



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**REHABİLİTASYON HİZMETİ ALAN ŞİZOFRENİ
HASTALARINDA İÇGÖRÜ, İÇSELLEŞTİRİLMİŞ
DAMGALANMA, BENLİK SAYGISI VE SOSYAL
İŞLEVSELLİK**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Burçin ÖZKAYA

Antalya, 2025



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**REHABİLİTASYON HİZMETİ ALAN ŞİZOFRENİ
HASTALARINDA İÇGÖRÜ, İÇSELLEŞTİRİLMİŞ
DAMGALANMA, BENLİK SAYGISI VE SOSYAL
İŞLEVSELLİK**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Burçin ÖZKAYA

TEZ DANIŞMANI: Doç. Dr. Ali ERDOĞAN

“Kaynak gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

Antalya, 2025

TEŞEKKÜRLER

Asistanlığımın başından itibaren öğrenim sürecimin pek çok aşamasında bilgi ve tecrübesinden yararlanma fırsatı bulduğum, tez sürecimin her evresinde yönlendirmeleriyle bana rehber olan, kıymetli katkılarını her zaman hissettiğim danışmanım Doç. Dr. Ali Erdoğan'a;

İnsan hikâyelerine verdiği değerle, hasta yaklaşımında duyarlılığın ve bağ kurmanın ne denli önemli olduğunu, gözlem ve deneyim yoluyla bana aktaran, ilham veren, grup terapilerinin uygulayıcısı olarak tez sürecimde desteğini esirgemeyen Doç. Dr. Buket Cinemre'ye;

Uzmanlık eğitimim boyunca farklı akademik alanlarda bilgi ve deneyimleriyle yolumu aydınlatan Dr. Öğr. Üyesi Özmen Metin, Doç. Dr. Burak Kulaksızoğlu, Doç. Dr. Sercan Karabulut ve yakın zamanda emekli olan Prof. Dr. Gülsüm Özge Baysal hocalarıma;

Tıp fakültesi eğitimimin yoğun ve zorlu sürecinde her an yanımda olduklarını hissettiğim, özellikle zorlandığım, umutsuzluğa kapıldığım durumlarda koşulsuz desteği ve sevgisiyle en büyük dayanağım olan sevgili anneme, bu süreci aşmamda varlıklarıyla bana güç veren babama ve biricik kardeşime, hayatımın mutluluk kaynağı can yavrularım Eylül ve Sakız'a;

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım, deneyimlerini benimle paylaşan arkadaşlarıma, ekip olarak çalışmanın kolaylığını yaşatan Klinik, Poliklinik, Gündüz Hastanesi ve AMBAUM çalışanlarına, Gündüz Hastanesine değerli katkıları ve bana olan desteğiyle hemşiremiz Şeyma Kaplan Ekinci'ye;

Ve bu süreçte yanımda olan herkese çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	v
Çizelgeler Dizini	vi
Şekiller Dizini	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Şizofreni	4
2.1.1. Tanımı.....	4
2.1.2. Tarihçesi	4
2.1.3. Epidemiyolojisi.....	6
2.1.4. Etiyolojisi	6
2.1.5. Klinik Belirtiler	8
2.1.6. Tanı Ölçütleri.....	9
2.1.7. Tedavi	11
2.1.8. Gidiş ve Prognoz	17
2.2. Damgalanma	20
2.2.1. İçselleştirilmiş Damgalanma	21
2.2.2. Şizofreni ve İçselleştirilmiş Damgalanma	22
2.3. İçgörü	23
2.3.1. Şizofreni ve İçgörü.....	24
2.4. Benlik Saygısı	26
2.4.1. Şizofreni ve Benlik Saygısı.....	26
2.5. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri Olarak Psikiyatri Gündüz Hastaneleri.....	28
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	30
3.1. Araştırmanın Tipi	30
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	30
3.3. Araştırmanın Zamanı	31
3.4. Evren ve Örneklem	31
3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	33

3.4.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri	33
3.5. Verilerin Toplanması	34
3.6. Veri Toplama Araçları	34
3.6.1. DSM Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-5 Klinisyen Versiyonu (SCID-5-CV)	34
3.6.2. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu	34
3.6.3. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği.....	35
3.6.4. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği	35
3.6.5. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği	36
3.6.6. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	36
3.6.7. Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği	37
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	37
3.8. İstatistiksel Analiz.....	38
4. BULGULAR	39
5. TARTIŞMA	56
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	67
ÖZET.....	69
ABSTRACT	71
KAYNAKLAR	73
EKLER.....	101
Ek-1. Etik Kurul Onayı Belgesi.....	101
Ek-2. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	102
Ek-3. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu.....	106
Ek-4. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği	108
Ek-5. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği	111
Ek-6. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği.....	113
Ek-7. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	116
Ek-8. Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği.....	117

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

APA	American Psychological Association (Amerikan Psikoloji Birliği)
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GABA	Gama-Aminobütirik Asit
İÜBDÖ	İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği
KSPÖ	Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği
NECT	Narrative Enhancement and Cognitive Therapy (Anlatı Geliştirme ve Bilişsel Terapi)
NICE	National Institute of Health and Clinical Excellence (İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü)
PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale (Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği)
RUTBE	Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi
RBSÖ	Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
RHİDÖ	Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği
SCID-5-CV	Structured Clinical Interview for DSM Disorders-5 Clinician Version (DSM Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme 5 Klinisyen Versiyonu)
UCLA	University of California, Los Angeles (Kaliforniya Üniversitesi, Los Angeles)

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge

- 4.1. Sosyodemografik Özellikler
- 4.2. Hastalığa İlişkin Klinik Değişkenler
- 4.3. Rehabilitasyona İlişkin Özellikler
- 4.4. Katılımcıların Ölçek Skorları
- 4.5. Rehabilitasyon Varlığına Göre Sosyodemografik Özellikler
- 4.6. Rehabilitasyon Varlığına Göre Ölçek Skorları
- 4.7. Rehabilitasyon Alan Hastalarda Ölçek Skorları ile Bazı Parametreler Arasındaki Korelasyon Analizi
- 4.8. Rehabilitasyon Alan Hastalarda İş-Uğraş Terapisine Katılım Durumuna Göre Ölçek Skorları
- 4.9. Rehabilitasyon Alan Hastalarda Psikososyal Beceri Eğitim Grubu Katılım Durumuna Göre Ölçek Skorları
- 4.10. Rehabilitasyon Alan Hastalarda Psikososyal Beceri Eğitim Grubu Oturum Sayısına Göre Ölçek Skorları
- 4.11. Rehabilitasyon Katılımına Etki Eden Faktörler
- 4.12. Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği Skoruna Etki Eden Faktörler

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil

- 4.1. Rehabilitasyon Varlığına Göre Bazı Ölçek Skorları
- 4.2. Rehabilitasyon Alan Hastalarda Rehabilitasyon Süresi ile Bazı Ölçek Skorları Arasındaki Korelasyon Eğrileri
- 4.3. Rehabilitasyon Alan Hastalarda Hastalık Süresi ile RHİDÖ Yabancılaşma Boyutu Skoru Arasındaki Korelasyon Eğrileri

1. GİRİŞ

Şizofreni genellikle erken yaşlarda başlayan, bilişsel, sosyal ve mesleki işlevsellik alanlarında önemli ölçüde yeti yitimine neden olan kronik, ilerleyici bir ruhsal hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Kapsamlı Ruh Sağlığı Eylem Planı'na göre ruh sağlığına yönelik hedefler; toplum temelli, duyarlı, bütüncül biyopsikososyal yaklaşım sağlama, ruh sağlığında tanıtım ve önleme stratejilerini uygulama, destek, bakım ve rehabilitasyonun entegrasyonunu gerektirir (1).

Uzun vadeli ruhsal bozukluklardan etkilenen bireylerde; damgalama, ayrımcılık, marjinalleşme ve dışlanma gibi onları topluma tam ve eşit bir şekilde katılmaktan alıkoyan çeşitli durumlar psikososyal engelliliğe yol açabilir (2). Damgalama, başlangıçta bir kişiyi “bütün ve olağan bir kişiden lekeli, değeri düşmüş bir kişiye dönüştüren, derinden itibar zedeleyici bir özellik” olarak tanımlanmıştır (3). Öz damgalama, genellikle içselleştirilmiş damgalanma olarak tanımlanır ve olumsuz stereotiplerin farkında olma, bunlarla aynı fikirde olma ve bunları kendine uygulama sürecidir (4). Şizofreni spektrum bozukluğu olan kişiler üzerinde yürütülen sistematik bir incelemede, katılımcıların yaklaşık %65'inin damgalandığını hissettiği ve %56'sının bunu deneyimlediği bulunmuştur (5). 2015'te yapılan bir çalışmada ise şizofrenide içselleştirilmiş damgalanma, sosyal ilişkilerden duyulan memnuniyetsizlik, yüksek düzeyde stereotipleme, geri çekilme ve yabancılaşıma ile ilişkilendirilmiş, içselleştirilmiş damgalanmanın şizofreni hastalarında sosyal izolasyon için bir risk faktörü olduğu ve bozukluğun seyrini kötüleştirebileceği bulunmuştur (6) .

Şizofreninin belirgin ve kalıcı bir temel özelliği de içgörü eksikliğidir (7,8). İçgörü, bir ruhsal bozukluğun ve sonuçlarının, tedavi ihtiyacının, semptomlarının ve semptomların bozukluğa atfedilmesinin farkında olmak anlamına gelir (9). Daha yüksek düzeydeki içgörü, daha iyi tedavi uyumu, sosyal işlevsellik gibi klinik olarak olumlu değişkenlerle ilişkilendirilmiştir (10–12). İçgörünün iyileştirilmesi, şizofreni tedavisinde önemli bir hedefken, paradoksal olarak bazı çalışmalar daha

yüksek içgörü, umutsuzluk duyguları (13,14), azalmış benlik saygısı ile de ilişkilendirmiştir (13,15).

Şizofreni tanılı hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve sosyal işlevsellik alanlarında iyileşmeye yönelik çeşitli rehabilitasyon müdahalelerinin etkinliği araştırılmıştır. 2023 yılında yapılan şizofreni spektrum bozukluklarında içselleştirilmiş damgalanmaya yönelik psikolojik müdahalelerin incelendiği toplam 27 çalışmayı kapsayan meta-analizde, algı, içgörü, benlik saygısı, sosyal geri çekilme, içselleştirilmiş damgalanma alanlarındaki gelişmeler değerlendirilmiş ve psikolojik müdahalelerin çoğunun grup temelli olduğu, birkaç terapiyi birleştiren müdahalelerin daha faydalı olduğu ve içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini düşürmede başarılı olduğu gözlenmiştir (16). Bu doğrultuda şizofreni gibi ciddi ruhsal bozukluklara sahip ve ayakta tedavi kliniklerinde sağlanamayan kapsamlı, koordineli ve multidisipliner tedaviye ihtiyaç duyan bireyler için yapılandırılmış tıbbi, psikiyatrik ve psikososyal müdahaleleri bir arada sunan psikiyatri gündüz hastaneleri; toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri kapsamında, ayakta ve yatılı tedavi bakımına alternatif olarak karşımıza çıkmaktadır (17). Bir toplum ruh sağlığı merkezinde uğraş terapilerine ek, iletişim becerilerini ve sorun çözme becerilerini geliştirmeyi, şizofreniyi anlamayı, inatçı belirtilerle ve stresle baş etmeyi, özgüveni arttırmayı, sosyal ilişkileri geliştirmeyi hedefleyen ruhsal toplumsal beceri eğitiminin, şizofreni hastalarının işlevselliği üzerindeki etkinliğini araştırın çalışmada; müdahale gruplarında klinik belirtilerin şiddetinde azalma, sosyal işlevsellik düzeylerinde artma olduğu görülmüştür (18).

Literatürde, şizofreni tanılı bireylerde psikiyatri gündüz hastanelerinde uygulanan rehabilitasyon programlarına düzenli katılımın içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı, içgörü ve sosyal işlevsellik üzerindeki etkilerini doğrudan inceleyen çalışmaların sayısı sınırlıdır ve mevcut araştırmaların azlığı, bu çalışmanın önemini artırmaktadır (19–21). Bu çalışmada, psikiyatri gündüz hastanesinde şizofreni tanısı ile takip edilen, ilaç tedavisine ek olarak uygulanan psikososyal rehabilitasyon programına düzenli olarak devam eden hastaların, içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı, sosyal işlevsellik ve içgörü yönünden incelenmesi ve rehabilitasyon programına katılmayan hastalarla karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

1.1. Araştırmanın Hipotezleri

H1. Rehabilitasyon programlarına düzenli devam eden şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri daha azdır, benlik saygısı ve içgörü düzeyleri ise daha yüksektir.

H2. Rehabilitasyon programlarına düzenli devam eden şizofreni hastalarının sosyal işlevselliği daha iyidir.

H3. Sosyal işlevsellik rehabilitasyon süresi ile pozitif yönde ilişkilidir.

H4. İçselleştirilmiş damgalanma düzeyi azaldıkça ve benlik saygısı arttıkça sosyal işlevsellikte artma görülür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

2.1.1. Tanımı

Şizofreni genellikle erken yaşlarda başlayan, düşünüş, duyuş ve davranışlarda bozulmaların görüldüğü, bilişsel, sosyal ve mesleki işlevsellik alanlarında önemli ölçüde yeti yitimine neden olan kronik, ilerleyici bir ruhsal hastalıktır (22). Hastalık sanrı, halüsinasyon, dezorganize düşünce ve davranış gibi pozitif semptomlar (23,24), genellikle yeti yitimine neden olan anhedoni, avolusyon, alogia, affektif küntleşme gibi negatif semptomlar, dikkat, çalışma belleği veya yürütücü işlevler gibi bilişsel işlevlerdeki bozulmalarla karakterizedir (23). Belirtilerin ortaya çıkış şekli, gidişi hastadan hastaya ve süreç içinde değişkenlik gösterse de hastalık her zaman ciddi seyreder (25).

2.1.2. Tarihçesi

Şizofreni klinik tablosu içinde yer alan pek çok belirti ve bulgunun çok eski tarihlerde de tanındığına ilişkin birçok yazılı belge vardır. M.Ö. 1400 yıllarından kalmış Hint Veda yazılı metinlerinde, eski çağlara ait Çince yapıtlarda, Tevrat ve Talmut'ta, eski Yunan mitoloji metinlerinde de şizofrenide görülen davranışlara değinilmiştir (26). Orta Çağ Avrupası'nda, ruhsal hastalıklara sahip bireyler, büyük olasılıkla günümüzde şizofreni tanısı alabilecek bireyler, sıklıkla şeytani güçlerle ilişkilendirilmiş, toplumsal olarak dışlanmış, işkence, idam gibi cezalandırmalara maruz kalmışlardır. (22,26).

Şizofreni hastalık kavramı, melankoli, mani veya genel "delilik" gibi antik çağlardan beri bilinen bozukluklarla karşılaştırıldığında nispeten yeni bir kökene sahiptir (27). 17. yüzyılda Thomas Willis'in anatomik keşifleri ve ruhsal bozuklukların biyolojik temellerine yönelik araştırmaları, 18. yüzyılda Philippe

Pinel'in ruhsal hastalara yönelik insancıl yaklaşımı ve zincirleri kaldırması, modern psikiyatrinin doğuşunda önemli bir dönüm noktası olmuştur (26,28,29).

19. yüzyılın ortalarına gelindiğinde Avrupa'daki psikiyatristler, genellikle gençleri etkileyen ve kronik bozulmaya doğru ilerleyen, nedeni bilinmeyen bozuklukları tanımlamaya başlamışlardır. Fransa'da Morel, 1856'da yayımladığı "Traité des maladies mentales" adlı kitabında bu tür vakalara "démence précoce" adını verirken (30), İskoçya'da Clouston "ergenlik deliliği (adolescent insanity)" terimini ortaya atmış (31), aynı yüzyılda ruh sağlığı araştırmalarında modern klinik uygulamaların öncüsü olan Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) "katatonik sendromu" betimlemiş (32), Hecker hebefreniyi (33) tanımlamıştır. Emil Kraepelin (1856-1926), bu farklı klinik tabloları, ciddi bilişsel ve davranışsal gerilemeyle sonuçlanan ortak bir hastalık seyrine sahip tek bir nozoloji altında birleştirmeyi önermiş ve bu hastalığa "dementia praecox" adını vermiştir (27). Kraepelin kapsamlı bir "şizofreni" tanımlaması yapan ilk ruh hekimidir. Bu terimle hastalığın başlangıç ve sonlanışını imlemiş ve hastalığın sınırlarını manik-depresif psikozdan ayırmıştır. Çalışmalarını sürekli gözden geçiren Kraepelin, daha sonra da dementia praecox adını verdiği tabloyu hebefrenik tip, katatonik tip ve paranoid tip olmak üzere üç sınıfa ayırarak sınıflandırmasının esaslarını tamamlamıştır (26).

1911'de İsviçreli psikiyatrist Eugene Bleuler, şizofreni hastalarının dağınık düşüncelerini tanımlamak için Yunanca "şizo" (bölünmüş) ve "fren" (zihin) köklerini seçerek, "şizofreni" terimini ilk kez kullanmıştır (34). Bleuler şizofreninin temel belirtilerini 4 ana başlık altında toplamış, bu belirtileri "Assosiyasyon Bozukluğu, Autizm (otizm), Ambivalans ve Affektif Bozukluk" şeklinde tanımlamıştır (22,35). 20. yüzyılın ortalarında Alman ruh hekimi Kurt Schneider (1887-1967) şizofreninin betimlenmesinde fenomenolojik kavramların kullanmasını önererek, şizofreni için tanısal olan "birincil" ve "ikincil" belirtilerden söz etmiştir, düşünce bozukluğunun özelliklerini tanımlamıştır (36).

2.1.3. Epidemiyolojisi

DSÖ'nün 2022'de resmi web sayfasında yayınladığı bilgiye göre şizofreni, dünya genelinde yaklaşık 24 milyon bireyi etkilemektedir. Bozukluk uzun süreli ve kalıcı hasara neden olan ilk on hastalıktan biri olup, 15 ile 35 yaş aralığındaki prevalansı %0,7' dir (2). Türkiye'de yapılan sistematik bir gözden geçirmede ise, şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı %0,8 bulunmuştur (37). Türkiye'de yapılan bir hastalık yükü çalışmasında, ölümcül olmayan hastalık yükünün (sakatlık) önde gelen nedenleri arasında şizofreni dokuzuncu sırada yer almaktadır (38).

Şizofreni, cinsiyet açısından incelendiğinde kadın ve erkeklerde yaygınlığın eşit olduğu ancak başlangıç yaşının erkeklerde 15-25, kadınlarda ise 25-35 yaş aralığında olduğu bildirilmiştir (39,40). Şizofreni tanısı almış bireyler arasında bekâr olma durumunun en sık rastlanan medeni durum olduğu, boşanmış ya da ayrı yaşayan birey oranının da genel popülasyona kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır (41).

2.1.4. Etiyolojisi

Şizofreni etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, nörobiyolojik, genetik, psikososyal ve çevresel etmenlerin etkileşimi ile multifaktöriyel bir hastalıktır (42). Erken çocukluk dönemindeki genetik ve çevresel faktörler hastaların beyin gelişimini olumsuz etkileyerek şizofreni için yatkınlık oluşturmakta ve ileri yaşlarda yaşanan stresli yaşam olayları sonrası hastalık belirtileri ortaya çıkmaktadır (43).

a) Genetik Faktörler

Ailesinde şizofreni olan bireylerde olmayan bireylere göre şizofreni geliştirme riski daha yüksektir. Eğer ebeveynlerden birinde şizofreni tanısı mevcut ise hastalanma risk %13-14'dür. Ebeveynlerden her ikisi de şizofreni ise bu oran %50'ye kadar yükselir (44). Genom çapında ilişkilendirme çalışmaları, hastalık riskine katkıda bulunan belirli DNA varyantlarını ve genetik alellerin hastalık üzerindeki etkilerini ortaya koymuştur. Bu genetik varyantlar, sinaptik plastisite, nörotransmitter regülasyonu ve bağışıklık yanıtı gibi çeşitli biyolojik süreçlerle

ilişkilidir. Ancak, şizofreninin etiyolojisine doğrudan bağlı spesifik bir gen veya protein değişikliği henüz tam olarak tanımlanamamıştır (45).

b) Nörogelişimsel Kuramlar

Sinaptik plastisite ve nörogelişim süreçlerinden sorumlu olan bazı genlerin, şizofreni patofizyolojisine katkıda bulunduğu düşünülmektedir (45). Erken yaşlarda yaşanan nöron oluşumu, sinyalizasyon ve nöral devre bozukluklarının nörogelişimin ilerleyen evrelerine de etki ederek şizofreni belirtilerinden sorumlu olduğu görüşü kabul görmektedir (46).

c) Nörodejenerasyon Kuramı

Nörogelişimsel kuram yanında son çalışmalar hastalık sürecinin ilerleyen aşamalarında nörodejeneratif mekanizmaların da rol oynayabileceği düşünülmektedir. Kognitif işlevlerde bozulmalar, prefrontal korteks, hipokampus ve talamus bölgelerinde gri madde kaybı ve sinaptik dejenerasyon süreçleri, miyelin kaybı ile ilişkili beyaz madde anomalileri, epigenetik değişiklikler ve DNA metilasyon anomalileri gibi normal yaş ile uyumsuz beyin yaşlanma bulguları şizofreninin nörodejeneratif bir yönü olduğu görüşünü güçlendirmektedir (47).

d) Nörotransmitter Sistemler

Şizofreninin nörobiyolojisinde kimyasal olarak dopaminerjik, glutamaterjik, GABAerjik ve serotonerjik sistemlerdeki düzensizliklerin önemli rol oynadığı gösterilmiştir. Özellikle dopaminerjik hipotezde mezolimbik dopamin hiperaktivitesinin pozitif semptomlarla, mezokortikal dopamin hipofonksiyonunun negatif semptomlar ve bilişsel bozukluklarla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Dopamin salınımını düzenleyici etkisi nedeniyle serotoninin 5-HT1A ve 5-HT2A reseptörleri, glutamat, GABA salınımindaki anormallikler ve dopaminle arasındaki ilişkide bozulmalar, asetilkolinin muskarinik reseptörlerinde olan değişiklikler hastalığın patofizyolojisinde öne çıkmaktadır (48).

e) İnflamasyon ve İmmün Sistemler

Prenatal enfeksiyonlar, çocukluk çağı travmaları, mikrobiyota ve otoimmüniteye genetik yatkınlık sinerjistik etki ile inflamasyon, bozulmuş

hipotalamus-hipofiz-adrenal eksenini ve bozulmuş kan beyin bariyerinin şizofreni patogeneğinde rol oynadığı düşünülmektedir. Periferde inflamatuvar yanıtın artması ile birlikte nöroinflamasyon, mikroglyal aktivasyonun artması, sinaptik budama mekanizmaları ile ilişkilendirilmiştir (49).

f) Çevresel Faktörler

Şizofrenide çevresel faktörler, genetik yatkınlıkla etkileşime girerek hastalığın ortaya çıkmasını kolaylaştırabilir. Çocukluk çağı travmaları, madde kullanımı, göçler sonucu etnik azınlık statüsü, doğum mevsimi, kentleşme ve gebelik/perinatal komplikasyonlar, şizofreni spektrum bozukluklarının klinik seyrini değiştiren çevresel faktörler arasında gösterilmektedir. Göçler, sosyal dışlanma, ayrımcılık ile beraber, kentsel bölgelerde sosyal izolasyon, kronik stres, çevresel toksinlere maruz kalma ile beraber ve düşük sosyoekonomik durum şizofreni riskini artıran psikososyal stres faktörleri olarak gösterilmektedir (42). İleri baba yaşı, gebeliğin ilk trimesterinde viral enfeksiyona maruz kalınması da şizofreni gelişme riskinin artmasıyla ilişkilendirilmektedir (50).

2.1.5. Klinik Belirtiler

Şizofreni, bireyin algı, düşünce, duygu, motor işlev ve yargılama süreçlerini etkileyen ciddi bir ruhsal bozukluktur. Klinik görünüm oldukça değişkendir; hastalar bazen ajite, dağınık, dezorganize olabilirken, bazen tamamen sessiz ve hareketsiz kalabilir. Özbakımda ihmal yaygındır. Konuşma içeriğinde azalma, mutizm, dezorganizasyon gibi bozukluklar sık görülür (25).

Düşünce sürecinde bozulmalar sıktır. Düşünce akışı hızlanabilir veya yavaşlayabilir, bloklar gelişebilir, içerik açısından fakirleşebilir. Ayrıca çağrışımlarda gevşeklik, dağınıklar, konu dışına sapma, raydan çıkma, enkoherans ve dolaylı anlatım gibi biçimsel bozukluklar izlenir. Yankılama (verbijerasyon), başkasının kelime ya da cümlelerinin otomatik tekrarlanması (ekolali), kendi kelime gruplarının otomatik tekrarlanması (perseverasyon), yeni kelime uydurma (neolojizm) gibi düşünce yapısı bozuklukları da görülebilir (22,25).

