılımcılara,

İlk görev yerim olan ve ilk gününden itibaren bir parçası olmaktan mutluluk duyduğum Kayseri Şehir Hastanesi Yanık Ünitesi çalışanlarına,

Sevgisini daima hissettirerek hedeflerime ulaşmam için beni yüreklendiren, sürecin yükünü taşımamda yardımcı olan tüm arkadaşlarıma,

Her zaman yanımda olarak sonsuz desteğini hep hissettiğim, sevgi ve şefkatini hiç esirgemeyen, üzerimde büyük emekleri olan Ahmet KIDAM ve ailesine,

Hayattaki en büyük şansım olduğuna inandığım çok kıymetli ve biricik aileme teşekkür ediyorum.

Merve GÜLCÜOĞLU

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDE ŞİZOFRENİ TANISIYLA TAKİP
EDİLEN HASTALARIN BİLİŞSEL İÇGÖRÜ, TOPLUMSAL İŞLEVSELLİK VE
BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Merve GÜLCÜOĞLU

**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Ağustos 2021

ÖZET

Şizofreni hastalarının hastaneye yatış ihtiyaçları, ilaçla tedavileri, ayaktan takipleri, psikoterapi ve rehabilitasyon hizmetlerinin yanı sıra işlevselliğin kaybı ve yeti yitimi gibi durumları ciddi toplumsal, ekonomik ve manevi kayıplara yol açmaktadır. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) bu bağlamda devreye girerek bireyin tedavilerinin düzenlenmesinde, hastalıkla baş etme ve sağlıklı kalım sürelerinin arttırılmasında, topluma yeniden uyum sağlanmasında, hastaneye yatışın önlenmesinde, atakları erken fark edip, yeti yitimini en aza indirilmesinde, bireyin işlevselliğinin gelişmesinde katkı sunarlar. Mevcut araştırma, TRSM’de şizofreni tanısı ile takip edilen hastaların bilişsel içgörü, toplumsal işlevsellik ve başa çıkma tutumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Kayseri Devlet Hastanesi TRSM’de şizofreni tanısıyla takip edilen 170 hasta oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü evreni belli örnekleme yöntemine göre hesaplanmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 119 kişi örnekleme dahil edilmiştir. Araştırmanın verileri Katılımcı Bilgi Formu, Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ), Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ) ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ) kullanılarak toplanmıştır. Çalışmada elde edilen veriler SPSS istatistik paket programında (Version22, Chicago IL, USA) değerlendirilmiştir.

Katılımcıların BBİÖ puan ortalaması 5 ± 9.38 , Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması 37.09 ± 7.39 ’dur. Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği’ne ait Sorun Odaklı Başa Çıkma alt boyut puan ortalaması 43.89 ± 9.06 , Duygu Odaklı Başa

Çıkma alt boyut puan ortalaması 47.86 ± 6.61 ve İşlevsel Olmayan Başa Çıkma alt boyut puan ortalaması 46.97 ± 7.02 olarak bulunmuştur. Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlar incelendiğinde her birinden ortalama düzeyde puan aldıkları söylenebilir.

Çalışma sonucunda bilişsel içgörü düzeyi arttıkça toplumsal işlevsellikle birlikte sorun ve duygu odaklı baş etme yöntemleri kullanımının da arttığı; işlevsel olmayan baş etme yöntemleri kullanımının ise azaldığı görülmektedir. Ayrıca toplumsal işlevsellik düzeyi yüksek olan katılımcıların çoğunlukla sorun ve duygu odaklı baş etme yöntemlerini tercih ettikleri belirlenmiştir. İşlevsel olmayan baş etme yöntemlerini kullanan hastaların bilişsel içgörü ve toplumsal işlevsellik düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır. Bulgular doğrultusunda şizofreni tanısı ile TRSM’de takip edilen hastalarda bilişsel içgörü ve toplumsal işlevselliğin yakından ilişkili olduğu, bu düzeylerin yüksek olmasının, bireyin sorun ve duygu odaklı baş etme yöntemlerini daha çok tercih etmesini sağladığı ve dolaylı olarak etkili baş etme yöntemlerinin kullanımının hastalık tablosunu olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: İçgörü, İşlevsellik, Başa Çıkma

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Figen İNCİ

Sayfa Adeti: 71 + xii sayfa

**ASSESSMENT OF COGNITIVE INSIGHT, SOCIAL FUNCTIONING AND
COPING STRATEGIES OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS REGISTERED IN
THE COMMUNITY MENTAL HEALTH CENTERS**

(M. Sc. Thesis)

Merve GÜLCÜOĞLU

**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ UNIVERSITY
INSTITUTE OF SCIENCE**

August 2021

ABSTRACT

In addition to hospitalization needs, drug treatments, outpatient follow-ups, psychotherapy and rehabilitation services, conditions such as loss of functionality and disability of patients with schizophrenia cause serious social, economic and moral losses. Community Mental Health Centers come into play in this context and contribute to the regulation of the individual's treatment, coping with the disease and increasing the duration of healthy life, reintegration into the society, prevention of hospitalization, early recognition of attacks, minimizing disability, and development of the individual's functions. The present study was conducted to evaluate cognitive insight, social functioning and coping attitudes of patients followed up with a diagnosis of schizophrenia in a community mental health center. The population of the research is 170 people followed up with the diagnosis of schizophrenia in the Kayseri State Hospital Community Mental Health Center. The sample size universe was calculated according to a certain sampling method. The sample consisted of 119 people who met the inclusion criteria and agreed to participate in the study. The data of the study were collected by using the Participant Information Form, Beck Cognitive Insight Scale, Social Functioning Assessment Scale and Coping Orientation to Problems Experienced Inventory. The data obtained in the study were evaluated in the SPSS statistical package program (Version22, Chicago IL, USA).

The participants Beck Cognitive Insight Scale mean score was 5 ± 9.38 , and the Social Functioning Assessment Scale mean score was 37.09 ± 7.39 . The mean score of the Problem-Focused Coping sub-dimension of the Coping Orientation to Problems

Experienced Inventory was 43.89 ± 9.06 , the mean score of the Emotion-Focused Coping sub-dimension was 47.86 ± 6.61 and the mean score of the Dysfunctional Coping sub-dimension was 46.97 ± 7.02 . When the scores of the participants from the scales are examined, it can be said that they got an average score from each of them.

As a result of the study, as the level of cognitive insight increases, the use of problem and emotion-focused coping methods increases together with social functionality; it is seen that the use of dysfunctional coping methods has decreased. In addition, it was determined that the participants with a high level of social functionality mostly preferred problem- and emotion-focused coping methods. It was determined that the cognitive insight and social functionality levels of the patients who used dysfunctional coping methods were low. In line with the findings, it can be said that cognitive insight and social functionality are closely related in patients diagnosed with schizophrenia and followed up in Community Mental Health Centers, and that these high levels enable the individual to prefer problem- and emotion-focused coping methods, and indirectly affect the disease picture positively.

Keywords: Insight, Functionality, Coping

Thesis Advisor: Assoc. Prof. Dr. Figen İNCİ

Number of Pages: 71 + xii pages

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|------|
| KABUL VE ONAY SAYFASI | i |
| TEZ BİLDİRİM SAYFASI | ii |
| TEŞEKKÜR..... | iii |
| ÖZET..... | iv |
| ABSTRACT..... | vi |
| İÇİNDEKİLER | viii |
| TABLOLAR LİSTESİ..... | xi |
| SİMGE VE KISALTMALAR | xii |
| 1. BÖLÜM | 1 |
| GİRİŞ | 1 |
| 2. BÖLÜM | 4 |
| GENEL BİLGİLER | 4 |
| 2.1. Şizofreni..... | 4 |
| 2.1.1. Sıklık ve Yaygınlık | 4 |
| 2.1.2. Oluş Nedenleri | 4 |
| 2.1.3. Belirti ve Bulgular..... | 5 |
| 2.1.4. Gidiş ve Sonlanış | 6 |
| 2.1.5. Tedavi..... | 8 |
| 2.1.6. Şizofrenide Hemşirelik Bakımı..... | 8 |
| 2.2. Şizofrenide Bilişsel İçgörü..... | 11 |
| 2.3. Şizofrenide Toplumsal İşlevsellik..... | 12 |
| 2.4. Şizofrenide Başa Çıkma Tutumları..... | 13 |
| 2.5. Şizofreninin Tedavisi ve Rehabilitasyonunda Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri | 14 |
| 2.6. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ve Psikiyatri Hemşireliği..... | 15 |
| 3. BÖLÜM | 16 |

| | |
|--|----|
| GEREKÇE VE YÖNTEM..... | 16 |
| 3.1. Araştırmanın Tipi..... | 16 |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri..... | 16 |
| 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi | 16 |
| 3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri..... | 17 |
| 3.5. Verilerin Toplanması | 17 |
| 3.6. Veri Toplama Araçları | 17 |
| 3.6.1. Katılımcı Bilgi Formu..... | 17 |
| 3.6.2. Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ) | 18 |
| 3.6.3. Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ) | 18 |
| 3.6.4. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ) | 18 |
| 3.7. Verilerin Değerlendirilmesi | 19 |
| 3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları | 19 |
| 3.9. Araştırmanın Etik Boyutu | 19 |
| 4. BÖLÜM | 20 |
| BULGULAR..... | 20 |
| 5. BÖLÜM | 34 |
| TARTIŞMA | 34 |
| 5.1. BBİÖ, TİDÖ ve BÇTDÖ Arasındaki İlişkilerle İlgili Bulguların Tartışılması | 34 |
| 5.2. BBİÖ'ye İlişkin Bulguların Tartışılması..... | 34 |
| 5.3. TİDÖ'ye İlişkin Bulguların Tartışılması..... | 36 |
| 5.4.BÇTDÖ'ye İlişkin Bulguların Tartışılması..... | 38 |
| 6. BÖLÜM | 42 |
| SONUÇ VE ÖNERİLER | 42 |
| KAYNAKLAR | 45 |
| EKLER..... | 61 |

| | |
|--|----|
| EK-1. KATILIMCI BİLGİ FORMU | 61 |
| EK-2. BECK BİLİŞSEL İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ | 62 |
| EK-3. TOPLUMSAL İŞLEVSELLİĞİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ..... | 63 |
| EK-4. BAŞA ÇIKMA TUTUMLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ..... | 64 |
| EK-5. ETİK KURUL İZİN FORMU | 68 |
| EK-6. HASTANE ÇALIŞMA İZİN FORMU | 69 |
| EK-7. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU | 70 |
| ÖZ GEÇMİŞ | 71 |



TABLULAR LİSTESİ

| | |
|---|----|
| Tablo 1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri | 20 |
| Tablo 2. Katılımcıların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı..... | 21 |
| Tablo 3. Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı..... | 22 |
| Tablo 4. Katılımcıların Bazı Özellikleri ile BBIÖ, TİDÖ ve BÇTDÖ'den Aldıkları Toplam Puanlar Arasındaki İlişki..... | 23 |
| Tablo 5. BBIÖ, TİDÖ ve BÇTDÖ Puanları Arasındaki İlişki..... | 24 |
| Tablo 6. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine göre BBIÖ ve TİDÖ'den Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı | 26 |
| Tablo 7. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine göre BÇTDÖ Alt Boyut Puan Ortalamaları Dağılımı | 28 |
| Tablo 8. Katılımcıların Hastalık Özelliklerine göre BBIÖ ve TİDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı | 30 |
| Tablo 9. Katılımcıların Hastalık Özelliklerine göre BÇTDÖ Alt Boyut Puan Ortalamaları Dağılımı | 32 |

SİMGE VE KISALTMALAR

| | |
|-----------------------------|---|
| BBİÖ | : Beck Bilişsel İlgörü Ölçeği |
| TİDÖ | : Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği |
| BÇTDÖ | : Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği |
| TRSM | : Toplum Ruh Sağlığı Merkezi |
| Med | : Medyan (ortanca değer) |
| Min-Max | : En küçük, en büyük değer |
| N | : Araştırmanın evreni |
| n | : Araştırmanın örneklemi |
| (r) | : Spearman's Korelasyon |
| Sig(p) | : Significance (anlamlılık) |
| ± ss | : Artan ya da azalan standart sapma |
| \bar{x} | : Aritmetik ortalama |

1. BÖLÜM

GİRİŞ

Ruhsal bozukluklar; tüm dünyada yaygın olarak görülen bireysel, ailesel ve toplumsal yükü fazla olan, kronikleşme eğilimi gösteren ve yeti yitimine neden olan hastalıklardır. Dünya çapında 21 milyondan fazla kişiyi etkileyen şizofreni ise; duygu, düşünce ve davranışlarda bozukluklara yol açan önemli ruhsal hastalıklardan biridir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyada yılda 1.5-3 milyon şizofreni hastası yeni tanı almaktadır [1].

Şizofreni tanısı konan pek çok kişi damgalanmanın da sonucu olarak kendini değersiz ve ayrımcılığa uğramış hissetmektedir. Kişilerin bu durumla başa çıkmasının bir yolu olan yadsıma, kötü içgörüyü yol açmaktadır. İçgörü azlığı şizofrenide çekirdek bir belirtidir ve oranı yaklaşık %50'dir. Şizofrenide içgörü düzeyinin yaşam kalitesi, tedaviye uyumsuzluk, istemsiz hastaneye yatış oranları, işlevsellik ve kötü prognoz ile ilişkili olduğu saptanmıştır [2]. İçgörü kavramının araştırmacılar tarafından ayrı boyutlar olarak ele alınması önerilmektedir. Bunun nedeni şizofrenide bireyin yüzeysel bir içgörü kazanması ancak yerleşmiş olan sanrısız inanç sistemini genellikle değiştirememesi ve yeterli bir bilişsel içgörü düzeyine ulaşamamasıdır [3].

Şizofrenide görülen belirtiler bireylerin bireysel ve toplumsal uyumunu bozarak öz bakımını yürütmede, sosyal işlevler ve kişilerarası ilişkileri sürdürmede çeşitli derecelerde yetersizlik yaşamasına neden olmaktadır. Bunlarla birlikte hastalık belirtilerinden uzaklaşamama ve bazı belirtilerin sadece medikal tedavi ile iyileşmemesi nedeniyle birçok hasta kendisinden beklenen rolleri yerine getirememektedir. Ayrıca bireylerde hastalık nedeniyle çalışabilme, ilişki kurabilme, bağımsız yaşayabilme gibi erişkin yaşamının yeterlilikleri gelişemez veya var olan kapasiteleri hasar görür [3].

Şizofreninin temel bileşeni olarak toplumsal, mesleki/akademik ve kendine bakım alanlarında işlevsel bozulma Tanısal ve Sayımsal Ruhsal Bozukluklar tanı ölçütlerinde yer almaktadır [4]. Yeti yitiminin en önemli göstergesi olan ve hastaların önemli bir kısmında yıllarca süren işlevsel bozulma, bir sonlanım ölçütü olarak değerlendirilmiştir [5].

Şizofrenide hastalık süreci kişi için stres kaynağı olmakla birlikte gerek sebep olduğu damgalanma, gerekse de eşlik eden depresyon ve diğer psikososyal faktörler stresör rolü oynayarak kişinin ruhsal sıkıntılarına katkıda bulunmaktadır. Bireyin kendisinden beklenen psikolojik, fiziksel ve sosyal işlevlerini yerine getirememesi, kişinin bilişsel, duygusal ve davranışsal çabaları içeren bir takım başa çıkma tutumlarını geliştirmesi ile sonuçlanmaktadır [6]. Şizofreni hastalarının sağlıklı bireylere göre yaşam olaylarıyla uğraşırken daha fazla stres yaşadıklarını vurgulayarak pasif, kaçınmacı ve duygusal yönelimli başa çıkma yöntemleri kullandıkları belirtilmektedir [7].

Pozitif, negatif, bilişsel ve duygulanımsal belirtilerle kendisini gösteren genellikle yaşam boyu sürerek yaşam kalitesi ve işlevlerde ciddi sorunlara yol açan şizofreni etiyoloji, klinik belirtiler, gidiş, sonlanma gibi alanlarda çeşitli özellikleri nedeniyle birden çok tedavi yönteminin birlikte uygulanmasını gerektiren bir hastalıktır [8]. Şizofrenide etkili tedavi hem ilaç tedavisi hem de bireyin yeti yıkımını azaltıcı psikososyal tedavilerin birlikte uygulanmasıyla gerçekleşir [9]. Bütüncül tedavinin şizofrenide morbidite ve mortaliteyi azaltacağı düşünülmektedir [10]. Ruhsal hastalıklarda etkili olmayan tedaviler, iyileşme sağlanamaması nedeniyle tekrarlı yatışa yol açmakta ve tedavi maliyetini artırmaktadır. Bir çalışmada tedaviye yanıt verenler de dâhil olmak üzere şizofreni olgularının yaklaşık %80' inin beş yıl içinde ikinci bir atak geçirdiği belirlenmiştir [11]. Şizofrenik bozuklukta hastalığın alevlenmesi, tekrarlaması ve hastalığın kontrol edilememesi iş, aile ve diğer yaşam alanlarında bireyin sorun yaşamasına neden olabilmektedir [12]. Hastalar, farklı davranış örüntüleri nedeniyle damgalanmakta, başarısızlık korkusu ile çekingenlik yaşamakta, karşılaşılan sorunlara çözüm üretmekte zorlanmaktadır [13]. Ayrıca hastalar ekonomik ve toplumsal nedenlerle, ihtiyaç duyduğu bakım ve tedavi hizmetlerini alamadığında bir takım mali kayıplar ortaya çıkmaktadır. Şizofreni hastalarının hastaneye yatış ihtiyaçları, ilaçla tedavisi, ayaktan takibi, psikoterapi ve rehabilitasyon hizmetlerinin yanı sıra ortaya çıkardığı iş gücü kaybı, hatta bakım ihtiyacına bağlı olarak bakım verenin iş gücü kaybı ve sosyal çevrenin taşıdığı manevi yük hesaba katıldığında şizofreni nedeniyle ortaya çıkan toplumsal, ekonomik ve manevi kayıplar oldukça fazladır. Şizofreni ve benzeri hastalıklarla ilgili bu sorunların ortaya çıkmasında, bu hastalıklarda ruhsal tedavi, rehabilitasyon ve ev ziyaretleri gibi tedavi hizmetlerinin yetersizliği sorumlu

tutulmaktadır [2,8,14]. Bu durum şizofreni ve şizofreniye bağılı olarak ortaya çıkan sorunların toplum temelli ele alınma ihtiyacını ortaya çıkarmıştır [15].

TRSM'ler toplum temelli ruh sağılığı modeli çerçevesinde bireyin tedavilerinin düzenlenmesinde, hastalıkla baş etme ve sağılıklı kalım sürelerinin arttırılmasında, topluma yeniden uyum sağılanması, hastaneye yatışı önlenmesinde, atakları erken fark etmede, yeti yitimini en aza indirmede, bireyin işlevlerinin gelişmesinde katkısı olan merkezlerdir. Ensari ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada TRSM hizmetlerinin şizofreni hastalarında yaşam kalitesini arttırmada, yeti kaybını azaltmada ve işlevselliklerini arttırmada faydalı olduğunu bulmuştur [16]. Ancak literatürde TRSM'lerde izlenen şizofreni hastalarının bilişsel içgörü, toplumsal işlevsellik ve başa çıkma tutumları açısından birlikte değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Ülkemizde Sağılık Bakanlığı 2011 yılında yayınlanan yönetmeliğinde, toplum ruh sağılığı hemşireliği bir alan olarak belirlenmiş ve bu alan içinde toplum ruh sağılığı hemşiresinin danışmanlık, kriz yönetimi, stresle baş etme, öfke kontrolü, eğitim gibi görevleri tanımlanmıştır [17]. Toplum ruh sağılığı hemşiresi hastayla en yakın ve sürekli gözlem olanağına sahip profesyonel sağılık çalışanıdır. Öncü belirtileri tanılama basamağında rehabilitasyon ve sosyalizasyon sürecinin takibi ve değerlendirilmesi; kurum içi ve/veya dışı boyutta yapılandırdığı hemşirelik sürecini uygulama, danışmanlık sunma, eğitim verme, risk ve kriz durumlarını belirleme ve yönetilmesi işlevlerini gerçekleştirir [18]. Bireyin hastalığa karşı içgörü kazanmasını sağılayıp sosyal, yönetsel ve mesleki anlamda kendine yetebilme becerisini kazandırmak ve bireyin 'hasta' kimliğinden çıkıp 'sağılıklı birey' kimliğine geçmesini yardımcı olmak toplum ruh sağılığı hemşirelerinin görevlerindedir [18].

Bu çalışma ile TRSM'lerin önemli bir görevi olan şizofreni hastalarında içgörü sağılama, toplumsal işlevsellik kazandırma ve başa çıkma tutumları geliştirme ile ilgili durumun belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu veriler TRSM'nin etkinliğinin belirlenmesinin yanı sıra; bilişsel içgörü, toplumsal işlevsellik ve başa çıkma tutumları kavramları arasındaki ilişkiyi belirleyerek hasta sorunlarının tanımlanmasına, TRSM'lerde sunulan hizmetin daha etkin hale getirilmesine katkı sağılayacak önerilerin geliştirilmesine ve toplum ruh sağılığı hemşiresinin bağımsız işlevlerinin ortaya konmasına katkı sağılayacağı düşünölmektedir.

2. BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

Şizofreni; bireyde duygu, düşünce, algı, hareket ve davranışlarda bozulmayla kendini gösteren, toplumsal alanda işlevselliği bozan, yeti yitimi ve içgörü kaybına yol açan, süregelen seyirli ruhsal bozukluklardan biridir [1,19].

2.1.1. Sıklık ve Yaygınlık

Şizofreni hastalığının dünya çapında toplam nüfusun yaklaşık %0.21-0.7 arasında görüldüğü saptanmıştır [20]. Türkiye’de ise şizofreni sıklık ve yaygınlık çalışmaları sayısı yetersiz görülmekle birlikte bu oranın %0,89 olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır [21,22]. Geçmiş çalışmalarda cinsiyetler arası sıklık ve yaygınlık açısından önemli bir fark görülmediği sonucuna ulaşılmışken, güncel çalışmalarda erkeklerde şizofreninin daha sık görüldüğü saptanmıştır. Hastalığın başlangıç yaşı erkeklerde 18-25 yaş, kadınlarda ise 25-35 yaş olarak belirtilmektedir. Hastalığın seyri bakımından kadınlar daha iyi gidişata ve belirtilerin daha az tekrarlama oranına sahiptir [23,24]. Bireyin bekar, göçmen veya sosyoekonomik durumunun düşük olması şizofreni görülme olasılığını artırdığını belirten çalışmalar mevcuttur [25-28].

2.1.2. Oluş Nedenleri

Şizofreni oluş nedenleri hâlâ kesin olarak bilinmemekle birlikte bu konuda araştırmalar devam etmektedir. Ancak genetik faktörünün %85 oranına ulaşabilecek şekilde şizofreni görülme olasılığını artırdığı saptanmıştır [29,30]. Anne veya babanın hastalığa sahip olması durumunda, hastalığın görülme oranı %13, iki ebeveyninde hastalığa sahip olma durumundaysa hastalığın görülme oranının %35-40 arasında olduğu saptanmıştır [31].

Yapılan biyokimyasal araştırmalarda dopamin hipotezine göre dopaminerjik sistemlerde hiperaktivite oluşumuyla birlikte halüsinasyon ve sanrılar gibi belirtiler görülmektedir. Serotonin, asetilkolin, norepinefrin, östrojen ve gama amino bütirik asit şizofrenide etkili ve önemli olan diğer nörokimyasallar olarak sayılabilir [30-34].

Şizofreni oluş nedenleri üzerinde durulan bir diğer faktör ise mevsimsel risk ve D vitamini. İlkbahar ve kış mevsiminde doğan bireylerde şizofreni görülme oranı diğer mevsimlere göre %5-8 fazladır [35]. Gebelik süresince annede görülen D vitamini eksikliği yine hastalığa yakalanma riskini artırmaktadır [35,36]. Ayrıca yapılan çalışmalarda, yetersiz beslenme, prenatal bakım eksikliği, stresle başa çıkma mekanizmalarının yetersizliği, kalabalık evde yaşama, ekonomik problemler ve ümitsizlik duygularının da hastalığa yatkınlığı artırdığı ifade edilmektedir [37,38].

2.1.3. Belirti ve Bulgular

Şizofreni belirtileri pozitif ve negatif belirtiler olmak üzere sınıflandırılabilir. Pozitif belirtiler, normal işlevlerin bozulmasını ifade ederken; negatif belirtiler, normal işlevlerin kaybını veya azalmasını ifade etmektedir. Hastalar genellikle her iki belirti türünü de göstermektedirler.

Düşünce içeriğinde pozitif belirtiler;

- Sanrılar (yanlış inanışlar)
- Anormal seviyede aşırı dindarlık
- Paranoya (aşırı kuşku)
- Sihirli-büyülü düşünceler

Düşünce akışında pozitif belirtiler;

- Çağrışımlarda kopukluk (ani başka konuya geçiş)
- Yeni kelimeler üretme (neolojizm)
- Somut düşünme (mizahı anlamama)
- Anlamsız ancak ses uyumu olan kelimelerle konuşma (klang çağrışımı)
- Laf salatası (ilgisiz kelimeleri bir araya getirerek konuşma)
- Çevresel konuşma (ana konuya gelememe)
- Teğet konuşma (konudan uzaklaşma)
- Konuşmama (mutizm)
- Konuşmanın sürekli tekrarı (perseverasyon)

Algılamada pozitif belirtiler;

- Varsanılar (halüsinasyonlar)

- Yanılsamalar (illüzyonlar)

Kendilik algısında pozitif belirtiler;

- Sözlere aynen tekrarlama (ekolali)
- Davranışları aynen tekrarlama (ekopraksi)
- Kimlik/özdeşim kurma ve taklit etme
- Kendine yabancılaşma (depersonalizasyon)

Duygulanımda negatif belirtiler;

- Uygunsuz duygulanım
- Sığ ve künt duygulanım
- Apati (ilgisizlik)
- Hedeflere yönelik aktivitelerde isteksizlik
- Karşıt uçlarda duygulanım (duygusal ambivalans)
- Zevk alamama (anhedoni)

Dış görünümde negatif belirtiler;

- Kişilerarası işlevsellikte ve dış dünya ile ilişkilerde bozukluk
- İçe kapanma (otizm)
- Sosyal izolasyon
- Gerileme (yaş ve gelişiminden önceki düzeye çekilme)

Psikomotor davranışlarda negatif belirtiler;

- Enerji yokluğu
- Bal mumu esnekliği (bulunduğu postürde hareketsiz kalma)
- Uygunsuz/tuhaf postür
- İleri-geri hareket etme ve vücudunu sallama şeklinde sıralanmaktadır [38,39].

2.1.4. Gidiş ve Sonlanış

Şizofrenide akut veya sinsi başlangıç görülebilir. Bazı durumlarda uyku örüntüsünde bozulma, depresyon, öz bakım eksikliği gibi belirtiler hastalık başlamadan önce kendini gösterir. İlk ataktan sonra pozitif belirtilerin olduğu alevlenme dönemleri gözlemlenebilmektedir. Yapılan araştırmalar hastaların %14-20'si tamamen iyileşirken;

kalan kısımda sosyal işlevlerinin yüksek olduğu, belirtilerin hafiflediği ancak tekrarlayan ataklarla seyrettiği belirtilmiştir [40,41]. Hastalığın ilerleyişi aşağıdaki faktörlerle ilişkilidir.

Olumlu gidiş göstergeleri;

- Zeka seviyesinin normal olması
- Kişilik özelliklerinin sağlıklı olması
- Bireyin kadın olması
- Bireyin evli olması
- Prenatal komplikasyon geçmişi olmaması
- Ailede şizofreni öyküsü olmaması
- Hastalığın geç yaşta başlaması
- Hastalığın aniden başlaması
- Hastalığın aşırı stresten kaynaklanması
- Negatif belirtilerin bulunmaması
- Sanrılarının olması
- Sosyo-ekonomik durumun iyi olması
- İçgörünün olması
- Sosyal destek varlığıdır.

Olumsuz gidiş göstergeleri;

- Zeka seviyesinin düşük olması
- Kişilik özelliklerinin şizotipal, şizoid veya obsesif kompulsif olması
- Bireyin erkek olması
- Bireyin bekar olması
- Ailede şizofreni öyküsünün varlığı
- Hastalığın erken yaşta başlaması
- Tedaviye geç başlanması
- Hastalık öncesi ve sırasında alkol-madde kullanımı olması
- Sık ve uzun süre hastane yatışlarının olması
- Belirtilerin negatif olması
- Sosyal desteğin yetersizliğidir [1,42,43].

2.1.5. Tedavi

Şizofreni tedavisinde; hastalığın pozitif ve negatif belirtilerini azaltmak, alevlenme ve atakları önlemek veya geciktirmek, hastanın baş etme becerilerini geliştirmek, bulunduğu topluma uyumunu artırmak ve işlevselliğini en üst düzeye çıkarmak hedeflenmektedir. Bu nedenle psikososyal, somatik ve farmakolojik tedavi yöntemleri birlikte kullanılarak şizofreniye bütüncül bir tedavi yaklaşımı benimsenmiştir [44,45].

Antipsikotikler tedavinin farmakolojik yönünde rol oynarken; somatik tedavide elektro-konvulsif terapi (EKT) kullanılmaktadır. EKT akut ataklarda, intihar davranışlarının var olması halinde veya diğer müdahalelerin yetersiz kaldığı düşünüldüğünde kullanılan etkin ve güvenli tedavilerden biridir. Bunların yanında psikoeğitim, aileye psikoeğitim, bilişsel davranışçı psikoterapiler, bireysel psikoterapiler, sosyal beceri eğitimleri, iş uğraş beceri eğitimleri kullanılmaktadır [46-49]. Bu bütüncül yaklaşımla hastaların daha az problemle karşılaştıkları belirtilmektedir [1,50].

2.1.6. Şizofrenide Hemşirelik Bakımı

Şizofreni hastalarının bakımında biyo-psiko-sosyal yaklaşım modelini uygulamak bakıma bütüncül yaklaşabilmek açısından önemlidir. Bireysel, destekleyici, bilişsel davranışçı tedavi yöntemlerle birlikte ruhsal eğitim, bilişsel rehabilitasyon, beceri eğitimi, aile eğitimi, olgu yönetimi, mesleki rehabilitasyon ve toplumsal destekler gibi unsurlar hemşirelik bakımına yön vermektedir. Hasta ile tedavi edici ilişkiyi kurabilmek bakımın ilk aşamasıdır. Hastayı tanıyabilmek, sorumluluk paylaşımı, güven kazanımı, doğru ve etkili iletişim hasta merkezli bakımın temellerini oluşturmaktadır [39,51]. Daha sonra tedavi ve yan etkiler hakkında eğitim vermek, inatçı belirtilerle başa çıkabilmeyi desteklemek, alevlenme dönemlerine karşı donanımlı olmayı sağlamak psikiyatri hemşiresinin hedefleri arasında yer almaktadır. Biyo-psiko-sosyal değerlendirme sırasında toplanan veriler sonucunda ise hemşirelik süreci tanılama aşamasında formüle edilerek hemşirelik tanıları belirlenmektedir.

Şizofrenide En Sık Kullanılan NANDA Hemşirelik Tanıları

İletişim Kurma (Communicating)

- Sözel İletişimde Bozulma (Impaired Verbal Communication)

İlişki Kurma

- Sosyal Etkileşimin Bozulması (Impaired Social Interaction)
- Sosyal İzolasyon (Social Isolation)
- Rol Performansında Değişim (Altered Role Performance)
- Ebeveyn Rolünde Değişim (Altered Parenting)
- Ebeveyn Rolünde Potansiyel Değişim (Potential Altered Parenting)
- Cinsel Fonksiyon Bozukluğu (Sexual Dysfunction)
- Aile Sürecinde Değişim (Altered Family Processes)
- Ebeveyn Rol Çatışması (Parental Role Conflict)
- Cinsel Yaşamda Değişim (Altered Sexuality Patterns)

Değerler (Valuing)

- Ruhsal Sıkıntı (Spiritual Distress) (Distress of the Spirit)

Seçme (Choosing)

- Bireysel Baş Etmede Yetersizlik (Ineffective Individual Coping)
- Uyum Bozukluğu (Impaired Adjustment)
- Savunucu Baş etme (Defensive Coping)
- Etkisiz İnkâr (Ineffective Denial)
- Ailede Etkisiz Baş etme: Baş Etmede Beceriksizlik (Ineffective Family Coping: Disabling)
- Etkisiz Aile İçi Baş Etme: Uzlaşamama (Ineffective Family Coping: Compromised)
- Aile içi Baş Etmede Olumsuz Gelişim Potansiyeli (Family Coping: Potential For Growth)
- Önerilenleri Uygulayamama: Uyumsuzluk (Noncompliance)
- Karar Vermede Çatışma/Fikir Ayrılığı (Decisional Conflict)
- Sağlık Arayış Davranışları (Health Seeking Behaviors)

Hareket Etme (Moving)

- Fiziksel Hareketin Bozulması (Impaired Physical mobility).
- Hareket İntoleransı (Toleranssızlık) (Activity Intolerance).
- Yorgunluk (Fatigue)
- Potansiyel Hareket İntoleransı (Potential Activity Intolerance)
- Uyku Şeklinde Bozukluk (Sleep Pattern Disturbance)
- Boş Vakitlerini Geliştirme/Eğlence Aktivitelerinde Eksiklik (Diversional Activity Deficit)
- Evdeki Sorumlulukları Sürdürmede Yetersizlik (Impaired Home Maintenance Management)
- Sağlığın Sürdürülmesinde Yetersizlik/Değişiklik (Altered Health Maintenance)
- Kendi Kendine Beslenmede Yetersizlik (Feeding Self-Care Deficit)
- Yutma Bozukluğu (Impaired Swallowing)
- Emzirmede Yetersizlik (Ineffective Breastfeeding)
- Bireysel Bakımda Eksiklik (Dressing /Grooming Self-Care Deficit)
- Giyim Kuşamda/Kendine Özen Göstermede Yetersizlik (Dressing/Grooming Self-Care Deficit)
- Tuvalet Sonrası Eksikliği (Toileting Self-Care Deficit)
- Büyüme ve Gelişmede Değişiklik (Altered Growth and Development)

Algılama / Bilginin Algılanması (Perceiving)

- Beden imajında Bozukluk (Body Image Disturbance)
- Benlik Saygısında Bozukluk (Self-Esteem Disturbance)
- Kronik Aşağılık Duygusu (Chronic Low Self-Esteem)
- Durumsal Düşük Benlik Saygısı (Situational Low Self-Esteem)
- Bireysel Kimlik Bozukluğu (Personal Identity Disturbance)
- Duyusal-Algisal Değişimler (Görme, İşitme, Tatma, Koklama, Dokunma) (Sensory/Perceptual Alterations Visual, Auditory, Kinesthetic, Gustatory, Tactile Olfactory)
- Hastanın Bir Tarafını İhmal Etmesi (Unilateral Neglect)
- Ümitsizlik (Hopelessness)
- Güçsüzlük (Powerlessness)

Bilgilenme (Knowing)

- Bilgi Eksikliği (Knowledge Deficit)
- Düşünme Sürecinde Değişim (Altered Thought Processes).

Hissetmek (Feeling) / Bilginin Subjektif Olarak Fark Edilmesi

- Kendine ya da Başkalarına Yönelik Saldırganlık Potansiyeli (Potential For Violence: Self-Directed or Directed at Others)
- Anksiyete (Anxiety)
- Korku (Fear)

Şizofrenide Hemşirelik Girişimleri

Şizofrenik bozukluğu olan bireylerin hemşirelik sürecinin bu aşamasında hemşire entelektüel, teknik donanımla beraber becerilerini kullanmaktadır. Girişimler;

1. Kapsamlı ve geniş bir şekilde hastanın ve ailenin değerlendirilmesi
2. Krize müdahale
3. Tıbbi tedavi yönetimi, düzenleme, sorunlar hakkında bilgi, bilgilendirme, karşılıklı hareket
4. Bireysel, karşılıklı, aile ve grup danışmanlığı ve psikoterapisi
5. Hasta ile sözlü ya da yazılı anlaşma
6. Sağlık rehberliği ve danışmanlığı
7. Hasta savunuculuğu
8. Vaka yönetimi
9. Sağlık bakımı ve ekip işbirliği
10. Liyezon aktiviteleri
11. Ekip üyelerinin süpervizyonu
12. Rol modeli ya da sosyal beceri eğitimi gibi başlıkları içermektedir [39].

2.2. Şizofrenide Bilişsel İçgörü

İçgörü sözlükte ayırt etme, bilgelik, anlayış anlamına gelmektedir. Psikiyatride ise özgül anlamı hasta olan kişinin ruhsal hastalığını bilmesidir [52]. İçgörüyü Jaspers hastalığın ve belirtilerinin farkında olma şeklinde tanımlamıştır [53]. İçgörünün geçici olabileceğini ekleyen Jaspers hastaların bu farkındalıklarını sonradan yitirdiklerini belirtmiştir [54].

Jaspers ve Lewis içgörü kaybını psikozun özelliği olarak görmüşlerdir [55]. Psikotik bozukluğa sahip hastaların genellikle zayıf içgörüsü olduğu bilinmektedir [56]. WHO 1973'te bu oranı %97 olarak bildirmiştir [57]. Ancak 1990 tarihlerinde bu görüş zayıflayarak içgörünün tek boyutlu değil birkaç alt boyuttan oluştuğu düşüncesi güçlenmiştir [58-60]. Markowa ve Berrios içgörüyü bireyin sadece hasta olduğunun farkındalığı olmadığını, ek olarak hastalığın kendisini ve yaşantısını nasıl etkilediğini anlayabilme olarak tanımlamıştır [61]. Bu doğrultuda içgörünün biyolojik, psikolojik ve kültürel temelleri olduğu bildirilmiştir [62].

Literatürde içgöründe bilişsel aşamaların göz ardı edildiği ve bu nedenle hastada hezeyanlı inanç sistemine müdahale edilemediğinden yeterli içgörüyü ulaşılamadığı düşüncesi hakimdir. Bilişsel içgörü kendi inanç ve yorumlarını değerlendirebilmeyi ifade eder [63]. Bu nedenle bilişsel içgörü çarpık inançlar ve yanlış yorumlamalara odaklanmaktadır.

Şizofrenide bireyin hastalığının farkında olması tedaviye uyumunu artırmak açısından büyük önem taşımaktadır. Bu farkındalığın olmayışı hasta maliyetlerini artırabilir [64]. Bunlara ek olarak zayıf içgörü; yetersiz sağaltıma, sosyal işlevselliğin azalmasına, yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilir [65-68]. Bu sebeplerle bireye içgörü kazandırmak, bireyin tedaviye uyumunu artırabilir. Ayrıca içgörüyü doğru kavrayabilmek hastaya müdahale yöntemleri geliştirmek açısından da önem taşımaktadır [69].

2.3. Şizofrenide Toplumsal İşlevsellik

İşlevsellik bireyin çevresiyle ilişkilerinde kendisine tanımlı olan rollerini yerine getirebilmesiyle beraber bireyin özbakım, günlük yaşam alışkanlıkları ve bağımsız yaşayabilmesi alanlarını kapsamaktadır [70]. Toplumsal işlevsellik ise bireyin topluma uyum sağlayabilmesi, kendine bakabilmesi, toplumsal rol ve beklentileri karşılayabilmesi, kişilerarası ilişkiler kurabilmesi olarak tanımlanabilir [71]. Süreğen ruhsal hastalıkların varlığında bozulan alanların başında işlevsellik yer almaktadır [72]. Şizofreni hastalarında düşünce ve konuşmada dağınıklık gözlemlenirken bireylerin gerçekte bağı kopmakta ve özbakım eksiklikleri gözlemlenmektedir [73]. Bu durum bireylerin hastalığın etkisiyle günlük yaşantılarını sağlıklı şekilde sürdüremez hale gelmelerine neden olmaktadır. Hastalığın süreğen seyirli olması bireylerin toplumsal

yaşamı sürdürmelerini zorlaştırmaktadır [74]. Toplumsal işlevsellikte olan bozulmalar hastalığın başında veya sonrasında meydana gelebilir [75].

Şizofreni hastalarında toplumsal işlevselliğin bozulması hastalığın ayırt edici bir özelliği olarak görülmüş ve sosyal işlevselliğin geliştirilmesine özel önem verilmiştir. Sosyal işlevsellikteki artışın hastalıktan iyileşmeye doğru bir yol gösterdiği belirtilmiştir. Son birkaç yılda psikososyal yaklaşımların kullanılmasıyla şizofreni tedavisinde çok önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. TRSM'lerde gerçekleştirilen sosyal beceri eğitimi gibi özel tedaviler, psikoeğitimsel aile tedavileri veya bütünleştirilmiş tedavi programları gibi yoğun programlar önemli ölçüde kullanılmaya başlamıştır. Bu tür programların hastaların toplumsal işlevsellik düzeylerini artırabileceği belirtilmektedir [76,77].

2.4. Şizofrenide Başa Çıkma Tutumları

Folkman başa çıkmayı 'Birey tarafından stresli olarak algılanan ve bireysel kaynakları zorlayan belli içsel ve dışsal gereklilikleri ve bunlar arasındaki çatışmaları kontrol altına almak, azaltmak veya tolere etmek için devamlı olarak değişen bilişsel ve davranışsal çabalar' şeklinde tanımlamıştır [78]. Birinci Dünya Savaşı'ndan sonra bireylerin stresle başa çıkmak için farklı yöntemler kullandığı gözlemlenmiş ve bu nedenle araştırma konusu olmaya başlamıştır [79]. Bazı kuramcılar aktif ve pasif başa çıkma olarak sınıflandırma yapmış ve aktif başa çıkma sorunu yok etmeyi hedeflerken, pasif başa çıkma yöntemleri stresörden uzaklaşmaya çalışmıştır [80,81].