Sanrılar, düşünce içeriği bozukluklarının temelini oluşturur. Genellikle düzensiz ve tuhaf niteliktedir. En sık görüleni paranoid, perseküsyon sanrılarıdır. Bunun dışında grandiyoz, referans, erotomanik, nihilistik, somatik sanrılar da yaygındır. Mistik ve metafizik içerikli düşünceler ile hipokondriyak uğraşlar ve obsesif düşünceler de eşlik edebilir (22).

Algı bozuklukları hastalığın önemli bir parçasıdır. En yaygın olanı, bireyin olumsuz, yönlendirici veya üçüncü şahıs gibi konuşan sesler duyduğu işitsel varsanırlardır. Yanılsamalar, depersonalizasyon ve derealizasyon da ortaya çıkabilir. Duygulanımda duyguduruma uyumsuzluk, sıklık, küntlük, uygunsuz gülme ya da ağlama gözlenebilir (22,25)

Bilişsel işlevlerde hastalığın başından itibaren bozulmalar izlenir; özellikle dikkat, bellek, işlem hızı, yürütücü işlevler, sözel akıcılık ve öğrenme yetilerinde kayıplar mevcuttur. Bilinç düzeyi ve oryantasyon genellikle korunur. Bilişsel kayıplar, bazen zekâ geriliği izlenimi verse de bunun ilgi eksikliğinden mi yoksa gerçek yeti kaybından mı kaynaklandığını belirlemek güç olabilir (22,25).

Hareket bozuklukları değişkenlik gösterse de, tekrarlayıcı davranışlar (stereotipi), garip motor hareketler (manyerizm), ajitasyon/eksitasyon, dezorganizasyon, ekopraksi, istemsiz boyun eğme, katatoni, negativizm görülebilir(22,25).

Klinik belirtiler üç ana başlık altında toplanır: Pozitif belirtiler (sanrılar, varsanırlar, düşünce ve davranış bozuklukları), negatif belirtiler (duygusal tepkisizlik, konuşma fakirliği, avolusyon, anhedoni, sosyal içe çekilme vb.) ve bilişsel belirtiler. Negatif belirtiler, şizofreninin temel belirtilerinden olabileceği gibi, pozitif belirtilere, ilaç etkilerine, depresyona sekonder olarak da ortaya çıkabilir. Bu ikisinin ayrımını yapmak, tedavi yaklaşım planı ve prognoz açısından önemlidir (22,25,51,52).

2.1.6. Tanı Ölçütleri

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (American Psychiatric Association, APA) yayınladığı Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM,

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), yıllar içinde şizofreni tanı kriterlerinde önemli revizyonlar yapmıştır.

DSM-I’de (1952) şizofrenik reaksiyon olarak tanımlanmış ve psikodinamik ve reaksiyonel bir çerçevede ele alınmıştır (53). DSM-II’de (1968) ise bozukluk, "şizofreni" olarak adlandırılmış ve klinik gözlemlere dayalı olarak “basit, hebefrenik, katatonik, paranoid, rezidüel” olmak üzere beş alt tipe ayrılmıştır (54).

DSM-III (1980) ile birlikte biyomedikal modelin benimsenmesi ve tanı kriterlerinin ölçülebilir hale getirilmesi sağlanmıştır. Şizofreni için daha net tanı kriterleri belirlenerek, belirtilerin en az 6 ay sürmesi gerektiği belirtilmiştir (55). DSM-III-R’de (1987), şizofreninin tanı kriterleri daha ayrıntılı hale getirilmiş, negatif semptomlar (duygusal küntlük, konuşma fakirliği gibi) vurgulanmış ve tanı güvenilirliği artırılmıştır (56).

DSM-IV’te (1994) şizofreni, pozitif, negatif ve bilişsel belirtiler üzerinden ele alınmış, DSM-III’teki alt türler korunmuş, tanı için belirtilerin en az 1 ay boyunca sürmesi, toplumsal ve mesleki işlevselliği bozması, bunun 6 aydan daha uzun süreli olması gerektiği belirtilmiştir (57).

DSM V’te (2013) şizofreni alt tipleri kaldırılmış, boyutsal yaklaşım benimsenmiş, tanı için en az bir pozitif belirti (hezeyan, sanrı veya dezorganize konuşma) bulunması gerektiği belirtilmiştir (58).

Günümüzde kullanılan DSM-V’e göre şizofreni tanı ölçütleri;

A. Aşağıdaki belirtilerden iki tanesi (ya da daha fazlası), 1 aylık zaman diliminin önemli bir kısmı boyunca (ya da başarılı tedavi edilmişse daha kısa süre) mevcut olmalıdır. Bunlardan en az biri (1), (2) ya da (3) olmalıdır. 1) Sanrılar, 2) Varsanılar, 3) Dezorganize konuşma, 4) İleri derecede dezorganize davranış ya da katatonik davranış, 5) Negatif belirtiler (Örn. duygusal katılımda azalma ya da avolisyon)

B. İş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok temel alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluk başlamadan önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır.

C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az 6 ay sürer. Bu 6 aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri kapsamalıdır ve prodromal veya rezidüel belirti evrelerini kapsayabilir.

D. Şizoaffektif bozukluk ya da psikotik özellikli depresif bozukluk ya da bipolar bozukluk tanıları dışlanır.

E. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde ya da bir ilaç) ya da başka bir tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

F. Otizm spektrumu bozukluğu ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni ek tanısı için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrı ve varsanılar da en az bir aylık (tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle olması gerekir (58).

2.1.7. Tedavi

Tedavide belirtilerin giderilmesinin yanında, yeti yitiminin azaltılması, psikososyal uyumun artırılması, bilişsel işlevler ve negatif belirtilerde iyileşmelerin sağlanması hedeflenmektedir (59). Farmakolojik müdahaleler şizofreni için birinci basamak tedavidir ancak güncel tedavi yaklaşımları farmakoterapinin yanı sıra psikoeğitim, sosyal beceri eğitimi, bilişsel rehabilitasyon, destekleyici psikoterapiler, grup temelli terapiler, sanat terapisi, müzik terapisi gibi non-farmakolojik yaklaşımlar hastaların sosyal işlevselliğini artırmada etkilidir (60,61). Sosyal işlevselliği artırmaya yönelik müdahaleler, hastaların bağımsız yaşama becerilerini geliştirerek ve yaşam kalitesini arttırarak uzun vadede prognozu olumlu yönde etkilemektedir (61). DSÖ'nün Kapsamlı Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda da toplum temelli, duyarlı, bütüncül biyopsikososyal yaklaşım, destek, bakım ve rehabilitasyonun entegrasyonunun önemi vurgulanmaktadır (62).

a) Psikoeğitim ve Psikoterapiler

Psikoeğitim, hastalık ve tedavi süreci hakkında hasta ve ailelerine bilgi sunmayı amaçlayan, terapötik iş birliğini destekleyen bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım

ile olası bir nüksün uyarı işaretlerini tanımak ve yeni bir atağı önlemek için stratejiler geliştirilir. Psikoeğitim oturumları bireysel yapılabildiği gibi grup temelli olarak da uygulanabilir (63). Tutum, biliş ve davranış değişikliklerini içeren bu süreç hastalığın daha iyi anlaşılması yoluyla, içgörü, tedavi uyumu, işlevsellik ve yaşam kalitesini artırırken, nüks ve yeniden yatış oranlarını azaltmaktadır. Aile psikoeğitimi, bakım verenlerin hastalığa ilişkin bilgi düzeyini artırarak damgalama, stres ve bakım yükü algısını azaltmakta; hastaların farkındalığını destekleyen sosyal bir ortamın oluşmasına katkı sağlamaktadır (64,65).

Psikoterapötik müdahaleler hastaların semptom yönetimi, işlevsellik ve yaşam kalitesini artırmada önemli bir rol oynamaktadır. Bilişsel davranışçı terapi, destekleyici terapi, bireysel psikoterapiler, grup psikoterapileri, farkındalık temelli terapiler, meta-bilişsel eğitim ve bilişsel iyileştirme terapisi, kabul ve kararlılık terapisi gibi "üçüncü dalga" bilişsel davranışçı terapiler, psikodinamik terapi, sanat terapisi, müzik terapisi, aile terapisi gibi yöntemler bu alanda sıkça kullanılmaktadır (60).

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), şizofreni hastalarında pozitif ve negatif semptomların azaltılması, içgörü geliştirilmesi, düşünce çarpıtmalarının tanınması, başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesi ve işlevsel davranış kalıplarının oluşturulmasını hedefler. Terapi sürecinde düşünce çarpıtmalarını belirleme ve yeniden yapılandırma, alternatif açıklamalar geliştirme gibi teknikler kullanılabilir. Pozitif ve negatif semptomların yanında anksiyete ve depresyon gibi eşlik eden duygudurum semptomlarının azaltılması, genel ve sosyal işlevselliğin artırılması, nüks ve yatış oranlarının azaltılmasında etkili bir psikoterapi yöntemi olarak kullanılmaktadır (63,66,67). İngiltere Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (NICE, National Institute for Health & Clinical Excellence) ve APA kılavuzları özellikle dirençli semptomları olan, rahatsız edici sanrıları devam eden hastalarda BDT'nin ilaç tedavisine eklenmesini önermektedir (68,69).

b) Psikososyal Müdahaleler

Psikososyal müdahaleler, şizofreni hastalarının semptomlarını yönetmelerine, toplumsal hayata uyum sağlamalarına, topluma etkin bir şekilde

kazandırılmalarına yardımcı olmayı hedeflemektedir (70). Son yıllarda sosyal becerileri ve bilişsel işlevleri geliştirmek için bir dizi psikososyal rehabilitasyon programı geliştirilmiştir, bu programlarla hastaların sosyal iletişim becerileri artırılarak izolasyonun önlenmesi ve tedavi uyumunun artması amaçlanmıştır(71,72).

Sosyal Beceri Eğitimi

Sosyal beceri eğitimi, şizofreni hastalarının kişilerarası iletişim becerilerini geliştirmeyi, uygun sosyal davranışlar sergilemeyi amaçlayan sosyal işlevi iyileştirmeye yönelik bir psikososyal müdahale yöntemidir. Şizofreni ve diğer ciddi ruhsal bozukluklarda bireyin işlevselliğini artırmak amacıyla University of California, Los Angeles (UCLA) bünyesinde geliştirilen UCLA Psikososyal Beceri Eğitimi Modeli, davranışçı kuramlar temel alınarak yapılandırılmış, modüler bir rehabilitasyon programıdır. Bu model, ilk olarak Robert Paul Liberman tarafından geliştirilmiş ve özellikle toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Modelin temel amacı, bireylerin gündelik yaşam, iletişim, ilaç yönetimi, stresle başa çıkma ve toplumsal rollerini sürdürme gibi alanlarda işlevsellik kazanmalarını sağlamaktır. Beceriler, sosyal öğrenme teorisinin sistematik uygulamasına dayalı olarak öğretilir ve bu yaklaşımın karmaşık becerilerin bileşenlerine ayrılması, rol yapma yoluyla modellenmesi, becerinin uygulanması ve olumlu geri bildirim verilmesi, ev ödevleri, gerçek yaşam ortamlarında (in vivo) saha çalışmaları düzenlenmesi şeklinde adımları mevcuttur (71,73). Çalışmalarda, kapsamlı sosyal beceri eğitim programlarının özellikle negatif belirtilerin baskın olduğu ve içe kapanma eğilimi gösteren hastalarda sosyal işlevsellik ölçütlerinde belirgin iyileşmeler sağladığı; buna karşın genel işlevsellik ve nüks oranları üzerinde daha sınırlı etki gösterdiği saptanmıştır (63,74–76). Temel sosyal beceri eğitimi, ilaç yönetimi, belirtilerle başa çıkma, temel iletişim becerileri, toplumsal yeniden katılım, madde kullanımını önleme, boş zamanları değerlendirme, işyeri becerileri, arkadaşlık ve yakınlık kurma, ailelerin sürece dahil edilmesi şeklinde Toplumsal ve Bağımsız Yaşama Becerileri modülleri olarak genişletilmiştir (77–79). NICE kılavuzu, toplumsal beceri eğitimlerinin tek başına yeterince etkili olmadığını belirtmekte ve bu yöntemin rutin olarak uygulanmasını

önermemekte ancak diğer rehabilitasyon yaklaşımlarıyla bütünleşik biçimde kullanıldığında uygulanabilir bir müdahale olarak değerlendirmektedir. (80).

Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi (RUTBE), Liberman'ın geliştirdiği sosyal beceri eğitimi modüllerindeki bilişsel ve davranışçı teknikler temel alınarak ülkemize uyarlanmış; şizofreni başta olmak üzere ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerde, farmakolojik tedaviye ek olarak uygulanan yapılandırılmış, etkileşimli, sistematik bir programdır (81–84). Bireysel ya da grup formatında uygulanabilen bu yaklaşım, bilişsel davranışçı terapi ilkelerine dayanır ve hastaların hastalıkla ilgili içgörüsünü, psikososyal işlevselliğini, ilaç tedavisine uyumunu ve yaşam kalitesini artırmayı hedefler. Program kapsamında hastalara iletişim ve problem çözme becerileri, dikkat ve bellek sorunlarıyla başa çıkma, hastalık ve tedavi sürecine ilişkin bilgi edinme, erken uyarı belirtilerini tanıma, stresle başa çıkma, bağımlılıklardan kaçınma, sosyal ilişkiler kurma ve toplumsal yaşama katılım gibi 16 beceri alanında eğitim verilmektedir. Süreçte bilgilendirme, deneyim paylaşımı, rol oynama, problem çözme, alıştırma ve ev ödevleri gibi bilişsel-davranışçı teknikler kullanılarak öğrenilen becerilerin günlük yaşama genellenmesi amaçlanmaktadır (84,85). Şizofreni tanılı bireylerle yapılan RUTBE uygulamalarına ilişkin araştırmalar, bu programın klinik belirtilerde azalma, depresif semptomlarda gerileme, yaşam kalitesinde ve toplumsal işlevsellikte anlamlı artış sağladığını ortaya koymuştur (85–88).

Olgu Yönetimi

Şizofreni hastalığı olan bireylerde inatçı belirtiler, düşük işlevsellik, sık hastane yatışları ve aile yükü, tedavi yaklaşımlarının çeşitlendirilmesini gerektirmektedir (89,90). Toplum temelli hizmet modelleri, hastaların hastane yatışlarını azaltmayı, yatış sürelerini kısaltmayı ve toplumsal işlevselliklerini artırmayı amaçlamaktadır. Bu hizmetlerin sürdürülebilir olması ve hastaların yakından izlenmesi için olgu yönetimi modeli geliştirilmiştir. Olgu yönetimi, hasta ile temas sıklığı, erişilebilirlik, hasta-personel oranı, hizmet çeşitliliği, olgu yöneticisinin yetkinliği gibi faktörlere göre sınıflandırılmaktadır (79,91). Olgu yönetimi; standart, iyileştirim yönelimli ve yoğun olgu yönetimi şeklinde üç ana model etrafında toplanmıştır. İyileştirim yönelimli ve yoğun olgu yönetiminde,

hastaların sürekli erişebileceği, hasta yakınlarıyla temas halinde olan sağlık profesyonelleriyle gerçekleştirilen karma modellerin başarıyı artırdığı gözlemlenmiştir (90,92). Olgu yönetiminin, hastanın toplumsal çevresiyle sürekli iletişimde olan bir ekip tarafından yönetildiğinde daha etkili olduğu belirtilmiştir (93).

Şizofreni hastalarının karşılaştığı karşılanmamış sağlık ihtiyaçları (komorbid durumlar, madde bağımlılığı, fiziksel sağlık sorunları gibi) ve psikososyal ihtiyaçların (sosyal destek eksiklikleri, iş ve eğitimdeki zorluklar, yalnızlık) etkili bir şekilde karşılanmasında olgu yönetimi yapılandırılmış bir model olarak karşımıza çıkmaktadır (94). Standart tedaviye kıyasla, olgu yönetimi gibi toplum temelli psikososyal yaklaşımlarla izlenen şizofreni hastalarında, sosyal biliş ve işlevsellik düzeylerinde olumlu değişiklikler gözlemlenmiştir (95).

İş-Uğraş Terapisi

Psikiyatri kliniklerinde hastanın günlük yaşamdaki bağımsızlık düzeyini artırmayı hedefleyen diğer bir psikososyal müdahale iş-uğraş terapisi, rehabilitasyon ve fonksiyonel iyileşme alanında yer alan bir yaklaşımdır (96). İş-uğraş terapisi bilişsel iyileştirme programları gibi yöntemlerle hastaların; planlama, organizasyon ve zaman yönetimi gibi bilişsel becerilerini geliştirmeyi, kişisel bakım, temizlik, yemek pişirme ve para yönetimi gibi günlük yaşam becerilerini kazandırmayı, grup etkinlikleri ve iş birliğine dayalı projeler aracılığıyla sosyal etkileşim becerilerini artırmayı hedefler. Bu tür uğraş terapilerinin sosyal işlevsellik ve bilişsel işlevler alanında özellikle yürütücü işlevlerde anlamlı iyileşmeler sağladığı, ayrıca hastaların yaşam kalitesini yükselttiği gösterilmiştir (97,98). Şizofreni tanılı bireylerin çoğunlukla pasif boş zaman aktivitelerine yöneldikleri ve üretken etkinliklere katılımlarının sınırlı kaldığı bildirilmektedir. Sanat ve el işi terapileri (boyama, boncuk, dikiş, resim, kil çalışmaları gibi), grup temelli sosyal etkinlikler, fiziksel aktiviteler ve iş-uğraş terapisi gibi yapılandırılmış müdahalelere aktif katılımın; boş zamanın sürdürülebilir ve anlamlı şekilde değerlendirilmesine, semptomların azaltılmasına ve sosyal katılımın artırılmasına katkı sağladığı belirtilmiştir (98,99).

Sanat Terapisi

İngiliz Sanat Terapistleri Derneği, sanat terapisini, ifade edilmeyen düşünce ve duyguları ifade etme süreci olarak tanımlamaktadır. Sanat terapisi, hastaların sanatsal yetenekler edinmelerine yardımcı olur, güvenlerini, benlik saygılarını, başa çıkma mekanizmalarını, ruh hali düzenlemelerini ve sosyal entegrasyonlarını geliştirir (100). Bir klinik gözlemde, sanatla uğraşmanın hastaların “benlik algısını” güçlendirdiği, hastalık kimliğinden uzaklaşarak üretken bir kimlik geliştirmelerine katkı sağladığı belirtilmektedir (101). Toplumsal kendini ifade etme aracı olarak sanat terapisi hastaların, hastalık farkındalığını, içgörüyü, iletişim ve sosyalleşmeye yönelik becerilerini arttırmayı hedefler (100,102–105). Görsel sanat terapisi üzerine yapılan bir meta-analiz; resim, el iş, hat gibi görsel sanatların şizofreni hastalarında pozitif ve negatif semptomları azaltabildiğini, ayrıca anksiyete ve depresyon düzeylerini düşürdüğünü göstermektedir (100).

Müzik Terapisi

Müzik terapisi, ritim ve melodinin terapötik amaçlı kullanımını içeren, insanların başkalarıyla iletişim kurmaları ve kendilerini dil dışında ifade etmeleri için bir araç olarak kabul edilir. Şizofreni hastalarında yardımcı müzik terapinin etkinliğini değerlendiren, 18 randomize kontrollü çalışmayı kapsayan bir meta-analizde, müzik terapisinin toplam semptom şiddetini anlamlı düzeyde azalttığı; bu etkinin özellikle negatif semptomlar üzerinde belirgin olduğu ve eşlik eden depresif belirtilerde gerileme sağladığı gösterilmiştir (106). Müzik terapisinin şizofreni hastalarında bilişsel alanlarda uyarıcı etkisinin olabileceği, dikkat, işlem hızı ve çalışma belleğinde iyileşmeler sağladığı ve bunun nöron rejenerasyonu ve nöroplastisite ile ilişkili olabileceği öne sürülmektedir (107). Müzik terapinin bilişsel işlevlerde iyileşmenin yanında sosyal işlevsellik yönünden de olumlu etkilerinin olduğu gösterilmiştir (108,109).

Fiziksel Egzersiz

Fiziksel egzersiz (aerobik egzersiz, direnç antrenmanı, yoga vb.) şizofreni hastalarının hem bedensel sağlığı hem de ruhsal belirtileri üzerinde önemli etkileriyle karşımıza çıkmaktadır. Çalışmalarda düzenli aerobik egzersizin şizofrenide pozitif ve negatif semptom şiddetini azalttığı ve depresyon, anksiyete

gibi duygudurum semptomlarında ve bilişsel işlevlerde iyileşmeler sağladığı gösterilmiştir (110,111). Aerobik egzersiz ve bilişsel işlevler üzerine yapılan bir meta-analiz, egzersizin özellikle dikkat, çalışma belleği ve sosyal biliş gibi bilişsel işlevsellik alanlarında olumlu etkiler sağladığını, genel işlevselliği ve yaşam kalitesini artırdığını ortaya koymuştur (112). Egzersizin bilişsel işlevler üzerindeki olumlu etkisinin, hipokampal hacim ve nöroplastisite artışı, beyin kaynaklı nörotrofik faktör gibi büyüme faktörlerinin düzeylerindeki artış ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür (113–117). Şizofrenide sık görülen fiziksel hareketsizlik ve antipsikotiklere bağlı kilo alımı ise, metabolik sendrom, diyabet ve kardiyovasküler hastalık riskini artırmakta ve yaşam süresini azaltmaktadır (118,119). Egzersiz, bu riskleri azaltırken, aynı zamanda nörobilişsel iyileşmeye katkı sunarak şizofreni hastaları için çok yönlü bir müdahale haline gelmektedir.

Tüm bu psikososyal rehabilitasyon yöntemleri, şizofreni hastalarının stresle başa çıkma becerilerini geliştirirken, toplumsal uyumunu ve bağımsız yaşam sürdürmelerini, fonksiyonel iyileşmeyi destekler.

2.1.8. Gidiş ve Prognoz

Şizofreni, başlangıcı akut ya da sinsi olabilen, atak ve remisyon dönemleriyle ilerleyen, kronik özellikte, heterojen seyre sahip bir psikiyatrik bozukluktur. Hastalık öncesi dönem, ultra yüksek riskli olarak tanımlanan bazı gruplarda anksiyete, depresif belirtiler, motivasyon kaybı, uykusuzluk, sosyal izolasyon, dikkat sorunları ve işlev kaybı ön plandayken, bazı bireylerde hastalık aniden psikotik belirtilerle başlayabilir (120,121).

Yapılan araştırmalar, pozitif ve negatif belirtilerin zaman içerisindeki seyrinin farklılaştığını göstermiştir. Pozitif belirtiler genellikle dalgalı bir seyir gösterirken, negatif belirtiler özellikle hastalığın ilerleyen yıllarında daha stabil bir özellik taşır. Bilişsel bozukluklar ise hastalığın hem kısa hem uzun döneminde göreceli olarak sabit kalsa da yaş ile beraber nörodejeneratif süreçlerin de eklenmesiyle kötüleşebilir. Hastalığın başlangıç yaşı bilişsel yıkımın şiddetini etkileyen önemli bir değişkendir (22,25,27).

Şizofrenide prognoz epizodik, remisyon ve relaplarla seyretme eğilimindedir. Hastalığın ani başlangıcı, geç yaşta başlangıç, kadın cinsiyet, evli olma, kırsal kesimde yaşama, premorbid iyi sosyal uyum ve yüksek zeka, sanrı ve varsanılar baskın olması, katatonik/paranoid alt tip, erken ve düzenli tedavi, aile desteği, iyi aile ilişkileri iyi prognoz göstergeleri iken, sinsiz ve erken yaşta başlangıç, soygeçmiş özelliği olması, bekar olma, kentte yaşama, negatif belirtilerin baskın olması, kötü aile ilişkileri, yüksek duygu dışavurumu, sık ve uzun yatışlar, tedavi uyumsuzluğu, komorbid psikiyatrik bozuklukların eşlik etmesi kötü prognoz göstergeleridir (22,122).

Erken dönem psikiyatri yaklaşımları, şizofreninin ilerleyici ve geri dönüşsüz bir bozukluk olduğu fikrini benimsemiş ancak güncel veriler bu görüşü büyük ölçüde geçersiz kılmıştır. Araştırmaların çoğu şizofreni hastalarının yaklaşık yarısının uzun dönemde remisyon veya belirgin iyileşme gösterdiğini bildirmektedir. Ancak tam iyileşme kriterlerini karşılayanların oranı %13,5 ile %50 arasında değişmektedir. Bu değişkenlik, iyileşme tanımında fikir birliği eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Bu doğrultuda klinik, fonksiyonel ve bireysel iyileşme kavramları karşımıza çıkmaktadır (121,123,124).

a) Klinik iyileşme

Klinik iyileşme şizofrenide pozitif, negatif ve dezorganize belirtilerin en az 6 ay süre belirgin düzeyde azalması ya da tamamen ortadan kalkması ile tanımlanır. “Remission in Schizophrenia Working Group” tarafından belirlenen remisyon tanımına göre; ana psikotik belirtiler (sanrılar, varsanılar, dezorganize düşünce ve davranış vb.) en az 6 ay boyunca hafif düzeyde seyretmeli, bu belirtiler bireyin davranışlarını veya günlük yaşamını etkilemeyecek düzeyde olmalı, remisyon objektif ölçütlere dayalı olmalıdır (121,125,126). Klinik iyileşmeden söz edebilmek için hastanın, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) sanrılar (P1), kavramsal dezorganizasyon (P2), varsanılar (P3), duygulanımda küntleşme (N1), pasif sosyal çekilme (N5), spontanlık kaybı (N6), manyerizm (G5) ve olağandışı düşünce içeriği (G9) alt ölçeklerinden 3 veya altında puan alması; Kısa Psikiyatrik Derecelendirme Ölçeğinin her maddesinden 3 veya altında puan alması ve Klinik

Genel İzlenim - Şiddet Ölçeğinden ise 2 veya daha az puan alması gerektiği söylenmektedir (125,127).

b) Fonksiyonel İyileşme

Şizofrenide sadece belirtilerin kontrolü ile klinik iyileşme yeterli değildir. Fonksiyonel iyileşme, bireyin sosyal, mesleki rollerini yerine getirebilmesi, bağımsız yaşama, çalışma, eğitim alma ve sosyal ilişkilerini sürdürebilmesi, bu işlevsellik halinin en az 2 yıl boyunca stabil kalması olarak tanımlanmıştır (121,128). Şizofrenide fonksiyonel iyileşme, yalnızca belirtilerin azalması değil, aynı zamanda bireyin bağımsız yaşam becerilerini kazanması, sosyal ilişkilerini sürdürebilmesi ve toplumsal üretken rollere yeniden katılımıyla sağlanan psikososyal işlevsellik aracılığıyla mümkün olabilir. Psikososyal işlevselliğin temel bileşeni olan sosyal işlevsellik, kişilerarası ilişkiler kurma ve sürdürme, işe veya okula devam etme gibi üretken faaliyetler, boş zamanları değerlendirme (ör. hobi ve etkinliklere katılım), öz bakımını sağlama ve bağımsız yaşam becerisi alanlarını kapsar. Sosyal işlevsellik, fonksiyonel iyileşmenin hem bir göstergesi hem de ön koşulu niteliğindedir (121,128–130).

Fonksiyonel iyileşmenin önündeki engeller dikkat, çalışma belleği ve yürütücü işlev bozuklukları gibi bilişsel işlev bozuklukları, avolusyon, anhedoni, içe çekilme gibi negatif belirtilerin şiddetidir (131,132). Çalışmalarda fonksiyonel iyileşmenin meta-biliş ve özellikle duyguları tanıma, empati ve sosyal çıkarım yetileri gibi sosyal biliş alanlarından da etkilendiği gösterilmiştir (132). İçselleştirilmiş damgalanmanın, sosyal izolasyonun artması, içsel motivasyon ve özgüvenin azalmasına yol açarak fonksiyonel iyileşmeyi olumsuz etkilediği çalışmalarda gösterilmiştir (132–134). Şizofreni hastalarının toplumsal yaşama entegrasyonları ve yaşam kaliteleri, büyük ölçüde sosyal işlevsellik düzeylerine ve fonksiyonel iyileşmeye bağlıdır. Fonksiyonel işlevselliği sağlamak amacıyla, farmakoterapiler, bilişsel rehabilitasyon programları, sosyal beceri eğitimi, psiko-eğitim, bilişsel davranışçı terapi yöntemleri ve entegre müdahale yaklaşımları önerilmektedir (121).

c) Bireysel (özel) İyileşme

Modern yaklaşımlarda bireylerin anlamlı ve doyum verici bir yaşam sürdürebilmesi, umut, özgüven gibi alanlarda gelişim sağlayabilmesini ve hastalığa rağmen yaşanabilir bir hayat inşa etmeyi amaçlayan bireysel iyileşme kavramı daha çok ön plana çıkmaktadır (135). Bireysel iyileşmede bağlılık, umut, kimlik, anlam bulma, güçlenme temel bileşenlerini içeren CHIME modeli önerilmiştir (136,137). Bireysel iyileşmenin ‘sonuç olarak iyileşme’, ‘süreç olarak iyileşme’ ve ‘iyileşme sırasındaki çabalar’ ana temaları altında toplandığı ve ‘birey ile ilgili’, ‘tedavi ile ilgili’, ‘hastalık ile ilgili’ ve ‘sosyal çevre ile ilgili’ faktörlerden etkilendiği bildirilmektedir. Çalışmalar, bireysel iyileşmenin yalnızca semptomların azalmasına bağlı olmadığını, bireyin benlik algısı, sosyal destek, umut düzeyi, yaşam kalitesi ve baş etme becerileri ile ilişkili olduğunu, umutsuzluk ve içselleştirilmiş damgalanmanın bu süreci olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (138,139).

2.2. Damgalanma

Damgalama, başlangıçta bir kişiyi “bütün ve olağan bir kişiden lekeli, değeri düşmüş bir kişiye dönüştüren, derinden itibar zedeleyici bir özellik” olarak tanımlanmıştır (3). Damgalanma, stereotipler, önyargı ve ayrımcılık temel bileşenlerinden oluşur. Stereotipler toplumda ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz genelleşici inançlardır ve damgalanmanın bilişsel boyutunu oluşturur (140). Önyargı stereotiplerden kaynaklanan duygusal tepkileri ifade eder ve ruhsal hastalıkları olan bireylere karşı “öfke, korku, rahatsızlık” gibi duygular bu kapsamda değerlendirilir. Ayrımcılık ise bunların sonucunda ortaya çıkan davranışlardır. İşe alımda engelleme, sosyal ilişkilerde mesafe koyma veya sağlık hizmetlerinden dışlama gibi davranışlar ayrımcılığın örnekleridir (141). Ruhsal hastalıklara yönelik damgalama sonucu, bireyler "tehlikeli", "dengesiz" veya "sorumlu" olarak algılanır ve bu süreç bireyin sosyal kimliğinin zedelenmesine, statüsünün düşmesine ve toplumdan ayrıştırılmasına yol açar (142). Uzun vadeli ruhsal bozukluklardan etkilenen bireylerde; damgalama, ayrımcılık, marjinalleşme

ve dışlanma gibi onları topluma tam ve eşit bir şekilde katılmaktan alıkoyan çeşitli durumlar psikososyal engelliliğe yol açabilir (2).

Damgalanmanın en yaygın bilinen türleri yapısal, sosyal (toplumsal), içselleştirilmiş (kendini) ve enstrümantal damgalanmadır. Sosyal (toplumsal) damgalama toplumun geniş kesimlerinde yer alan olumsuz tutum ve inançları ifade eder ve bu olumsuz stereotipler, ruhsal hastalığı olan bireylerin toplum tarafından "tehlikeli", "güvenilmez" veya "zayıf" gibi algılanmasına yol açar. Özellikle medya yoluyla olumsuz tutumların yayılması sonucunda bu bireyler toplumdan dışlanır ve izole olur (143). Sosyal damgalama ruhsal hastalığa sahip bireylerin iş, eğitim ve sosyal yaşamda fırsat eşitliğinden mahrum kalmasına neden olabilir (144). Yapısal damgalama ruh sağlığı hastalarının istihdam, barınma veya sağlık hizmetlerine erişiminde görülen, kurumsal düzeyde yasalar, politikalar yoluyla gerçekleşen sınırlamalar ve ayrımcılık olarak karşımıza çıkmaktadır (145). Enstrümantal damgalama korku ve tehdit algısından kaynaklanan, şiddet ve tehlikeden korunma amacıyla ortaya çıkan damgalama biçimidir (146).

2.2.1. İçselleştirilmiş Damgalanma

İçselleştirilmiş damgalanma bireyin, toplumsal damgalanma sonucu ortaya çıkan olumsuz stereotiplerin farkında olması, bu tutumları benimsemesi, benlik algısında olumsuz inançlar gelişmesi ve bu inançları kendine uygulaması sürecidir (4). Değiştirilmiş Etiketleme Kuramı, ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik tutumları ve tanı konulmasına ilişkin algıları, damgalanmanın bu bireyler üzerindeki olumsuz etkilerini açıklamaktadır (147). Tanı alan bireyler damgalanmaya maruz kalmasalar bile toplumsal önyargılar nedeniyle kendilerini aşağı, yalnız, izole hissedebilirler (148). Bu bireylerin kendilerine yönelik olumsuz algı ve stereotipleri kabul ederek içselleştirilmiş damgalanma sürecine girmesi, damgalanmanın en zararlı etkilerinden biri olarak değerlendirilir (149).

İçselleştirilmiş damgalanma, bireylerde daha şiddetli ruhsal sağlık sorunlarına, daha düşük umut ve öz güven düzeyine, tedaviye katılımın azalmasına yol açmaktadır. İçselleştirilmiş damgalanma süreci bireylerde utanç ve mahcubiyet duygularına neden olabilir, bireylerin yardım arama ve destek isteme davranışlarını

engelleyebilir (150). Yapılan çalışmalarda yüksek düzey içselleştirilmiş damgalanma bireylerde düşük benlik saygısı ve öz yeterlilik, değersizlik hissi, iş bulma, arkadaş edinme gibi kişisel hedeflerinden vazgeçme, toplumdan geri çekilme gibi olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilmiştir. Bu durum iyileşme beklentisinin düşmesi, tedaviye uyumsuzluk, sosyal işlevselliğin bozulması ve düşük yaşam kalitesi ile sonuçlanmaktadır (148,151,152).

2.2.2. Şizofreni ve İçselleştirilmiş Damgalanma

İçselleştirilmiş damgalanma, bireyin toplumun olumsuz tutumlarını içselleştirmesi ve kendine yönelik olumsuz inançlar geliştirmesi sürecidir. Ruhsal hastalığa sahip bireylerde yaygın olarak görülen bu durum, özellikle hastalığa özgü klinik belirtiler ve toplumun tehlikeli, dengesiz, sorunlu gibi olumsuz tutumları düşünüldüğünde psikoz hastalarında daha sıklıkla karşılaşılan bir sorundur (153). Şizofreni, genellikle uzun vadeli sosyal ve işlevsel rehabilitasyon gerektiren ciddi bir ruhsal hastalıktır ve içselleştirilmiş damgalanma, şizofreni hastalarının yaşam kalitesini etkileyen, toplumsal ve işlevsel rehabilitasyonunun önünde önemli bir engeldir (154,155).

İçselleştirilmiş damgalanma süreci bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenler içermektedir ve temel olarak bireyin kendisiyle ilgili olumsuz bilişler geliştirmesiyle başlar (156–158). Birey, toplumda ruhsal hastalıklara yönelik mevcut damgalayıcı tutumların farkına varır, bu tutumları kabul eder, içselleştirir ve olumsuz bilişler geliştirir (156,158). Şizofreni hastalarında, toplumun ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutumlarının benimsenmesiyle benlik kavramı bileşenlerinden öz değerde yetersizlik, benlik saygısında azalma ortaya çıkabilir, kimlik algısı değişimi ile hastalar kendilerini sadece “hastalık” kimliği ile tanımlamaya başlayabilirler (133,156,159). Bireyin kendisini yalnızca şizofreni hastası olarak görmesi, mesleki, sosyal, ailevi gibi diğer kimlik unsurlarının geri planda kalmasına sebep olmakta, “Ben bir yüküm”, “Ben tehlikeliyim”, “Toplumun bir parçası olamam” gibi olumsuz inançlar geliştirmesine yol açmaktadır (133,149). Benlik kavramı üzerindeki bu olumsuz etkiler, bireyin sosyal etkileşimlerini ve

günlük yaşam aktivitelerini de sınırlandırarak, toplumdan geri çekilmesine ve mesleki ya da akademik hedeflerinden uzaklaşmasına neden olmaktadır (133,160).

İçselleştirilmiş damgalanma ile gelişen bilişsel süreçler utanç, umutsuzluk ve depresyon gibi duygusal tepkilere de sebep olmaktadır (160,161). Yapılan çalışmalar şizofreni hastalarında deneyimlenen damgalanmanın, sürekli kendini küçümsemeye, umudun azalmasına yol açtığı, algılanan ve deneyimlenen damgalanmanın daha şiddetli depresif semptomlar, daha fazla sosyal kaygı ve kaçınma davranışları, düşük benlik saygısı, daha zayıf sosyal işlevsellik ile ilişkili olduğunu göstermiştir (5,154). Sonuçta sosyal izolasyon, yardım arama davranışının azalması, tedavi uyumsuzluğu, yaşam kalitesinin düşmesi, depresyon ve artmış intihar riski ortaya çıkmaktadır (154,162).

İçselleştirilmiş damgalamanın psikososyal işlevsellik üzerindeki olumsuz etkileri göz önüne alındığında, bu durumu azaltmaya yönelik olarak; damgalamayla ilişkili olumsuz inançların daha işlevsel düşüncelerle değiştirilmesini, bilişsel yeniden yapılandırmayı, öz yeterliliğin ve benlik saygısının artırılmasını, buna bağlı olarak da sosyal işlevselliğin desteklenmesini hedefleyen psikoeğitim, psikoterapi, destekleyici psikososyal müdahaleler ve çok bileşenli tedavi yaklaşımları ön plana çıkmaktadır. İçselleştirilmiş damgalanmayı azaltmaya yönelik psikolojik müdahalelerin incelendiği çalışmalarda bilişsel davranışçı müdahaleler, psikoeğitim müdahaleleri, farkındalık temelli müdahaleler, toplum temelli müdahaleler, sosyal beceri eğitimi, sanat terapisi gibi psikososyal müdahalelerin içselleştirilmiş damgalanmayı azaltmada etkili olduğu, müdahalelerin çoğunun grup temelli olduğu, birkaç terapiyi birleştiren müdahalelerin daha etkili olduğu ve içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini düşürmede başarılı olduğu gözlenmiştir (16,163).

2.3. İçgörü

İçgörü, fenomenolojik açıdan bireyin kendisini, hastalığını ve çevresini nasıl deneyimlediği ile ilişkili, benlik algısı, zaman-mekan farkındalığı, gerçeklik algısı, meta-bilişsel farkındalık, duygusal deneyim gibi bileşenlerin etkileşimi ile

ortaya çıkan bir kavramdır (164,165). Psikiyatrik açıdan tarihsel olarak bakıldığında içgörü her dönemde gelişim gösteren, önemi vurgulanan bir kavram olarak ele alınmaktadır. Aubrey Lewis içgörüyü bireyin hastalığına yönelik “doğru tutumu” olarak tanımlamış, hastalığın ve anormal belirtilerin var ya da yok olduğu şeklinde ikili çerçevede değerlendirilmesi gerektiğini öne sürmüştür (166). Anthony David, içgörünün hastalığın varlığını kabul etme, belirtilerin anormal olduğunu fark etme, tedaviyi kabul etme ve sürdürme motivasyonu şeklinde üç temel bileşenden oluştuğunu ve çok boyutlu ele alınması gerektiğini öne sürmüştür. İçgörü düzeyini belirleyen temel faktörler arasında, hastalığın farkındalığı, belirtilerin patolojik olarak tanımlanması ve tedaviye uyum yer almaktadır. İçgörünün değerlendirilmesi amacıyla önerilen standart ölçekler de bu üç bileşeni kapsamaktadır (167).

İçgörü, kişinin kendi bakış açısı arasında hareket etme, zihinsel süreçlerine ilişkin bütünsel görüşler oluşturma ve başkalarına güvenme, yardım kabul etme kapasitesi düşünüldüğünde meta-biliş ve sosyal biliş ile de ilişkilendirilmektedir (168). Klinik içgörü olarak tanımlanan, hastanın hastalığını sözlü olarak kabul etmesi durumu, bireyin bu hastalığa ilişkin gerçek inanç ve algılarını tam olarak yansıtmayabilir. Genellikle tedavi gerektiren bir ruhsal hastalığın farkındalığına atıfta bulunan klinik içgörünün aksine, Beck’in öne sürdüğü bilişsel içgörü, çarpıtılmış inançların ve yanlış yorumlamaların yeniden değerlendirilmesi ve düzeltilmesine ilişkin meta-bilişsel süreçleri yansıtmaktadır (169).

2.3.1. Şizofreni ve İçgörü

Şizofreninin belirgin temel özelliği olan içgörü eksikliği, çeşitli faktörlerin ve mekanizmaların etkileşimi sonucu çok boyutlu bir fenomen olarak açıklanmaya çalışılmıştır. Bleuler, şizofrenide içgörü eksikliğini hastalığın temel belirtilerinden biri olarak ele almış, "ambivalans" ve "ayrışma" kavramlarını kullanmıştır. “Çifte muhasebe” yaklaşımını ortaya atmış, hastaların hem toplumsal gerçekliği hem de psikotik dünyalarını aynı anda sürdürebildiğini belirtmiştir (170). Fenomenolojik yaklaşımlar şizofrenide içgörü eksikliğini, benlik ayrışması bağlamında bireyin kendi iç dünyasıyla dış dünya arasındaki sınırları ayırt edemediği, benlik algısında

bütünlük ve sürekliliğin kaybolduğu, hiper-refleksivite bağlamında ise bireyin, bilişsel ve duyuşsal süreçlerde aşırı farkındalık geliştirdiği, bunları dışsal bir gücün etkisiyle oluşmuş gibi deneyimlediği şeklinde açıklamaya çalışmıştır (165,171).

İçgörünün üç bileşenli modeline göre şizofrenide içgörü eksikliği, sanrılar ve gerçeklik algısındaki bozulmalar nedeniyle birey, hastalığını dışsal bir etken olarak algılar hastalığın varlığını inkâr eder, semptomlarını patolojik olarak görmek yerine, onları gerçek kabul eder ve özel bir yetenek gibi algılar, tedaviyi ya da yatışı kabul etmez, ilaçlarını ve psikoterapiyi reddeder (167). Nörobiyolojik ve nörobilişsel açıdan bakıldığında dorsolateral prefrontal korteks, orbitofrontal ve parietal alanlarda yapısal bozulmalar, yürütücü işlev bozuklukları, meta-bilişsel süreçlerde bozulmaların içgörü eksikliği ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir. (172,173).

Yapılan çalışmalarda şizofrenide zayıf içgörünün tedavi uyumsuzluğu, semptom şiddeti artışı, nüks ve yatış oranlarında artış, zayıf kişilerarası ilişkiler, düşük benlik saygısı ve düşük sosyal işlevsellik ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir (174–176). Zayıf içgörünün pozitif semptomlar ve negatif semptomlarla ilişkili olduğu, özellikle zihin teorisiyle daha güçlü olmak üzere sosyal bilişsel mekanizmalarla da yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir (177). Şizofrenide yüksek içgörü düzeyinin, uzun vadede daha iyi bir klinik seyir ve dolayısıyla daha yüksek sosyal işlevsellik ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (133). Şizofrenide içgörünün iyileştirilmesi hedefken paradoksal olarak yüksek içgörüyü artan umutsuzluk, özgüven kaybı, düşük benlik saygısı, depresyon riski, toplumsal damgalanmaya karşı farkındalıkta artış, sosyal kaçınmada artış, düşük yaşam kalitesi ilişkilendiren çalışmalar da mevcuttur (168,174,176,178,179).

Şizofreni hastalarında içgörü ve içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişki de "içgörü paradoksu" kavramı ile açıklanabilir. İçgörü artışının her zaman olumlu sonuçlarının olmadığı, içgörüsü yüksek hastaların toplumsal stereotipleri daha fazla benimsediği, utanç duygusunun da buna aracılık edebileceği ve daha yüksek içselleştirilmiş damgalanma düzeylerine sahip olduğu gösterilmiştir. Artan içgörünün hastalarda psikolojik yük oluşturarak benlik saygısında düşmeye, umutsuzluğa, sosyal işlevsellikte bozulmaya neden olacağı, depresyon ve intihar

riskini doğurabileceği belirtilmiştir (160,180). Yapılan çalışmalarda içgörü kazandırılmasının yanında damgalamayla başa çıkma becerilerinin de eşzamanlı geliştirilmesi, bilişsel davranışçı terapi, metakognitif terapiler, damgalama azaltıcı psikoeğitim programları, entegre ve kombine psikososyal müdahalelerin uygulanması önerilmektedir (181–186).

2.4. Benlik Saygısı

Benlik saygısı, bireyin kendine dair genel değerlendirme düzeyini ifade eden, ruhsal ve sosyal sağlığın merkezinde yer alan temel bir kavramdır (187). Sosyometre kuramına göre benlik saygısı, bireyin sosyal çevresinde kabul edilmek ya da dışlanma riskine karşı içsel bir gösterge olarak açıklanmaktadır (188). Benlik saygısı hem koruyucu bir faktör hem de birçok ruhsal bozukluk için özgül olmayan bir risk faktörü olarak belirtilmiştir (187,188).

Benlik saygısının düzeyi, bireyin stresli yaşam olaylarına verdiği tepkileri, sosyal ilişkilerini sürdürme kapasitesini ve genel psikolojik dayanıklılığı etkilemektedir (188). Yüksek benlik saygısı, bireyin duygusal esenliği, öz yeterlilik algısı, sosyal açıdan kabul görme durumu, baş etme becerileri ile pozitif yönde ilişkilidir. Düşük benlik saygısı ise daha yüksek oranda kendine yönelmiş eleştirel düşünceler, olumsuz içsel diyaloglar geliştirme ve sosyal geri çekilme ile sonuçlanabilir. Bu kişilerde, öz değer duygusunun zayıflığına bağlı olarak umutsuzluk ve yetersizlik düşünceleri, depresif ve anksiyöz belirtiler ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle benlik saygısının, bireysel ve toplumsal ruh sağlığının iyi oluşu açısından klinik müdahalelerde merkezi bir noktada değerlendirilmesi önerilmektedir (187,188).

2.4.1. Şizofreni ve Benlik Saygısı

Sağlıklı popülasyonda bile değişkenlik gösterebilen benlik saygısı, ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerde belirgin şekilde etkilenebilir. Yapılan çalışmalarda, şizofreni spektrum bozukluğu hasta grubunun büyük kısmında benlik saygısı düzeyinin klinik olarak düşük düzeyde olduğu gösterilmiştir. Düşük benlik saygısı, daha zayıf premorbid sosyal uyum, sanrılarının gelişimi ve sürdürülmesi, daha

şiddetli negatif semptomlar, depresyon, daha yüksek intihar riski, nüks, daha düşük yaşam kalitesi ve fonksiyonel sonuçlarla ilişkilendirilmiştir (189–194).

Şizofrenide benlik saygısı düzeyleri ile hastalığın psikopatolojik özellikleri arasında karmaşık ve çok boyutlu ilişkiler bulunmaktadır. Pozitif belirtiler açısından bakıldığında, kendini güçsüz hisseden bireyler bu duygularını dışsallaştırarak özellikle kötülük görme ile ilgili paranoid düşünceler ve sanrılar gibi psikotik belirtiler geliştirebilir. Şizofrenide olumsuz öz değerlendirme ve düşük benlik saygısı ile yoğun işitsel varsanı ve sanrılar arasında anlamlı korelasyonlar bulunmuştur. Düşük benlik saygısının hem sanrılarının gelişiminde hem de psikotik semptomların sürdürülmesinde rol oynadığı belirtilmiştir (195). Negatif semptomlarla ilgili yapılan boylamsal bir çalışmada, psikotik bozukluğun erken evrelerinde pozitif benlik inançlarının artışının sosyal geri çekilme, motivasyon eksikliği gibi negatif semptomlarda azalmaya katkıda bulunduğu gösterilmiştir. Psikozun erken döneminde uygulanan benlik saygısı güçlendirici müdahaleler, özellikle negatif semptomların seyri üzerinde koruyucu etki gösterebilir (196).

İçselleştirilmiş damgalanma, bireyin kendi hakkında negatif benlik inançları geliştirip kabul etmesiyle ortaya çıkmaktadır. 2022’de yapılan 63 çalışmayı içeren meta-analizde içselleştirilmiş damgalanma ile benlik saygısı arasında güçlü bir negatif korelasyon olduğu, yüksek düzey içselleştirilmiş damgalanmaya sahip olan bireylerde daha düşük benlik saygısının bulunduğu gösterilmiştir. Düşük benlik saygısının depresyon ve düşük yaşam kalitesi ile de ilişkili olduğu gösterilmiştir (197).

Şizofreni hastalarında pozitif benlik inançları geliştirmek ve benlik saygısını arttırmak amacıyla çeşitli hem bireysel hem grup temelli psikososyal ve psikoterapötik müdahale yaklaşımları mevcuttur. Psikoeğitim programlarıyla hastanın içgörüsünün arttığı, hastalıkla baş etme stratejilerinin geliştirildiği ve öz yeterlilik duygusunun desteklendiği düşünülebilir. Güncel bir çalışmada psikoeğitim müdahalesiyle şizofreni hastalarında semptom şiddetinin azaldığı, içgörü ve benlik saygısında artış olduğu gösterilmiştir (198). BDT programlarıyla hastaların kendileriyle ilgili işlevsiz inançlarını sorgulamalarına yardımcı olma ve

olumsuz otomatik düşünceleri daha esnek düşüncelerle değiştirme hedeflenir. Bu süreç hastanın kendine dair algısını düzeltmeye ve benlik saygısını yükseltmeye yardımcı olabilir. Bireysel ya da grup temelli BDT müdahalelerinin kullanıldığı çalışmalarda hastaların terapi sonrası depresyon belirtilerinde azalma, benlik saygısında artış, sosyal işlevselliğinde iyileşmelerin olduğu gösterilmiştir (199–202).

Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın azalması, benlik saygısının güçlenmesi, hastalığa yönelik içgörünün artması ve sosyal işlevselliğin iyileşmesi, bireylerin toplumsal yaşama yeniden katılımını desteklemektedir. Bu nedenle, kapsamlı ve entegre rehabilitasyon müdahalelerinin sürdürülebilirliği ve yaygınlaştırılması büyük önem taşımaktadır (193)

2.5. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri Olarak Psikiyatri Gündüz Hastaneleri

Şizofreni gibi ciddi ruhsal bozukluklara sahip ve ayakta tedavi kliniklerinde sağlanamayan kapsamlı, koordineli ve multidisipliner tedaviye ihtiyaç duyan bireyler için yapılandırılmış tıbbi, psikiyatrik ve psikososyal müdahaleleri bir arada sunan psikiyatri gündüz hastaneleri; toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri kapsamında, ayakta ve yatılı tedavi bakımına etkili bir alternatif olarak karşımıza çıkmaktadır (17). Gündüz hastanelerinin temel amacı, tam yatış gerektirmeyen fakat yoğun destek ve rehabilitasyona ihtiyacı olan hastalara çok yönlü tedavi sağlamak, yatarak tedaviden ayaktan tedaviye geçiş döneminde gerekli tedavi biçimi oluşturmak, semptom kontrolü sağlamak, toplumsal bütünleşmeyi kolaylaştırmak, bireyin psikososyal rehabilitasyonunu sağlayarak işlevselliğini artırmak ve aile yükünü azaltmaktır. Bu birimlerde program dahilinde ilaç tedavisi takibi, bireysel terapiler, grup terapileri, sosyal beceri eğitimleri, psikoeğitim oturumları, iş ve uğraş terapileri, sanat ve müzik terapi gibi çeşitli psikososyal rehabilitasyon müdahaleleri entegre biçimde sunulmaktadır (203,204).

Ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerde ihtiyaç değerlendirmesine yönelik yapılan niteliksel bir çalışmada ihtiyaçların; optimal günlük işlevsellik, iş ve eğitim

faaliyetleri, sosyal ağılara katılım, sürekli tedavi, rehberlik ve destek, uzun vadeli bakım gereksinimi temaları altında toplandığı öne sürülmüş ve gündüz hastanesi hizmetlerinin bireyin günlük işlevselliğini artırmada, sosyal ağılara katılım ve sürekli tedavi gereksinimlerinin karşılanmasında etkili olduğu gösterilmiştir (204). Şizofreni ve şizofreni benzeri ruhsal hastalıklara sahip bireylerde, ayaktan tedaviye alternatif olarak uygulanan gündüz hastanesi rehabilitasyon programlarının etkisini değerlendiren sistematik bir derleme, bu uygulamaların uzun vadede yeniden hastaneye yatış oranlarını azaltabildiğini ve işsizlik oranlarında azalma sağlayabildiğini ortaya koymuştur (205).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırmamız, Psikiyatri Gündüz Hastanesinde verilen psikososyal rehabilitasyon programına düzenli olarak devam eden şizofreni hastaları ve bu türden bir rehabilitasyon hizmeti almayan şizofreni hastalarının içgörü, içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve sosyal işlevsellik düzeyleri açısından karşılaştırılması amacıyla planlanan kesitsel vaka-kontrol tipinde bir klinik araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Akdeniz Üniversitesi Psikiyatri Gündüz Hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Akdeniz Üniversitesi Psikiyatri Gündüz Hastanesi 2007 yılından beri psikotik bozukluklar ve şizofreni tanısı olan hastaların tedavi ve rehabilitasyon programları ile takibini sağlayan ana psikiyatri binasından ayrı tek katlı bir klinikdir. Bünyesinde psikiyatri öğretim üyesi, psikiyatri araştırma görevlisi, hemşire, temizlik personeli, halk eğitim merkezi öğretmenleri görev yapmaktadır. Klinikte giriş, karşılama alanı, uğraş terapisi odaları (1 adet resim ve seramik atölyesi, 1 adet el işi ve takı tasarım atölyesi, 1 adet beceri eğitim mutfuğı, 1 adet sera ve bahçesi), 1 adet bilgisayar odası, kütüphane ve okuma salonu, 2 adet doktor odası, 1 adet tedavi odası, 1 adet çok amaçlı salon (yemek alanı, müzik terapisi alanı, grup terapisi alanı) bulunmaktadır. Klinik hafta içi saat 08:30-16:30 arasında hizmet vermektedir.

Hastaların kaydı yakın takip ve rehabilitasyon hizmetlerine uygunluğu açısından klinik öğretim üyesi, araştırma görevlisi ve hemşiresi tarafından değerlendirilerek yapılmaktadır. Klinik hemşiresi ve halk eğitim merkezi öğretmenleri ile birlikte, belirlenen haftalık programa uygun olarak; resim, seramik, takı tasarımı, el sanatları, bahçe bakımları, aşçılık, müzik, yoga ve ingilizce uğraş

terapileri uygulanmaktadır. Haftalık programa göre; hastalar haftanın 2 günü müzik, 2 günü el sanatları, 3 günü seramik, 3 günü resim ve haftanın her günü olacak şekilde yoga, takı tasarımı, aşçılık, bahçe bakımları, İngilizce etkinliklerini alabilmektedir. Hastalar ilgi alanlarına göre gün içinde en az bir uğraş terapisi etkinliklerine katılmaktadır. Resim, takı tasarımı, el sanatları, seramik etkinlikleri bireysel; yoga, müzik, aşçılık, bahçe bakımları ve İngilizce ise grup çalışmaları olarak uygulanmaktadır. Etkinliklere katılım gösteren hastaların kaydı hemşire gözlemi ile birlikte arşivlenmektedir.

Poliklinik ve görüşme odalarında rutin bireysel görüşmeler yapılarak hastaların farmakolojik tedavileri yakından takip edilmekte, düzenlenmekte, hastalara bireysel psikoeğitim verilmektedir. Tedavi iş birliği portalı aracılığıyla hastaların depo enjeksiyon tedavi takibi yapılmakta, enjeksiyonları tedavi odasında klinik hemşiresi tarafından uygulanmaktadır. Öğretim üyesi, araştırma görevlisi ve klinik hemşiresinden oluşan ekip, hastaların klinik belirti şiddeti ve çeşitli işlevsellik alanları bağlamında değerlendirildikten sonra ihtiyacı doğrultusunda kişiselleştirilmiş bir yaklaşımla bu hizmetlerden yararlanması sağlanmaktadır. Verilen rutin rehabilitasyon hizmetleri psikiyatrik görüşmeler, medikal tedavi, bireysel psikoeğitim, müzik ve resim gibi sanatsal etkinliklerin de yer aldığı bir uğraş terapisi olarak kavramsallaştırılmıştır. Rutin rehabilitasyon hizmetlerinin yanında dahil olan hastalarla Akdeniz Üniversitesi Psikiyatri Gündüz Hastanesi'nde, klinik hemşiresi ve araştırma görevlisi eşliğinde, şizofrenide bu alanda deneyimli bir klinisyen tarafından verilen bilişsel davranış temelli sosyal beceri eğitimi grup terapileri gerçekleştirilmektedir.

3.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırma Akdeniz Üniversitesi Psikiyatri Gündüz Hastanesinde takip edilen ve gündüz hastanesi polikliniğine ayaktan başvuran hastalar ile 05 Ekim 2024-05 Mart 2025 tarihleri arasında yapıldı.

3.4. Evren ve Örneklem

Araştırma evrenini; Akdeniz Üniversitesi Psikiyatri Gündüz Hastanesi Psikoz Polikliniğine ayaktan başvuran, aynı klinikte rehabilitasyon hizmetleriyle ayaktan takip edilen şizofreni tanılı hastalar ve rehabilitasyon hizmeti almayan rutin poliklinik kontrolleri ile takip edilen şizofreni hastaları oluşturmaktadır. Araştırma örneklemini 2 gruptan oluşmaktadır. İlk gruba Akdeniz Üniversitesi Psikiyatri Gündüz Hastanesinde, geçmiş arşiv kayıtları ve hemşire gözlem formları incelenerek belirlenmiş, bireysel görüşme ve medikal tedavilerinin yanında en az 6 aydır tanımlanan (iş-uğraş terapileri, bilişsel davranış temelli sosyal beceri eğitim grupları) rehabilitasyon hizmetlerinden en az birine devam eden şizofreni hastalarının tamamı dahil edildi. 05 Ekim 2024 ve 05 Mart 2025 tarihleri arasında rehabilitasyon programlarının 6 ayını tamamlamış, rehabilitasyona hala devam eden hastalar da örneklemin ilk grubuna dahil edildi. Bu grup haftada en az bir uğraş terapi etkinliklerine katılan ve/veya bilişsel davranış temelli sosyal beceri eğitimi dahil olan katılımcılardan oluşturuldu. Bilişsel davranış temelli sosyal beceri eğitimi programı; Beck'in bilişsel terapi yaklaşımı, Bellack ve Mueser'in sosyal beceri eğitimi protokollerine ve çözüm odaklı stratejilere göre Granholm, McQuaid, Holden, Mueser ve Bellack tarafından geliştirilmiş, randomize kontrollü çalışmalarla etkinliği kanıtlanmış bir müdahaledir. Bu yöntem her biri 6 oturum içeren bilişsel beceriler, sosyal beceriler ve problem çözme becerileri olmak üzere 3 modülden oluşmaktadır. 3 modül (18 oturum) tamamlandıktan sonra gerekli görülen katılımcılarda modüller tekrar uygulanabilmektedir (206). Dahil olan katılımcılarla birlikte şizofrenide bu alanda deneyimli bir klinisyen tarafından bilişsel davranış temelli sosyal beceri eğitimi, grup terapisi formatında, bu program kılavuz alınarak uygulanmış ve 8-10 kişiden oluşan gruplar, haftada 1 kez olacak şekilde 60 dakika süren oturumlara katılmıştır. Bu terapinin 3 modülünü en az 1 kez tamamlamış ve henüz tamamlamasa da veri toplanma aşamasında grup terapisine devam eden katılımcıların hepsi sosyal beceri eğitimi grup terapisi alıyor kabul edildi. İkinci gruba ise; ilk grup ile aynı sayıda, aynı tarihler arasında, gündüz hastanesi polikliniğine ayaktan başvuran, bireysel görüşme ve medikal tedavileri dışında herhangi bir rehabilitasyon hizmeti almayan şizofreni hastaları dahil edildi. Her iki grup; poliklinik görüşmelerinde uygulanan DSM-5 için Yapılandırılmış

Klinik Görüşme formu (SCID-5-CV) ile tanısı koyulmuş, araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmak için yazılı ve sözel onam vermiş, dahil edilme kriterlerini karşılayan, klinik iyileşme ölçütlerini sağlayan remisyonda şizofreni hastalarından oluşmaktadır. Her grupta 35 hasta olmak üzere toplamda 70 hasta çalışmaya dahil edildi.

3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Rehabilitasyon programlarına düzenli devam eden grup

1. DSM-5 tanı kriterlerine göre şizofreni tanı kriterlerini karşılıyor olmak
2. 18-65 yaş aralığında olmak
3. Okur-yazar olmak
4. Gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak
5. Klinik remisyon ölçütlerini sağlıyor olmak (PANSS ölçeğinde belirtildiği şekilde)
6. Rehabilitasyon hizmetlerinden (iş-uğraş terapileri, psikososyal beceri eğitim grupları) en az birine en az 6 aydır devam ediyor olmak

Rehabilitasyon programlarına katılım sağlamayan grup

1. DSM-5 tanı kriterlerine göre şizofreni tanı kriterlerini karşılıyor olmak
2. 18-65 yaş aralığında olmak
3. Okur-yazar olmak
4. Gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak
5. Klinik remisyon ölçütlerini sağlıyor olmak (PANSS ölçeğinde belirtildiği şekilde)
6. Daha öncesinde herhangi bir rehabilitasyon müdahalesi almamış olmak

3.4.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

Her iki grup için

1. DSM-5'te yer alan psikiyatrik bozukluk komorbiditesi varlığı (Şizoaffektif Bozukluk, Alkol Kullanım Bozukluğu, Madde Kullanım Bozukluğu gibi)
2. Akut alevlenme dönemi içinde olmak

3. Santral sinir sistemini etkileyen cerrahi operasyon öyküsünün olması
4. Nörolojik hastalık öyküsünün olması
5. İleri düzey görme ve işitme kaybına neden olacak engelinin bulunması
6. Zekâ geriliği varlığı
7. 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük olması

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, 05 Ekim 2024 ile 05 Mart 2025 tarihleri arasında toplanmıştır. Bu süreçte, tüm katılımcılara sosyodemografik veri formu ve araştırma ölçekleri, her hasta için bir kez olmak üzere, yüz yüze yapılan ve yaklaşık 20-30 dakika süren görüşmelerde uygulanmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları

3.6.1. SCID-5-CV (Structured Clinical Interview for DSM Disorders-5 Clinician Version) (DSM Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-5 Klinisyen Versiyonu)

DSM-5 tanılarını koymak için APA tarafından geliştirilmiş ve yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme kılavuzudur. Bu kılavuz, DSM-5 sınıflandırmasını ve tanı ölçütlerini bilen klinisyenler ya da eğitilmiş ruh sağlığı uzmanları tarafından değerlendirmelerin standart bir biçimde uygulanmasını sağlayabilmek, tanıların geçerlilik ve güvenilirliğini arttırmak için geliştirilmiştir (207). Bu çalışmada kullanılan SCID-5'in Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2019'da Müge Elbir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (208).

3.6.2. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulan, içeriğinde hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni durumu gibi sosyodemografik özellikler ile hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi, yatış sayısı; iş-ugraş terapilerine, psikososyal beceri

eğitim gruplarına katılım durumu gibi klinik ve rehabilitasyonla ilgili değişkenlerin bulunduğu formdur. Görüşmeci tarafından uygulanmıştır.

3.6.3. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

Psikotik bozukluklarda belirti şiddetini puanlamaya dayanan 30 soruluk görüşmeci tarafından doldurulan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Pozitif, negatif ve genel psikopatoloji olmak üzere 3 alt ölçekten oluşur. Her alt ölçek kendi içinde puanlanmaktadır. Toplam puan ise bu 3 alt ölçek skorlarının toplanmasıyla elde edilmektedir. Pozitif sendrom alt boyutundan alınabilecek puan 7-49 arasında, negatif sendrom alt boyutundan alınabilecek puan 7-49 arasında, genel psikopatoloji alt boyutundan alınabilecek puan 16-112 arasında değişmektedir (209). Klinik remisyon ölçütü olarak hastanın, Pozitif ve Negatif Sendromlar Ölçeğinin (PANSS) sanrılar (P1), kavramsal dezorganizasyon (P2), varsanılar (P3), duygulanımda küntleşme (N1), pasif sosyal çekilme (N5), spontanlık kaybı (N6), manyerizm (G5) ve olağandışı düşünce içeriği (G9) alt ölçeklerinden 3 veya altında puan alması gerektiği belirtilmektedir. Bu belirtilerin günlük yaşamı belirgin etkilememesi ve bu iyilik halinin en az 6 aydır devam ediyor olması klinik remisyon olarak kabul edilmiştir (125). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1999 yılında Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (210).

3.6.4. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ)

David tarafından 1990 yılında geliştirilen 8 sorudan oluşan, klinisyen tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Bu ölçekte hastalığının farkına varma, psikotik belirti ve deneyimleri anormal bir durum olarak değerlendirebilme ve tedavi sürecine uyum olmak üzere içgörünün üç boyutu ele alınır. İlk 7 sorunun en yüksek toplam puanı 14'tür. Sekizinci sorunun sorulması görüşmeciye bırakılmıştır. Bu çalışmaya dahil olan hastalara sekizinci soru sorulmuştur. Sekizinci soru ile birlikte en yüksek toplam puan 18'tir. Hastanın yüksek puan alması yüksek içgörü düzeyini gösterir. Türkçe'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Aslan ve arkadaşları tarafından 2001'de yapılmıştır (167,211).

3.6.5. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)

Ritsher ve ark. (2003) tarafından geliştirilmiş olan 29 maddeden oluşan ve ruhsal hastalığı olanlarda damgalanmaya yönelik içsel yaşantıları değerlendiren bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin; “yabancılaşma (madde: 1,5,8,16,17,21)”, “kalıp yargıların onaylanması (madde: 2,6,10,18,19,23,29)”, “algılanan ayrımcılık (madde: 3,15,22,25,28)”, “sosyal geri çekilme (madde: 4,9,11,12,13,20)”, “damgalanmaya karşı direnç (madde: 7,14,24,26,27)” olmak üzere beş alt ölçeği bulunmaktadır. RHİDÖ’nde yer alan maddeler “kesinlikle aynı fikirde değilim” (1 puan), “aynı fikirde değilim” (2 puan), “aynı fikirdeyim” (3 puan), “kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan) şeklinde dördümlü bir Likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. “Damgalanmaya karşı direnç” alt ölçeğinin maddeleri ters olarak puanlanmaktadır. Beş alt ölçeğe ait puanların toplanmasıyla elde edilen toplam RHİDÖ puanı 29-116 puan arasında değişmektedir. Yüksek puanlar, kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğu anlamına gelmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenirliği çalışması Ersoy ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır (212,213).

3.6.6. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği 1965 yılında Rosenberg tarafından geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Çuhadaroğlu (1986) tarafından yapılmıştır. Bu ölçek 63 madde ve 12 alt gruptan oluşmaktadır ve Rosenberg alt grupların araştırmalarda ayrı ayrı kullanılabileceğini belirtmiştir. Ölçeğin ilk 10 maddesi benlik saygısını ölçmektedir. Bu nedenle araştırmada ölçeğin benlik saygısını ölçmeye yönelik ilk 10 maddesi kullanılmıştır. Ölçek maddeleri için “Çok doğru”, “Doğru”, “Yanlış” ve “Çok yanlış” şeklinde yanıt seçenekleri bulunmaktadır. Ölçek değerlendirilmesi farklı şekillerde yapılmasına rağmen genelde 2 yöntem kullanılmaktadır: Çalışmada kullanılacak puanlama; 1,2,4,6 ve 7. sorularda “Çok doğru=3”, “Doğru=2”, “Yanlış=1”, “Çok yanlış=0”; 3,5,8,9 ve 10. sorularda “Çok doğru=0”, “Doğru=1”, “Yanlış=2”, “Çok yanlış=3” olarak puanlanmıştır. Ölçek toplam puanı

0-30 arasında değişmektedir. Puan ne kadar yüksekse benlik saygısının da o kadar yüksek olduğu anlamına gelmektedir (214,215).

3.6.7. Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği (KSPÖ)

Morosini ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, görüşmeci tarafından uygulanan bir ölçektir. Ölçek kişisel ve sosyal performansı; sosyal açıdan yararlı etkinlikler (çalışma ve öğrenim görmek dahil), kişisel ve sosyal ilişkiler, öz bakım, rahatsız edici ve saldırgan davranışlar olmak üzere 4 alt boyutta değerlendirir. Altılı likert tipi derecelendirme (1=yok, 2=hafif düzeyde, 3=görünür, 4=belirgin, 5=şiddetli 6=çok şiddetli) kullanılmıştır. Değerlendirme üç basamakta yapılmaktadır. Birinci basamakta, dört boyutta altılı sıralı (yok ile çok şiddetli arasında) değerlendirme ile işlevsellik düzeyi belirlenir. Her bir boyut değerlendirildikten sonra, bu boyutların bozulma derecelerinin kombinasyonlarına göre, ayrıntılı bir yönerge izlenerek, 0 ile 10 arasında puanlamalar yapılır. Bu doğrultuda klinisyenin genel yargısını da hesaba katan bir işlevsellik puanı belirlenir. Klinisyen 1 ile 100 arasında bir kişisel ve sosyal işlevsellik puanı vermektedir ve yüksek puan iyi işlevselliği göstermektedir. 71- 100 arası puan tam işlevsellik veya çok hafif düzeyde işlevsellik yitimi, 51-70 arası puan; açıkça veya belirgin düzeyde işlevsellik yitimi ve 50 puanın altında düzey ise; şiddetli veya aşırı şiddetli işlevsellik yitimi olarak kabul edilmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından 2009 yılında yapılmıştır (216–218).

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Tüm katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alınmıştır. Kurum izni alınmıştır. Çalışmanın tüm aşamaları Helsinki Deklarasyonu kurallarına uygun olarak yürütülmüştür. Akdeniz Üniversitesi Tıbbi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan TBAEK-635 karar numarası ile 03.10.2024 tarihinde etik onay alınmıştır (Bkz. Ek-1).

3.8. İstatistiksel Analiz

Veri IBM SPSS Statistics 25 © Copyright SPSS Inc. 1989, 2017 yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışmada yer alan kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) ile sürekli değişkenler ortalama±standart sapma (SS), medyan (IQR 25-75) ve minimum-maksimum değerleri ile sunulmuştur. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Bağımsız iki grup analizlerinde, verinin normal dağılım sergilemediği veya en az bir grupta örneklem sayısı 30'un altında kaldığı durumlarda Mann Whitney U testi, verinin normal dağılım sergilediği durumlarda ise Independent-Sample T Testi kullanılmıştır. Bağımsız kategorik değişkenlerin analizinde Pearson Ki-Kare Testi, Fisher's Freeman Halton Exact Test ve Yates Düzeltmesi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki, veri normal dağılmadığından, Spearman Rho Korelasyon Analizi aracılığıyla irdelenmiştir. Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği skoruna etki eden faktörleri belirleyebilmek için Lineer Regresyon Analizi, Rehabilitasyon katılımına etki eden faktörleri belirleyebilmek amacıyla Lojistik Regresyon Analizi yapılmıştır. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

En genci 21, en yaşlısı 61 yaşında olan katılımcıların ortalama yaşları $40,69 \pm 9,21$ yıl olarak hesaplanmıştır. %60'ı erkek olan katılımcılarda yoğunlukla (%40) lise mezunu kişiler görülmüştür. Üniversite mezunu katılımcıların oranı %25,7'dir. Büyük oranda (%77,1) bekar olduğu anlaşılan katılımcıların %17,1'inin çocuğu vardır. 1 ile 4 arasında değişen sayıda çocuğu olan 12 katılımcının sahip olduğu ortalama çocuk sayısı $1,83 \pm 0,94$ 'tür. Katılımcıların %85,7'si herhangi bir işte çalışmamaktadır (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.1. Sosyodemografik Özellikler

Değişkenler	n	Ort $\pm$ SS	Med(IQR)	Min-Max
Yaş (Yıl)	70	40,69 $\pm$ 9,21	41(34-47)	21-61
Çocuk Sayısı	12	1,83 $\pm$ 0,94	2(1-2)	1-4
		Sayı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	70			
Kadın		28	40,0	
Erkek		42	60,0	
Öğrenim Düzeyi	70			
Okur Yazar		1	1,4	
İlkokul		7	10,0	
Ortaokul		16	22,9	
Lise		28	40,0	
Üniversite		18	25,7	
Medeni Durum	70			
Evli		7	10,0	
Bekar		54	77,1	
Ayrılmış		8	11,4	
Eşi Vefat Etmiş		1	1,4	
Çocuk Sahipliği	70			
Evet		12	17,1	
Hayır		58	82,9	
İş Durumu	70			
Çalışmıyor		60	85,7	
Çalışıyor		10	14,3	

Katılımcıların %90'ında en az 1 kez hastane yatışı gerçekleşmiştir. Tamamı düzenli ilaç kullanan katılımcıların %48,6'sı hastalığı nedeniyle işten çıkarılmıştır. Katılımcılar arasında intihar girişimi öyküsü bulunanların oranı %28,6'dır. En az 12 aydır gündüzde takipli olan katılımcıların oranı ise %95,7'dir. 12 ile 50 yıl arasında değişen hastalık başlangıç yaşı ortalaması 23 ± 8 'dir. En az 2 ve en fazla 35 yıldır süren hastalığın ortalama süresi ise 18 ± 9 yıldır. Katılımcılar ortalama $3,76\pm4,31$ kez hastaneye yatış yapmışlardır. Hastane yatış sayısı 1 ile 27 arasında değişmektedir (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.2. Hastalığa İlişkin Klinik Değişkenler

Değişkenler	n	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Hastane Yatışı	70			
Var		63	90,0	
Yok		7	10,0	
İşten Çıkma Durumu	70			
Evet		34	48,6	
Hayır		36	51,4	
Düzenli İlaç Kullanımı	70			
Var		70	100,0	
Yok		0	0,0	
İntihar Öyküsü	70			
Var		20	28,6	
Yok		50	71,4	
Gündüz Takip Süresi	70			
6-12 Ay		3	4,3	
>12 Ay		67	95,7	
		Ort±SS	Med(IQR)	Min-Max
Hastalık Başlangıç Yaşı (Yıl)	70	23±8	21(18-27)	12-50
Hastalık Süresi (Yıl)	70	18±9	17(10-24)	2-35
Hastane Yatış Sayısı	63	3,76±4,31	2(1-5)	1-27

Katılımcıların yarısı rehabilitasyon programı almıştır. Rehabilitasyon süresi 10 ile 77 ay arasında değişmektedir ve ortalama rehabilitasyon süresi $45,26\pm28,89$ ay olarak hesaplanmıştır. Rehabilitasyon programına katılan 35 katılımcının %94,3 en az 12 aydır programa katılım göstermektedir. İş-Uğraş terapisine haftada 3 günden fazla katılım gösteren katılımcıların oranı %68,6 iken, Psikososyal Beceri

Eğitim Grubuna katılım %91,4 oranında gerçekleşmiştir. Psikososyal Beceri Eğitim Grubuna katılan bu 32 kişinin %87,5'i söz konusu eğitim grubuna en az 18 oturum boyunca katılım göstermiştir (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.3. Rehabilitasyona İlişkin Özellikler

Değişkenler	n	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Rehabilitasyon Varlığı	70			
Var		35	50,0	
Yok		35	50,0	
Rehabilitasyon Süresi	35			
6-12 Ay		2	5,7	
>12 Ay		33	94,3	
İş-Uğraş Terapisine Katılım	35			
3 Günden Az		11	31,4	
3 Günden Fazla		24	68,6	
Psikososyal Beceri Eğitim Grubu Katılımı	35			
Var		32	91,4	
Yok		3	8,6	
Psikososyal Beceri Eğitim Grubu Oturum Sayısı	32			
18 Oturumdan Az		4	12,5	
18 Oturumdan Fazla		28	87,5	
		Ort±SS	Med(IQR)	Min-Max
Rehabilitasyon Süresi (Ay)	35	45,26±28,89	35(16-77)	10-77

Çalışmada kullanılan tüm ölçek ve bu ölçeklerin alt boyutlarına ilişki istatistiki bilgiler Çizelge 4.4'te görülmektedir.