Carver ve arkadaşları ise Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği'ni (BÇTDÖ) geliştirerek bu sınıflandırmayı detaylı hale getirmeyi amaçlamışlardır [82]. Carver ve arkadaşları, soruna odaklı başa çıkma, duygu odaklı başa çıkma ve işlevsel olmayan başa çıkma olarak başa çıkmayı üç ana boyutta ele almışlardır. Ana boyutların her biri beş alt boyutu kapsamaktadır. Soruna odaklı başa çıkma yöntemleri; durumu iyileştirmek ve stresörü yok etmek için çaba gösteren bir yöntem olan aktif başa çıkma, etrafından öneriler arayan yararlı sosyal destek kullanımı, sorunu çözmek için düşünmeyi içeren planlama, stresör dışındaki durumlarla ilgilenmeyerek çözmeye odaklanan diğer meşguliyetleri bastırma ve aslında pasif bir yöntem olan bireyi uygun başa çıkma durumu oluşana kadar durduran geri durmadan oluşur. Duygu odaklı başa çıkma yöntemleri; çevresinde duygusal destek arayışında olan duygusal sosyal destek kullanımı, olumlu

bakış açısı içerek pozitif yeniden yorumlama, konuyu dini yöntemlerle çözmeye çalışan dini başa çıkma, durumun gerçekliğini kabullenmiş bir teknik olan kabullenme ve başa çıkmak için mizahı kullanan şaka yapmadır. Stresörden uzaklaşmak için çaba göstermekten vazgeçen davranışsal boşverme, ilgisini ve dikkatini başka konulara çekmeyi içeren zihinsel boş verme, alkol veya maddeye yönelen madde kullanımı, duygularını açığa çıkaran duruma odaklanma ve duygu dışı vurumu ve stres halinin gerçekleştiğini reddeden inkâr da işlevsel olmayan başa çıkma tutumları grubuna girmektedir [82,83]. Bireylerin başa çıkma yöntemlerini tek başına veya birlikte kullanabileceği belirtilmiştir [84,85].

2.5. Şizofreninin Tedavisi ve Rehabilitasyonunda Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri

Toplum temelli ruh sağlığı, ağır ruhsal hastalığı olan kişilerin hastaneye yatışlarını en aza indirgeyerek, toplumdaki yalıtılmanın ve işlevselliğinin azalmasını önüne geçilmesini; aynı anda da tedavilerinin ve takiplerin yapılması amacı ile bireyin yaşadığı çevrede ihtiyaçlarını karşılamayı ve bireyi sorunlarıyla başa çıkmada güçlendirmeyi amaçlar [86].

Ülkemizde ruh sağlığı hizmetlerini geliştirmek için İtalya, Finlandiya, İngiltere, Almanya ve Hollanda'ya profesyonel bir ekiple gidilerek inceleme yapılmış ve bu incelemeler sonucu TRSM'lerin açılması planlanmıştır. Türkiye'de Ruh Sağlığı Eylem Planı'na göre merkez nüfusu 100 bin ve üzerinde olan her yerleşim merkezine bir TRSM ve ülke genelinde toplam 236 TRSM açılması planlanmıştır. İlk kez 2008'de Bolu TRSM açılmış, ardından çok sayıda TRSM uygulamaya geçmiştir [87]. Merkez, ruhsal bozukluğu olan bireylerin ruh sağlığı hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanması için ekip anlayışı ile her türlü tedbirler beraber diğer ilgili kuruluşlarla iş birliği içerisinde çalışmak, tescil tarihinden itibaren en geç bir yıl içerisinde hizmet verdiği bölgenin stratejik planını sunmak, uygulamak, sonuçlarını izlemek ve değerlendirmekle sorumludur. Hastaların özelliklerine göre psikososyal destek programları geliştirerek rehabilitasyon sürecinin ilerlemesine katkıda bulunur. Merkeze başvuran hastaların düzenli kontrollere gelmesini sağlamak, hastaların ilaç tedavisini ve ilaçların yan etkisini takip etmek görevleri arasındadır. Bazı durumlarda gezici ekiplerle ev ziyaretleri düzenlenir, aile bilgilendirilir, uygun bakım planı hazırlanıp gerektiğinde hastanın kliniğe nakli sağlanabilir [88]. Ayrıca ruhsal bozuklukları ile ilgili toplumu bilinçlendirme ve damgalanma engelleme çalışmaları yapar [87].

2.6. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ve Psikiyatri Hemşireliği

Toplum temelli hizmet modeli ile TRSM'nin sayısı son yıllarda artış göstermektedir. Artan sayı ile beraber bu merkezlerde çalışan ruh sağlığı çalışanlarının görev, yetki ve sorumluluklarının tanımlanması daha çok önem kazanmaktadır. Amerikan Hemşireler Birliğine göre, toplum ruh sağlığı hemşiresi ruh sağlığı hizmetlerinde tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmeye katılarak birincil korumada psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkmasını önlemek, ikincil korumada erken tanı ve tedaviyi sağlamak, üçüncül korumada ise hastaların toplum içerisinde etki rol alması ve atakları önlemekle görevlidirler [89]. Ülkemizde 2011 tarihinde yapılan Hemşirelik Yönetmeliği değişikliğinde hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluk kapsamında toplum ruh sağlığı hemşiresi Halk sağlığı içerisinde yer almıştır ancak toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde en önemli role sahip olan toplum ruh sağlığı hemşiresinin görev tanımlanması ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği alanının içerisinde olması gerektiği düşünülmektedir [90,91].

Yönetmeliğe göre toplum ruh sağlığı hemşiresinin görev ve sorumlulukları aşağıda sıralanmıştır.

- Hasta ve hasta yakınlarına merkez hakkında bilgi vermek,
- Psiko-sosyal beceri eğitimleri vermek
- Hasta ve yakınlarına psiko-eğitimi vermek,
- Bireysel danışmanlık yapmak,
- Grup terapileri gerçekleştirmek,
- Ev ziyaretleri yaparak hastaların değerlendirmek,
- Hastaların tıbbi durumunu kaydetmek ve gerekli takip, tedavileri sağlamak,
- Oluşabilecek riskli davranışlara yönelik koruyucu müdahalelerde bulunmak
- Hastanın taburculuğun sonra topluma uyumunu artırıcı girişimlerde bulunmak,
- Toplumun ruhsal hastalıklarla ilgili bilgilendirilmesini sağlayarak damgalanmanın önüne geçmektir [17].

Toplum ruh sağlığı hemşiresi görev ve sorumluluklarını gerçekleştirirken mesleki bilgi, donanım ve yeteneğinden yararlanmaktadır. Ancak ülkemizde hemşireler görevleri dışında işler yapmak zorunda kalmaktadır [92]. Hemşirelerin ruh sağlığında etkin rol alabilmesi için yasa oluşturulma aşamalarında söz sahibi olmaları gerekmektedir.

3. BÖLÜM

GEREKÇE VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, TRSM’de şizofreni tanısı ile takip edilen hastaların bilişsel içgörü, toplumsal işlevsellik ve başa çıkma tutumlarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Kayseri Devlet Hastanesi TRSM’de gerçekleştirilmiştir. Kronik ruhsal hastalığı olan ve tedavi alan hastalar (şizofreni, psikotik bozukluk tanısı alanlar), hastanede tedavisi tamamlanan ve TRSM’den hizmet alması uygun olan hastalar, kendiliğinden veya aileleri tarafından getirilen hastalar, hekimlerin poliklinikleri esnasında tespit ettikleri uygun hastalar, hastanede bulunan TRSM polikliniğinde ilgili psikiyatri uzmanınca değerlendirildikten sonra bu merkezde takip altına alınmaktadırlar. Toplamda 410 hastaya hizmet veren merkezde 170 şizofreni hastası bulunmaktadır. Merkezde 1 psikiyatri uzmanı, 6 hemşire, 1 sosyal hizmet uzmanı, 1 psikolog, Halk Eğitim Merkezinden dönüşümlü şekilde çalışan 17 öğretmen, 2 güvenlik görevlisi, 3 temizlik elemanı, 1 veri hazırlama ve kontrol işletmeni elemanı ve 1 şoför çalışmaktadır. Merkezin faaliyeti, merkezin hizmet vereceği bölge ile sınırlıdır ve hafta içi 08.00-16.00 saatleri arasında hizmet verilmektedir. Merkezde giriş ve karşılama alanı, uğraş terapi odaları/rehabilitasyon alanı, kütüphane ve okuma salonu, yemek alanı ve beceri eğitimi mutfağı, çok amaçlı salon, tedavi ve gözlem odası, spor alanları, görüşme odası, ekip çalışma odası, hasta ve personele yönelik kadın ve erkekler için ayrı tuvalet bulunmaktadır. Ayrıca kendi imkânlarıyla TRSM’ye gelemeyen hastalara ulaşım aracı tahsis edilerek nakil sağlanmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Kayseri Devlet Hastanesi TRSM’de şizofreni tanısıyla 11.11.2019 - 08.09.2020 tarihleri arasında takip edilen 170 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğü ise evreni belli örnekle formülü ile hesaplanmıştır.

$$n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q$$

$$N = 170$$

$$t = 1.96$$

$$p = 0.5$$

$$q = 0.5$$

$$d = 0.05$$

$$n = 170 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5 / 0.05^2 \cdot (170-1) + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5$$

$$n = 119$$

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- En az 18 yaşında olan,
- Kayseri Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde şizofreni tanısıyla takip edilen,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler örnekleme dahil edilmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler 11.11.2019 - 08.09.2020 tarihleri arasında TRSM içerisinde bulunan görüşme odasında 08.00-16.00 mesai saatleri içerisinde her bir hasta ile yaklaşık 30 dakika sürecek şekilde yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmadaki veriler araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda oluşturulan Katılımcı Bilgi Formu (EK 1), Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (EK 2), Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (EK 3) ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (EK 4) kullanılarak elde edilmiştir.

3.6.1. Katılımcı Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından ilgili literatür [3,4,26,27,62,93] taranarak oluşturulan Bilgi Formu katılımcıların yaş, cinsiyet, öğrenim durumu ve medeni durumu gibi sosyo-demografik özellikleri ile tanı süresi, başka hastalığın varlığı, hastaneye yatış sayısı, kullandığı tedaviler gibi hastalık özelliklerine ilişkin sorulardan oluşmaktadır.

3.6.2. Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBIÖ)

Beck tarafından bilişsel modele uygun olarak psikotik hastalarda iç görüyü değerlendirmeye yönelik hazırlanan ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Aslan ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılmıştır. [3,94]. Kendini değerlendirme ve kendinden eminlik olarak adlandırılan iki ana boyutu bulunan dörtlü likert tipi ölçek 15 maddeden oluşmaktadır. Puanlandırmada “aynı fikirde değilim” 0 puan, “biraz katılıyorum” 1 puan, “çoğunlukla katılıyorum” 2 puan, “tamamıyla katılıyorum” 3 puan değerindedir. Ölçeğin bileşik puanı; kendini değerlendirme maddelerinin (1, 3, 4, 5, 6, 8, 12, 14, 15) puanından kendinden eminlik maddelerinin (2, 7, 9, 10, 11, 13) puanının çıkarılması ile elde edilmektedir. Ölçeğin toplam puan aralığı -18 ile 27 puan arasındadır. Ölçeğin puanın yüksek olması içgörü seviyesinin de yüksekliğini ifade eder. Ölçeğin iç tutarlık ölçümlerinde iki alt boyut; kendini ifade etme ve kendinden eminlik boyutları için Cronbach alfa değeri 0.56 ve 0.50 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda ise toplam Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.54 olarak bulunmuştur.

3.6.3. Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ)

Yıldız ve ark. (2018) tarafından şizofreni hastalığı olan bireylerin toplumsal işlevsellik düzeyini saptamak için geliştirilen ölçek 19 maddeden oluşup, üçlü likert tipi puanlama ile derecelendirilen, hasta ya da klinisyen tarafından doldurulabilen bir ölçektir [95]. Her soru 1-3 puan aralığında değerlendirilir. Ölçekten alınabilecek puan 19-57 arasında olup, yüksek puan toplumsal işlevsellik düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. TİDÖ'nün Cronbach alfa katsayısı 0,83 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ise Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.85 olarak belirlenmiştir.

3.6.4. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ)

Stresli durumlar karşısında kullanılan başa çıkma yöntemlerini belirlemek için Carver ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilmiştir [82]. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşlarınca (2005) yapılmıştır [83]. “İnsanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini” belirlemek için geliştirilen ölçek, 60 sorudan oluşan öz bildirim dayalı bir ölçektir ve 15 alt ölçekten oluşmuştur. Bu alt ölçeklerin her birinden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok

kullanıldığı hakkında yorum yapmayı sağlar. Bu nedenle alınan puanların değerlendirilmesinde kullanılan bir norm yoktur. “Asla böyle bir şey yapmam”, “Çok az böyle yaparım”, “Orta derecede böyle yaparım”, ya da “Çoğunlukla böyle yaparım” şeklinde 1’den 4’e kadar değişen likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçeğin güvenilirliği, Cronbach değeri 0.79’dur. Çalışmamızda ise Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.77 olarak bulunmuştur.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler SPSS istatistik paket programında (Version22, Chicago IL, USA) değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirmesinde tanımlayıcı ve analitik istatistikler kullanılmıştır. Veri toplama araçlarından elde edilen veriler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri ile incelenmiştir. Sayısal değişkenler ile ölçeklerden alınan puanlar ve ölçeklerin birbirleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile kategorik değişkenlerde ölçeklerden alınan puanlar arasındaki fark ise ikili gruplarda Mann Whitney U, ikiden fazla gruplarda Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiştir. Karşılaştırmalarda $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

- Bağımlı Değişkenler: Araştırmanın bağımlı değişkenleri BBİÖ, TİDÖ ve BÇTDÖ’den alınan puanlardır.
- Bağımsız Değişkenler: Araştırmanın bağımsız değişkenleri Katılımcı Bilgi Formu’ndan elde edilen verilerdir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada elde edilen veriler, veri toplama araçlarının Türkiye’de yapılmış geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları ile sınırlıdır. Araştırmadaki sonuçlar yapılan istatistiksel analizlerle sınırlıdır.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmanın yapılabilmesi için Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi 02.11.2019 tarihli KARAR-2019/11-02 sayılı Etik Kurul onayı (EK 5) ve Kayseri Devlet Hastanesi’nden 08.11.2019 tarihli 93079172-5487 sayılı yazılı araştırma izni (EK 6) alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanarak sözlü onayları ve Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK 7) ile yazılı onayları alınmıştır.

4. BÖLÜM

BULGULAR

TRSM’de takip edilen şizofreni hastalarında bilişsel içgörü, toplumsal işlevsellik ve başa çıkma tutumlarını değerlendirmek ve aralarındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmanın bu bölümünde katılımcıların tanıtıcı ve hastalık özelliklerinin dağılımları ile ölçeklerden alınan puanların dağılımları ve ölçek puanları arasındaki ilişkilere yönelik değerlendirmeler yer almaktadır.

Tablo 1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri

| Tanıtıcı Özellikler | $\bar{X}\pm SS$ | |
|----------------------------------|-----------------|----------|
| Yaş | 41.94±11.61 yaş | |
| Hastalık Süresi | 16.57±9.22 yıl | |
| Hastalığın Başlangıç Yaşı | 25.35±9.49 yaş | |
| Toplam Hastaneye Yatış Sayısı | 3.73±3.51 | |
| TRSM’ye Devam Süresi | 4.20±1.77 yıl | |
| | Sayı | % |
| Cinsiyet | | |
| • Kadın | 35 | 29.4 |
| • Erkek | 84 | 70.6 |
| Medeni Durum | | |
| • Evli | 31 | 26.1 |
| • Bekâr | 72 | 60.5 |
| • Dul veya Boşanmış | 16 | 13.4 |
| Eğitim Durumu | | |
| • Okuryazar değil | 3 | 2.5 |
| • İlköğretim | 43 | 36.1 |
| • Ortaöğretim | 60 | 50.4 |
| • Ön lisans | 8 | 6.7 |
| • Lisans ve üstü | 5 | 4.3 |
| Mesleği | | |
| • Öğrenci | 3 | 2.5 |
| • Çalışıyor | 6 | 5 |
| • Çalışmıyor | 92 | 77.3 |
| • Emekli | 18 | 15.2 |
| Gelir Düzeyi | | |
| • Düşük | 56 | 47.1 |
| • Orta | 57 | 47.9 |
| • Yüksek | 6 | 5 |
| Birlikte Yaşadığı Kişiler | | |
| • Yalnız | 11 | 9.2 |
| • Aile | 101 | 84.9 |
| • Akraba | 7 | 5.9 |
| TOPLAM | 119 | 100 |

Tablo 1’de katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Katılımcıların yarıdan fazlasını (%70.6) erkek bireyler oluşturmaktadır. Araştırmaya

katılan bireylerin %60.5'i bekar, %50.4'ü ortaöğretim mezunu, %77.3'ü herhangi bir meslekte çalışmamakta, yaklaşık yarısı (%47.1) gelir düzeyini düşük olarak ifade etmekte ve büyük çoğunluğu (%84.9) ailesi ile yaşamaktadır. Araştırma kapsamındaki hastaların yaş ortalaması 41.94±11.61 yaş, şizofreni tanısına sahip olma sürelerinin ortalaması 16.57±9.22 yıl, hastalık başlangıç yaş ortalaması 25.35±9.49 yaş, toplam hastaneye yatış sayısı ortalaması 3.73±3.51, TRSM'ye devam etme sürelerinin ortalaması ise 4.20±1.77 yıl olarak görülmektedir.

Tablo 2. Katılımcıların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı

| Hastalık Özellikleri | Sayı | % |
|--|------|------|
| Özkıym Girişim Öyküsü | | |
| • Yok | 72 | 60.5 |
| • 1 kez | 19 | 16 |
| • 2 kez | 18 | 15.1 |
| • 3 ve üzeri | 10 | 8.4 |
| İlaç Kullanımı Düzeni | | |
| • Düzenli | 108 | 90.8 |
| • Kısmen düzenli | 10 | 8.4 |
| • Düzensiz | 1 | 0.8 |
| Başka Hastalığın Varlığı | | |
| • Var | 28 | 23.5 |
| • Yok | 91 | 76.5 |
| İyileşme Düşüncesi | | |
| • İyileşeceğini düşünen | 113 | 95 |
| • İyileşeceğini düşünmeyen | 6 | 5 |
| Uygulanan Tedavinin İyileştiriciliğine Olan İnanç | | |
| • İnaniyor | 88 | 73.9 |
| • Kısmen inaniyor | 24 | 20.2 |
| • İnanmıyor | 7 | 5.9 |
| TRSM'ye düzenli gelme durumu | | |
| • Düzenli gelen | 92 | 77.3 |
| • Kısmen düzenli gelen | 20 | 16.8 |
| • Düzensiz gelen | 7 | 5.9 |
| Toplam | 119 | 100 |

Tablo 2'de araştırmaya katılan bireylerin hastalıkla ilgili özelliklerine göre dağılımları belirtilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin %60.5'inde intihar girişimi olmadığı, %90.8'inin ilaçlarını düzenli kullandığı ve %23.5'inin başka bir hastalığının olduğu belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların büyük çoğunluğunun (%95) iyileşeceğini düşündüğü, %73.9'unun uygulanan tedavinin iyileştiriciliğine inandığı ve %77.3'ünün TRSM'ye düzenli devam ettiği görülmektedir.

Tablo 3. Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı

| ÖLÇEKLER | $\bar{x} \pm SS$ |
|--|------------------|
| Beck Bilisel İlgörü Ölçeği (BBİÖ) | 5.00±9.38 |
| Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ) | 37.09±7.39 |
| Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ) | |
| Sorun Odaklı Başa Çıkma | 43.89±9.06 |
| • Yararlı Sosyal Destek Kullanımı | 9.72±3.32 |
| • Aktif Başa Çıkma | 9.12±2.52 |
| • Geri Durma | 7.83±1.44 |
| • Diğer Meşguliyetleri Bastırma | 8.27±1.86 |
| • Plan Yapma | 9.19±3.11 |
| Duygu Odaklı Başa Çıkma | 47.80±6.61 |
| • Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme | 9.59±2.52 |
| • Dini Başa Çıkma | 12.28±3.55 |
| • Şakaya Vurma | 5.36±1.96 |
| • Duygusal Sosyal Destek Kullanımı | 9.44±3.12 |
| • Kabullenme | 11.10±1.42 |
| İşlevsel Olmayan Başa Çıkma | 46.97±7.02 |
| • Zihinsel Boş Verme | 12.08±2.42 |
| • Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma | 10.25±2.60 |
| • İnkâr | 8.12±3.30 |
| • Davranışsal Boş Verme | 11.00±2.91 |
| • Madde Kullanımı | 5.50±2.61 |

Araştırmaya katılan bireylerin ölçeklerden aldıkları puanların dağılımı Tablo 3'te gösterilmektedir. Hastaların BBİÖ puan ortalaması 5 ± 9.38 , TİDÖ puan ortalaması 37.09 ± 7.39 'dur. Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği'ne ait Yararlı Sosyal Destek Kullanımı alt boyut puan ortalaması 8.63 ± 3.22 , Aktif Başa Çıkma alt boyut puan ortalaması 9.72 ± 3.32 , Geri Durma alt boyut puan ortalaması 7.83 ± 1.44 , Diğer Meşguliyetleri Bastırma alt boyut puan ortalaması 8.2 ± 1.86 , Plan Yapma alt boyut puan ortalaması 9.19 ± 3.11 , Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme alt boyut puan ortalaması 9.59 ± 2.52 , Dini Başa Çıkma alt boyut puan ortalaması 12.28 ± 3.55 , Şakaya Vurma alt boyut puan ortalaması 5.36 ± 1.96 , Duygusal Sosyal Destek Kullanımı alt boyut puan ortalaması 9.44 ± 3.12 , Kabullenme alt boyut puan ortalaması 11.10 ± 1.42 , Zihinsel Boş Verme alt boyut puan ortalaması 2.08 ± 2.42 , Soruna Odaklanma ve Duyguları Açığa Vurma alt boyut puan ortalaması 10.25 ± 2.60 , İnkâr alt boyut puan ortalaması 8.12 ± 3.30 , Davranışsal Boş Verme alt boyut puan ortalaması 11.00 ± 2.91 , Madde Kullanımı alt boyut puan ortalaması 5.50 ± 2.61 olarak bulunmuştur.

Tablo 4. Katılımcıların Bazı Özellikleri ile BBIÖ, TİDÖ ve BÇTDÖ'den Aldıkları Toplam Puanlar Arasındaki İlişki

| Korelasyon | BBIÖ Toplam | TİDÖ Toplam | BÇTDÖ | | |
|---|----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| | | | Sorun Odaklı Baş Etme | Duygu Odaklı Baş Etme | İşlevsel Olmayan Baş Etme |
| Yaş Spearman's Korelasyon (r) Sig (p) | -.076 .410 | -.210 .022 | .079 .391 | .081 .379 | .013 .891 |
| Hastalık Süresi Spearman's Korelasyon (r) Sig (p) | -.216 .018 | -.193 .035 | -.174 .058 | -.166 .071 | .147 .111 |
| Hastalığın Başlangıç Yaşı Spearman's Korelasyon (r) Sig (p) | .171 .063 | -.035 .702 | .270 .003 | .272 .003 | -.098 .289 |
| Toplam Hastaneye Yatış Sayısı Spearman's Korelasyon (r) Sig (p) | -.109 .240 | -.211 .022 | -.059 .521 | -.019 .839 | .106 .251 |
| TRSM'ye Devam Süresi Spearman's Korelasyon (r) Sig (p) | .048 .605 | -.158 .086 | .031 .739 | .040 .663 | .119 .196 |

Tablo 4'te katılımcıları bazı özellikleri ile ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki ilişki yer almaktadır. Katılımcıların yaşı ile TİDÖ'den alınan puanlar arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu bulgu bize yaş arttıkça toplumsal işlevselliğin azaldığını göstermektedir. Hastalık süresi ile BBIÖ ve TİDÖ toplam puanları arasında ise negatif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı ilişki görülmüştür. ($p < 0.05$). Bu bulguya dayalı olarak hastalık süresi arttıkça bilişsel içgörü ve toplumsal işlevselliğin azaldığını söyleyebiliriz. Hastalık başlangıç yaşı ile BÇTDÖ'nün alt boyutlarından olan Sorun Odaklı ve Duygu Odaklı Baş Etme alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu görülmektedir ($p < 0.05$). Bu bulgu ise bize hastalık başlangıç yaşı arttıkça Sorun Odaklı ve Duygu Odaklı Baş Etme yöntemleri kullanımının arttığını göstermektedir. Toplam hastaneye yatış sayısı ile TİDÖ puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki görülmektedir ($p < 0.05$). Bu bulguya dayalı olarak toplam hastane yatış sayısı arttıkça toplumsal işlevselliğin azaldığını söyleyebiliriz.

Tablo 5. BBIÖ, TİDÖ ve BÇTDÖ Puanları Arasındaki İlişki

| Korelasyon | BBIÖ Toplam | TİDÖ Toplam | BÇTDÖ | | |
|---|---------------|---------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| | | | Sorun Odaklı Baş Etme | Duygu Odaklı Baş Etme | İşlevsel Olmayan Baş Etme |
| BBIÖ Toplam Spearman's Korelasyon (r) Sig (p) | - | .380 .000 | .515 .000 | .486 .000 | -.274 .003 |
| TİDÖ Toplam Spearman's Korelasyon (r) Sig (p) | .380 .000 | - | .465 .000 | .268 .003 | -.301 .001 |
| BÇTDÖ Sorun Odaklı Baş Etme Spearman's Korelasyon (r) Sig (p) | .515 .000 | .465 .000 | - | .666 .000 | -.462 .000 |
| BÇTDÖ Duygu Odaklı Baş Etme Spearman's Korelasyon (r) Sig (p) | .486 .000 | .268 .003 | .666 .000 | - | -.199 .030 |
| BÇTDÖ İşlevsel Olmayan Baş Etme Spearman's Korelasyon (r) Sig (p) | -.274 .003 | -.301 .001 | -.462 .000 | -.199 .030 | - |

Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki ilişki Tablo 5'te yer almaktadır. Katılımcıların BBIÖ'den aldıkları puanlar ile TİDÖ, Duygu Odaklı Baş etme alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf düzeyde, Sorun Odaklı Baş etme alt boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde, İşlevsel Olmayan Baş etme alt boyutu arasında ise negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu bulgu hastalarda bilişsel içgörü arttıkça toplumsal işlevselliğin yanında sorun ve duygu odaklı baş etme yöntemleri kullanımının arttığını; işlevsel olmayan baş etme yöntemleri kullanımının ise azaldığını göstermektedir. TİDÖ ile BBIÖ'den alınan puanlar arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmüştür ($p < 0.05$). Bu bulgu hastalarda toplumsal işlevsellik arttıkça bilişsel içgörünün de arttığını ifade etmektedir. TİDÖ ile Sorun Odaklı Baş Etme alt boyutları puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Benzer şekilde TİDÖ ile Duygu Odaklı Baş Etme alt boyut puanları arasında da pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu görülmektedir ($p < 0.05$). Buna dayalı olarak toplumsal işlevsellik arttıkça hastalarda sorun ve duygu odaklı baş etme yöntemleri kullanımının arttığını söyleyebiliriz. TİDÖ ile

İşlevsel Olmayan Baş Etme alt boyutu puanları arasında ise negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu bulgu bize toplumsal işlevsellik azaldıkça işlevsel olmayan baş etme yöntemleri kullanımının arttığını göstermektedir.

BÇTDÖ'nün Sorun Odaklı Baş Etme alt boyutu ile BBİÖ'den alınan puanlar arasında pozitif yönde orta düzeyde, TİDÖ'den alınan puanlar arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). BÇTDÖ'nün Duygu Odaklı Baş Etme alt boyutu ile BBİÖ ve TİDÖ'den alınan puanlar arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Bu bulgulara dayalı olarak sorun ve duygu odaklı baş etme yöntemlerini daha fazla kullanan hastaların bilişsel içgörü ve toplumsal işlevselliklerinin de yüksek düzeyde olduğunu ifade edebiliriz. BÇTDÖ'nün İşlevsel Olmayan Baş Etme alt boyutu puanları ile BBİÖ ve TİDÖ'den alınan puanlar arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Bu bulguya dayanarak işlevsel olmayan baş etme yöntemlerini kullanan hastaların bilişsel içgörü ve toplumsal işlevsellik düzeylerinin de düşük olduğunu söyleyebiliriz.

Tablo 6. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine göre BBIÖ ve TİDÖ'den Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı

| Özellikler | BBIÖ Toplam | | TİDÖ Toplam | |
|-------------------------------|-----------------|---------------------|-----------------|--------------------|
| | $\bar{X}\pm SS$ | Med(Min-Max) | $\bar{X}\pm SS$ | Med(Min-Max) |
| Cinsiyet | | | | |
| • Kadın | 3.94±8.93 | 3.00(-14.00-25.00) | 37.88±7.97 | 36.00(27.00-55.00) |
| • Erkek | 5.44±9.58 | 7.00(-15.00-23.00) | 36.76±7.16 | 37.00(22.00-53.00) |
| p* | | 0.314 | | 0.730 |
| Medeni Durum | | | | |
| • Bekâr | 3.59±9.76 | 5.00(-15.00-25.00) | 37.23±7.92 | 37.50(22.00-55.00) |
| • Evli | 7.93±8.22 | 10.00(-10.00-23.00) | 36.70±6.76 | 36.00(22.00-51.00) |
| • Dul | 5.62±8.87 | 4.50(-14.00-22.00) | 33.36±12.69 | 31.00(14.00-55.00) |
| p** | | 0.141 | | 0.938 |
| Eğitim Durumu | | | | |
| • Okuryazar değil | 1.00±1.73 | 0.00(0.00-3.00) | 24.66±1.15 | 24.00(24.00-26.00) |
| • İlköğretim | 1.37±8.97 | 2.00(-15.00-17.00) | 33.62±6.72 | 33.00(22.00-49.00) |
| • Ortaöğretim | 5.81±8.87 | 6.50(-14.00-23.00) | 38.85±5.96 | 39.00(26.00-54.00) |
| • Ön lisans | 14.50±7.09 | 16.00(-1.00-22.00) | 40.75±8.73 | 38.00(31.00-53.00) |
| • Lisans ve üstü | 13.60±8.08 | 14.00(3.00-25.00) | 47.40±5.50 | 48.00(40.00-55.00) |
| p** | | 0.001 | | 0.000 |
| Meslek | | | | |
| • Öğrenci | 11.66±5.03 | 11.00(7.00-17.00) | 47.66±5.50 | 45.00(44.00-54.00) |
| • Çalışıyor | 18.66±5.08 | 19.00(10.00-25.00) | 48.66±6.28 | 49.50(37.00-55.00) |
| • Çalışmıyor | 3.52±9.15 | 3.00(-15.00-23.00) | 36.20±6.77 | 37.00(22.00-49.00) |
| • Emekli | 11.60±2.96 | 9.50(-10.00-17.00) | 36.00±6.80 | 35.00(24.00-51.00) |
| p** | | 0.001 | | 0.001 |
| Gelir Düzeyi | | | | |
| • Düşük | 3.94±8.93 | 4.00(-14.00-19.00) | 35.17±6.75 | 35.00(22.00-49.00) |
| • Orta | 5.70±9.72 | 7.00(-15.00-23.00) | 38.40±7.34 | 38.00(22.00-53.00) |
| • Yüksek | 8.16±10.47 | 5.50(-5.00-25.00) | 42.50±9.52 | 38.50(33.00-55.00) |
| p** | | 0.493 | | 0.030 |
| Birlikte Yaşadığı Kişi | | | | |
| • Yalnız | 8.45±8.79 | 5.00(-10.00-22.00) | 37.81±7.48 | 38.00(27.00-50.00) |
| • Aile | 5.05±9.20 | 5.00(-15.00-25.00) | 37.30±7.47 | 37.00(22.00-55.00) |
| • Akraba | -1.28±11.16 | -6.00(-14.00-15.00) | 32.85±5.49 | 34.00(22.00-39.00) |
| p** | | 0.132 | | 0.311 |

*Mann Whitney U test ** Kruskal Wallis test

Tablo 6'da katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre BBIÖ ve TİDÖ'den aldıkları ortalama puanların dağılımları yer almaktadır. Cinsiyet, medeni durum ve birlikte yaşanılan kişiye göre yapılan gruplamalarda BBIÖ ve TİDÖ puanları arasında istatistiksel olarak herhangi bir anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Eğitim durumlarına göre yapılan gruplamaya göre BBIÖ ve TİDÖ puan ortalamalarında gruplar arası anlamlı fark olduğu görülmüştür. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde BBIÖ için; okuryazar olmayan grup ile lisans mezunu grup arasında, ilköğretim mezunu grup ile ortaöğretim, ön lisans, lisans ve lisans üstü mezunu grup arasında ve bunlara ek olarak ortaöğretim mezunu grup ile ön lisans mezunu grup arasında anlamlı fark bulunmuştur

($p < 0.05$). Yapılan ileri analizlerde TİDÖ'ye ilişkin olarak ise; farkın okuryazar olmayan gruptan kaynaklandığı ve okuryazar olmayanların puan ortalamalarının diğer eğitim düzeylerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Benzer şekilde ortaöğretim mezunu grup ile lisans ve lisansüstü mezunu grup arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir ($p < 0.05$). Bunlara ek olarak ilköğretim mezunu grubun ortaöğretim, ön lisans, lisans ve lisansüstü eğitim düzeyleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark gözlemlenmiştir ($p < 0.05$).

Katılımcıların mesleklerine göre yapılan gruplamaya göre BBIÖ ve TİDÖ puan ortalamalarında gruplar arası anlamlı fark olduğu görülmüştür. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde BBIÖ ve TİDÖ için; çalışan grup ile çalışmayan ve emekli olan grup arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir ($p < 0.05$). Ayrıca TİDÖ'de öğrenci grubu ile çalışmayan ve emekli olan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür ($p < 0.05$).

Gelir düzeyine göre yapılan gruplamalarda ise BBIÖ ve TİDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). BBIÖ puanları açısından yapılan ileri analizde düşük gelire sahip olan grup ile orta gelire sahip olan grup arasında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0.05$). TİDÖ puanları açısından ise farkın gelir düzeyi düşük olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p < 0.05$). Gelir düzeyi düşük olan grubun diğer gruplara göre toplumsal işlevsellik düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır. Bu verilere dayalı olarak gelir düzeyi azaldıkça toplumsal işlevselliğin de azaldığını söyleyebiliriz.

Tablo 7. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine göre BÇTDÖ Alt Boyut Puan Ortalamaları Dağılımı

| Özellikler | Sorun Odaklı | | Duygu Odaklı | | İşlevsel Olmayan | |
|-------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------|--------------------|------------------|--------------------|
| | $\bar{X}\pm SS$ | Med(Min-Max) | $\bar{X}\pm SS$ | Med(Min-Max) | $\bar{X}\pm SS$ | Med(Min-Max) |
| Cinsiyet | | | | | | |
| • Kadın | 44.40±9.70 | 44.00(28.00-65.00) | 47.60±6.65 | 49.00(32.00-58.00) | 47.68±7.54 | 47.00(35.00-68.00) |
| • Erkek | 43.65±8.83 | 43.50(26.00-66.00) | 47.89±6.63 | 49.00(31.00-61.00) | 46.67±6.82 | 47.50(34.00-66.00) |
| p* | 0.764 | | 0.909 | | 0.597 | |
| Medeni Durum | | | | | | |
| • Bekâr | 42.95±9.81 | 42.00(26.00-66.00) | 46.23±6.96 | 47.00(31.00-61.00) | 47.00±7.03 | 47.50(34.00-66.00) |
| • Evli | 45.58±7.87 | 44.00(28.00-57.00) | 50.83±5.46 | 52.00(38.00-61.00) | 46.58±6.62 | 46.00(36.00-61.00) |
| • Dul | 44.87±7.48 | 43.50(33.00-59.00) | 49.00±4.69 | 49.50(39.00-56.00) | 47.62±8.08 | 49.00(35.00-68.00) |
| p** | 0.237 | | 0.004 | | 0.848 | |
| Eğitim Durumu | | | | | | |
| • Okuryazar değil | 43.66±1.52 | 44.00(42.00-45.00) | 47.00±7.00 | 50.00(39.00-52.00) | 51.00±1.73 | 50.00(50.00-53.00) |
| • İlköğretim | 38.72±7.93 | 39.00(26.00-55.00) | 45.81±6.60 | 47.00(31.00-57.00) | 49.34±7.31 | 49.00(36.00-66.00) |
| • Ortaöğretim | 45.53±7.98 | 44.50(29.00-62.00) | 48.53±6.48 | 50.00(32.00-61.00) | 46.46±6.00 | 47.00(34.00-68.00) |
| • Ön lisans | 53.50±6.69 | 52.50(44.00-66.00) | 51.00±6.18 | 52.00(39.00-61.00) | 38.75±4.52 | 37.00(34.00-48.00) |
| • Lisans ve üstü | 53.60±10.64 | 56.00(42.00-65.00) | 51.60±5.59 | 53.00(42.00-56.00) | 43.40±9.78 | 38.00(36.00-58.00) |
| p** | 0.000 | | 0.076 | | 0.001 | |
| Meslek | | | | | | |
| • Öğrenci | 59.66±3.21 | 61.00(56.00-62.00) | 51.33±3.78 | 53.00(47.00-54.00) | 42.33±3.51 | 42.00(39.00-46.00) |
| • Çalışıyor | 58.83±5.63 | 57.50(52.00-66.00) | 52.66±6.25 | 52.50(42.00-61.00) | 39.33±3.77 | 39.00(35.00-45.00) |
| • Çalışmıyor | 41.57±7.95 | 42.00(26.00-62.00) | 46.73±6.75 | 47.50(31.00-61.00) | 48.15±6.71 | 48.00(34.00-68.00) |
| • Emekli | 48.16±7.07 | 48.00(28.00-57.00) | 51.0±4.29 | 52.00(41.00-57.00) | 44.27±7.48 | 41.50(36.00-61.00) |
| p** | 0.000 | | 0.010 | | 0.001 | |
| Gelir Düzeyi | | | | | | |
| • Düşük | 40.75±7.06 | 40.50(27.00-59.00) | 46.62±5.98 | 47.00(32.00-59.00) | 48.87±7.06 | 49.00(34.00-68.00) |
| • Orta | 46.35±9.49 | 47.00(26.00-66.00) | 48.77±6.93 | 50.00(31.00-61.00) | 45.64±6.68 | 46.00(34.00-64.00) |
| • Yüksek | 50.00±12.56 | 50.00(30.00-65.00) | 49.66±8.31 | 53.00(34.00-56.00) | 41.83±4.79 | 40.50(37.00-49.00) |
| p** | 0.001 | | 0.064 | | 0.006 | |
| Birlikte Yaşadığı Kişi | | | | | | |
| • Yalnız | 43.63±10.49 | 43.00(30.00-59.00) | 43.81±7.74 | 43.00(32.00-58.00) | 45.90±8.92 | 47.00(35.00-68.00) |
| • Aile | 44.13±9.02 | 44.00(26.00-66.00) | 48.43±6.35 | 50.00(31.00-61.00) | 47.06±6.89 | 47.00(34.00-66.00) |
| • Akrafa | 40.85±7.94 | 39.00(30.00-53.00) | 45.00±6.53 | 45.00(35.00-53.00) | 47.28±6.55 | 50.00(37.00-54.00) |
| p** | 0.657 | | 0.070 | | 0.529 | |

*Mann Whitney U test, ** Kruskal Wallis test

Tablo 7’de katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre BÇTDÖ alt boyut puanları dağılımları yer almaktadır. Cinsiyete ve birlikte yaşadığı kişiye göre yapılan gruplamada BÇTDÖ’nün alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Medeni duruma göre yapılan gruplamaya göre Duygu Odaklı Baş Etme alt boyut puan ortalamalarında gruplar arası anlamlı fark olduğu görülmüştür. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde farkın evli olan grup ile bekar olan grup arasında olduğu belirlenmiştir. Buna dayalı olarak evli bireylerin bekar bireylere göre daha fazla duygu odaklı baş etme yöntemlerini kullandıklarını söyleyebiliriz ($p<0.05$).

Katılımcıların eğitim düzeylerine göre yapılan gruplamada Sorun Odaklı ve İşlevsel Olmayan Baş Etme alt boyutlarında anlamlı fark görülmüştür. Yapılan ileri analizde Sorun Odaklı Baş Etme alt boyutu için okuryazar olmayan grup ile ön lisans mezunu grup arasında, ilköğretim mezunu olan grup ile ortaöğretim, ön lisans, lisans ve lisans üstü mezunu olan grup arasında; ortaöğretim mezunu olan grup ile ön lisans mezunu olan grup arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0.05$). İşlevsel Olmayan Baş Etme alt boyutunda ise farkın; okuryazar olmayan grup ile ön lisans mezunu olan grup arasında, ilköğretim mezunu olan grup ile ortaöğretim ve ön lisans mezunu olan grup arasında, ortaöğretim mezunu olan grup ile ön lisans mezunu grup arasında olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgulara dayalı olarak bireylerin eğitim düzeyi arttıkça sorun odaklı baş etme yöntemleri kullanımını artarken; işlevsel olmayan baş etme yöntemleri kullanımının azaldığını söyleyebiliriz.

Mesleklere göre yapılan gruplamalarda tüm baş etme biçimlerinde anlamlı fark olduğu görülmektedir. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde Sorun Odaklı Baş Etme alt boyutu için; öğrenci olan grup ile çalışmayan ve emekli olan grup arasında, çalışan grup ile çalışmayan ve emekli gruplar arasında, çalışmayan grup ile emekli olan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Duygu Odaklı Baş Etme ve İşlevsel Olmayan Baş etme alt boyutlarında ise; çalışan grup ile çalışmayan grup arasında ve çalışmayan grup ile emekli olan grup arasında anlamlı fark gözlemlenmektedir.

Katılımcıların gelir düzeylerine göre yapılan gruplamada Sorun Odaklı Baş Etme ve Fonksiyonel Olmayan Baş Etme alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri

analizde farkın düşük gelire sahip olan gruptan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu bulgulara dayalı olarak düşük gelire sahip olan bireylerin sorun odaklı baş etme yöntemlerini daha az kullanırken işlevsel olmayan baş etme yöntemlerini daha fazla kullandığını söyleyebiliriz.