Çizelge 4.4. Katılımcıların Ölçek Skorları

Değişkenler (n=70)	Ort±SS	Med(IQR)	Min-Max
Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)			
PANSS Toplam	54,93±10,71	55(47-62)	36-80
PANSS Pozitif	10,14±2,82	10(8-12)	7-16
PANSS Negatif	15,74±4,58	15(12-19)	7-25
PANSS Genel Psikopatoloji	29,09±5,74	29(24-33)	17-43
İçgörü Puanı	13,97±2,88	14(12-16)	6-18
Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği Puanı	74,91±12,87	75(65-90)	45-95
İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Toplam	62,14±13,53	59,5(53-72)	34-99
RHİDÖ Yabancılaşma Alt Ölçeği	13,14±4,29	13(10-16)	6-24
RHİDÖ Kalıp Yargıların Onaylanması Alt Ölçeği	14,27±4,04	14(11-17)	7-24
RHİDÖ Algılanan Ayrımcılık Alt Ölçeği	10,61±3,27	10(8-12)	5-20
RHİDÖ Sosyal Geri Çekilme Alt Ölçeği	13,13±3,97	12(10-16)	6-21
RHİDÖ Damgalanmaya Karşı Direnç Alt Ölçeği	10,84±2,84	11(9-13)	5-18
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanı	18,6±4,58	19(16-21)	9-27

Çizelge 4.5'te rehabilitasyon alan ve almayan katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin yapılan analiz sonuçları görülmektedir. Sosyodemografik özellikler arasında iki grupta anlamlı farklılıkların görüldüğü tek parametre çalışma durumudur ($p=0,002$). Rehabilitasyon alanlarda görülen çalışmama oranı (%100), rehabilitasyon almayanlardaki çalışmama oranına (%71,4) göre anlamlı şekilde yüksektir.

Çizelge 4.5. Rehabilitasyon Varlığına Göre Sosyodemografik Özellikler

Değişkenler	n₁/n₂	Rehabilitasyon Alanlar	Rehabilitasyon Almayanlar	p
Yaş (Yıl)	35/35	40,91±9,49	40,46±9,06	0,837 [†]
Çocuk Sayısı	5/7	1(1-2)	2(1-2)	0,639 ^μ
Cinsiyet	35/35			0,807*
Kadın		15(42,9)	13(37,1)	
Erkek		20(57,1)	22(62,9)	
Öğrenim Düzeyi	35/35			0,686*
Okur Yazar		0(0)	1(2,9)	
İlkokul		2(5,7)	5(14,3)	
Ortaokul		9(25,7)	7(20)	
Lise		15(42,9)	13(37,1)	
Üniversite		9(25,7)	9(25,7)	
Medeni Durum	35/35			0,401*
Evli		2(5,7)	5(14,3)	
Bekar		29(82,9)	25(71,4)	
Ayrılmış		3(8,6)	5(14,3)	
Eşi Vefat Etmiş		1(2,9)	0(0)	
Çocuk Sahipliği	35/35			0,751*
Evet		5(14,3)	7(20)	
Hayır		30(85,7)	28(80)	
İş Durumu	35/35			0,002*
Çalışmıyor		35(100)	25(71,4)	
Çalışıyor		0(0)	10(28,6)	

[†]Independent Samples T test, *Ort±SD*

^μMann Whitney U test, *Med(IQR)*

*Pearson Ki-Kare Testi, Yates Düzeltmesi, Fisher's Freeman Halton Exact Test, *n(%)*

PANSS Negatif sendrom boyutu skoru ($p=0,004$), KSPÖ ($p<0,001$), RHİDÖ Toplam skoru ($p=0,007$), RHİDÖ Sosyal Geri Çekilme boyutu ($p=0,006$), RHİDÖ Damgalanmaya Karşı Direnç boyutu ($p=0,008$) ve RBSÖ ($p=0,040$) rehabilitasyon varlığına göre istatistiki açıdan anlamlı farklılıklar görülen ölçek skorlarıdır (Çizelge 4.6). KSPÖ ile RBSÖ skorları rehabilitasyon programına katılanlarda, anlamlı farklılıkların görüldüğü diğer ölçek skorları ise rehabilitasyon almayan katılımcılarda daha yüksektir (Şekil 4.1).

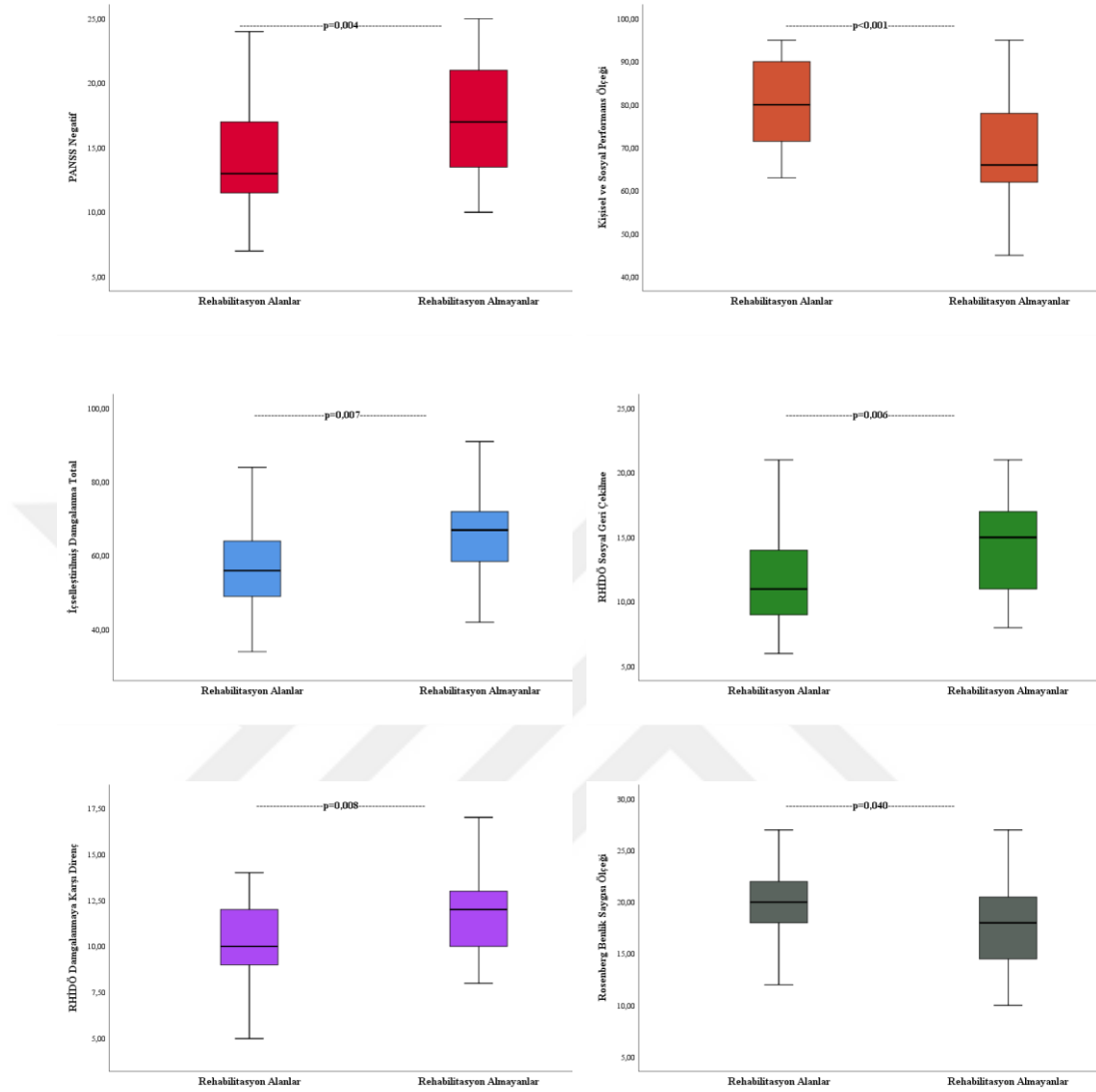
Çizelge 4.6. Rehabilitasyon Varlığına Göre Ölçek Skorları

Değişkenler (n=70)	Rehabilitasyon Alanlar (n=35)	Rehabilitasyon Almayanlar (n=35)	p
PANSS Toplam	52,57±9,66	57,29±11,32	0,065 [†]
PANSS Pozitif	10(8-12)	10(8-12)	0,615 ^u
PANSS Negatif	14,2±4,18	17,29±4,5	0,004[†]
PANSS Genel Psikopatoloji	28,31±4,99	29,86±6,39	0,264 [†]
İçgörü Puanı	15(13-17)	14(11-16)	0,088 ^u
Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği	80(71-90)	66(62-78)	<0,001^u
İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Toplam	56(49-65)	67(58-72)	0,007^u
RHİDÖ Yabancılaşma	12(9-14)	14(11-17)	0,053 ^u
RHİDÖ Kalıp Yargıların Onaylanması	12(11-16)	15(11-18)	0,203 ^u
RHİDÖ Algılanan Ayrımcılık	10(8-11)	11(8-13)	0,230 ^u
RHİDÖ Sosyal Geri Çekilme	11(9-14)	15(11-17)	0,006^u
RHİDÖ Damgalanmaya Karşı Direnç	10(9-12)	12(10-13)	0,008^u
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	20(18-22)	18(14-21)	0,040^u

[†]Independent Samples T test, *Ort±SD*

^uMann Whitney U test, *Med(IQR)*

Şekil 4.1. Rehabilitasyon Varlığına Göre Bazı Ölçek Skorları



Sadece rehabilitasyon alan katılımcılar dikkate alınarak ölçek skorları ile yaş, rehabilitasyon süresi, hastalık süresi ve yatış sayısı arasındaki ilişki korelasyon analizi ile irdelenmiş ve sonuçlar Çizelge 4.7’de gösterilmiştir. Analiz sonuçlarında belirtilen “r” değeri korelasyon katsayısıdır. Korelasyon katsayısı -1 ile +1 arasında değer alır. Buradaki +1 pozitif tam ilişki, -1 ise negatif yönlü tam ilişkiyi işaret eder. Korelasyon katsayısı sıfıra yaklaştıkça ilişkinin kuvvetinin zayıf olduğu, -1 veya +1’e yaklaştığında ise ilişkinin kuvvetlendiği bilinmektedir. Buna göre $r=0,00$ “ilişki yok”, $r=0,01-0,29$ “düşük düzeyde ilişki”, $r=0,30-0,70$ “orta düzeyde ilişki”,

$r=0,71-0,99$ “yüksek düzeyde ilişki” ve $r=1,00$ “mükemmel ilişki” olarak yorumlanır. Burada bahsedilen pozitif yönlü ilişki, ilişkinin direkt ve doğrusal olduğu anlamına gelmektedir. Başka bir ifadeyle değişkenler birlikte artıyor veya azalıyorsa, burada pozitif yönlü bir ilişkiden bahsetmek mümkündür. İlişkinin negatif yönde olması ise, ters yönlü bir ilişkiyi ifade etmektedir. Aralarındaki hareket farklı yönlerde olan değişkenlerden birisinin değeri artarken, diğerinin değerinin düşmektedir.

Katılımcıların yaşları ve hastaneye yatış sayıları ile ölçek skorları arasında herhangi bir anlamlı ilişki görülmemiştir. Rehabilitasyon süresi ile KSPÖ skoru ($r=0,482$; $p=0,003$), RHİDÖ Algılanan Ayrımcılık boyutu skoru ($r=-0,509$; $p=0,002$) ve RBSÖ skoru ($r=0,526$; $p=0,001$) arasında ise anlamlı ilişkiler görülmüştür. RHİDÖ Algılanan Ayrımcılık boyutu skoru ile saptanan ilişki negatif yönlü bir ilişkidir. Başka bir ifadeyle, rehabilitasyon süresi arttıkça, RHİDÖ Algılanan Ayrımcılık boyutu skoru anlamlı şekilde düşmektedir. KSPÖ skoru ve RBSÖ skorunda ise ilişkiler pozitif yönlüdür. Anlamlı ilişkilerin saptandığı tüm parametrelerde ilişkilerin kuvveti orta düzeylidir (Şekil 4.2). Son olarak, Hastalık Süresi ile RHİDÖ Yabancılaşma boyutu arasında negatif yönlü ve orta düzeyli anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($r=-0,350$; $p=0,039$; Şekil 4.3).

Çizelge 4.7. Rehabilitasyon Alan Hastalarda Ölçek Skorları ile Bazı Parametreler Arasındaki Korelasyon Analizi

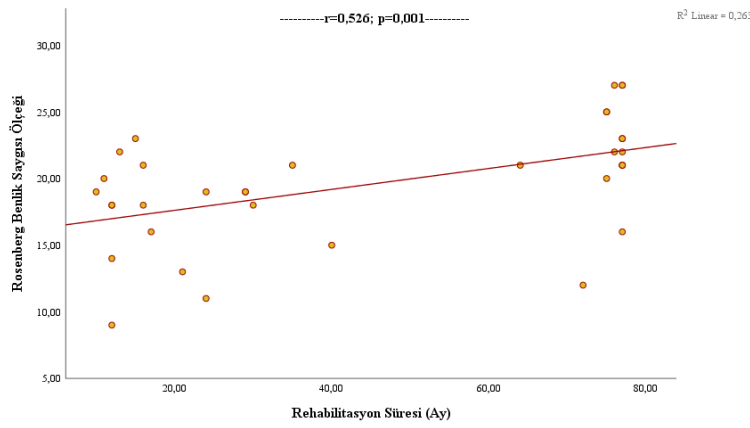
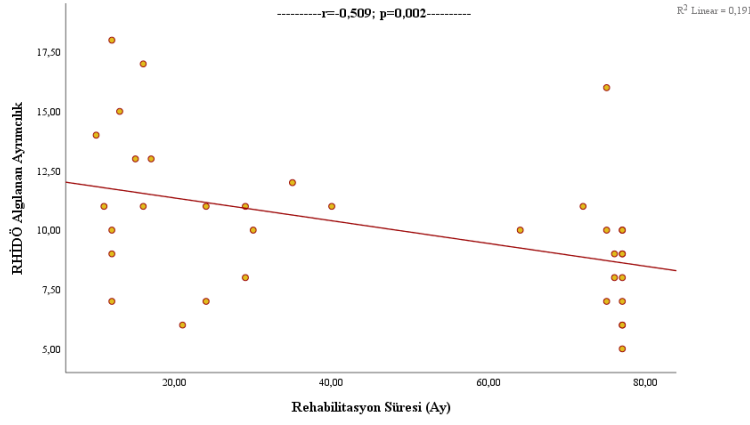
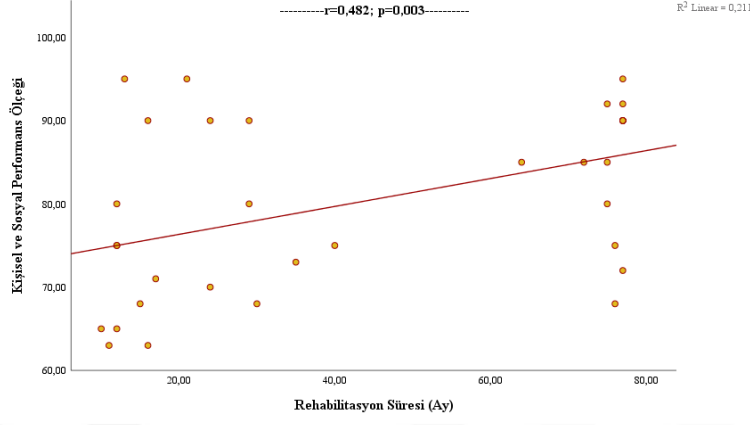
		Yaş	Rehabilitasyon Süresi	Hastalık Süresi	Yatış Sayısı
PANSS Toplam	r	-0,031	-0,151	0,119	-0,191
	p	0,858	0,388	0,496	0,311
PANSS Pozitif	r	-0,011	0,156	0,089	-0,285
	p	0,952	0,371	0,613	0,127
PANSS Negatif	r	-0,083	-0,113	0,054	-0,081
	p	0,637	0,517	0,758	0,671
PANSS Genel Psikopatoloji	r	0,075	-0,194	0,124	-0,177
	p	0,668	0,263	0,476	0,35
İçgörü Puanı	r	-0,043	0,235	-0,002	0,241
	p	0,807	0,174	0,99	0,199
Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği	r	-0,122	0,482**	-0,085	0,174
	p	0,485	0,003	0,626	0,358
İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Toplam	r	-0,183	-0,321	-0,207	-0,255
	p	0,292	0,06	0,233	0,173
RHİDÖ Yabancılaşma	r	-0,318	-0,204	-0,350*	-0,274
	p	0,063	0,24	0,039	0,143
RHİDÖ Kalıp Yargıların Onaylanması	r	-0,213	-0,153	-0,175	-0,301
	p	0,22	0,379	0,316	0,107
RHİDÖ Algılanan Ayrımcılık	r	0,065	-0,509**	-0,037	-0,14
	p	0,712	0,002	0,834	0,46
RHİDÖ Sosyal Geri Çekilme	r	-0,111	-0,329	-0,201	-0,156
	p	0,527	0,054	0,246	0,411
RHİDÖ Damgalanmaya Karşı Direnç	r	0,046	-0,256	0,014	-0,2
	p	0,794	0,137	0,936	0,291
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	r	-0,034	0,526**	0,05	0,196
	p	0,847	0,001	0,777	0,299

^sSpearman Rho Korelasyon Analizi

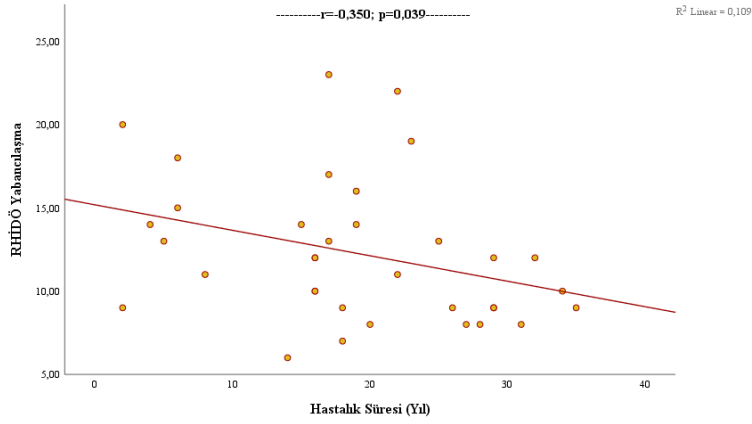
*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

**Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır.

Şekil 4.2. Rehabilitasyon Alan Hastalarda Rehabilitasyon Süresi ile Bazı Ölçek Skorları Arasındaki Korelasyon Eğrileri



Şekil 4.3. Rehabilitasyon Alan Hastalarda Hastalık Süresi ile RHİDÖ Yabancılaşma Boyutu Skoru Arasındaki Korelasyon Eğrileri



Rehabilitasyon alan hastalar arasında İş-Uğraş terapisine 3 günden fazla süreyle katılanlar ile bu hastalar içerisinde İş-Uğraş terapisine 3 günden daha az süreyle katılanların ölçek skorları istatistiksel açıdan herhangi bir farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$). Örneğin, PANSS ölçek skorlarının tamamı terapiye 3 günden daha fazla süreyle katılan hastalarda daha yüksek değerler almış olsa da, söz konusu farklılıklar istatistiki açıdan anlamlı bulunmamıştır (Çizelge 4.8).

Çizelge 4.8. Rehabilitasyon Alan Hastalarda İş-Uğraş Terapisine Katılım Durumuna Göre Ölçek Skorları

Değişkenler (n=35)	İş-Uğraş Terapisine Katılım		p ^a
	<3 Gün (n=11)	>3 Gün (n=24)	
PANSS Toplam	50(43-55)	55(47-58,5)	0,409
PANSS Pozitif	9(8-12)	10(8,5-12,5)	0,334
PANSS Negatif	13(11-18)	14,5(11,5-17)	>0,999
PANSS Genel Psikopatoloji	26(22-31)	29(25,5-31,5)	0,268
İçgörü Puanı	16(12-18)	14,5(13-16,5)	0,731
Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği	75(65-90)	82,5(71,5-90)	0,713
İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Toplam	55(49-62)	57,5(49-69,5)	0,334
RHİDÖ Yabancılaşma	11(8-13)	12(9-16,5)	0,186
RHİDÖ Kalıp Yargıların Onaylanması	12(10-14)	13(11,5-19)	0,163
RHİDÖ Algılanan Ayrımcılık	10(8-11)	10(7,5-11,5)	0,847
RHİDÖ Sosyal Geri Çekilme	12(8-14)	11(9-14)	0,820
RHİDÖ Damgalanmaya Karşı Direnç	10(8-12)	10(9-12)	0,958
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	19(18-23)	21(17-22)	>0,999

^aMann Whitney U test, Med(IQR)

Rehabilitasyon alan hastalarda Psikososyal Beceri Eğitim grubuna katılım sergilenmesi de ölçek skorları üzerinde herhangi bir anlamlı fark yaratmamıştır ($p>0,05$; Çizelge 4.9).

Çizelge 4.9. Rehabilitasyon Alan Hastalarda Psikososyal Beceri Eğitim Grubu Katılım Durumuna Göre Ölçek Skorları

Değişkenler (n=35)	Psikososyal Beceri Eğitim Grubu Katılımı		p ^a
	Var (n=32)	Yok (n=3)	
PANSS Toplam	52,5(44-58)	53(48-68)	0,556
PANSS Pozitif	9,5(8-12)	10(10-15)	0,318
PANSS Negatif	13,5(11-17)	12(12-17)	0,890
PANSS Genel Psikopatoloji	27,5(23,5-31)	31(26-36)	0,318
İçgörü Puanı	15(13-17,5)	12(12-16)	0,290
Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği	85(71,5-90)	75(65-80)	0,264
İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Toplam	57,5(49-65,5)	55(47-56)	0,379
RHİDÖ Yabancılaşma	12(9-14,5)	10(8-12)	0,379
RHİDÖ Kalıp Yargıların Onaylanması	13(11-16,5)	10(8-12)	0,072
RHİDÖ Algılanan Ayrımcılık	10(8-11)	10(7-14)	0,934
RHİDÖ Sosyal Geri Çekilme	11(9-13,5)	15(8-16)	0,556
RHİDÖ Damgalanmaya Karşı Direnç	10(9-12)	10(6-12)	0,846
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	21(18-22,5)	18(14-19)	0,176

^aMann Whitney U test, Med(IQR)

Rehabilitasyon alan hastalarda ölçek skorları üzerinde anlamlı bir fark yaratmayan bir diğer parametre Psikososyal Beceri Eğitim grubu oturum sayısı olmuştur ($p>0,05$; Çizelge 4.10).