Tablo 8. Katılımcıların Hastalık Özelliklerine göre BBIÖ ve TİDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

| Özellikler | BBIÖ Toplam | | TİDÖ Toplam | |
|---------------------------------|------------------|---------------------|------------------|--------------------|
| | $\bar{x} \pm SS$ | Med(Min-Max) | $\bar{x} \pm SS$ | Med(Min-Max) |
| Özkiyım Girişim Öyküsü | | | | |
| • Yok | 5.45±9.07 | 5.00(-12.00-25.00) | 38.69±7.15 | 39.00(24.00-55.00) |
| • 1 kez | 5.84±10.25 | 10.00(-11.00-22.00) | 34.68±7.79 | 36.00(22.00-50.00) |
| • 2 kez | 4.11±9.13 | 4.00(-14.00-19.00) | 33.38±4.57 | 33.00(24.00-43.00) |
| • 3 ve üzeri | 1.70±10.94 | 4.50(-15.00-17.00) | 36.80±9.57 | 38.00(22.00-49.00) |
| p** | 0.763 | | 0.018 | |
| İlaç Kullanım Düzeni | | | | |
| • Düzenli | 5.33±9.29 | 5.00(-14.00-25.00) | 37.64±7.18 | 37.00(22.00-55.00) |
| • Kısmen düzenli | 3.40±8.85 | 3.50(-9.00-16.00) | 32.00±7.93 | 29.00(22.00-45.00) |
| • Düzensiz | - | - | - | - |
| p** | 0.191 | | 0.039 | |
| Başka Hastalığın Varlığı | | | | |
| • Evet | 5.64±8.00 | 5.00(-10.00-22.00) | 34.71±5.72 | 34.50(24.00-50.00) |
| • Hayır | 4.80±9.80 | 5.00(-15.00-25.00) | 37.82±7.72 | 38.00(22.00-55.00) |
| p* | 0.843 | | 0.037 | |
| TRSM'ye Düzenli Gelme | | | | |
| • Düzenli Gelen | 5.09±9.43 | 5.00(-15.00-25.00) | 38.28±7.23 | 38.00(22.00-55.00) |
| • Kısmen Düzenli Gelen | 7.95±7.76 | 11.00(-7.00-19.00) | 33.80±6.93 | 33.00(22.00-45.00) |
| • Düzensiz Gelen | -4.71±7.15 | -6.00(-10.00-11.00) | 30.85±5.24 | 30.00(24.00-39.00) |
| p** | 0.013 | | 0.005 | |
| İyileşme Düşüncesi | | | | |
| • İyileşeceğini düşünen | 5.03±9.45 | 5.00(-15.00-25.00) | 37.38±7.43 | 37.00(22.00-55.00) |
| • İyileşeceğini düşünmeyen | 4.33±8.71 | 6.00(-10.00-14.00) | 31.66±3.88 | 31.50(27.00-37.00) |
| p* | 0.822 | | 0.042 | |
| Tedaviye İnanma | | | | |
| • İnanıyor | 5.62±9.08 | 5.00(-14.00-25.00) | 37.81±7.36 | 38.00(22.00-55.00) |
| • Kısmen İnanıyor | 2.62±10.38 | 0.50(-15.00-19.00) | 36.08±67.46 | 37.00(24.00-49.00) |
| • İnanmıyor | 5.28±9.67 | 7.00(-11.00-19.00) | 31.42±5.25 | 31.00(22.00-37.00) |
| p** | 0.460 | | 0.068 | |

*Mann Whitney U test, ** Kruskal Wallis test

Tablo 8'de katılımcıların hastalık özelliklerine göre BBIÖ ve TİDÖ puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Katılımcıların özkiyım öyküsüne göre yapılan gruplamalarda TİDÖ'den alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Yapılan ileri analizde özkiyım girişimi hiç olmayan grup ile 1 ve 2 kez özkiyım girişimi olan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. ($p < 0.05$). Özkiyım girişimi

olmayanların sosyal işlevsellik puan ortalaması özkıyım girişimi olanlardan daha yüksektir.

Düzenli ilaç kullanımına göre yapılan grupta TİDÖ'den alınan puanlarda anlamlı fark bulunmuştur. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde ilaçlarını düzenli kullanan grup ile kısmen düzenli kullanan grup arasındaki istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. ($p<0.05$) İlaçlarını düzenli kullananların kısmen düzenli kullananlara göre toplumsal işlevsellik düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Buna ek olarak başka hastalığı bulunan bireyler ile bulunmayan bireyler arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark görülmektedir ($p<0.05$). Başka kronik hastalığı bulunmayan bireylerin toplumsal işlevsellik düzeyleri daha yüksektir.

TRSM'ye düzenli gelme durumuna göre yapılan grupta BBİÖ ve TİDÖ'den alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde farkın TRSM'ye düzenli gelen ile düzensiz devam eden gruplar arasında olduğu görülmüştür. TRSM'ye düzenli gelenlerin toplumsal işlevsellik ölçeği puan ortalamaları daha yüksektir. Ayrıca BBİÖ puan ortalaması TRSM'ye kısmen düzenli gelen grup ile düzensiz gelen grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıdır ($p<0.05$). TRSM'ye kısmen düzenli gelenlerin bilişsel içgörü puanı düzensiz gelenlerden daha yüksektir.

İyileşme düşüncesine göre yapılan grupta iyileşme gösterdiğini düşünen grup ile düşünmeyen grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. İyileşme gösterdiğini düşünen grubun toplumsal işlevsellik düzeylerinin daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Tedaviye inanca ilişkin yapılan grupta ise BBİÖ ve TİDÖ puanları arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 9. Katılımcıların Hastalık Özelliklerine göre BÇTDÖ Alt Boyut Puan Ortalamaları Dağılımı

| Özellikler | Sorun Odaklı | | Duygu Odaklı | | İşlevsel Olmayan | |
|---------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------|--------------------|------------------|--------------------|
| | $\bar{X}\pm SS$ | Med(Min-Max) | $\bar{X}\pm SS$ | Med(Min-Max) | $\bar{X}\pm SS$ | Med(Min-Max) |
| Özkıyım Girişim Öyküsü | | | | | | |
| • Yok | 47.77±9.05 | 44.00(26.00-66.00) | 49.08±6.17 | 49.50(34.00-61.00) | 47.18±6.63 | 48.00(34.00-64.00) |
| • 1 kez | 44.42±9.31 | 45.00(30.00-62.00) | 46.78±6.69 | 49.00(34.00-55.00) | 45.89±6.10 | 47.00(34.00-54.00) |
| • 2 kez | 41.77±8.18 | 42.50(28.00-57.00) | 47.11±6.03 | 49.50(32.00-55.00) | 44.88±7.26 | 45.00(36.00-66.00) |
| • 3 ve üzeri | 40.40±10.10 | 38.00(28.00-59.00) | 41.80±7.62 | 39.50(31.00-59.00) | 51.30±9.62 | 51.50(36.00-68.00) |
| p* | 0.228 | | 0.015 | | 0.221 | |
| İlaç Kullanım Düzeni | | | | | | |
| • Düzenli | 44.25±8.88 | 44.00(26.00-66.00) | 48.28±6.25 | 49.00(34.00-61.00) | 46.86±6.65 | 47.00(34.00-68.00) |
| • Kısmen düzenli | 41.50±10.29 | 37.00(29.00-62.00) | 44.30±7.74 | 44.00(32.00-55.00) | 49.30±10.02 | 51.00(34.00-66.00) |
| • Düzensiz | - | - | - | - | - | - |
| p** | 0.161 | | 0.064 | | 0.188 | |
| Başka Hastalığın Varlığı | | | | | | |
| • Evet | 44.82±7.79 | 45.00(28.00-59.00) | 48.00±6.61 | 49.50(32.00-57.00) | 46.96±8.11 | 48.00(35.00-68.00) |
| • Hayır | 43.61±9.44 | 43.00(26.00-66.00) | 47.74±6.64 | 49.00(31.00-61.00) | 46.97±6.70 | 47.00(34.00-66.00) |
| p* | 0.385 | | 0.773 | | 0.935 | |
| TRSM'ye Düzenli Gelme | | | | | | |
| • Düzenli Gelen | 44.51±9.25 | 44.00(27.00-66.00) | 48.19±6.66 | 49.00(31.00-61.00) | 46.72±6.95 | 47.00(34.00-68.00) |
| • Kısmen Düzenli Gelen | 44.65±6.14 | 45.00(35.00-56.00) | 47.60±6.26 | 49.50(32.00-57.00) | 45.95±5.77 | 47.50(36.00-56.00) |
| • Düzensiz Gelen | 33.71±8.38 | 30.00(26.00-50.00) | 43.28±5.99 | 42.00(35.00-52.00) | 53.14±9.06 | 53.00(38.00-66.00) |
| p** | 0.017 | | 0.138 | | 0.096 | |
| İyileşme Düşüncesi | | | | | | |
| • İyileşeceğini düşünen | 44.20±9.09 | 44.00(26.00-66.00) | 48.01±6.53 | 49.00(31.00-61.00) | 47.05±7.11 | 47.00(34.00-68.00) |
| • Yok İyileşeceğini düşünen | 38.16±6.70 | 37.00(30.00-50.00) | 43.83±7.44 | 44.00(32.00-53.00) | 45.50±5.20 | 48.50(37.00-49.00) |
| p* | 0.073 | | 0.179 | | 0.761 | |
| Tedaviye İnanma | | | | | | |
| • İnanıyor | 43.94±9.19 | 44.00(26.00-66.00) | 48.28±6.57 | 49.00(34.00-61.00) | 47.19±7.03 | 47.00(34.00-68.00) |
| • Kısmen İnanıyor | 43.70±8.68 | 43.00(29.00-62.00) | 46.54±6.93 | 47.00(31.00-57.00) | 47.08±7.13 | 48.00(36.00-61.00) |
| • İnanmıyor | 44.00±10.14 | 44.00(30.00-57.00) | 46.14±6.06 | 48.00(35.00-52.00) | 43.85±6.79 | 48.00(36.00-51.00) |
| p** | 0.989 | | 0.388 | | 0.665 | |

*Mann Whitney U test, ** Kruskal Wallis test

Tablo 9’da katılımcıların hastalık özelliklerine göre BÇTDÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Katılımcıların özkıyım girişimlerine göre yapılan grupta Duygu Odaklı Baş Etme altı boyutunda anlamlı farkın olduğu saptanmıştır. Yapılan ileri analizde farkın üç ve üzeri özkıyım girişimi olan gruptan kaynaklandığı görülmektedir. Üç ve üzeri özkıyım girişimi olan bireylerin duygu odaklı baş etme puan ortalamaları diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur. TRSM’ye düzenli gelme durumuna göre yapılan grupta Sorun Odaklı Baş Etme alt boyutunda anlamlı fark görülmektedir. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde farkın TRSM’ye düzensiz şekilde gelen gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir. TRSM’ye düzensiz gelenlerin Sorun Odaklı Baş etme puan ortalaması diğer gruplardan daha düşük bulunmuştur.

Başka hastalığın varlığı, iyileşme düşüncesi ve tedaviye inanca ilişkin yapılan gruptalarda ise BÇTDÖ’nün alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

5.1. BBIÖ, TİDÖ ve BÇTDÖ Arasındaki İlişkilerle İlgili Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda bilişsel içgörü arttıkça toplumsal işlevselliğin yanında sorun ve duygu odaklı baş etme yöntemleri kullanımının arttığını; işlevsel olmayan baş etme yöntemleri kullanımının ise azaldığı görülmektedir. Ayrıca toplumsal işlevsellik arttıkça bilişsel içgörü düzeylerinde de artış gözlemlenmektedir. Literatürde de şizofreni hastalarında içgörünün sosyal işlevselliği doğrudan etkilediği ve önemli bir etkiye sahip olduğu bildirilmektedir [66,96]. Brissos ve arkadaşlarının şizofreni hastalarıyla yaptığı bir çalışmada da düşük içgörü ile kötü işlevsellik pozitif yönde anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur [97]. Bipolar hastalarında da benzer sonuçlara ulaşan çalışmalar mevcuttur [98,99]. Ayrıca çalışmamıza benzer şekilde içgörü düzeyi düşük olan hastaların işlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerini daha çok tercih ettikleri literatürde yer almaktadır [100,101].

Bulgulara dayalı olarak toplumsal işlevsellik arttıkça hastalarda sorun ve duygu odaklı baş etme yöntemleri kullanımının arttığını; toplumsal işlevsellik azaldıkça işlevsel olmayan baş etme yöntemleri kullanımının arttığını söyleyebiliriz. Buna ek olarak sorun ve duygu odaklı baş etme yöntemlerini daha fazla kullanan hastaların bilişsel içgörü ve toplumsal işlevselliklerinin de yüksek düzeyde olduğunu ifade edebiliriz. Ayrıca işlevsel olmayan baş etme yöntemlerini kullanan hastaların bilişsel içgörü ve toplumsal işlevsellik düzeylerinin düşük olduğu dikkat çekmektedir. Literatürde sorun ve duygu odaklı baş etme yöntemlerini kullanan bireylerin semptom şiddetlerinin hafifliği ve yüksek içgörü ile birlikte dolaylı olarak işlevselliği etkileyebileceği bildirilmiştir [102,103].

5.2. BBIÖ'ye İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmada BBIÖ'nün puan ortalaması 5.00 ± 9.38 olarak bulunmuştur. Dikeç ve Kutlu'nun şizofreni hastalarıyla gerçekleştirdiği bir çalışmada BBIÖ ortalama puanı 4.40 ± 5.52 , İpçi ve arkadaşlarının çalışmasında ise 3.8 ± 5.6 değerinde olduğu görülmektedir [104,105]. Literatürdeki bulgular birbirleri ile paralellik göstermektedir. Çalışmamıza katılan şizofreni hastalarının bilişsel içgörü düzeyinin orta düzeyde olduğu

söylenbilir. Katılımcıların TRSM’de takip halinde olması, diğer hastalarla birlikte grup terapilerine katılım göstermesi, düzenli şekilde etkinlikler içerisinde bulunması, hastalığı ile ilgili bilgi eksikliğinin sağlık profesyonelleri tarafından gün içerisinde giderilebilir olması alınan ortalama puanın orta düzeyde olmasına katkı sağlamış olabilir.

Katılımcıların yaşı ile BBİÖ’den alınan puanlar arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Literatürde bu konuda tutarlı sonuçlar elde edilemediği görülmektedir. Çoğunlukla çalışmamıza benzer bulgularla sonuçlanan araştırmalar literatürde bulunmaktadır [3,94,106,107]. Ancak Uchida ve ark. ile Deveci ve ark. yaş ile içgörü arasında negatif yönde anlamlı ilişki tespit ederken Candan pozitif yönde anlamlı ilişki tespit etmiştir [108-110]. Bu farklılıkların içgörünün çok boyutlu oluşu, kültürel değişiklikler, şizofreninin türü, hastanın tedaviye uyumu, yapılan işbirliği gibi özelliklerle ilişkili olabileceği düşünülmelidir.

Hastalık süresi ile BBİÖ toplam puanları arasında ise negatif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı ilişki görülmüştür. ($p<0.05$). Hastalık süresinin uzunluğu ve düşük içgörü arasında anlamlı ilişki olduğunu bildiren çalışmalar literatürde mevcuttur [43,110]. Hastalık süresi arttıkça yeti yitimi ve bilişsel fonksiyonlarda yetersizlik artarak yaşam kalitesi düşüş göstermektedir. Ancak hastalık süresi ile içgörü arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit eden çalışmalara da rastlamak mümkündür.

Katılımcıların hastalık başlangıç yaşı ile BBİÖ’den alınan puanlar arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Kartal’da (2013) yaptığı çalışmayla bu bulguyu desteklemektedir [111]. Ancak Beck ve ark. (2004)’nın yaptığı çalışmada hastalığın başlangıç yaşı yükseldikçe içgörünün alt boyutlarından olan kendini ifade etme puanlarının düştüğü görülmektedir [3]. Başlangıç yaşının erken olması şizofreni için olumsuz gidiş göstergesidir. Bu anlamda daha erken yaşta tanı alan bireylerin bilişsel içgörülerinin de daha düşük olması beklenebilirdi. Ancak konuya ilişkin yapılan çalışmalar farklı sonuçlar ortaya koymaktadır. Bu durum bilişsel içgörüyü etkileyen pek çok farklı değişken olmasıyla ilgili olabilir.

Çalışmamızda eğitim düzeyi yükseldikçe bilişsel içgörü düzeyinin de artış gösterdiği tespit edilmiştir. Eğitim düzeyinin yüksek olması bilişsel fonksiyonların ve içgörünün artmasına katkı sağlıyor olabilir. Wiffen ve ark. (2010)’nın yaptığı bir çalışmada da bu bulgu desteklenmektedir [112].

Katılımcıların mesleklerine göre yapılan gruplamaya göre BBİÖ puan ortalamalarında çalışan grubun bilişsel içgörü puanları daha yüksek bulunmuştur. Mesleklere ilişkin literatür bilgisinin sınırlı sayıda olduğu gözlemlenmiştir. Bu nedenle karşılaştırma yapılamamıştır ancak çalışmak, aktif olarak yaşamın içinde olmak, üretmek hastalık belirtilerinin azalmasına neden olabilir. Diğer taraftan aktif olarak çalışabilecek kadar iyi durumda olmaları nedeniyle çalışan grupta bilişsel içgörü puanları yüksek bulunmuş olabilir.

TRSM'ye düzenli gelme durumuna göre yapılan gruplamada BBİÖ'den alınan puanlarda TRSM'ye kısmen düzenli gelenlerin bilişsel içgörü puanı düzensiz gelenlerden daha yüksek bulunmuştur. Literatürle elde ettiğimiz bulgular paralellik göstermektedir [113,114]. TRSM hizmetlerine benzer olarak değerlendirebileceğimiz psikososyal tedavinin de içgörüyü artırdığı tespit edilmiştir [12,115].

5.3. TİDÖ'ye İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan bireylerin TİDÖ puan ortalaması 37.09 ± 7.39 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek en düşük puanın 19, en yüksek puanın 57 olduğu göz önünde bulundurulursa çalışmamızda bulunan puanın orta düzeyde olduğunu söyleyebiliriz. Ölçekte yüksek puan yüksek işlevsellik anlamına gelmektedir. Çalışmamızda katılımcıların toplumsal işlevselliği orta düzeyde bulunmuştur. Ölçeğin ruhsal hastalığı olan bireylere özel hazırlanmış olması ve katılımcılarımızın TRSM tarafından takip ediliyor oluşu puanın orta düzeyde ulunmasını etkilemiş olabilir. İncedere'nin 2019 yılında ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerle yaptığı çalışmada TİDÖ puan ortalaması 31.0 ± 8.9 ; Gürcan'ın (2020) şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada TİDÖ puan ortalaması 41.00 ± 6.15 ; Abut'un yine şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada ise TİDÖ puan ortalaması 40.10 ± 5.89 bulunmuştur [116-118].

Katılımcıların yaşı arttıkça toplumsal işlevselliğin azaldığı görülmektedir. Benzer bulgularla sonuçlanan araştırmalar literatürde bulunmaktadır [119,120]. Yaşın ilerlemesiyle gelen fiziksel güç kaybı ve süregelen hastalığın oluşturduğu yeti yitimi bu bulgunun nedeni olarak görülebilir.

Bulgulara dayalı olarak hastalık süresi ve toplam yatış sayısı arttıkça toplumsal işlevselliğin azaldığını söyleyebiliriz. Bu bulguyu destekleyen çalışmalara literatürde

rastlanılmaktadır [121-124]. Bu ortak çıkarımın sebebi hastaneye yatışla sonuçlanan alevlenme dönemlerinin hastalık süresi ile doğru orantılı olarak artması ve bunların bireyde oluşturduğu hasarın da artış eğiliminde olması olabilir.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre yapılan gruplamaya göre TİDÖ puan ortalamalarında eğitim düzeyi yükseldikçe toplumsal işlevsellik düzeylerinde artış gözlemlenmiştir. Literatürde benzer bulgulara sahip çalışmalar bulunmaktadır [125-128]. Genel olarak öğrenim durumu arttıkça işlevselliğin de arttığı düşüncesi hakimdir [129-131].

Öğrenci ve çalışan grubun toplumsal işlevsellik düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Literatürde benzer çalışmalar bulunmaktadır [130,132-134]. Racenstein ve ark. (2002) tarafından yapılan ve 10 yıl sürdürülen çalışmada bazı hastalara iş ayarlaması yapılmış ve çalışan hasta grubunda negatif belirtilerin azaldığı, hastalığa uyumun arttığı saptanmıştır [135]. Çalışıyor olmanın işlevselliği artırdığı ve dolaylı olarak hastalığa uyum açısından bireyi olumlu yönde etkilediği düşünülebilir.

Gelir düzeyi düşük olan grubun diğer gruplara göre toplumsal işlevsellik düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır. Gülseren ve arkadaşları da (2010) şizofreni hastalığı olan bireylerde düşük gelir düzeyine sahip olanların işlevselliklerinin daha bozuk olduğunu belirtmişlerdir [136]. Ekonomik şartların kötü olması bireyin piknik, gezi, konser, maç gibi etkinliklere katılımını ve kafe, çay bahçesi gibi sosyal alanlarda bulunmasını azaltabileceği düşünülmektedir. Ek olarak toplumsal işlevselliğin ölçütlerinden biri olan alışveriş yapabilme, parayı yönetebilme gibi unsurlar gelir düzeyi doğrudan ilişkidir.