Çizelge 4.10. Rehabilitasyon Alan Hastalarda Psikososyal Beceri Eğitim Grubu Oturum Sayısına Göre Ölçek Skorları

Değişkenler (n=32)	Psikososyal Beceri Eğitim Grubu Katılımı		p ^a
	<18 (n=4)	>18 (n=28)	
PANSS Toplam	52,5(44,5-55,5)	52,5(44-58,5)	0,640
PANSS Pozitif	8(7,5-9,5)	10(8-12,5)	0,135
PANSS Negatif	15(10,5-18)	13,5(11-17)	0,891
PANSS Genel Psikopatoloji	23,5(22,5-27)	28,5(24,5-31,5)	0,169
İçgörü Puanı	14,5(13-15,5)	15(13-18)	0,602
Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği	83,5(69-93,5)	85(71,5-90)	0,721
İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Toplam	63,5(56,5-72)	56,5(49-64,5)	0,254
RHİDÖ Yabancılaşma	13,5(13-14)	11(9-15,5)	0,279
RHİDÖ Kalıp Yargıların Onaylanması	15(12-17,5)	12,5(11-16,5)	0,640
RHİDÖ Algılanan Ayrımcılık	10(7,5-13,5)	10(8-11)	0,934
RHİDÖ Sosyal Geri Çekilme	13(11-17,5)	11(8,5-12,5)	0,188
RHİDÖ Damgalanmaya Karşı Direnç	11(9,5-13)	10(8,5-11,5)	0,361
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	19(15,5-20)	21(18-23)	0,188

^aMann Whitney U test, Med(IQR)

Rehabilitasyon programına katılım ihtimalini etkileyebilecek faktörler Lojistik Regresyon Analiziyle incelenmiş ve bulgular Çizelge 4.11’de gösterilmiştir. PANSS Negatif sendrom skoru ($p=0,007$), KSPÖ ($p=0,001$), RHİDÖ Toplam skoru ($p=0,021$), RHİDÖ Sosyal Geri Çekilme skoru ($p=0,013$) ve RHİDÖ Damgalanmaya Karşı Direnç skoru ($p=0,007$) rehabilitasyon programına katılımı öngörmede önemli faktörler olarak öne çıkmıştır. Buna göre, PANSS Negatif Sendrom skoru 1 birim arttığında %15,1 azalan rehabilitasyona katılım ihtimali, KSPÖ skoru 1 birim arttığında %8,4 artmaktadır. 1 birim artan RHİDÖ Toplam skoru, rehabilitasyona katılım ihtimalini %4,5 azaltmaktadır. Rehabilitasyona katılım ihtimali RHİDÖ Sosyal Geri Çekilme skoru 1 birim arttığında %15,6 ve RHİDÖ Damgalanmaya Karşı Direnç skoru 1 birim arttığında %24 azalmaktadır.

Çizelge 4.11. Rehabilitasyon Katılımına Etki Eden Faktörler

Değişkenler	β	p^L	OR	%95GA	
Yaş	0,005	0,834	1,005	0,955	1,058
Cinsiyet (Erkek)	-0,238	0,626	0,788	0,302	2,054
Eğitim Durumu (Lise ve Üstü)	0,254	0,615	1,289	0,479	3,468
Medeni Durum (Bekar)	1,012	0,247	2,750	0,496	15,246
Çocuk Sahibi Olmama	0,405	0,528	1,500	0,426	5,277
Hastalık Nedeniyle İşten Çıkma	0,229	0,633	1,257	0,492	3,215
Hastalık Başlangıç Yaşı	-0,041	0,216	0,959	0,899	1,024
Hastalık Süresi	0,035	0,206	1,036	0,981	1,094
Hastane Yatışı Varlığı	1,012	0,247	2,750	0,496	15,246
Hastane Yatış Sayısı	-0,040	0,528	0,961	0,850	1,087
İntihar Girişimi Varlığı	0,281	0,597	1,324	0,467	3,750
PANSS Toplam	-0,043	0,069	0,958	0,914	1,003
PANSS Pozitif	0,051	0,551	1,053	0,889	1,246
PANSS Negatif	-0,164	0,007	0,849	0,754	0,956
PANSS Genel Psikopatoloji	-0,048	0,261	0,953	0,876	1,037
İçgörü Puanı	0,130	0,138	1,139	0,959	1,352
Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği	0,081	0,001	1,084	1,035	1,135
İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Toplam	-0,046	0,021	0,955	0,918	0,993
RHİDÖ Yabancılaşma	-0,098	0,098	0,907	0,808	1,018
RHİDÖ Kalıp Yargıların Onaylanması	-0,063	0,300	0,939	0,834	1,058
RHİDÖ Algılanan Ayrımcılık	-0,092	0,229	0,913	0,786	1,059
RHİDÖ Sosyal Geri Çekilme	-0,169	0,013	0,844	0,739	0,965
RHİDÖ Damgalanmaya Karşı Direnç	-0,274	0,007	0,760	0,622	0,929
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	0,101	0,071	1,106	0,991	1,234

^LLojistik Regresyon Analizi

KSPÖ skoruna etki eden faktörler Lineer Regresyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonuçları Çizelge 4.12’de görülmektedir. KSPÖ skoru üzerinde cinsiyet ($p=0,010$), rehabilitasyon programına katılım ($p<0,001$), rehabilitasyon süresinin 12 ayın üzerinde olması ($p=0,020$), rehabilitasyon süresi ($p=0,006$), PANSS Toplam skoru ($p<0,001$), PANSS Negatif Sendrom skoru ($p<0,001$), PANSS Genel Psikopatoloji skoru ($p<0,001$), İçgörü puanı ($p<0,001$), RHİDÖ Toplam skoru ($p<0,001$), RHİDÖ Yabancılaşma ($p=0,017$), RHİDÖ Kalıp Yargıların Onaylanması ($p=0,014$), RHİDÖ Algılanan Ayrımcılık ($p=0,019$), RHİDÖ Sosyal Geri Çekilme ($p<0,001$), RHİDÖ Damgalanmaya Karşı Direnç skoru ($p=0,005$) ve RBSÖ skoru ($p<0,001$) anlamlı etkiye sahiptir.

Hastanın erkek olması durumunda KSPÖ skoru 0,307 birim azalmaktadır. KSPÖ skoru rehabilitasyon programına katılım sergilendiğinde 0,443 birim; rehabilitasyon süresi 12 ayın üzerine çıktığında ise 0,393 birim artmaktadır. Rehabilitasyon süresi bir birim arttığında ise KSPÖ skoru 0,459 birim artmaktadır. KSPÖ skoru PANSS toplam skoru 1 birim arttığında 0,704 birim, PANSS Negatif Sendrom skoru 1 birim arttığında 0,689 birim ve PANSS Genel Psikopatoloji skoru 1 birim arttığında 0,622 birim azalmaktadır. İçgörü Puanı 1 birim arttığında ise KSPÖ skoru 0,537 birim artmaktadır. RHİDÖ Toplam skoru 1 birim arttığında 0,448 birim azalan KSPÖ skoru RHİDÖ Yabancılaşma skoru 1 birim arttığında 0,285 birim; RHİDÖ Kalıp Yargıların Onaylanması skoru 1 birim arttığında 0,293 birim; RHİDÖ Algılanan Ayrımcılık skoru 1 birim arttığında 0,280 birim; RHİDÖ Sosyal Geri Çekilme skoru 1 birim arttığında 0,447 birim ve RHİDÖ Damgalanmaya Karşı Direnç skoru 1 birim arttığında 0,330 birim azalmaktadır. Son olarak, RBSÖ skoru 1 birim arttığında KSPÖ skorunda 0,468 birimlik bir artış görülmektedir.

Çizelge 4.12. Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği Skoruna Etki Eden Faktörler

Değişkenler	Standardize olmayan β	β	t	p ^L	%95GA	
Yaş	-0,225	-0,161	-1,347	0,182	-0,559	0,108
Cinsiyet	-8,000	-0,307	-2,658	0,010	-14,01	-1,994
Eğitim Durumu (Lise ve Üstü)	6,147	0,228	1,934	0,057	-0,194	12,487
Medeni Durum (Bekar)	1,175	0,028	0,228	0,821	-9,126	11,475
Çocuk Sahipliği	-0,807	-0,024	-0,196	0,845	-9,007	7,392
Çocuk Sayısı	-2,983	-0,183	-0,590	0,568	-14,25	8,287
Çalışma Durumu	3,600	0,099	0,817	0,417	-5,191	12,391
Hastalık Nedeniyle İşten Çıkma	3,722	0,146	1,214	0,229	-2,397	9,841
Hastalık Başlangıç Yaşı	-0,109	-0,064	-0,530	0,598	-0,520	0,302
Hastalık Süresi	-0,167	-0,115	-0,958	0,341	-0,516	0,181
Hastane Yatışı Varlığı	-1,810	-0,042	-0,351	0,727	-12,10	8,485
Hastane Yatış Sayısı	-0,358	-0,119	-0,937	0,352	-1,123	0,406
İntihar Girişimi Varlığı	1,770	0,063	0,517	0,607	-5,059	8,599
Gündüz Takip Süresi	2,348	0,037	0,307	0,760	-12,90	17,601
Rehabilitasyon Alma	11,314	0,443	4,073	<0,001	5,771	16,858
Rehabilitasyon Süresi (>12 Ay)	17,576	0,393	2,452	0,020	2,991	32,161
Rehabilitasyon Süresi (Ay)	0,168	0,459	2,968	0,006	0,053	0,282
İş-Uğraş Terapisi Katılımı	2,027	0,091	0,522	0,605	-5,870	9,923
Psikososyal Beceri Eğitim Grubu Katılımı	-7,917	-0,213	-1,254	0,219	-20,76	4,930
PANSS Toplam	-0,846	-0,704	-8,181	<0,001	-1,052	-0,640
PANSS Pozitif	-0,952	-0,209	-1,759	0,083	-2,032	0,128
PANSS Negatif	-1,934	-0,689	-7,834	<0,001	-2,426	-1,441
PANSS Genel Psikopatoloji	-1,395	-0,622	-6,558	<0,001	-1,819	-0,970
İçgörü Puanı	2,400	0,537	5,250	<0,001	1,488	3,313
İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Toplam	-0,426	-0,448	-4,135	<0,001	-0,632	-0,220
RHİDÖ Yabancılaşma	-0,855	-0,285	-2,456	0,017	-1,550	-0,160
RHİDÖ Kalıp Yargıların Onaylanması	-0,933	-0,293	-2,526	0,014	-1,670	-0,196
RHİDÖ Algılanan Ayrımcılık	-1,101	-0,280	-2,402	0,019	-2,016	-0,187
RHİDÖ Sosyal Geri Çekilme	-1,450	-0,447	-4,120	<0,001	-2,152	-0,748
RHİDÖ Damgalanmaya Karşı Direnç	-1,498	-0,330	-2,886	0,005	-2,534	-0,462
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	1,316	0,468	4,373	<0,001	0,716	1,917

^LLineer Regresyon Analizi

5. TARTIŞMA

Araştırmamızda rehabilitasyon programlarına devam eden şizofreni hastaları ile rehabilitasyon hizmetlerine katılım göstermeyen şizofreni hastaları pozitif ve negatif semptomlar, içgörü, içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve sosyal işlevsellik düzeyleri açısından karşılaştırılmıştır. Rehabilitasyon hizmetinin bu değişkenler üzerine etkisi incelenmiştir. Uzun vadede sosyal ve günlük işlevselliğin öngörücüsü olarak negatif semptomların sağaltımında antipsikotik tedavilerin tek başına yeterli olmadığı bildirilmektedir (219–221). Fonksiyonel iyileşmenin önündeki engellerden olan avolusyon, anhedoni, iç çekilme gibi negatif belirtilerin şiddeti, uzun vadede şizofreni morbiditesinin büyük bölümünü oluşturur ve bu semptom grubunu psikososyal müdahalelerin temel hedeflerinden biri hâline getirir. (132,222). Çalışmamızda PANSS negatif sendrom puanlarının rehabilitasyona katılan grupta rehabilitasyona katılmayan gruba kıyasla anlamlı daha düşük olduğu görülmüştür. Bu bulgular negatif belirtiler üzerine farmakoterapiye ek olarak bilişsel davranışçı terapi, iş-uğraş (mesleki) terapisi, egzersiz, yoga ve müzik terapisi gibi psikososyal müdahalelerin negatif semptomları azaltmada etkili olduğunu bildiren önceki çalışmalarla örtüşmektedir (111,223–226). Şizofreni hastalarına yönelik grup sanat terapilerinin etkinliğini değerlendiren sistematik inceleme ve meta-analiz çalışmasında, bu müdahalelerin pozitif ve negatif semptomlar üzerinde orta ile zayıf düzeyde sınırlı kanıtlar sunduğu belirtilmiştir (227). Bir randomize kontrollü çalışmada, iş-uğraş terapisi ile sosyal beceri eğitiminin bir arada uygulandığı müdahale grubunda, yalnızca sosyal beceri eğitimi alan grupla karşılaştırıldığında negatif semptomlarda istatistiksel olarak anlamlı ve daha belirgin bir azalma olduğu, bu bulgunun 6 aylık izlem sürecinde de korunduğu görülmüştür (228). Bu sonuçlar, çalışmamızda da olduğu gibi en az 6 ay yapılandırılmış psikososyal müdahalelere düzenli katılımın negatif semptom şiddetini azaltabileceği bulgusunu desteklemektedir. Çalışmamız, tasarımı gereği psikososyal müdahalelerin negatif semptomlar üzerindeki etkilerini ayrı ayrı değerlendirmemekle birlikte; iş-uğraş terapisi, sosyal beceri eğitimi, sanat

terapisi, müzik terapi, fiziksel aktivite gibi müdahaleleri entegre eden sürdürülebilir bütüncül yaklaşımların, negatif semptomların azaltılmasında ve uzun vadeli fonksiyonel işlevsellik hedeflerine ulaşmada etkili bir yöntem olabileceğini göstermektedir. Özellikle rehabilitasyon müdahalelerine devam eden hastalara uygulanan bu tür bütüncül yaklaşımların negatif semptomları azaltarak hastaların toplumsal yaşama katılımını artırması, yalnızca bireyin değil, bakım verenlerin ve aile üyelerinin üzerindeki psikososyal yükün hafifletilmesine de katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, farmakolojik tedavilerine düzenli devam eden ve klinik remisyon kriterlerini karşılayan bireylerin PANSS pozitif semptom düzeyleri yönünden her iki grup arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Şizofreni tedavisinde antipsikotik ilaçların, pozitif semptomlar üzerine orta düzeyde etkili olduğu ve negatif semptomlara kıyasla pozitif semptomlar üzerinde daha iyi yanıt oluşturduğu bilinmektedir (221,229). Çalışmamızda PANSS pozitif puanları açısından her iki grup karşılaştırıldığında benzer sonuçların olması, her iki grubun da rutin antipsikotik tedavilerine düzenli devam etmesi, klinik açıdan remisyon halinde olmaları ve antipsikotik tedavilerin pozitif semptomlar üzerine etkisiyle ilişkilendirilebilir.

Şizofrenide psikososyal işlevselliğin önündeki engellerden bir tanesinin de içselleştirilmiş damgalanma olduğu belirtilmektedir (155). I selleştirilmiş damgalanma süreci; bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenler içermektedir ve bireyin toplumda ruhsal hastalıklara yönelik damgalayıcı tutumları algılayıp içselleştirmesi, olumsuz bilişler geliştirmesiyle ortaya çıkar (156,158). Hastalık kimliği modeline göre; ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerde toplumun ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutumlarının benimsenmesi ile bireyin öz yetersizlik hissettiği, umut ve benlik saygısının etkilendiği, bunun da başa çıkmayı, sosyal etkileşimi, mesleki işlevselliği etkilediği  ne sürülmektedir (133,156). Yapılan  alışmalar içselleştirilmiş damgalanma ile benlik saygısı arasında güçlü bir negatif korelasyon olduğunu, şizofreni hastalarında algılanan ve deneyimlenen damgalanmanın daha şiddetli depresif semptomlar, daha fazla sosyal kaygı ve kaçınma davranışları, düşük benlik saygısı, daha zayıf sosyal işlevsellik ile ilişkili

olduğunu göstermiştir (5,154,197). Şizofreni spektrum bozukluklarında içselleştirilmiş damgalanmaya yönelik psikolojik müdahaleleri inceleyen ve toplam 27 çalışmayı kapsayan güncel bir meta-analizde; içgörü, benlik saygısı ve içselleştirilmiş damgalanma alanlarındaki değişimler değerlendirilmiştir. Psikolojik müdahalelerin çoğunun grup temelli olduğu, en sık uygulanan ve etkin müdahalenin grup psikoeğitimi olduğu; psikoeğitim, BDT, sosyal beceri eğitimi, farkındalık, problem çözme ve iletişim becerilerini birleştiren müdahalelerin ise içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini düşürmede başarılı olduğu gözlenmiştir. Aynı meta-analizde Anlatı Geliştirme ve Bilişsel Terapi (NECT) yönteminin içselleştirilmiş damgalanmayı azaltmada istatistiksel olarak daha etkili olduğu gösterilmiştir (16). Çalışmamızda rehabilitasyon hizmeti alan ve almayan grup içselleştirilmiş damgalanma açısından incelendiğinde, rehabilitasyon programlarına düzenli devam eden grupta içselleştirilmiş damgalanma puanlarının anlamlı daha düşük olduğu saptanmıştır. Damgalanmaya karşı Rasyonel Duygusal Davranış Terapisi ilkelerinin temel alınarak yapılandırılan damgalanma karşıtı grup müdahalesi, BDT temelli terapiler ve grup psikoeğitimlerinin içselleştirilmiş damgalanma üzerindeki etkisinin incelendiği çalışmalarda; deney grubunda müdahale sonrası içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede daha düşük olduğu görülmüştür (230–232). BDT ile düşünce çarpıtmalarının tanınması ve daha işlevsel davranışsal kalıpların oluşturulması hedeflenmektedir (63,67). Çalışmamızda ise önceki çalışmalarla tutarlı biçimde; bireysel psikoeğitim ile bilişsel davranış temelli sosyal beceri eğitimi yaklaşımlarını içeren grup terapilerinin, doğrudan damgalanmaya yönelik olarak yapılandırılmamış olsa da otomatik damgalayıcı düşünceleri fark etme, yeniden yapılandırma, başa çıkma becerileri geliştirme ve benlik saygısını güçlendirme yoluyla içselleştirmiş damgalanma düzeylerini azalttığı düşünülebilir. İçselleştirilmiş damgalamayı doğrudan hedef alan, özellikle NECT gibi psikososyal müdahalelere odaklanan prospektif çalışmalar, bu alandaki literatüre önemli düzeyde kanıt sunabilir.

İçselleştirilmiş damgalanmanın özellikle sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç alt ölçek puanları da rehabilitasyon alan grupta anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Damgalanmaya karşı direnç; içselleştirilmiş

damgalanmadan farklı olarak ruhsal hastalıkla ilgili olumsuz stereotiplere meydan okunması, karşı çıkılması ve damgalanmaya karşı önleyici inançların geliştirilmesi olarak belirtilmiştir (233). RHİDÖ'nün damgalanmaya karşı direnç kısmının ters puanlandığı düşünüldüğünde, sonuçlarımız rehabilitasyon alan bireylerin hastalıklarıyla ilgili olumsuz stereotiplere karşı daha dirençli olduğu ve sosyal izolasyondan daha uzak olduklarını göstermektedir. Damgalanma direncinin pozitif ve negatif semptomlar ile çeşitli psikososyal faktörlerden etkilendiği öne sürülmüş; yüksek damgalanma direncinin ise daha düşük negatif semptom düzeyi, daha yüksek benlik saygısı ve daha düşük içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (233–236). Çalışmamızda, rehabilitasyon programlarına katılan grubun negatif semptom düzeylerinin daha düşük, benlik saygısı düzeylerinin ise daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı grubun damgalanmaya karşı direnç puanlarının da daha yüksek çıkması, bu değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya koyan önceki bulgularla tutarlıdır. Damgalanmaya karşı direncin, daha yüksek sosyal güç ve daha düşük içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkili olduğunu bildiren bir çalışma; bireylerin sosyal ilişkiler bağlamında güç duygularını destekleyen, ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlarını dönüştürmeye yardımcı olan ve günlük katılımı teşvik etme potansiyeline sahip müdahalelerin, damgalanma direncini artırmayı doğrudan hedeflemesi gerektiğini vurgulamaktadır (232). Çalışmamızda da damgalanmaya karşı direnç alt ölçeği, rehabilitasyon programlarına katılımı yordayan değişkenlerden biri olarak bulunmuştur ve ters puanlama dikkate alındığında, yüksek düzeyde damgalanma direncinin, rehabilitasyona katılım olasılığıyla anlamlı şekilde ilişkili bir faktör olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda, sosyal işlevselliği etkileyen faktörler arasında damgalanmaya karşı direncin, sosyal işlevsellik üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisinin olduğu görülmüştür. Rehabilitasyon alan grupta uygulanan çeşitli iş-uğraş terapisi ve bilişsel davranış temelli sosyal beceri eğitim grubu müdahalelerinin; bireylerin duygu ve düşüncelerini ifade etme, olumsuz stereotiplerle başa çıkma, iletişim ve sosyalleşmeye yönelik becerileri geliştirme yoluyla damgalanmaya karşı direnci desteklemiş olabileceğini düşündürmektedir. Diğer taraftan damgalanmaya karşı direncin de rehabilitasyona katılımı ve sosyal işlevselliği destekleme yoluyla müdahalelerin sürdürebilir olmasına katkı sağladığı düşünülebilir. İçselleştirilmiş

damgalanmayı azaltmaya yönelik müdahalelerin, doğrudan damgalanma direncini hedefleme doğrultusunda yapılandırılması, bu uygulamaların etkinlik düzeyini arttırabilir. Bu doğrultuda prospektif, geniş örneklem gruplarıyla yürütülecek çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Şizofrenide benlik saygısı düzeyleri ile hastalığın psikopatolojik özellikleri arasında karmaşık ve çok boyutlu ilişkiler bulunduğu bildirilmektedir. Negatif semptomlara odaklanan boylamsal bir çalışmada, psikotik bozukluğun erken evrelerinde pozitif benlik inançlarındaki artışın; sosyal geri çekilme ve motivasyon eksikliği gibi negatif semptomlarda azalmaya katkıda bulunduğu gösterilmiştir (196). Şizofreni hastalarında pozitif benlik inançları geliştirmek ve benlik saygısını arttırmak amacıyla çeşitli hem bireysel hem grup temelli psikososyal ve psikoterapotik müdahale yaklaşımları mevcuttur. Güncel bir çalışmada psikoeğitim müdahalesiyle şizofreni hastalarında semptom şiddetinin azaldığı, içgörü ve benlik saygısında artış olduğu gösterilmiştir (198). Bireysel ya da grup temelli BDT müdahalelerinin kullanıldığı çalışmalarda hastaların terapi sonrası benlik saygısında artış, sosyal işlevselliğinde iyileşmelerin olduğu gösterilmiştir (199–202). Çalışmamızda da bu bulgularla tutarlı olarak; bireysel psikoeğitim ve bilişsel davranış temelli sosyal beceri eğitim grup terapisi müdahalelerini alan rehabilitasyon grubunda, rehabilitasyon almayan gruba göre benlik saygısı ve sosyal işlevsellik düzeylerinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca sosyal işlevselliği yordayan faktörlerin incelendiği analizde, benlik saygısındaki artışın sosyal işlevsellik üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Bu bulguların, rehabilitasyon alan bireylerin, BDT temelli yaklaşımlar aracılığıyla olumsuz benlik inançlarını fark ederek, bu işlevsiz inançları daha esnek düşüncelerle değiştirebilme becerisini kazandıklarını düşündürmektedir. Yatan psikotik hastalarda benlik saygısını hedefleyen BDT müdahalesinin etkinliğini değerlendiren bir çalışmada, tedavi sonrası ve üç aylık takip değerlendirmelerinde müdahale grubunda benlik saygısının anlamlı düzeyde daha fazla iyileştiği, sosyal işlevselliğin de arttığı gösterilmiştir (199). Benzer şekilde, kronik psikotik hastalarda erken nüks belirtilerine yönelik uygulanan BDT'nin, psikozla ilişkili olumsuz inançları azaltma ve benlik saygısını artırma hedefiyle yapılandırıldığı başka bir çalışmada da, müdahale grubunda 12 aylık takip

sonunda benlik saygısında daha belirgin bir artış saptanmıştır (200). Çalışmamızda da rehabilitasyon programına katılan bireylerde benlik saygısı ve sosyal işlevsellik skorlarının rehabilitasyon süresi ile pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki gösterdiği saptanmıştır. Önceki takip çalışmalarıyla tutarlı olarak; BDT temelli yaklaşımlarına devam eden rehabilitasyon hastalarının, rehabilitasyon süresinin uzamasına paralel olarak benlik saygısının güçlendiği ve sosyal işlevselliğin arttığı sonucu çıkarılabilir. Şizofreni hastalarında uzun vadeli işlevsellik kaybına sebep olan psikososyal faktörleri hedef alan rehabilitasyon müdahalelerinin uzun süreli etkisini değerlendirecek yeni takip çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

İçgörü puanlarına yönelik, rehabilitasyon alan grupta anlamlı daha yüksek olmasını beklediğimiz hipotezimizin aksine; her iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu durum, içgörünün; pozitif ve negatif semptomlar, meta-bilişsel ve sosyal bilişsel işlevler, benlik algısı ve damgalanma gibi çok sayıda faktör ve mekanizmadan etkilenen, çok boyutlu ve karmaşık bir kavram olmasından kaynaklanıyor olabilir (165,167,171–173,177,237).