Cinsiyet, medeni durum ve birlikte yaşanılan kişiye göre yapılan gruplamalarda ise TİDÖ puanları arasında istatistiksel olarak herhangi bir anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Kadın hastalarda sosyal işlevselliğin daha yüksek olduğunu belirten çalışmalar literatürde daha sık yer almaktadır [137]. Ancak çalışmamızda olduğu gibi cinsiyet açısından herhangi bir anlamlı ilişki saptanamayan araştırmalar da bulunmaktadır [122].

Medeni durumun işlevselliği etkilemediğini bildiren çalışmalar olmakla beraber evli olmanın işlevselliği olumlu yönde etkilediğini bildiren çalışmalar mevcuttur. Çin'de yapılan bir çalışmada erkeklerde evli olmanın suça eğilimi ve intihar düşüncelerini azaltırken, yaşam kalitesini ve çalışabilme düzeyini artırdığı belirlenmiştir [138]. Evlilik

ile iyi düzeyde işlevselliğe sahip olmanın arasındaki neden-sonuç ilişkisini tartışan çalışmalar da literatürde yer almaktadır [139].

TİDÖ puanlarına bakıldığında özkıyım girişimi olmayanların toplumsal işlevsellik puan ortalaması özkıyım girişimi olanlardan daha yüksektir. Arkadaş ve aile ile duygusal paylaşımın sınırlı olması, kendini ifade edememe gibi sorunlar baş etme yöntemlerini etkileyerek bireyleri özkıyımına yaklaştırıyor olabilir. Buna ek olarak sosyal destek ve kalıcı ilişkilerin şizofrenide özkıyım girişimiyle ilişkisi olduğu düşünülmektedir.

Düzenli ilaç kullanımına göre yapılan grupta ilaçlarını düzenli kullananların kısmen düzenli kullananlara göre toplumsal işlevsellik düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Buna ek olarak başka kronik hastalığı bulunmayan bireylerin toplumsal işlevsellik düzeyleri daha yüksektir. Literatürde benzer bulgulara rastlanabilmektedir [140]. Ayrıca ilaçların düzenli kullanımı alevlenme dönemlerini azaltarak bu dönemlerin hastada bıraktığı hasarı indirgediği bildirilmiştir [141].

TRSM'ye düzenli gelme durumuna göre yapılan grupta TRSM'ye düzenli gelenlerin toplumsal işlevsellik ölçeği puan ortalamaları daha yüksektir. Araştırmamızı destekler nitelikte TRSM'nin vermiş olduğu hizmetlere benzer şekilde değerlendirebileceğimiz psikososyal rehabilitasyon sürecine katılan hastaların sosyal işlevsellik puanlarında anlamlı derecede yükselme olduğu belirlenmiştir [12].

İyileşme gösterdiğini düşünen grubun toplumsal işlevsellik düzeylerinin daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Tedaviye olan inanca ilişkin yapılan grupta ise TİDÖ puanları arasında istatistiksel olarak herhangi bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Literatüre baktığımızda şizofreni hastalarının umut düzeyleri arttıkça yaşam kalitelerinin ve fonksiyonel iyileşme düzeylerinin arttığını gösteren çalışmalarla beraber umutsuzluk arttığında intihara olan eğilimin arttığını belirten çalışmalar bulunmaktadır [142-145].

5.4.BÇTDÖ'ye İlişkin Bulguların Tartışılması

BÇTDÖ'ye ait Sorun Odaklı Başa Çıkma puan ortalaması 43.89 ± 9.06 , Duygu Odaklı Başa Çıkma puan ortalaması 47.80 ± 6.61 , İşlevsel Olmayan Başa Çıkma puan ortalaması 46.97 ± 7.02 olarak bulunmuştur. Katılımcıların en çok duygu odaklı başa çıkma yöntemlerini, en az ise sorun odaklı başa çıkma yöntemlerini kullandığı söylenebilir. Literatürde başa çıkma davranışlarında klinik özelliklerin önemli olduğu, şizofreni

hastalarının genellikle duygu odaklı başa çıkma yöntemlerini tercih ettikleri bilgisi ile çalışmamızın bulguları uyumludur [146,147]. Norman ve Malla'nın şizofreni hastalarıyla yaptığı bir çalışmada da hastaların işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını sorun odaklı başa çıkma tutumlarından daha sık kullandığı belirtilmiştir [148].

Araştırmada başa çıkma yöntemlerinin alt boyutlarına bakıldığında hastaların en çok dini başa çıkma, en az ise şakaya vurma davranışlarını tercih ettiği görülmektedir. Özcan ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği bir çalışmada şizofreni hastalarının neredeyse tümünün psikiyatri kliniğine gelmeden önce dini inançlarının etkisi ile dini hocaya gittiklerini belirtilmektedir [149]. Aynı çalışmada hastaların dini başa çıkma davranışını %85 oranında kullanıyor olduğu bulgusu ile çalışmamız büyük benzerlik göstermektedir. Tarrier ve arkadaşları ise şizofreni hastalarının dini etkinliklerde bulunma oranını %82 olarak belirtmiştir [150].

Cinsiyet ile başa çıkma arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Literatürde benzer bulgulara rastlanabilmekle beraber kadınların daha fazla duygusal odaklı başa çıkma yöntemlerini, erkeklerin ise işlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerini kullandığı belirten çalışmalar da bulunmaktadır [83,151-153].

Hastalık başlangıç yaşı arttıkça sorun ve duygu odaklı baş etme yöntemleri kullanımının arttığı görülmektedir. Hastalık başlangıç yaşının geç olması olumlu prognoz özellikleri içerisinde yer almaktadır. Bireyin işlevsel baş etme yöntemlerini tercih etmesi olumlu prognoz sonuçlarından biri olabilir.

Medeni duruma göre yapılan grupta evli bireylerin bekar bireylere göre daha fazla duygu odaklı baş etme yöntemlerini kullandıklarını söyleyebiliriz. Ancak 2019'da yapılan bir çalışmada evli olanların bekar bireylere göre daha fazla sorun odaklı baş etme yöntemine başvurduğu belirtilmiştir [154]. Bu farklılık bireylerin kültürel özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir.

Katılımcıların eğitim düzeylerine göre yapılan grupta bireylerin eğitim düzeyi arttıkça sorun odaklı baş etme yöntemleri kullanımı artarken; işlevsel olmayan baş etme yöntemleri kullanımının azaldığını söyleyebiliriz. Demiroğlu tarafından 2018 yılında yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılarak bu durumun psikopatoloji ile açıklanabileceği öne sürülmüştür [155]. Psikopatolojik belirtiler ile işlevsel olmayan baş etme tutumlarının alt boyutları olan duygulara odaklanma, davranışsal boşverme, inkâr,

alkol-ilaç kullanımı ve zihinsel boş verme davranışları ile ilişkisi olduğu belirtilmektedir [83].

Mesleklere göre yapılan grupta öğrenci olan ve çalışan hastalar sorun ve duygu odaklı başa çıkma yöntemlerini daha fazla tercih ederken; çalışmayan hastaların daha fazla işlevsel olmayan yöntemlere yöneldiği görülmektedir. Aktif olarak yaşamın içinde olmanın, sosyal alanlar içerisinde bulunmanın, bireyin işlevsel baş etme yöntemlerini kullanmasına katkıda bulunduğu düşünülebilir.

Katılımcıların gelir düzeylerine göre yapılan grupta düşük gelire sahip olan bireylerin sorun odaklı baş etme yöntemlerini daha az kullanırken işlevsel olmayan baş etme yöntemlerini daha fazla kullandığını söyleyebiliriz. Literatürde ise ekonomik düzeyi düşük olan bireylerin çaresiz yaklaşımlar göstermenin yanında duygu odaklı baş etme yöntemlerini tercih ettiği belirtilmektedir [156-158].

Katılımcıların özkıyım girişimlerine göre yapılan grupta üç ve üzeri özkıyım girişimi olan bireylerin duygu odaklı baş etme puan ortalamaları diğer gruptan istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur. Konkan ve ark. (2014)'nin yaptığı bir çalışmada benzer şekilde duygusal başa çıkma maddelerinden olan pozitif yeniden yorumlama ve gelişme puanı intihar girişimi olan hastalarda düşük olarak kayıt edilmiştir [159]. Ek olarak literatürde intihar girişimi olan bireylerin esnek ve alternatif düşünme konusunda yetersiz olduğu, işlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerini ısrarla kullandıkları, aktif başa çıkma yöntemlerini nadiren tercih ettikleri bilgisi yer almaktadır. [159,160].

TRSM'ye düzenli gelme durumuna göre yapılan grupta TRSM'ye düzensiz gelenlerin Sorun Odaklı Baş etme puan ortalaması diğer gruptan daha düşük bulunmuştur. Süreğen şizofreni hastalarının TRSM hizmetlerine benzer şekilde teşvik edici sistemli bir programa dahil edildiğinde hastaların motivasyonunun arttığı, ilaç ve psikososyal müdahalelerin bir arada kullanıldığında sinerjik etki göstererek başa çıkma becerilerini geliştirdiği belirtilmektedir [161-163].

TRSM'lerde hemşirelerin rolünün incelendiği bir çalışmada; örnek olarak incelenen TRSM'lerin hastane yatış sıklığını azaltmada yararlı olduğu ve bakım yöneticisi olarak çalışan toplum ruh sağlığı hemşiresinin hastanın yaşadığı ortamda tedavi ve bakımını üstlenmesinin doğrudan koruyucu etkisinin olduğu bildirilmiştir [164].

TRSM'lerde fiziksel sağlık bakımlarında hemşirelerin vaka yöneticisi olarak çalışmalarının etkilerinin incelendiği bir diğer çalışmada, bir yıl boyunca merkezde tedavi gören fiziksel rahatsızlığı olan hastalarda hemşire destekli tedavi ile hemşiresiz tedavinin sonuçları karşılaştırıldığında, hastaların yıllık hastalık öykülerinde azalma görülürken fiziksel aktivitelerinde artış görülmüştür [165]. Etkin toplum tedavi yönteminin ruh sağlığı müdahalelerinde etkilerinin araştırıldığı çalışmada, Etkin toplum tedavi hemşirelerinin rollerinin genişletilerek yeniden tanımlanması vurgulanmıştır [166]. TRSM'lerin kronik hastalıkların tedavilerindeki etkinliğinin araştırıldığı diğer bir çalışmada; merkeze düzenli olarak gelen 28 hastaya kısa psikoterapiler uygulanmış, bu hastalara psikososyal destek sağlanması ile hastalığın alevlenme ve yatış oranlarında azalma görülmüştür [167]. TRSM'lerin hastaneye yatış sıklığı üzerine etkilerinin araştırıldığı bir diğer çalışmada; TRSM'lere devam eden hastaların hastaneye yatış sayılarında azalma meydana geldiği ve ayrıca depresif belirtiler ile sosyal işlevsellikte düzelme gerçekleştiği görülmüştür [168].

6. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Katılımcıların yarısından fazlasını (%70.6) erkek bireyler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin %60.5'i bekar, %50.4'ü ortaöğretim mezunu, %77.3'ü herhangi bir meslekte çalışmamakta, yaklaşık yarısı (%47.1) gelir düzeyini düşük olarak ifade etmekte ve büyük çoğunluğu (%84.9) ailesi ile yaşamaktadır. Araştırma kapsamındaki hastaların yaş ortalaması 41.94 ± 11.61 yaş, şizofreni tanısına sahip olma sürelerinin ortalaması 16.57 ± 9.22 yıl, hastalık başlangıç yaş ortalaması 25.35 ± 9.49 yaş, toplam hastaneye yatış sayısı ortalaması 3.73 ± 3.51 , TRSM'ye devam etme sürelerinin ortalaması ise 4.20 ± 1.77 yıl olarak görülmektedir. Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlar incelendiğinde her birinden ortalama düzeyde puan aldıkları söylenebilir.

Çalışma sonunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Katılımcıların bazı özelliklerine göre bakıldığında;

- Yaş arttıkça bireylerde görülen toplumsal işlevsellik düzeyi azalmaktadır.
- Hastalık süresi arttıkça bilişsel içgörü ve toplumsal işlevsellik azalmaktadır.
- Hastalık başlangıç yaşı arttıkça sorun ve duygu odaklı baş etme yöntemleri kullanımı artmaktadır.
- Toplam hastane yatış sayısı arttıkça toplumsal işlevsellik azalmaktadır.

Ölçekler arasındaki ilişkilere bakıldığında;

- Bilişsel içgörü düzeyi arttıkça toplumsal işlevselliğin yanında sorun ve duygu odaklı baş etme yöntemleri kullanımının arttığını; işlevsel olmayan baş etme yöntemleri kullanımının ise azaldığı görülmektedir.
- Bireylerde toplumsal işlevsellik düzeyi arttıkça bilişsel içgörü düzeyi de artış göstermektedir.
- Toplumsal işlevsellik düzeyi yüksek olduğunda hastaların çoğunlukla sorun ve duygu odaklı baş etme yöntemlerini tercih ettikleri tespit edilmiştir.
- Sorun ve duygu odaklı baş etme yöntemlerini daha fazla kullanan hastaların bilişsel içgörü ve toplumsal işlevselliklerinin de yüksek düzeyde olduğu görülmektedir.

- İşlevsel olmayan baş etme yöntemlerini kullanan hastaların bilişsel içgörü ve toplumsal işlevsellik düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre bakıldığında;

- Cinsiyete göre bakıldığında herhangi bir anlamlı ilişki bulunmamıştır.
- Evli bireylerin bekar bireylere göre daha fazla duygu odaklı baş etme yöntemlerini kullandıklarını görülmektedir.
- Katılımcıların eğitim düzeyi artarken bilişsel içgörü ve toplumsal işlevsellik düzeyleri ve sorun odaklı baş etme yöntemleri kullanımı artarken; işlevsel olmayan baş etme yöntemleri kullanımının azaldığı tespit edilmiştir.
- Herhangi bir meslekte çalışmayan bireylerin bilişsel içgörü düzeyinin çok düşük, öğrenci ve herhangi bir meslekte çalışan bireylerin ise toplumsal işlevsellik düzeyinin yüksek olması dikkat çekmektedir. Başa çıkma tutumlarına yönelik ise herhangi bir meslekte çalışan ve öğrenci olan grubun sorun odaklı, çalışmayanların ise işlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerini kullandığı görülmektedir.
- Düşük gelir düzeyine sahip grubun diğer gruplara göre toplumsal işlevsellik düzeyinin de düşük olduğu saptanmıştır. Başa çıkma tutumlarına yönelik olarak ise gelir düzeyi yüksek olanların sorun odaklı, düşük olanların işlevsel olmayan baş etme yöntemlerini tercih ettiğini söylenebilir.
- Özkıyım girişimi olmayanların toplumsal işlevsellik düzeyi özkıyım girişimi olanlardan daha yüksektir. Üç ve üzeri özkıyım girişimi olan bireylerin duygu odaklı baş etme yöntemlerini daha az tercih ettiği görülmektedir.
- İlaçlarını düzenli kullananların kısmen düzenli kullananlara göre toplumsal işlevsellik düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Başka kronik hastalığı bulunmayan bireylerin toplumsal işlevsellik düzeyleri daha yüksektir.
- TRSM'ye düzenli gelenlerin toplumsal işlevsellik düzeyi daha yüksektir. TRSM'ye kısmen düzenli gelenlerin bilişsel içgörü düzeyi düzensiz gelenlerden daha yüksek bulunmuştur. TRSM'ye düzensiz gelenlerin ise sorun odaklı baş etme yöntemlerini çok az kullandıkları tespit edilmiştir.

- İyileşme gösterdiğini düşünen grubun toplumsal işlevsellik düzeylerinin daha yüksek saptanmıştır.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur;

- Yaygınlaştırılmış TRSM'lerin işlevselliklerinin artırılması,
- TRSM'de takip edilen hastaların hastalığın başladığı süre, tedavi alma süresi, ilaç kullanma süresi kayıt ve takiplerinin devamlılığının artırılması,
- Hastaların TRSM'de çalışmaya yönlendirilerek meslek rehabilitasyonu sağlanması, sosyoekonomik koşullarının artırılması, eğitim düzeylerinin yükseltilmesi için desteğin sağlanması, ailelere yönelik hasta hakkında bilgilendirmelerin sağlanması, hasta yakınlarının bakım sürecine aktif katılımının sağlanması,
- Ülkemizde şizofreni hastalarının genel öz yeterliliklerini değerlendirmeye yönelik literatür çalışmalarının artırılması ve bu duruma önem atfedilerek eğitim programlarının planlanması,
- TRSM'lerde görev yapan psikiyatri hemşirelerinin bireylerin kendine bakım, kişilerarası ilişkiler ve toplumsal yaşam alanlarında ihtiyaçlarını karşılayacak becerilere yönelik davranışçı öğrenme teknikleri kullanması,
- TRSM'de psikiyatri hemşireleri tarafından yapılan psikososyal beceri eğitimlerinin sürekliliğinin sağlanması, hemşirelerin psikoterapi eğitimi alarak daha donanımlı olmaya teşvik edilmesi,
- TRSM'lerde psikiyatri hemşiresinin ve tüm çalışanların etkili hizmet sunması için TRSM'de sunulan hizmetlerin düzenli olarak değerlendirilmesi ve ruhsal hastalığa psikososyal uyum konusunda daha fazla sayıda bilimsel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- [1] Öztürk, O., ve Uluşahin, N.A., Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. (14. baskı). Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, s. 242-248, 2016.
- [2] Boyer, L., Aghababian, V., Richieri, R., Loundou, A., Padovani, R., Simeoni, M.C., "Insight into illness, neurocognition and quality of life in schizophrenia", *Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 36(2), s. 271–276, 2012.
- [3] Beck, AT., Baruch, E., Balter JM., "A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale", *Schizophr Res.*, 68(2-3), s. 319-329, 2004.
- [4] American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth ed., Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
- [5] Burns, T., Patrick, D., Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies, *Acta Psychiatr Scand*, 116(6), s. 403-418, 2007.
- [6] Cooke, M., Peters, E., Fannon, D., Insight, distress and coping styles in schizophrenia, *Schizophr Res*; 94(1-3), s. 12-22, 2007.
- [7] Wiedl, K.H., Assessment of coping with schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 161(18) s.114-122, 1992.
- [8] Doğan, S., Doğan, O., Tel, H., Çoker, F., Polatöz, Ö., Başğmez, F.D. Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: ayaktan hastalar. *Anadolu Psikiyatri*, 3(2), s. 69-74, 2002.
- [9] Norman, R., Lecomte, T., Addington, D., & Anderson, E., Canadian treatment guidelines on psychosocial treatment of schizophrenia in adults, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(9), s. 617-623, 2017.
- [10] Insel TR. Next-Generation Treatments for Mental Disorders, *Science translational medicine*, 4(155), 2012.
- [11] Sönmez, U.E., "Şizofreni hastalarında dönerkapı fenomeni değişkenlerinin incelenmesi", Uzmanlık tezi, İstanbul, 2008.
- [12] Eryıldız, D., Gündüz Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi'ne devam eden şizofreni hastalarının işlevsellik ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, 2008.

- [13] Akpınar, Ş., Kelleci, M., Sorun Çözme Becerilerini Geliştirme Programı'nın şizofrenik hastaların sosyal işlevsellik düzeyine etkisi, *Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar*, s. 47-56, 2008.
- [14] Yıldız, M., Cerit C., Şizofreni tedavisinin yıllık maliyeti: bir üniversite hastanesi verilerinden yapılan hesaplama, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 16(4) s. 239-244, 2006.
- [15] Yıldız, M., Şizofreni Hastalığını Anlamak ve Onunla Yaşamayı Öğrenmek, Okyanus Yayınları, İstanbul, s. 163-185, 2005.
- [16] Ensari H, Gültekin BK, Karaman D, Koç A, Beşkardeş AF. Bolu TRSM hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(4), s. 239-244, 2013.
- [17] Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge, T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011.
- [18] BAG, B., *Topoplum* ruh sağlığı merkezlerinde hemşirenin rolü: İngiltere örneği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry*, 4(4), s. 465-485, 2012.
- [19] Videbeck, S.L., *Psychiatric-Mental Health Nursing*, Wolters Kluwer Health-Lippincott Williams&Wilkins, 2011.
- [20] World Health Organization., *Schizophrenia*, 2020.
- [21] Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K., Cimilli, C., ... & Taycan10, O. Türkiye'de psikiyatrik epidemiyoloji: Yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25, s. 264-281, 2014.
- [22] 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*,. 22(1), s. 1-14, 2010.
- [23] Ochoa, Usall, Cobo., Labad and Kulkarni 2012,Fatemi AB, Zai C., Luca VD. Early onset schizophrenia: Gender analysis of genome-wide potential methylation. *Clinica Chimica Acta*, 449, s. 63-67, 2015.