Şizofreninin negatif semptomlarına yönelik psikososyal ve davranışsal müdahaleleri ele alan sistematik incelemede, mevcut sınırlı kanıtlar tedaviyi bırakma oranlarının negatif semptomların şiddetiyle ilişkili olabileceği belirtilmiştir. Özellikle düşük motivasyon ve ilgisizlik gibi negatif semptomların, bireylerin psikososyal tedavilere düzenli katılımını zorlaştırabileceği öne sürülmüştür (222,238). Şizofrenide BDT katılımını da değerlendiren bir randomize kontrollü çalışma, daha yüksek düzey negatif semptomu olan bireylerin tedaviye katılımının daha düşük olduğunu öngörmüştür. Aynı çalışmada benlik saygısı düzeylerinin başlangıçta tedaviye katılımı öngörmediği belirtilmiştir (239). Negatif semptom düzeyinin rehabilitasyona katılım olasılığıyla anlamlı düzeyde ilişkili bir değişken olduğunu, benlik saygısı düzeylerinin ise katılımı anlamlı bir ilişki göstermediğini ortaya koyan bulgularımız, literatürle uyumludur. Bulgularımız, rehabilitasyona katılım olasılığıyla ilişkili diğer değişkenlerin ise içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik düzeyleri olduğunu ortaya koymuştur. Bu doğrultuda, negatif semptom şiddeti arttıkça hastaların rehabilitasyon müdahalelerine katılım olasılığının azaldığı sonucuna ulaşılabilir. Benzer şekilde,

sosyal işlevsellik düzeyi düşük ve içselleştirilmiş damgalanma düzeyi yüksek olan bireylerin de rehabilitasyona katılım olasılığının azalacağı düşünülebilir. Rehabilitasyon hizmeti alan grubun, rehabilitasyona katılım göstermeyen gruba kıyasla negatif semptom, içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin anlamlı düzeyde daha düşük olduğu, sosyal işlevsellik düzeylerinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu göz önüne alındığında; motivasyon ve ilgi eksikliği gibi negatif belirtileri doğrudan hedef alan, damgalanmayı azaltan ve bireylerin sosyal işlevsel kazanımlarını destekleyen entegre rehabilitasyon programlarının önemi vurgulanmaktadır.

Şizofrenide fonksiyonel iyileşmenin sağlanabilmesi için sadece semptomların azalması yeterli değildir; aynı zamanda bireyin bağımsız yaşam becerileri kazanması ve toplumsal rollere yeniden entegre olması gibi psikososyal işlevsellik alanlarının da desteklenmesi gereklidir. Bu alanların temel unsuru olan sosyal işlevsellik; kişilerarası ilişkileri, üretken faaliyetleri, boş zamanın değerlendirilmesi, öz bakımı ve bağımsız yaşam becerilerini kapsamaktadır (121,127,129,130). Literatürde, şizofreni hastalarında sosyal işlevsellik düzeyini artırmaya yönelik psikososyal müdahalelerin etkinliğini değerlendiren çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Geniş örneklemli bir randomize kontrollü çalışmada, antipsikotik ilaç tedavisine ek olarak uygulanan psikososyal müdahalelerin (psikoeğitim, aile görüşmeleri, sosyal beceri eğitimi ve BDT); sosyal işlevsellik, günlük yaşam becerileri gibi alanlarda sadece farmakoterapi alan bireylere kıyasla üstün olduğu gösterilmiştir (240). Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda sosyal beceri eğitimi müdahalelerinin etkinliğini inceleyen çalışmalar, bu müdahalelerin sosyal işlevselliği geliştirmede etkili olduğunu; özellikle, sosyal yeterlilik ve performans üzerindeki olumlu etkileri nedeniyle, sosyal bilişsel bileşen içeren yaklaşımların ön plana çıktığını ortaya koymaktadır (74,75). Şizofreni gibi ciddi ruhsal hastalıklarda iş-uğraş terapisi ve aktivite temelli müdahalelerin etkisini inceleyen çalışmalarda; farmakolojik tedavilerin yürütücü işlevler, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerinde tek başına yetersiz kaldığı; bilişsel iyileştirme, sosyal beceri eğitimi ve günlük yaşam aktivitelerine dayalı terapilerin ise anlamlı gelişmeler ve işlevsel kazanımlar sağladığı belirtilmektedir (97,98). Çalışmamızda sosyal işlevsellik düzeylerinin rehabilitasyon programlarına devam eden grupta

anlamli derece yu'kse'k olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, farmakolojik tedaviye ek olarak iş-uğraş terapi'si, bireysel psikoeğitim ve sosyal beceri eğitimi gibi psikososyal m'udahalelerin sosyal işlevsellik uzerindeki olumlu etkisini go'stiren o'nceki çalışmalarla o'rtuşmektedir. Bilişsel davranış temelli sosyal beceri eğitimi modeline ilişkin olarak yapılan başka bir çalışmada; bu m'udahalenin sosyal işlevsellikte anlamli gelişmelere neden olduğu ve bu gelişmelerin o'zellikle "yenilgi inançları" gibi işlevsiz bilişlerin azalmasıyla ilişkili olabileceği belirtilmiştir (241). Bu bulgularla tutarlı olarak, çalışmamızda rehabilitasyon alan grupta bilişsel davranışçı temelli sosyal beceri eğitimi terapilerine yu'kse'k katılım oranı go'z o'nu'nde bulundurulduğunda, sosyal işlevselliğin desteklenmesine yalnızca davranışsal beceri kazandırmak değil; aynı zamanda bireyin kendine yo'nelik işlevsel olmayan inançlarını yeniden yapılandırmayı amaçlayan b'u'tu'ncu'el yaklaşımların da katkı sağladığı duşu'n'ulebilir.

Sosyal beceri eğitiminin, sosyal işlevsellik uzerinde doğrudan etkili olabileceği ya da pasif sosyal geri çekilme gibi negatif belirtileri azaltarak bu etkiyi dolaylı yoldan sağlayabileceği o'ne su'ru'lm'uştu'rd'ur (74). Çalışmamızda da sosyal işlevselliği etkileyen değişkenler incelendiğinde, negatif semptomlar ve genel psikopatoloji semptomları ile sosyal işlevsellik arasında anlamli ve negatif yo'nlu bir ilişki saptanmıştır. Toplam semptom şiddeti ile sosyal işlevsellik arasında da anlamli ve negatif yo'nlu bir ilişkinin olduğu go'ru'lm'uştu'rd'ur. Rehabilitasyon m'udahalelerine du'zenli olarak katılan grupta negatif semptom du'zeylerinin daha duşu'k, sosyal işlevsellik du'zeylerinin ise daha yu'kse'k bulunması, o'nceki literatu'rl'e tutarlı olarak psikososyal m'udahalelerin bu alandaki etkisinin hem doğrudan hem de negatif belirtileri ve semptom şiddetini azaltma yoluyla ortaya çıkabileceğini duşu'nd'u'rmektedir.

Sosyal işlevsellik uzerinde psikososyal m'udahalelerin uzunlamasına etkisini değerlendiren takip çalışmalarının literatu'rd'e yetersiz kaldığı go'ru'lmektedir. Bununla birlikte bir randomize kontrollu' çalışmada, psikoeğitim, BDT ve sosyal beceri eğitiminin de yer aldığı psikososyal rehabilitasyon programlarını alan m'udahale grubunda, 12 aylık izlem sonunda daha yu'kse'k sosyal işlevsellik du'zeyleri, daha fazla iş/eğitim katılımı, daha duşu'k tedavi bırakma oranları

gözlemlenmiştir (240). Toplum ruh sağlığı merkezinde RUTBE, grup terapileri, çeşitli uğraş terapileri gibi psikososyal rehabilitasyon programlarına düzenli devam eden hastalarla yapılan 1 yıllık izlem çalışmasında, sosyal işlevsellik düzeyinde ve tüm alt ölçeklerinde anlamlı artışlar olduğu gösterilmiştir (242). Benzer şekilde başka bir çalışmada 7 yıl boyunca farmakoterapi ve rehabilitasyon müdahalelerine düzenli devam etmiş şizofreni tanılı bireylerin retrospektif incelemesinde, takip sonucunda sosyal işlevselliğin artmış olduğu bildirilmiştir (243). Çalışmamızda rehabilitasyona düzenli devam eden grubun rehabilitasyon süresi ile sosyal işlevsellik arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmış olup, mevcut bu bulgu literatürle tutarlılık göstermektedir. Şizofreni hastalarının başa çıkma becerilerini geliştirmeye, kişiler arası ilişkilerini desteklemeye, bağımsız yaşamlarını sürdürmelerine ve topluma yeniden kazandırılmalarına yönelik rehabilitasyon hizmetlerinin ve bu hizmetlerin sürdürülebilir olmasının önemi vurgulanmaktadır.

Dengeli Bakım Modeli, etkili ruh sağlığı hizmetlerinin, hastane temelli bakım ile toplum temelli hizmetler arasında kurulan işlevsel bir denge yoluyla sağlanabileceğini öne sürmektedir. Modelin dayandığı temel ilkeler arasında özerklik, süreklilik, etkililik, erişilebilirlik, kapsamlılık, eşitlik, hesap verebilirlik, koordinasyon ve verimlilik yer almaktadır (244,245). Şizofreni gibi ciddi ruhsal bozuklukları olan ve ayaktan tedavi kliniklerinin yetersiz kaldığı bireyler için kapsamlı, koordineli ve multidisipliner müdahalelerin bir arada sunulabildiği psikiyatri gündüz hastaneleri, toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri içerisinde ayakta ve yataklı tedaviye alternatif etkili bir bakım modeli olarak öne çıkmaktadır (17). Özellikle uzun süreli yatışı gerektirmeyen vakalarda, gündüz hastaneleri tarafından sunulan yoğun psikososyal müdahaleler ve rehabilitasyon hizmetleri, bireylerin günlük işlevselliğini yeniden kazanmalarında, toplumsal katılımında ve sürekli tedavi gereksinimlerinin karşılanmasında etkili ve kritik bir rol oynamaktadır (204). Çalışmamızda, gündüz hastanesi rehabilitasyon hizmetlerinden faydalanan bireylerde gözlemlenen olumlu psikososyal değişimlerin yalnızca bireysel müdahalelerle sınırlı olmadığı; bu gelişmelerin, gündüz hastanelerinin toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri içindeki tamamlayıcı ve destekleyici rolüyle birlikte değerlendirildiğinde, söz konusu hizmet

sağlayıcılarının yaygınlaştırılmasının gerekliliğini ortaya koyduğu düşünülmektedir.

5.1. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle, örneklem sayısının sınırlı olması, elde edilen bulguların genellenebilirliğini azaltmaktadır. Ayrıca araştırmanın kesitsel tasarımı, uygulanan rehabilitasyon programlarının etkilerini zaman içinde gözlemlemeye olanak tanımamaktadır; bu durum, çalışmanın prospektif nitelikte olmamasını önemli bir kısıtlılık haline getirmektedir.

Uğraş terapileri halk eğitim merkezi öğretmenleri tarafından yürütülmüştür; bu kişilerin ergoterapi ya da uğraş terapistliği konusunda uzmanlık sertifikasına sahip olmamaları uygulamanın niteliğini sınırlayan bir başka unsurdur.

Katılımcıların mevcut farmakolojik tedavileri ile bu tedavilerin araştırma değişkenleri üzerindeki olası etkileri analiz edilmemiştir. Çalışma tasarımı gereği, içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı, içgörü ve sosyal işlevsellik alanlarına yönelik uygulanan farklı rehabilitasyon müdahalelerinin ayrı ayrı etkileri değerlendirilmemiştir. Bu durum, hangi müdahalenin hangi alan üzerinde daha etkili olduğuna dair çıkarım yapılmasını zorlaştırmaktadır.

5.2. Araştırmanın Güçlü Yönleri

Çalışmamızın alana önemli katkılar sağlayan çeşitli güçlü yönleri bulunmaktadır. Önceki araştırmalarda şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı, içgörü ve sosyal işlevsellik gibi değişkenler çoğunlukla birbirinden bağımsız olarak incelenmiştir. Ancak bu çalışmada söz konusu tüm psikososyal değişkenler bir arada değerlendirilmiş ve rehabilitasyon programlarına düzenli katılım ile olan ilişkisi bütüncül bir yaklaşımla ele alınmıştır.

Fonksiyonel iyileşmenin temel bileşenlerinden biri olan sosyal işlevselliğe etki eden faktörlerin eşzamanlı olarak ele alınması, özellikle sosyal işlevselliğin

sadece klinik belirtilerle değil, aynı zamanda psikososyal kaynaklarla ilişkili olduğunu ortaya koyması, ruh sağlığı alanında bütüncül değerlendirme ihtiyacını desteklemektedir. Aynı zamanda bu yönüyle çalışmamız, şizofrenide fonksiyonel iyileşmenin çok boyutlu doğasını göz önünde bulundurarak literatüre önemli katkı sunmaktadır.

Rehabilitasyon programlarına düzenli katılım gösteren bireylerle katılım göstermeyen bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve medeni durum açısından benzer özellikler göstermesi; bu sosyodemografik değişkenlerin sonuçlar üzerindeki olası yanlılık etkisini azaltmıştır.

Çalışmamızda rehabilitasyon müdahaleleri; gündüz hastanesinde, erişilebilir, sürdürülebilir ve toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri kapsamında sunulmuştur. Bu bağlamda, araştırma bulguları hem bireysel düzeyde iyileşmeleri göstermekte hem de toplum ruh sağlığı sisteminin önemli bir bileşeni olan gündüz hastanelerinin işlevsel katkılarına dair güçlü veriler sunmaktadır. Elde edilen sonuçlar, şizofreni hastalarının sosyal işlevselliğinin güçlendirilmesi, fonksiyonel iyilik halinin sağlanması doğrultusunda gündüz hastanelerinin yaygınlaştırılmasına yönelik yaklaşımlar geliştirme süreçlerine bilimsel zemin sağlayabilecek niteliktedir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Çalışmamız rehabilitasyon hizmetlerine katılan ve katılmayan şizofreni hastalarının içgörü, benlik saygısı, içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik düzeyleri açısından karşılaştırmalı değerlendirmesini ve rehabilitasyona katılımı, sosyal işlevselliği etkileyen faktörlerin belirlenmesini amaçlamıştır. Elde edilen bulgular, rehabilitasyon sürecinin bireyin işlevselliği ve psikososyal iyilik hali üzerindeki belirgin etkilerini ortaya koymaktadır.

1. Rehabilitasyon programlarına katılan şizofreni hastalarında, herhangi bir tür rehabilitasyon müdahalesine katılmayan şizofreni hastalarına kıyasla negatif semptom şiddetinin, içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin anlamlı biçimde daha düşük olduğu; benlik saygısı ve sosyal işlevsellik düzeylerinin ise daha yüksek olduğu saptanmıştır. Negatif semptomların daha düşük, sosyal işlevselliğin daha yüksek ve içselleştirilmiş damgalanmanın daha az olması; rehabilitasyon sürecinin şizofrenide fonksiyonel iyileşmeyi destekleyici rolünü ortaya koymaktadır.
2. Rehabilitasyon programına düzenli katılım gösteren hastaların, sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç puanları, rehabilitasyona katılmayan gruba kıyasla anlamlı düzeyde daha düşüktür. Direnç alt boyutunun ters puanlaması dikkate alındığında, rehabilitasyon grubunda elde edilen düşük puanlar, bu bireylerin damgalanmaya karşı daha güçlü bir dirence sahip olduklarını göstermektedir. Bu doğrultuda, rehabilitasyon sürecinde damgalanma ile başa çıkma becerilerini geliştirmeye yönelik müdahaleleri ele alan prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.
3. Rehabilitasyon hizmetlerinden faydalanan şizofreni hastalarında, rehabilitasyon süresinin artmasının sosyal işlevsellik ve benlik saygısındaki artışlarla anlamlı düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür. Ayrıca rehabilitasyon süresi ile algılanan ayrımcılık düzeyi arasında da negatif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgular, süregelen rehabilitasyon müdahalelerinin bireyin damgalanma algısını

zamanla azalttığını ve benlik saygısı ile sosyal işlevsellik üzerinde güçlendirici bir etki sağladığını göstermektedir.

4. Rehabilitasyona katılım olasılığını etkileyen değişkenler incelendiğinde; negatif semptomlar ve içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin rehabilitasyona katılım ile negatif yönde, sosyal işlevsellik düzeylerinin ise pozitif yönde anlamlı ilişki gösterdiği saptanmıştır. Bu doğrultuda, negatif semptom şiddeti ve içselleştirilmiş damgalanma düzeyi arttıkça katılım olasılığı azalmakta; sosyal işlevsellik düzeyi yükseldikçe katılım olasılığı artmaktadır. Ayrıca, içselleştirilmiş damgalanmanın sosyal geri çekilme ve damgalanmaya karşı direnç alt boyutlarının da rehabilitasyona katılım davranışı üzerinde anlamlı derecede etkili olduğu görülmüştür.
5. Sosyal işlevsellik düzeyini etkileyen faktörler incelendiğinde; rehabilitasyon süresinin uzunluğu, içgörü düzeyi ve benlik saygısının sosyal işlevsellik ile anlamlı pozitif ilişki gösterdiği belirlenmiştir. Semptom şiddeti (özellikle PANSS toplam, negatif ve genel psikopatoloji alt ölçekleri), içselleştirilmiş damgalanma ve alt boyutlarının sosyal işlevsellik ile anlamlı negatif ilişkiler gösterdiği saptanmıştır. Bu bulgular, sosyal işlevsel iyileşmenin sadece semptom kontrolüne değil, aynı zamanda bireyin damgalanma deneyimine, içgörüsüne ve benlik algısına bağlı olduğunu göstermektedir.

Tüm bulgular birlikte değerlendirildiğinde, rehabilitasyon hizmetlerinin yalnızca klinik belirtiler üzerinde değil, aynı zamanda psikososyal değişkenler üzerinde de anlamlı etkiler sağladığı; bu sayede bireyin toplumsal yaşama yeniden katılımı, benlik algısı, öznel iyilik hali ve sosyal işlevsellik gibi geniş kapsamlı alanlarda da olumlu katkılar sunduğu görülmektedir. Ayrıca, bu alana yönelik bilimsel kanıtların artırılması amacıyla, rehabilitasyon programlarının psikososyal iyilik hâli üzerindeki uzun vadeli etkilerini inceleyen, farklı müdahale türlerini karşılaştıran, içselleştirilmiş damgalanma, içgörü ve benlik saygısı gibi değişkenlerle ilişkisini değerlendiren ileriye dönük çalışmalara literatürde ihtiyaç duyulmaktadır. Şizofreni hastalarında sürdürülebilir ve bütüncül bir iyileşme hedefleniyorsa, rehabilitasyon programlarının kapsamının genişletilmesi, yaygınlaştırılması ve katılımın artırılmasına yönelik politikaların desteklenmesi büyük önem taşımaktadır.

ÖZET

Çalışmamızın amacı, rehabilitasyon hizmeti alan şizofreni hastalarında içgörü, içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve sosyal işlevsellik düzeylerini incelemek; bu grubu, rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanmayan şizofreni hastalarıyla karşılaştırarak düzenli rehabilitasyonun bu değişkenler üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Bu çalışma, kesitsel ve vaka-kontrol deseninde planlanmıştır. Çalışmaya, DSM-5 tanı kriterlerine göre şizofreni tanısı almış, klinik remisyon ölçütlerini sağlayan, Akdeniz Üniversitesi Psikiyatri Gündüz Hastanesi'nde rehabilitasyon programlarına düzenli devam eden 35 hasta ve aynı tanı ile herhangi bir tür rehabilitasyon müdahalesine katılmadan ayaktan takip edilen 35 hasta dahil edilmiştir. Toplam 70 katılımcı ile çalışma yürütülmüştür. Araştırmanın verilerinin toplanmasında Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ), Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği (KSPÖ) ve araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu kullanılmıştır.

Yaş ortalaması rehabilitasyon alan grupta $40,91 \pm 9,49$ yıl, rehabilitasyon almayan grupta $40,46 \pm 9,06$ yıldır ($p=0,837$). Rehabilitasyon alan grupta PANSS negatif sendrom boyutu skoru ($p=0,004$), RHİDÖ total skoru ($p=0,007$), RHİDÖ sosyal geri çekilme boyutu ($p=0,006$), RHİDÖ damgalanmaya karşı direnç boyutu ($p=0,008$) anlamlı olarak düşüktür. Rehabilitasyon alan grupta KSPÖ skoru ($p<0,001$) ve RBSÖ skoru ($p=0,040$) anlamlı olarak yüksektir. Rehabilitasyon süresi ile KSPÖ skoru ($r=0,482$; $p=0,003$), RHİDÖ algılanan ayrımcılık boyutu skoru ($r=-0,509$; $p=0,002$) ve RBSÖ skoru ($r=0,526$; $p=0,001$) arasında korelasyon saptanmıştır. Lineer regresyon analizine göre; KSPÖ skoru ile ilişkili faktörler, rehabilitasyon programına katılım ($p<0,001$), rehabilitasyon süresinin 12 ayın üzerinde olması ($p=0,020$), rehabilitasyon süresi ($p=0,006$), PANSS toplam skoru ($p<0,001$), PANSS negatif sendrom skoru ($p<0,001$), PANSS genel psikopatoloji skoru ($p<0,001$), İÜBDÖ puanı ($p<0,001$), RHİDÖ total skoru ($p<0,001$), RHİDÖ

yabancılaşma boyutu ($p=0,017$), RHİDÖ kalıp yargıların onaylanması ($p=0,014$), RHİDÖ algılanan ayrımcılık skoru ($p=0,019$), RHİDÖ sosyal geri çekilme skoru ($p<0,001$), RHİDÖ damgalanmaya karşı direnç skoru ($p=0,005$) ve RBSÖ skoru ($p<0,001$) olarak sayılabilir.

Bu çalışmanın bulguları, şizofreni tanılı bireylerde rehabilitasyon müdahalelerinin yalnızca semptom kontrolünü sağlamakla sınırlı kalmayıp, içgörü, benlik saygısı ve sosyal işlevsellik gibi psikososyal değişkenler aracılığıyla fonksiyonel ve bireysel iyileşme üzerinde de olumlu etkiler sağladığını ortaya koymaktadır. Uğraş terapisi, sosyal beceri eğitimi grup terapileri gibi psikososyal yaklaşımların sürdürülebilir biçimde uygulanmasının; içselleştirilmiş damgalanmayı azaltma, benlik saygısını güçlendirme ve sosyal işlevsellik alanında iyileşme sağlama açısından etkili olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar, rehabilitasyon hizmetlerinin klinik ve toplumsal düzeyde önemini vurgulamaktadır. Bu nedenle, rehabilitasyon müdahalelerinin etkinliğini değerlendirmeye yönelik çalışmaların artırılması ve bu alanda kanıta dayalı verilerin oluşturulması; toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin sürekliliği ve yaygınlaştırılması açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Sözcükler: Şizofreni, Gündüz hastanesi, Rehabilitasyon, İçgörü, İçselleştirilmiş damgalanma, Benlik saygısı, Sosyal işlevsellik

ABSTRACT

The aim of this study is to examine the levels of insight, internalized stigma, self-esteem, and social functioning in individuals diagnosed with schizophrenia who receive rehabilitation services; and to evaluate the impact of regular participation in rehabilitation by comparing this group with individuals with schizophrenia who do not utilize such services.

This study was planned in a cross-sectional and case-control design. The study included 35 patients diagnosed with schizophrenia according to DSM-5 diagnostic criteria, who met clinical remission criteria and regularly participated in rehabilitation programs at Akdeniz University Psychiatric Day Hospital, and 35 patients with the same diagnosis who were followed on an outpatient basis without participating in any type of rehabilitation intervention. The study was conducted with a total of 70 participants. For data collection, the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI), the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), the Schedule for Assessing the Three Components of Insight (SAI), the Personal and Social Performance Scale (PSP), and a sociodemographic data form developed by the researchers were used.

The mean age was 40.91 ± 9.49 years in the rehabilitation group and 40.46 ± 9.06 years in the non-rehabilitation group ($p=0.837$). In the rehabilitation group, the PANSS negative syndrome subscale score ($p=0.004$), ISMI total score ($p=0.007$), ISMI social withdrawal subscale ($p=0.006$), and ISMI stigma resistance subscale ($p=0.008$) were significantly lower. In the rehabilitation group, the PSP score ($p<0.001$) and the RSES score ($p=0.040$) were significantly higher. A correlation was found between the duration of rehabilitation and the PSP score ($r=0.482$; $p=0.003$), ISMI perceived discrimination subscale score ($r=-0.509$; $p=0.002$), and RSES score ($r=0.526$; $p=0.001$). According to linear regression analysis, the factors associated with the PSP score were participation in the rehabilitation program ($p<0.001$), having a rehabilitation duration of more than 12 months ($p=0.020$), duration of rehabilitation ($p=0.006$), PANSS total score ($p<0.001$), PANSS negative syndrome score ($p<0.001$), PANSS general

psychopathology score ($p<0.001$), SAI score ($p<0.001$), ISMI total score ($p<0.001$), ISMI alienation subscale ($p=0.017$), ISMI stereotype endorsement subscale ($p=0.014$), ISMI perceived discrimination subscale ($p=0.019$), ISMI social withdrawal subscale ($p<0.001$), ISMI stigma resistance subscale ($p=0.005$), and RSES score ($p<0.001$).

The findings of this study indicate that rehabilitation interventions in individuals diagnosed with schizophrenia are not limited to providing symptom control but also have positive effects on functional and individual recovery through psychosocial variables such as insight, self-esteem, and social functioning. The sustainable implementation of psychosocial approaches, such as occupational therapy and social skills training group therapies, has been found to be effective in reducing internalized stigma, enhancing self-esteem, and improving social functioning. These results emphasize the clinical and societal importance of rehabilitation services. Therefore, increasing studies aimed at evaluating the effectiveness of rehabilitation interventions and generating evidence-based data in this field is essential for the continuity and expansion of community-based mental health services.