- [24] Aleman A., Kahn RS., Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Selten JPArch Gen Psychiatry*. 60(6), s. 565-71, 2003.
- [25] Soygür, H., Alptekin, K., Atbaşoğlu, E. C., & Herken, H. (Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. 1. Baskı. *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları*, s. 500, 2007.
- [26] Sadock, BJ., Sadock, V.. Kaplan Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Ed.) 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti., 2007, Ertuğrul I. *Güncel şizofreni*. 1. Baskı ed, 2006.
- [27] Özdemir, Ö., Doğan, O., Sivas il merkezinde iki uçlu duygudurum bozukluğunun yaygınlığı, psikiyatrik eş tanıları ve hastaların yaşam kalitesi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, 2014.
- [28] Cantor-Graae, E., Selten, J. P. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), s. 12-24, 2005.
- [29] Murray, R.M., ve Dean, K., Schizophrenia and related disorders. İçinde R.M. Murray, K.S. Kendler, P. McGuffin, S. Wessely, D.J. Castle (Ed.), *Essential Psychiatry, New York, Cambridge University Press*, s. 284-319, 2008.
- [30] Townsend, M.C., Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders. İçinde, *Psychiatric Mental Health Nursing. Concepts of Care in Evidence-Based Practice*, s. 419-457, 2015.
- [31] Atmaca GD, Durat G. Şizofreni Hastalarında İntihar ve Depresyon. *DÜ Sağlık Bil. Enst Derg.* 6(1), s. 51-55, 2016.
- [32] Shives, L.R., Schizophrenia and schizophrenic-like disorders. İçinde, *Basic Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing*, Walnut Street, Philadelphia, *Wolters Kluwer Health-Lippincott Williams&Wilkins*, s. 323-342, 2012.
- [33] Turan, N., Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. İçinde N. Gürhan, *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, s. 539-564, 2016.
- [34] Kim, J., Park, C., Choi, J., Park, E., Tchoe, H., Choi, M., Suh, J.K., Kim, Y.H., Won, S.H., Chung, Y.C, Bae, K.Y., Lee, S.K., Park, S.C., Lee, S.H., "The association between season of birth, age at onset, and clozapine use in schizophrenia", *Acta Psychiatr Scand*, 136(5) s. 445-454, 2017.
- [35] Gürbüz, M., Yüksel N., D vitamini ve Şizofreni. *Türk Osteoporoz Dergisi*, 19(3) s. 20-24. 2013.

- [36] Schwartz, P., Can the season of birth risk factor for schizophrenia be prevented by bright light treatment for the second trimester mother around the winter solstice? *Med Hypotheses*, 83(6), s. 809-815, 2014.
- [37] Kaplan, H., Sadock. B., *Klinik Psikiyatri*. Çeviren: Prof. Dr. Ercan Bay. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd Şti., İstanbul, s. 121-138, 2004.
- [38] Townsend MC., Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri. 6. Baskı,Çev.ed. Özcan T, Gürhan N, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, s. 335-379, 2016.
- [39] Çam, O., Engin, E., Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı, 1. baskı İstanbul Tıp Kitapevi, s. 411-423, 2014.
- [40] Donovan, K., Regehr, C., George M.,(). Nursing Home Care for Adults With Chronic Schizophrenia. *Social Work in Mental Health*, 11(2): 167-183, 2013.
- [41] NICE Psychosis and Schizophrenia in Adults. Treatment and Management. *National Clinical Guideline*, Number 178, 2014.
- [42] Karakuş, G., Kocal, Y., Sert. D., (). Şizofreni: Etyoloji,Klinik Özellikler ve Tedavi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi . *Archives Medical Review Journal*, 26(2), s. 251- 267, 2017.
- [43] Sağlam, Aykut D., Şizofreni Hastalarında Hastalık Süresinin Klinik Özelliklere Etkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 202), s. 301-307, 2017.
- [44] Maletic, V., Eramo, A., Gwin, K., Offord, SJ., Duffy RA. The Role of Norepinephrineand Its α -Adrenergic Receptors in the Pathophysiology and Treatment of MajorDepressive Disorder and Schizophrenia: A Systematic Review. *Frontiers inPsychiatry*. 8(42), 2017.
- [45] Atmaca, GD., Durat, G., Şizofreni Hastalarında İntihar ve Depresyon. *DÜ Sağlık Bil Enst Derg.* 6(1), s. 51-56, 2016.
- [46] Sayar, H.G., Özten, E., Eryılmaz, G., Göğçeğöz, I., Ceylan, M.E., "Elektrokonvulsif tedaviüzerine güncel bir gözden geçirme", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, s. 107-125, 2014.
- [47] Pompili, M., Lester D., Dominici G., Longo L., Marconi G., Forte A., Serafini G,Amore M, Girardi P. *Indications for elektroconvulsive treatment in schzophrenia.Schizophr Res* 146, s. 1-9, 2013.

- [48] Zervas. LM., Theleritis, C., Soldatos CR., Using ECT in schizophrenia: A review from a clinical perspective. *The World Journal of Biological Psychiatry*, s. 96-105, 2012.
- [49] Sommer, IEC., Slotema, CW., Daskalakis, ZJ., Derks EM, Blom JC., Gaag, M. Thetreatment of hallucinations in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull*, 3(8), s. 704-14. 2012,
- [50] Kantrowitz JT. Managing Negative Symptoms of Schizophrenia: *How Far Have We Come?* *CNS Drugs*. 31(5), s. 373-88, 2017.
- [51] Goulding, A., Allerby, K., Ali, L., Gremyr, A., Waern, M., “Study protocol design and evaluation of a hospital-based multi-professional educational intervention: Person-Centred Psychosis Care”, *BMC Psychiatry*, 18(1), s. 1-8, 2018.
- [52] Oxford English Dictionary, 2000.
- [53] De Leon, J.. DSM-5 and the research domain criteria: 100 years after Jaspers’ General psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 171(5) s. 492-494, 2014.
- [54] Jaspers, K., The Patient’s attitude to his illness. Chapter VII, General Psychopathology, by Karl Jaspers, J. Hoenig (translator). *The Johns Hopkins University Press; Reprint edition*, s. 414-425, 1997.
- [55] Lewis, T., The psychopathology of insight. *British Journal of Medical Psychology*, 14, s. 332-348. 1934.
- [56] Amador, XF., Strauss, DH., Yale, SA., Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia - Review. *Schizophr Bull*. 17(1), s. 113-32. 1991.
- [57] The World Health Report, Mental Disorders affect one in four people 1973.
- [58] McEvoy, JP., Apperson, LJ., Appelbaum, PS., Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *J Nerv Ment Dis* 177, s. 43-47, 1989a.
- [59] McEvoy, JP., Freter, S., Merritt. M., Apperson. LJ. Insight about psychosis among outpatients with schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 44 (9), s. 883-885, 1989b.
- [60] David, A., Insight in Psychosis, *Br J Psychiatry*, 156(6), s. 798-808, 1990.

- [61] Arkova, I.S., Berrioz, G.E., The meaning of insight in clinical psychiatry. *Br J Psychiatry*; 160,s. 850-860, 1992a.
- [62] Aslan, S., Altınöz, AE., İçgörü kavramı ve şizofreni, *Tekrarlayıcı Nitelikte Bir Travma Olarak Aile İçi Şiddetin Psikoz İle İlişkisi*, 2(3), 2010.
- [63] 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*, 230(3), s. 839-845, 2015.
- [64] 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.
- [65] Lincoln, TM., Lüllmann, E., Rief W., Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. *A systematic review. Schizophr Bull* 33, s. 1324-1342, 2007.
- [66] Erol, A., Delibas, H., Bora, O., Mete, L., The impact of insight on social functioning in patients with schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry* 61, s. 379-385, 2015.
- [67] Lysaker, PH., Bryson, GJ., Bell, MD., Insight and work performance in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 190, s. 142-146, 2002.
- [68] Rocca, P., Castagna, F., Mongini, T., Montemagni, C., Bogetto, F., Relative contributions of psychotic symptoms and insight to quality of life in stable schizophrenia. *Psychiatry Res*, 177, s. 71-76. 2010.
- [69] Zorlu, PK., Bilgiç, Ö., Şahin, T., & Zorlu, N. Şizofrenide Klinik İçgörünün Psikiyatrik Semptomlar ve Bilişsel İşlevler ile İlişkisi. *Düşünen Adam*, 30(2), 2017.
- [70] Yanos, P.T., Moos, R.H., "Determinants of functioning and well-being among individuals with schizophrenia: an integrated model", *Clinical psychology review*, 27(1), s. 58-77, 2007.
- [71] Yıldız, M., İncedere, A., Özaslan, Z., Şizofrenide Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi ve Üstbiliş Eğitiminin Toplumsal ve Bilişsel İşlevsellik Üzerine Etkisi *Arch Neuropsychiatry*, 2056, s. 139-143, 2019.

- [72] Liberman, N., Trope, Y., The psychology of transcending the here and now. *Science*, 322(5), s. 1201-1205, 2008.
- [73] Schultz, S.H., North, S.W., Shields, C. G. Schizophrenia: a review. *American family physician*, 75(12), s. 1821-1829, 2007.
- [74] Mueser, KT., Corrigan , PW., Hilton DW., Tanzman, B., Schaub. A., Gingerich, S., Essock, SM., Tarrier N, Morey B, Vogel SS, Herz MI. Illness management and recovery: A review of research. *Psychiatric Services*, 53, s. 1272-1284, 2002.
- [75] Brüne, M., Emotion recognition, “theory of mind,” and social behavior in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 133, s. 135-47, 2005.
- [76] Gaite, L., Vazquez-Barquere, JL., Bora, C., Ballesteros, J., Schene A., Beş Avrupa Ülkesinde Şizofrenisi Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi: EPSILON çalışması. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(4), s. 283-292. 2002.
- [77] Gönüllüoğlu, N., "Şizofreni hastalarına verilen psikososyal beceri eğitiminin hastaların işlevsel iyileşme düzeylerine etkisi", Yüksek lisans tezi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Gaziantep*, 2011.
- [78] Folkman, S., Lazarus, R.S., ‘An analysis of coping in a middle-aged community sample’, *J Health Soc Behav*, 21(3):219-239, 1980.
- [79] Aker, T., Önder, M.E., ‘Psikolojik Travma ve Sonuçları’’ 5US Yayınları, Epsilon Reklamcılık, İstanbul, s. 52-53, 2003.
- [80] Rohde, P., Lewinshon, P.M., Tilson, M., Seeley, J.R., ‘Dimensionality of coping and its relation to depression’, *J Pers Soc Psychol*, 58(3),s. 499-511, 1990.
- [81] Wegner, D.M., Schneider, D.J., Carter, S.R., White, T.L., ‘Paradoxical effects of thought suppression’, *J Pers Soc Psychol*, 53(1), s. 5-13, 1987.
- [82] Carver, C.S., Scheier, M.F., Weintraub, J.K., ‘Assessing coping strategies: a the oretic ally based proach’, *J Pers Soc Psychol*, 56(2), s. 267-283, 1989.
- [83] Ağargün, M.Y., Beşiroğlu, L., Kıran, Ü.K., Özer, Ö.A., Kara, H., ‘COPE (Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği): psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma’, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, s. 221-226, 2005.
- [84] Roth, S., Cohen, L.J., ‘Approach, avoidance, and coping with stress’, *Am Psychol* 41(7), s. 813-819, 1986.

- [85] Folkman, S., Lazarus, R.S., Schetter, C.D., De Longis, A., Gruen, R.J., “Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping and Encounter Outcomes” *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (5), s. 992-1003, 1986.
- [86] Hannigan, B., Specialist practice in community mental health nursing. *Nurse education today*, 19 (6), 509–516, 1999.
- [87] Ulusal ruh sağlığı eylem planı, Ankara, Sağlık Bakanlığı, s. 4-15, 2011.
- [88] Ensari, H., Koruyucu psikiyatri açısından Bolu toplum ruh sağlığı merkezi rehabilitasyon çalışmaları. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 4, s. 86-93, 2011.
- [89] Şentürk, B., Toplum ruh sağlığı merkezinde ve poliklinikte izlenen şizofreni hastalarının aile desteği algıları ile yakınlarının duygu dışavurumu ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara. 2017.
- [90] Yılmaz, V., İnsan Hakları ve Karşılaştırmalı Sosyal Politika Yaklaşımı Işığında Türkiye'de Ruh Sağlığı Politikaları: *Tespitler ve Öneriler (Birinci Baskı)*. İstanbul, Karika Matbaacılık, 2012.
- [91] Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., Fothergi, A., Hannigan B., Stress and burnout in community mental health nursing: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(1), s. 7-1, 2000.
- [92] Ünsal, G., Karaca, S., Arnik, M., Can-Öz Y., Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin psikiyatri hemşiresinin rollerine ilişkin görüşleri. *MÜSBED*, 4(2), s. 90-95, 2014.
- [93] 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, 230(3), s.839-845,2015.
- [94] Aslan, S., Türkçapar, H., Güney, E., Eren, N., Akkoca, Y., Uğurlu, M., Karakaş, G., “Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği Türkçe Formunun Şizofrenik Hastalar İçin Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması”, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 8(4), s. 186-196, 2005.
- [95] Yıldız, M., Kiras, F., İncedere, A., Esen, D., Gürcan, M. B., Abut, B., Tural, Ü. (). Şizofreni Hastaları için Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeğinin

- geliştirilmesi: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19, s. 29-38, 2018.
- [96] Van Baars, WB., Wierdsma, AI., Hengeveld, MW., Mulder, CL., Improved insight affects social outcomes in involuntarily committed psychotic patients: A longitudinal study in the Netherlands. *Compr Psychiatry* 54(7), s. 873-879, 2013.
- [97] Brissos, S., Balanzá-Martinez, V., Dias, V. V., Carita, A. I., & Figueira, M. L. Is personal and social functioning associated with subjective quality of life in schizophrenia patients living in the community?. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 261(7), s. 509-517, 2011.
- [98] Lam, D., & Wong, G., Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorders. *Psychological Medicine*, 27(5), s. 1091-1100, 1997.
- [99] Cerit, C., Filizer, A., Tural, Ü., & Tufan, A. E., Stigma: a core factor on predicting functionality in bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), s. 484-489, 2012.
- [100] Lysaker, PH., Bryson, GJ., Lancaster, RS., Evans, JD., Bell, MD., Insight in schizophrenia: associations with executive function and coping style. *Schizophrenia Research*. 59(1), s. 41-47, 2003.
- [101] Avery, R, Startup M, Calabria K. The role of effort, cognitive expectancy appraisals and coping style in the maintenance of the negative symptoms of schizophrenia. *Psychiatry Res*, 167, s. 36-46, 2009.
- [102] Nitzburg, George C., "Coping strategies and real-world functioning in bipolar disorder." *Journal of affective disorders* 198, s.185-188, 2016.
- [103] Meyer, B., Coping with severe mental illness: Relations of the Brief COPE with symptoms, functioning, and well-being. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), s. 265-277, 2001.
- [104] Dikeç, G., Kutlu, Y., "Bir Grup Şizofreni Hastasında Tedaviye Uyum ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi", *Journal of Psychiatric Nursing*, 5(3), 2014.
- [105] İpçi, K., İncedere, A., Kiras, F., Yıldız, M., "Şizofreni Hastalarında Öznel İyileşme İle Bilişsel İçgörü Arasındaki İlişkinin Araştırılması", *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 2018.

- [106] Keshavan, M.S., Rabinowitz, J., Desmedt, G., Harvey, P.D., Schooler, N., “Correlates of insight in first episode psychosis”, *Schizophrenia Research*, 70(2-3), s. 187-194, 2004.
- [107] Bora, E., Şehitoğlu, G., Aslıer, M., Atabay, I., Veznedaroğlu, B., “Theory of mind and unawareness of illness in schizophrenia”, *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 257(2), 104-111, 2007.
- [108] 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*, 63(3), s. 291- 297, 2009.
- [109] Deveci, A., Danacı, A.E., Yurtsever, F., Deniz, F., Yüksel, E.G., “Şizofrenide Psikososyal Beceri Eğitiminin Belirti Örüntüsü, İçgörü, Yaşam Kalitesi ve İntihar Olasılığı Üzerine Etkisi”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(3), s. 266-273, 2008.
- [110] Candan, İ.E., “Kronik şizofreni hastalarında bilişsel içgörü, yeti yitimi ve öznel iyileşmenin değerlendirilmesi”, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2019.
- [111] Tan Kartal, N., “Şizofreni hastalarında içgörünün yaşam niteliği, depresyon ve belirti örüntüsü ile ilişkisi”, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul, 2013.
- [112] Wiffen, B.D., Rabinowitz, J., Lex, A., David, A.S., “Correlates, change and ‘state or trait’ properties of insight in schizophrenia”, *Schizophrenia Research*, 122(1-3), s. 94-103, 2010.
- [113] Kaya, B., “Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı psikotik bozukluğu bulunan hastaların TRSM programına katılım sıklıklarına göre sosyal işlevsellik, içgörü ve ilaç uyumu açısından karşılaştırılması”, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2019.
- [114] Delice, M.A., Akgül, S. M., Yıldız, M., “Toplum ruh sağlığı merkezi'nden hizmet alan bir şizofrenili olguda bütüncül yaklaşımın hastalığın gidişine etkisi”, *Clinical and Experimental Health Sciences*, 4(2), s. 122-125, 2014.

- [115] Arslan, M., Yazıcı, A., Yılmaz, T., Coşkun, S., Kurt, E., “Rehabilitasyon programının şizofreni hastalarının kliniği, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerindeki uzun dönem etkileri: izleme çalışması”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(4), s. 238-246, 2015.
- [116] İncedere, A., Yıldız, M., “Ciddi Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde Olgu Yöneticiliği: 24 Aylık Uygulama Sonuçları”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 30(4), 2019.
- [117] Gürcan, M.B., Yıldız, M., Patır, K., Demir, Y., “Şizofreni Hastalarında İzleti ve Anlatı Tedavilerinin Uskuramı ve Toplumsal İşlevsellik Üzerine Etkisi”, *Neuropsychiatry*, 58, s. 108-114, 2021.
- [118] Abut F.B., “Şizofrenide Klinik Psikopatoloji, Bilişsel ve Toplumsal İşlevsellik Arasındaki İlişki: 1 Yıllık İzlem Çalışması”, *Kocaeli Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi*, 2019.
- [119] Friedman, J.I., Harvey, P.D., Coleman, T., Moriarty, P.J., Bowie, C., Parrella, M., Davis, K.L., “Six-year follow-up study of cognitive and functional status across the lifespan in schizophrenia: a comparison with Alzheimer’s disease and normal aging”, *American Journal of Psychiatry*, 158(9), s. 1441-1448, 2001.
- [120] Harvey, P.D., Howanitz, E., Parrella, M., White, L., Davidson, M., Mohs, R.C., Davis, K.L., “Symptoms, cognitive functioning, and adaptive skills in geriatric patients with lifelong schizophrenia: a comparison across treatment sites”, *American Journal of Psychiatry*, 155(8), s. 1080-1086, 1998.
- [121] Taktak, Ş., Erkıran, M., Karşıdağ, Ç., Özeren, M., Alpay, N., “Şizofren Olgularda Aile İşlevselliğinin Algılanması, Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerle İlişkisi”, *Düşünen Adam*, 13(4), s. 196-203, 2000.
- [122] Erol, A., Keleş Ünal, E., Tunç Aydın, E., Mete, L., “Şizofrenide Sosyal İşlevselliği Yordayan Etmenler”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(4), 2009.
- [123] Menendez Miranda I., Garcia Portilla M.P., Garcia Alvarez, L., Arrojo, M., Sanchez, P., Sarramea, F., Gomar, J., Bobes Bascaran, M.T., Sierra, P., Saiz, P.A., Bobes, J., “Predictive factors of functional capacity and real-world functioning in patients with schizophrenia”, *Eur Psychiatry Elsevier Masson*, 30(5), s. 622-627, 2015.

- [124] Martin, E.A., Öngür, D., Cohen, B.M., Lewandowski, K.E., “Social functioning and age across affective and non-affective psychoses”, *The Journal of nervous and mental disease*, 20(1), s. 37, 2015.
- [125] Hofer, A., Rettenbacher, M.A., Widschwendter, C.G., Kemmler, G., Hummer, M., Fleischhacker, W.W., “Correlates of subjective and functional outcomes in outpatient clinic attendees with schizophrenia and schizoaffective disorder”, *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256(4), s. 246-255, 2006.
- [126] Tatlıdil E. Şizofreni tanılı hastalarda semptomatolojinin sosyal işlevsellik üzerine etkisi. Uzmanlık tezi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 2008.
- [127] Harvey, P.D, Friedman, J.I, Bowie, C., ve ark. “Validity and stability of performance-based estimates of premorbid educational functioning in older patients with schizophrenia.” *J Clin Exp Neuropsychol*, 28(2) s. 178-192, 2006.
- [128] Sevindik, C.S., Özer, Ö.A., Kolat,, U., Önem, R., “Major depresif bozukluğu veya psikotik bozukluğu bulunan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve işlevsellik üzerine etkisi”,*Şişli Etfal Tıp Bülteni*, 48(3), s. 198-207, 2014.
- [129] Mueser, K.T., Salyers, M.P., Mueser, P.R., “A prospective analysis of work in schizophrenia”, *Schizophrenia Bulletin*, 27(2), s. 281-296, 2001.
- [130] Wiersma, D., Wanderling, J., Dragomirecka, E., Ganev, K., Harrison, G., An Der Heiden, W., “Social disability in schizophrenia: its development and prediction over 15 years in incidence cohorts in six European centres”, *Psychological Medicine*, 30(5), s. 1155-1167, 2000.
- [131] Verma, S., Subramaniam, M., Abdin, E., Poon, L.Y., Chong, S.A., “Symptomatic and functional remission in patients with first-episode psychosis”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(4), s. 282-289, 2012.
- [132] Maner, F., Kayatekin, Z.E., Abay, E., Saygılı, S., Şener, A.İ., “Psikiyatrik Hastalıklar ve Suç”, *Düşünen Adam Dergisi*, 4(1), 1991.
- [133] Angel, B., Test, M.A., “The relationship of clinical factors and environmental opportunities to social functioning in young adults with schizophrenia”, *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), s. 259-271, 2002.

- [134] Srinivasan, T.N., Thara, R., “How do men with schizophrenia fare at work? A follow-up study from India”, *Schizophrenia Research*, 25, s. 149-154, 1997.
- [135] Racenstein, J.M., Harrow, M., Reed, R., Martin, E., Herbener, E., Penn, D. L., “The relationship between positive symptoms and instrumental work functioning in schizophrenia: a 10 year follow-up study”, *Schizophrenia Research*, 56(1-2), 95-103, 2002.
- [136] Gülseren, L., Çam, B., Karakoç, B., Yiğit, T., Danacı, A. E., Çubukçuoğlu, Z., Mete, L., “Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21, s. 203-212, 2010.
- [137] Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Ohlenschläger, J., Christensen, T., Krarup, G., Nordentoft, M., “Gender differences in young adults with first-episode schizophrenia spectrum disorders at baseline in the Danish OPUS study”, *The Journal of nervous and mental disease*, 195(5), 396-405, 2007.
- [138] Ran, M.S., Wong, Y.L.I., Yang, S.Y., Ho, P.S., Mao, W.J., Li, J., Chan, C.L.W., “Marriage and outcomes of people with schizophrenia in rural China: 14-year follow-up study”, *Schizophrenia research*, 182, s. 49-54, 2017.
- [139] Salokangas, R.K., “Living situation, social network and outcome in schizophrenia: a five-year prospective follow-up study”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(6), s. 459-468, 1997.
- [140] Anlar, L., Doğan, S., Doğan, O., “Sivas' ta bir psikiyatri kliniginden taburcu olan hastaların ruhsal durumları, islevsellik düzeyleri ve ilgili etkenler”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(4), s. 293, 2009.
- [141] Köroğlu, E., *DSM-5 Tanı Odaklı Klinik Psikiyatri*, Ed. 2. Baskı. Ankara, HBY Basım Yayın, 2015.
- [142] Yıldırım, D.L., Şizofren hastaların umut düzeyinin yaşam kalitesine etkisi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009.
- [143] Coşkun, E., Altun, Ö.Ş., “The relationship between the hope levels of patients with schizophrenia and functional recovery”, *Archives of psychiatric nursing*, 32(1), 98-102, 2018.

- [144] Öztürk, H.M., “Şizofreni hastalarında intihar girişiminin pozitif ve negatif semptomlar, depresyon, umutsuzluk, içgörü ve bilişsel işlevlerle ilişkisi”, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2012.
- [145] Değer, Ö.D., “Şizofrenide travma öyküsünün anksiyete semptomları, umutsuzluk ve intihar düşüncesi ile ilişkisi”, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Psikiyatri Uzmanlık Tezi, 2012.
- [146] Wiedl, K.H., “Assessment of coping with schizophrenia: Stressors, appraisals, and coping behaviour”, The British Journal of Psychiatry, 161(18), s. 114-122, 1992.
- [147] Wiedl, K.H., Schöttner, B., “Coping with symptoms related to schizophrenia”, Schizophrenia Bulletin, 17(3), s. 525-538, 1991.
- [148] Norman, R.M., Malla, A.K., “Stressful Life Events and Schizophrenia”, The British Journal of Psychiatry, 162(2), s. 161-166, 1993.
- [149] Özcan, M.E., Gürgen, F., Türkeş, C., “Şizofrenili hastalarda başa çıkma davranışları”, Düşünen Adam Dergisi, 12, s. 35-40, 1999.
- [150] Tarrler, N., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A., Yusupoff, L., Ugarteburu, I., “A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome”, The British Journal of Psychiatry, 162(4), s. 524-532, 1993.
- [151] Hassan, S., Mallozzi, L., Dhingra, N., Haden, S.C., “Victimization in young urban adults and depressed mood: understanding the inter play of coping and gender”, Violence Vict, 26(3), s. 329-346, 2011.
- [152] Düzgören, B., “Boşanmış Bireylerde Başa Çıkma Tutumu ile Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin Sosyodemografik Özellikler Açısından İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017.
- [153] McCutcheon, V.V., Heath, A.C., Nelson, E.C., Bucholz, K.K., Madden, P.A., Martin, N.G., Cotton, D.G., “Stress Management”, New York: Brunner Mazel, 1990.
- [154] Yıldız H., Şizofreni tanılı annelerin yetişkin çocuklarında bağlanma biçimi ile psikolojik dayanıklılık ve başa çıkma tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2020.

- [155] Demiroğlu, F., “Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı almış hastaların baş etme tutumları ile bilişsel şema alanlarının psikiyatrik tanı almamış kişilerle karşılaştırılması”, Haliş Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2018.
- [156] Yiğit, R., “Çevik kuvvet görevlilerinin benlik saygıları ile yaşam doyumunu ve stresle başa çıkma tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi”, Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi, 13(1), s. 61-75, 2012.
- [157] Brantley, P.J., Ohea, E.L., Jones, G., Mehan, D.J., “The influence of incomelevel and ethnicity on copingstrategies”, Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment, 24, s. 39-45, 2002.
- [158] Yılmaz, S.D., Beji, N.K., “Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler”, Genel Tıp Dergisi, 20(3), s. 99-108, 2010.
- [159] Konkan, R., Erkuş, G.H., Güçlü, O., şenormancı, Ö., Aydın, E., Ülgen, M.C., Sungur, M.Z., “İntihar Girişiminde Bulunan Kişilerde Başa Çıkma Tutumları”, Archives of Neuropsychiatry, 51(1), 2014.
- [160] Orbach, I., Bar, Joseph, H., Dror, N., “Styles of problem solving in suicidal individuals”, Suicide Life Threat Behav, s. 56-64, 1990.
- [161] Davis, K.L., Kahn, R.S., Ko, G., “Davidson M. Dopamine in schizophrenia: a review and reconceptualization”, Am J Psychiatry, 148, s. 1474-1486, 1991.
- [162] Paul, G.L., Lentz, R.J., “Psychosocial treatment of chronic mental patients: Milieu versus social-learning programs”, Harvard University Press, 1977.
- [163] Delice, M. A., Akgül, S. M., Yıldız, M., “Toplum ruh sağlığı merkezi’nden hizmet alan bir şizofrenili olguda bütüncül yaklaşımın hastalığın gidişine etkisi”, Clinical and Experimental Health Sciences, 4(2), s. 122-125, 2014.
- [164] Bağ, B., “Toplum ruh sağlığı merkezlerinde hemşirenin rolü: İngiltere örneği”, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 4(4), s. 465-485, 2012.
- [165] Miller, C., Martinez, R., “Shifting physical health care responsibilities at a community mental health center”, Issues in Mental Health Nursing, 24(4), s. 441-456, 2003.

- [166] Weinstein, L.C., Henwood, B.F., Cody, J.W., Jordan, M., Lelar, R., “Transforming Assertive Community Treatment Into an Integrated Care System: The Role of Nursing and Primary Care Partnerships”, J Am Psychiat Nurses Assoc 17(1), s. 64-71, 2011.
- [167] Maki, M., Bjorklund, P., “Improving cardiovascular diseases creening in community mental health centers”, Perspectives in Psychiatric Care 48, s. 179–186, 2012.
- [168] Gül, E.U., Can, D.Ö., Şahin, E.H.K., Şahin, Ş., Şimşek, E., “Kırıkkale toplum ruh sağlığı merkezi’nde takip edilen şizofreni hastalarının değerlendirilmesi”, KÜ Tıp Fakültesi Dergisi 16(2), s. 15-19, 2014.
- [169] Aydın, E., Tabo, A., Karamustafalıoğlu, K.O., Alataş, G., Yiğit, S., Erkuş, G.H., “Döner kapı olgusu: Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçişin psikiyatri servisine yatış üzerine etkisi”, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 15, s. 185-191, 2014.

EKLER

EK-1. KATILIMCI BİLGİ FORMU

1.Ad Soyad:

2.Cinsiyet: () Kadın () Erkek

3.Yaş:

4.Medeni durumunuz:

() Evli () Bekar () Dul

5.Öğrenim durumunuz:

() Okuryazar değil () İlköğretim () Ortaöğretim () Önlisans () Lisans ve üstü

6.Çalışma durumunuz:

() Öğrenciyim () Çalışıyorum () Çalışmıyorum () Emekliyim

7.Kişinin kendi ifadesiyle gelir düzeyi:

() Düşük () Orta () Yüksek

8.Kiminle yaşıyorsunuz?

() Yalnız () Aile () Akraba () Arkadaş () Diğer

9.Hastalık süresi:

10.Hastalık başlangıç yaşı:

11.Toplam hastaneye yatış sayınız:

12.Özkıyım öykünüz var mı?

() Yok () 1 kez () 2 kez () 3 kez ve üzeri

13. İlaç kullanımınız düzenli mi?

() Düzenli () Kısmen düzenli () Düzensiz

14.Şu an başka bir hastalığınız var mı?

() Evet () Hayır

15.TRSM'ye ne süredir devam ediyorsunuz?

16.TRSM'ye düzenli devam ediyor musunuz?

() Düzenli () Kısmen düzenli () Düzensiz

17.Kısmende olsa iyileştiğinizi düşünüyor musunuz?

() Evet () Hayır

18.Uygulanan tedavinin sizi iyileştireceğine inanıyor musunuz?

() İnanıyorum () Kısmen inanıyorum () İnanmıyorum

EK-2. BECK BİLİŞSEL İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların hissettiklerine ilişkin ifadeler vardır. Lütfen sıralanan bütün cümleleri dikkatle okuyunuz. Her bir ifade ile ne kadar aynı fikirde olduğunuzu karşısında uygun gelen alana X işareti koyarak belirtiniz.

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| (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. | | | | |

1:Hiç katılmıyorum 2:Çok az katılıyorum 3:Epeyce katılıyorum 4:Tamamen katılıyorum

EK-3. TOPLUMSAL İŞLEVSELLİĞİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

1. **El-yüz yıkama sıklığınız nedir?**
() Haftada 1 ya da daha az () Haftada 3 – 5 kez () Her gün
2. **Dış fırçalama sıklığınız nedir?**
() Haftada 1 ya da daha az () 2-3 günde bir () Günde en az 1 kez
3. **Banyo yapma sıklığınız nedir?**
() Ayda 1-2 kez ya da daha az () Haftada 1-2 kez () Haftada 3 ya da daha fazla
4. **Tırnak kesme sıklığınız nedir?**
() Ayda 1-2 kez ya da daha az () İki haftada bir () Haftada 1 kez
5. **İç çamaşırı değiştirme sıklığınız nedir?**
() Haftada 1 ya da daha az () 2-3 günde bir () Hemen her gün
6. **Çorap değiştirme sıklığınız nedir?**
() Haftada 1 ya da daha az () 2-3 günde bir () Hemen her gün
7. **(Kadınlar için) Cilt bakımı ve makyaj yapma, kaş ve bıyık alma sıklığınız nedir?**
() Sadece özel günlerde () 2- 3 ayda bir () Haftada bir
(Erkekler için) Sakal tıraşı olma sıklığınız nedir?
() Haftada 1 ya da daha az () Haftada 2-3 kez () Her gün
8. **Birlikte yaşadığınız kişilerle piknik, gezi, sergi vb. etkinliklere katılma sıklığınız nedir?**
() Hiç () 2-3 ayda bir () Ayda 1 – 2 kez
9. **Birlikte yaşadığınız kişilerle duygu ya da sorunlarınızı paylaşıyor?**
() Hiç paylaşmam () Sorulduğunda paylaşıyorum () Genellikle paylaşıyorum
10. **Kafe/çay bahçesi gibi yerlere gitme sıklığınız nedir?**
() Hiç () 2-3 ayda bir () Ayda birden fazla
11. **Akrabalar dışında kaç yakın arkadaşınız var?**
() Hiç yok () 1– 3 kişi () 4 ve üzeri
12. **Arkadaşlarla birlikte piknik, konser, maç, sinema, vb. etkinlik yapma sıklığınız nedir?**
() Hiç yapmam () 2- 3 ayda bir () Ayda en az 1 kez
13. **Spor amaçlı etkinlik (halı saha maçı, tempolu yürüyüş) yapma sıklığınız nedir?**
() 2-3 ayda bir ya da daha az () Ayda 1- 2 kez () Haftada en az 1 kez
14. **Gazete, dergi okuma (internet ve TV haberleri dahil) sıklığınız nedir?**
() Ayda 1- 2 kez ya da daha az () Haftada 1-2 kez () Hemen her gün
15. **Tek başına (yardım almaksızın) evden dışarı çıkma sıklığınız nedir?**
() Ayda 1- 2 kez ya da daha az () Haftada 1-2 kez () Hemen her gün
16. **Toplu taşıma araçlarını ya da özel aracınızı (yardımsız) kullanma sıklığınız nedir?**
() Ayda 1- 2 kez ya da daha az () Haftada 1-2 kez () Hemen her gün
17. **İhtiyaca göre alışveriş (pazar, market, mağaza vb. yerlerde) yapma durumunuz nedir?**
() Yapamam () Yardımla yaparım () Kendim yaparım
18. **Gelirinize göre harcama ve ödeme (para yönetimi) yapma durumunuz nedir?**
() Yapamam () Yardımla yaparım () Kendim yaparım
19. **Çalışma durumunuz nedir?**
() Çalışmıyorum () Destekli çalışıyorum () Düzenli bir işte çalışıyorum
(Öğrenci ise derslere katılma)
() Katılmıyorum () Arada katılıyorum () Düzenli katılıyorum
(Ev hanımı ise ev işleriyle ilgili sorumlulukları)
() Yerine getiremiyorum () Yardıma ihtiyaç duyuyorum () Kendim yerine getiriyorum

EK-4. BAŞA ÇIKMA TUTUMLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Sayın Katılımcı, Sizden ölçekteki maddeleri dikkatli bir şekilde okuyarak maddelerden görüşlerinize en uygun seçeneği (“Asla Böyle Yapmam” için 1’i, “Çok Az Böyle Yaparım” için 2’yi, “Böyle Yaparım” için 3’ü, “Çoğunlukla Böyle Yaparım” için 4’ü) işaretlemeniz ve tüm maddeleri eksiksiz doldurmanız istenmektedir. İşaretlediğiniz seçeneğin doğruluğu ya da yanlışlığı söz konusu değildir.

1.Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.

1 2 3 4

2.Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.

1 2 3 4

3.Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.

1 2 3 4

4.Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.

1 2 3 4

5.Sorunla basa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.

1 2 3 4

6.Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.

1 2 3 4

7.Allah`a tevekkül eder, O`na dayanırım.

1 2 3 4

8.İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.

1 2 3 4

9.Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.

1 2 3 4

10.Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vaz geçiririm.

1 2 3 4

11.Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.

1 2 3 4

12.Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 2 3 4

13.Kendimi yaşadığım soruna alıştırmaya çalışırım.

1 2 3 4

14.Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.

1 2 3 4

15.Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.

1 2 3 4

16.Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.

1 2 3 4

17.Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.

1 2 3 4

18.Allah`ın yardımını umarım.

1 2 3 4

19.Bir eylem planı yaparım.

1 2 3 4

20.Söz konusu sorunla ilgili şakalar yaparım.

1 2 3 4

21.Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.

1 2 3 4

22.Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.

1 2 3 4

23.Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.

1 2 3 4

24.Sorunla baş etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçirim.

1 2 3 4

25.Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.

1 2 3 4

26.Alkol ya da sakinleştirici alarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.

1 2 3 4

27.Sorun olduğuna inanmayı reddederim.

1 2 3 4

28.Duygularımı dışarı vururum.

1 2 3 4

29.Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.

1 2 3 4

30.Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.

1 2 3 4

31.Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.

1 2 3 4

32.Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.

1 2 3 4

33.Sorunu çözmeye odaklanırım ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.

1 2 3 4

34.Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.

1 2 3 4

35.Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.

1 2 3 4

36.Sorunla ilgili şaka yaparım.

1 2 3 4

37.İstediğimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım.

1 2 3 4

38.İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.

1 2 3 4

39.Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.

1 2 3 4

40.Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.

1 2 3 4

41.Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.

1 2 3 4

42.Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde çaba gösteririm.

1 2 3 4

43.Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.

1 2 3 4

44.Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.

1 2 3 4

45.Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bu durumda ne yaptıklarını sorarım.

1 2 3 4

46.Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.

1 2 3 4

47.Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedeflemek için dobra dobra bir tavır takınırım.

- 1 2 3 4
48.Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.
- 1 2 3 4
49.Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.
- 1 2 3 4
50.Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.
- 1 2 3 4
51.Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.
- 1 2 3 4
52.Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.
- 1 2 3 4
53.Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.
- 1 2 3 4
54.Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.
- 1 2 3 4
55.Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.
- 1 2 3 4
56.Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.
- 1 2 3 4
57.Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.
- 1 2 3 4
58.Yapmam gereken şey neyse, atmam gereken adımı zamanında atarım.
- 1 2 3 4
59.Başıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.
- 1 2 3 4
60.Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.
- 1 2 3 4

EK-5. ETİK KURUL İZİN FORMU

ETİK KURUL İZİN BELGESİ T.C.

NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL KARARLARI

Toplantı Tarihi :01/11/2019
Toplantı Sayısı :11

KARAR-2019/11-02: Üniversitemiz Niğde Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi Doç.Dr. Figen İNCİ ve Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi Merve GÜLCÖĞÜ'nün yürütücülüğünü yaptığı "Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Şizofreni Tanıysılı Takip Edilen Hastaların Bilişsel İçgörü, Toplumsal İşlevsellik ve Başa Çıkma Tutumları Açısından Değerlendirilmesi" isimli Yüksek lisans tezi incelenmiş olup, etik açıdan uygunluğuna, oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Mehmet ŞENER
Başkan

Prof. Dr. Ayhan CEYLAN
(Üye)

Prof. Dr. Ayten ÖZTÜRK
(Üye)

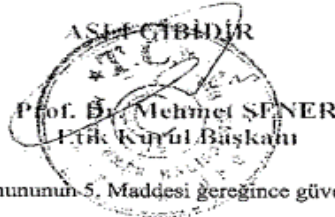
Prof. Dr. Çiğdem ULUBAŞ SERÇİL
(Üye)

Prof. Dr. Esen GÜRBÜZ
(Üye)

Prof. Dr. Zeliha YILDIRIM
(Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Nalan GÖRDELES BEŞER
(Üye)

Mustafa ÇOLAK
(Üye)



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

EK-6. HASTANE ÇALIŞMA İZİN FORMU



T.C.
KAYSERİ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 93079172-703.01
Konu : Merve GÖLCÜOĞLU'nun
Araştırma İznî

NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Fen Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne)

İlgi : 108/11/2019 tarihli ve 93079172-5487 sayılı yazı.

Üniversiteniz Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Merve GÖLCÜOĞLU'nun 'Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Şizofreni Tanısıyla Takip Edilen Hastaların Bilişsel İç Görü, Toplumsal İşlevsellik Başa Çıkma Tutumları Açısından Değerlendirilmesi' konulu tez çalışması uygulanmak istenilen Kayseri Devlet Hastanesi tarafından uygun görülmüştür. Hastanenin ilgili yazısı yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Doç. Dr. Ali Ramazan BENLİ
İl Sağlık Müdürü

Ek: Hastanenin Yazısı

Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü
Telefon: 03522226996 Faks No: 03522211151
e-Posta: selma.durmus@sağlık.gov.tr İnternet Adresi: Selma DURMUŞ

Bilgi İçin Selma DURMUŞ SARIKAYA
HEMŞİRE
Telefon No: (0 352) 222 69 96

Aşık Elektronik İmza
Aşık Be Ayudat
Mustafa SEVİS

EK-7. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı;

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisans tezi olarak “Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Şizofreni Tanısıyla Takip Edilen Hastaların Bilişsel İçgörü, Toplumsal İşlevsellik ve Başa Çıkma Tutumları Açısından Değerlendirilmesi” isimli bir araştırma yapılmaktadır. Bu çalışmada Katılımcı Bilgi Formu, Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ), Toplumsal İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ) ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (BÇTDÖ) kullanılacaktır. Yaklaşık 30 dakika sürecek yüz yüze görüşmeler ile veriler toplanacaktır. Toplanan veriler yalnızca araştırma için kullanılacaktır. Araştırmaya katılmak konusunda gönüllü olmanız esastır.

Çalışmayla ilgili bilgilendirildim ve çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Ad Soyad:

İmza:

Merve GÜLCÜOĞLU