Keywords: Schizophrenia, Day hospital, Rehabilitation, Insight, Internalized stigma, Self-esteem, Social functioning

KAYNAKLAR

1. Organization WH. Comprehensive mental health action plan 2013–2030. In: Comprehensive mental health action plan 2013–2030. 2021.
2. Freeman M. The World Mental Health Report: transforming mental health for all. *World Psychiatry*. 2022 Oct 1;21:391–2.
3. Goffman E. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon and schuster; 2009.
4. Corrigan PW, Morris S, Larson J, Rafacz J, Wassel A, Michaels P, et al. Self-stigma and coming out about one's mental illness. *J Community Psychol*. 2010 Apr 5;38(3):259–75.
5. Gerlinger G, Hauser M, De Hert M, Lacluyse K, Wampers M, Correll CU. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*. 2013 Jun 4;12(2):155–64.
6. Oliveira SEH, Esteves F, Carvalho H. Clinical profiles of stigma experiences, self-esteem and social relationships among people with schizophrenia, depressive, and bipolar disorders. *Psychiatry Res*. 2015 Sep;229(1–2):167–73.
7. Amador XF. Awareness of Illness in Schizophrenia and Schizoaffective and Mood Disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1994 Oct 1;51(10):826.
8. Bora E, Sehitoglu G, Aslier M, Atabay I, Veznedaroglu B. Theory of mind and unawareness of illness in schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007 Mar 14;257(2):104–11.
9. Chakraborty K, Basu D. Insight in Schizophrenia - A Comprehensive Update. *German Journal of Psychiatry*. 2010 Jan 1;13.
10. Lincoln TM, Lullmann E, Rief W. Correlates and Long-Term Consequences of Poor Insight in Patients With Schizophrenia. A Systematic Review. *Schizophr Bull*. 2006 Oct 27;33(6):1324–42.

11. Brissos S, Dias VV, Balanzá-Martinez V, Carita AI, Figueira ML. Symptomatic remission in schizophrenia patients: Relationship with social functioning, quality of life, and neurocognitive performance. *Schizophr Res.* 2011 Jul;129(2–3):133–6.
12. Erickson M, Jaafari N, Lysaker P. Insight and negative symptoms as predictors of functioning in a work setting in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2011 Sep;189(2):161–5.
13. Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward Understanding the Insight Paradox: Internalized Stigma Moderates the Association Between Insight and Social Functioning, Hope, and Self-esteem Among People with Schizophrenia Spectrum Disorders. *Schizophr Bull.* 2006 Dec 7;33(1):192–9.
14. Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Meir T, Rozenzweig S. Insight into severe mental illness, hope, and quality of life of persons with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry Res.* 2009 May;167(3):231–8.
15. Staring ABP, Van der Gaag M, Van den Berge M, Duivenvoorden HJ, Mulder CL. Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res.* 2009 Dec;115(2–3):363–9.
16. Jagan S, Mohd Daud TI, Chia LC, Saini SM, Midin M, Eng-Teng N, et al. Evidence for the Effectiveness of Psychological Interventions for Internalized Stigma among Adults with Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-Analyses. *Int J Environ Res Public Health.* 2023 Apr 18;20(8):5570.
17. Casarino JP, Wilner M, Maxey JT. American Association for Partial Hospitalization (AAPH) standards and guidelines for partial hospitalization. *Int J Partial Hosp.* 1982 Jan;1(1):5–21.
18. Karaman İGY, Kasal Mİ, Ingeç C, Yastibaş C, Gülyüksel F, Güleç M. Effect of adjunct psychosocial skills training on social functioning of schizophrenia patients who get occupational therapy in a community mental health center: a comparative study. *Archives of Neuropsychiatry.* 2020;57(3):248.

19. Sibitz I, Provaznikova K, Lipp M, Lakeman R, Amering M. The impact of recovery-oriented day clinic treatment on internalized stigma: Preliminary report. *Psychiatry Res.* 2013 Oct 30;209(3):326–32.
20. Tsang HWH, Ching SC, Tang KH, Lam HT, Law PYY, Wan CN. Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res.* 2016 May 1;173(1–2):45–53.
21. Chuang SP, Wu JYW, Wang CS. Interventions for Reduction of Stigma in People with Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Medical Sciences.* 2024;44(2). Available from: https://journals.lww.com/joms/fulltext/2024/44020/interventions_for_reduction_of_stigma_in_people.1.aspx
22. Öztürk MO, Uluşahin A. Öztürk MO, Uluşahin A. (2020). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 16. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri. 16th ed. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2020. 189–244 p.
23. Mueser KT, Jeste D V. *Clinical handbook of schizophrenia*. Guilford Press; 2011. 3–12 p.
24. DiPiro, J. T., Talbert, R. L., Yee, G. C., Matzke, G. R., Wells, B. G., & Posey, L. M. (Eds.). (2014). *Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach*. 1019–1046 p.
25. Sadock K., Benjamin J. Sadock, Benjamin J. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Vol. 2015. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer, 2015. Vol. 2015. Philadelphia: Wolters Kluwer Philadelphia, PA; 2015. 300–323 p.
26. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu CE, Herken H. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği, 2007. 1–13 p.
27. Jablensky A. The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. *Dialogues Clin Neurosci.* 2010;12(3):271–87.
28. Wilson MD. The Life and Times of Thomas Willis and his Impact on Contemporary Medicine. *J Hist Neurosci.* 2012 Apr 1;21(2):127–31. Available from: <https://doi.org/10.1080/0964704X.2011.595632>

29. Kendler KS. Philippe Pinel and the foundations of modern psychiatric nosology. *Psychol Med*. 2020/11/20. 2020;50(16):2667–72. Available from: <https://www.cambridge.org/core/product/01FF23F52522B9F851476FFE9909B3F6>
30. Sousa B, Sá Z, Ramos J. Démence Précoce: Historical Conceptualization of the Concept. *American Journal of Applied Psychology*. 2024 Nov 26;13:98–103.
31. Clouston TS. Clinical lectures on mental diseases. HC Lea's Son; 1884.
32. Kahlbaum KL. Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Eintheilung der Seelenstörungen: Entwurf einer historisch-kritischen Darstellung der bisherigen Eintheilungen und Versuch zur Anbahnung einer empirisch-wissenschaftlichen Grundlage der Psychiatrie als klinischer Disciplin. Kafemann; 1863.
33. Hecker E. Die hebephrenie: ein beitrag zur klinischen psychiatrie. *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin*. 1871;52(3):394–429.
34. Rahman T, Lauriello J. Schizophrenia: An Overview. *Focus (Madison)*. 2016 Jul 1;14(3):300–7. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20160006>
35. Ceylan ME, Çetin M. Araştırma ve Klinik Uygulamada BİYOLOJİK PSİKİYATRİ . İstanbul: Yerküre; 2005.
36. Polat S. Şizofreni hastaları ve kardeşlerinde düşünce bozukluğu ve aile işlevleri ile ilişkileri. [İzmir]: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2010.
37. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Derg*. 2011;22(1):40–52.
38. Unuvar N. Türkiye hastalık yükü çalışması. 2004.
39. Epidemiyolojisi ETPB. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. Sempozyum Dizisi. 2008;62:25–30.
40. Songur E. Çocukluk çağı başlangıçlı şizofreni (Seminer). Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat. 2015;

41. Işık E, Coşkunol H, Evren C, Işık U. Şizofreni ve Alkol Madde Bağımlılığı. 2015;
42. Orsolini L, Pompili S, Volpe U. Schizophrenia: A Narrative Review of Etiopathogenetic, Diagnostic and Treatment Aspects. *J Clin Med*. 2022;11(17). Available from: <https://www.mdpi.com/2077-0383/11/17/5040>
43. Crawford P, Go K V. Schizophrenia. *Am Fam Physician*. 2022 Oct;106(4):388. Available from: <https://www.proquest.com/scholarly-journals/schizophrenia/docview/2724630234/se-2?accountid=15340>
44. Nehme R, Pietiläinen O, Artomov M, Tegtmeyer M, Valakh V, Lehtonen L, et al. The 22q11. 2 region regulates presynaptic gene-products linked to schizophrenia. *Nat Commun*. 2022;13(1):3690.
45. Luvsannyam E, Jain M, Pormento MKL, Siddiqui H, Balagtas A, Emuze B, et al. Neurobiology of Schizophrenia: A Comprehensive Review. *Cureus*. 2022 Apr 8;14.
46. Rantala MJ, Luoto S, Borráz-León JI, Krams I. Schizophrenia: The new etiological synthesis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2022;142:104894. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763422003839>
47. Stone WS, Phillips MR, Yang LH, Kegeles LS, Susser ES, Lieberman JA. Neurodegenerative model of schizophrenia: Growing evidence to support a revisit. *Schizophr Res*. 2022;243:154–62. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996422001323>
48. Ertugrul A, Gürcan G. Şizofreni nörobiyolojisinde yenilikler. 2023 Jan 1;13:10–25.
49. Mongan D, Ramesar M, Föcking M, Cannon M, Cotter D. Role of inflammation in the pathogenesis of schizophrenia: A review of the evidence, proposed mechanisms and implications for treatment. *Early Interv Psychiatry*. 2020;14(4):385–97.
50. McGrath JJ, Susser ES. New directions in the epidemiology of schizophrenia. *Medical Journal of Australia*. 2009;190(S4):S7–9.

51. Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. *The Lancet*. 2004 Jun 19;363(9426):2063–72. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16458-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16458-1)
52. Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. Schizophrenia, “just the facts” 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophr Res*. 2009 May 1;110(1–3):1–23.
53. Association AP, Statistics C on N and. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-I*. American Psychiatric Association, Mental Hospital Service; 1952.
54. *DSM II. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2nd Edit.)*. American Psychiatric Association, Washington, DC. 1968;
55. EDITION F. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American psychiatric association, Washington, DC. 1980;205–24.
56. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders; revised (DSM-III-R)*. Washington DG. 1987;
57. American Psychiatric Association A, Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Vol. 4. American psychiatric association Washington, DC; 1994.
58. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. American psychiatric association; 2013.
59. Uyan TT, Köroğlu A, Hocaoglu C. Şizofreni: Etiyoloji, tanı ve tedavi yaklaşımlarında güncel durum. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 10(1):19–35.
60. Feber L, Salanti G, Harrer M, Salahuddin NH, Hansen WP, Priller J, et al. Psychological interventions for early-phase schizophrenia: protocol for a systematic review and network meta-analysis. *F1000Res*. 2024;13:649.
61. Ganguly P, Soliman A, Moustafa AA. Holistic management of schizophrenia symptoms using pharmacological and non-pharmacological treatment. *Front Public Health*. 2018;6:166.
62. Organization WH. *Comprehensive mental health action plan 2013–2030*. In: *Comprehensive mental health action plan 2013–2030*. 2021.

63. Yildiz M. Psychosocial rehabilitation interventions in the treatment of schizophrenia and bipolar disorder. *Archives of Neuropsychiatry*. 2021;58(Suppl 1):S77.
64. Lu EY, Cheng ASK, Tsang HWH, Chen J, Leung S, Yip A, et al. Psychoeducation, motivational interviewing, cognitive remediation training, and/or social skills training in combination for psychosocial functioning of patients with schizophrenia spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Psychiatry*. 2022;13:899840.
65. Tessier A, Roger K, Gregoire A, Desnavailles P, Misdrahi D. Family psychoeducation to improve outcome in caregivers and patients with schizophrenia: a randomized clinical trial. *Front Psychiatry*. 2023;14:1171661.
66. Solmi M, Croatto G, Piva G, Rosson S, Fusar-Poli P, Rubio JM, et al. Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in schizophrenia: systematic overview and quality appraisal of the meta-analytic evidence. *Mol Psychiatry*. 2023;28(1):354–68. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01727-z>
67. Rector NA, Beck AT. Cognitive Behavioral Therapy for Schizophrenia: An Empirical Review: Neil A. Rector, PhD and Aaron T. Beck, MD (2001). Reprinted from the *J Nerv Ment Dis* 189: 278–287. *J Nerv Ment Dis*. 2012;200(10):832–9.
68. Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, Benjamin S, Lyness JM, Mojtabai R, et al. The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 2020;177(9):868–72.
69. NCCMH, Kendall T, Kuipers E, Udechuku A, Stewart B. SCHIZOPHRENIA: The NICE guidelines on core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. 2014.

70. Lu EY, Cheng ASK, Tsang HWH, Chen J, Leung S, Yip A, et al. Psychoeducation, motivational interviewing, cognitive remediation training, and/or social skills training in combination for psychosocial functioning of patients with schizophrenia spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Psychiatry*. 2022;13:899840.
71. Schutt RK, Xie H, Mueser KT, Killam MA, Delman J, Eack SM, et al. Cognitive Enhancement Therapy vs social skills training in schizophrenia: a cluster randomized comparative effectiveness evaluation. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):583.
72. Bighelli I, Rodolico A, García-Mieres H, Pitschel-Walz G, Hansen WP, Schneider-Thoma J, et al. Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(11):969–80.
73. Liberman RP, Kopelowicz A. Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. *Psychiatric services*. 2005;56(6):735–42.
74. Turner DT, McGlanaghy E, Cuijpers P, Van Der Gaag M, Karyotaki E, MacBeth A. A meta-analysis of social skills training and related interventions for psychosis. *Schizophr Bull*. 2018;44(3):475–91.
75. Kurtz MM, Mueser KT. A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(3):491.
76. Almerie MQ, Al Marhi MO, Jawoosh M, Alsabbagh M, Matar HE, Maayan N, et al. Social skills programmes for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;(6).
77. Dixon L, Dickerson F, Bellack A, Bennett M, Goldberg R, Lehman A, et al. The schizophrenia patient outcomes research team psychosocial treatment recommendations USA 2009. *Int Clin Psychopharmacol*. 2011;26:e61–2.
78. Kopelowicz A, Liberman RP, Zarate R. Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2006;32 Suppl 1:S12-23. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/16885207>

79. Liberman RP. Recovery from disability: manual of psychiatric rehabilitation. Çeviren: Yıldız M Yeti Yitiminden İyileşmeye: Psikiyatrik İyileştirim El Kitabı Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Ankara. 2011;205–10.
80. Britain) NI for H and CE (Great. Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009.
81. Liberman RP. Social and independent living skills: Medication management module. Rehabilitation Research and Training Center in Mental Illness; 1986.
82. Liberman RP. Recreation for leisure module: trainer's manual. UCLA Department of Psychiatry. 1987;
83. Liberman RP. Social and independent living skills: Symptom management module. Clinical Research Center for Schizophrenia and Psychiatric Rehabilitation; 1988.
84. Yıldız M. Şizofreni Hastaları İçin Toplumsal Beceri Eğitimi Eğitici Elkitabı. Ankara: Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları. Ankara: Türkiye Sosyal Psikiyatri Yayınları; 2011.
85. Yıldız M, Yüksel AG, Erol A. Şizofrenide ruhsal ve toplumsal beceri eğitimi uygulaması grup eğitimi deneyimleri. Türkiye'de psikiyatri. 2005;7(1):25–32.
86. Deveci A, Esen-Danaci A, Yurtsever F, Deniz F, Gürlek-Yüksel E. Şizofrenide Psikososyal Beceri Eğitiminin Belirti Örüntüsü, İçgörü, Yaşam Kalitesi ve İntihar Olasılığı Üzerine Etkisi. Turk Psikiyatri Dergisi. 2008;19(3).
87. Söğütü L, Özen Ş, VARLIK C, Güler A. Toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına ruhsal toplumsal beceri eğitimi uygulanması ve sonuçları. Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2017;18(2).

88. SARANDÖL A, GÜLLÜLÜ RA, KİRAZ AVCI İ, TÜRK E, EKER SS. Şizofreni Hasta ve Yakınlarıyla Yapılan Sanatla Terapi ve Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitiminin Hastalık Belirtileri ve Sosyal İşlevsellik Üzerine Etkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2024;35(2).
89. Yildiz M. Psychosocial rehabilitation interventions in the treatment of schizophrenia and bipolar disorder. *Archives of Neuropsychiatry*. 2021;58(Suppl 1):S77.
90. Incedere A, Yildiz M. Case Management for Individuals with Severe Mental Illness: Outcomes of a 24-Month Practice. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2019;30(4).
91. Yıldız M, Gürcan MB. Şizofrenide Ruhsal Toplumsal Tedaviler: Bir güncelleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2023 Jan;13(1):85–93.
92. Simpson A, dphil C, Bowers L. Case management models and the care programme approach: how to make the CPA effective and credible. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2003 Aug 1;10:472–83.
93. Ziguras S, Stuart G. A Meta-Analysis of the Effectiveness of Mental Health Case Management Over 20 Years. *Psychiatr Serv*. 2000 Dec 1;51:1410–21.
94. Torres-González F, Ibanez-Casas I, Saldivia S, Ballester D, Grandón P, Moreno-Küstner B, et al. Unmet needs in the management of schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014 Jan 16;10:97–110.
95. Varga E, Endre S, Bugya T, Tényi T, Herold R. Community-Based Psychosocial Treatment Has an Impact on Social Processing and Functional Outcome in Schizophrenia. *Front Psychiatry*. 2018 Jun 8;9.
96. Üstünkaya M, Asqarova S. Şizofreni hastası bireylerde yaşanan bilişsel gerilemenin giderilmesine ve işlevselliğin artırılmasına ergoterapi perspektifinden bakış. *Artuklu International Journal of Health Sciences*. 2023;
97. Mahendran M, Surya SM, Anil AK, Pillai T, Hameed SS. Occupational therapy interventions for Schizophrenia: A systematic review.

98. Rocamora-Montenegro M, Compañ-Gabucio LM, De La Hera MG. Occupational therapy interventions for adults with severe mental illness: a scoping review. *BMJ Open*. 2021;11(10):e047467.
99. Nishad A, Nagaraj A, Rao C, P K, Rajpaul P. Leisure-Based Interventions in Adults with Schizophrenia: A Scoping Review. *F1000Res*. 2024 Jun 27;13:698.
100. Du SC, Li CY, Lo YY, Hu YH, Hsu CW, Cheng CY, et al. Effects of Visual Art Therapy on Positive Symptoms, Negative Symptoms, and Emotions in Individuals with Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. In: *Healthcare*. MDPI; 2024. p. 1156.
101. Teglbjaerg H. Art Therapy May Reduce Psychopathology in Schizophrenia by Strengthening the Patients' Sense of Self: A Qualitative Extended Case Report. *Psychopathology*. 2011 Jun 9;44:314–8.
102. Leufstadius C, Erlandsson L, Eklund M. Time use and daily activities in people with persistent mental illness. *Occup Ther Int*. 2006;13(3):123–41.
103. Bejerholm U, Eklund M. Occupational engagement in persons with schizophrenia: Relationships to self-related variables, psychopathology, and quality of life. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2007;61(1):21–32.
104. Perruzza N, Kinsella EA. Creative Arts Occupations in Therapeutic Practice: A Review of the Literature. *British Journal of Occupational Therapy*. 2010 Jun 1;73(6):261–8. Available from: <https://doi.org/10.4276/030802210X12759925468943>
105. Perilli V, Stasolla F, Maselli S, Morelli I. Occupational therapy and social skills training for enhancing constructive engagement of patients with schizophrenia: A review. *Clinical Research in Psychology*. 2018;1(1):1–7.
106. Jia R, Liang D, Yu J, Lu G, Wang Z, Wu Z, et al. The effectiveness of adjunct music therapy for patients with schizophrenia: A meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2020 Nov 1;293:113464.

107. Akkurt Yalçıntürk A, Baskın J. Şizofreni Tanılı Bireylerde Müzik Terapinin Etkisi. Sağlık Bilimleri ve Teknolojileri Dergisi. 2024;1(1):51–8. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sabitek/issue/87580/1562725>
108. Geretsegger M, Mössler K, Bieleninik Ł, Chen XJ, Høldal T, Gold C. Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 May 29;5:CD004025.
109. Fachner J, Gold C, Erkkilä J. Music Therapy Modulates Fronto-Temporal Activity in Rest-EEG in Depressed Clients. *Brain Topogr*. 2012 Sep 16;26.
110. Leroux E, Tréhout M, Reboursiere E, de Flores R, Morello R, Guillin O, et al. Effects of web-based adapted physical activity on hippocampal plasticity, cardiorespiratory fitness, symptoms, and cardiometabolic markers in patients with schizophrenia: a randomized, controlled study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2024;274(6):1245–63. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00406-024-01818-8>
111. Dauwan M, Begemann MJH, Heringa SM, Sommer IE. Exercise Improves Clinical Symptoms, Quality of Life, Global Functioning, and Depression in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2016 May 1;42(3):588–99. Available from: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv164>
112. Shimada T, Ito S, Makabe A, Yamanushi A, Takenaka A, Kawano K, et al. Aerobic exercise and cognitive functioning in schizophrenia: An updated systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2022 Aug 1;314:114656.
113. Woodward ML, Gicas KM, Warburton DE, White RF, Rauscher A, Leonova O, et al. Hippocampal volume and vasculature before and after exercise in treatment-resistant schizophrenia. *Schizophr Res*. 2018 Dec 1;202:158–65.
114. Shimada T, Ito S, Makabe A, Yamanushi A, Takenaka A, Kawano K, et al. Aerobic exercise and cognitive functioning in schizophrenia: An updated systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2022 Aug 1;314:114656.

115. Seifert T, Brassard P, Wissenberg M, Rasmussen P, Nordby P, Stallknecht B, et al. Endurance training enhances BDNF release from the human brain. *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*. 2010;298(2):R372–7.
116. Pajonk FG, Wobrock T, Gruber O, Scherk H, Berner D, Kaizl I, et al. Hippocampal Plasticity in Response to Exercise in Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Feb 1;67(2):133–43. Available from: <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.193>
117. Firth J, Stubbs B, Vancampfort D, Schuch F, Lagopoulos J, Rosenbaum S, et al. Effect of aerobic exercise on hippocampal volume in humans: A systematic review and meta-analysis. *Neuroimage*. 2018 Feb 1;166:230–8.
118. Vancampfort D, Stubbs B, Mitchell AJ, De Hert M, Wampers M, Ward PB, et al. Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*. 2015 Oct 1;14(3):339–47. Available from: <https://doi.org/10.1002/wps.20252>
119. Vancampfort D, Firth J, Schuch FB, Rosenbaum S, Mugisha J, Hallgren M, et al. Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*. 2017 Oct 1;16(3):308–15. Available from: <https://doi.org/10.1002/wps.20458>
120. Yung A, Phillips L, Yuen HP, McGorry P. Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: Psychopathology and clinical features. *Schizophr Res*. 2004 May 1;67:131–42.
121. Vita A, Barlati S. Recovery from schizophrenia: Is it possible? *Curr Opin Psychiatry*. 2018 Feb 1;31:1.
122. Remschmidt H, Theisen F. Early-Onset Schizophrenia1. *Neuropsychobiology*. 2012 Jul 13;66(1):63–9. Available from: <https://doi.org/10.1159/000338548>

123. Van Eck RM, Burger TJ, Vellinga A, Schirmbeck F, de Haan L. The relationship between clinical and personal recovery in patients with schizophrenia spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2018;44(3):631–42.
124. Jääskeläinen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Saha S, Isohanni M, et al. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2013;39(6):1296–306.
125. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus. *American Journal of Psychiatry.* 2005 Mar 1;162(3):441–9. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.441>
126. Emsley R, Chiliza B, Asmal L, Lehloenya K. The concepts of remission and recovery in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry.* 2011 Mar 1;24:114–21.
127. Liberman R, Kopelowicz A, Ventura J, Gutkind D. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry - INT REV PSYCHIATR.* 2002 Nov 1;14:256–72.
128. Liberman RP. Future directions for research studies and clinical work on recovery from schizophrenia: Questions with some answers. *International Review of Psychiatry.* 2002;14(4):337–42.
129. Burns T, Patrick D. Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatr Scand.* 2007 Dec 1;116(6):403–18. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01108.x>
130. Mueser KTE, Tarrier NE. *Handbook of social functioning in schizophrenia.* Allyn & Bacon; 1998.
131. Harvey P, Bellack A. Toward a Terminology for Functional Recovery in Schizophrenia: Is Functional Remission a Viable Concept? *Schizophr Bull.* 2009 Feb 1;35:300–6.
132. Morin L, Franck N. Rehabilitation Interventions to Promote Recovery from Schizophrenia: A Systematic Review. *Front Psychiatry.* 2017 Jun 12;8.
133. Yanos P, Roe D, Lysaker P. The Impact of Illness Identity on Recovery from Severe Mental Illness. *Am J Psychiatr Rehabil.* 2010 Apr 1;13:73–93.

134. Park SG, Bennett ME, Couture SM, Blanchard JJ. Internalized stigma in schizophrenia: Relations with dysfunctional attitudes, symptoms, and quality of life. *Psychiatry Res.* 2013 Jan 30;205(1–2):43–7.
135. Bellack A. Scientific and Consumer Models of Recovery in Schizophrenia: Concordance, Contrasts, and Implications. *Schizophr Bull.* 2006 Aug 1;32:432–42.
136. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry.* 2011 Dec 1;199:445–52.
137. Schrank B, Slade M. Recovery in psychiatry. *Psychiatric Bulletin.* 2018/01/02. 2007;31(9):321–5. Available from: <https://www.cambridge.org/core/product/1D707A2B60C5622D7028D79A84F79C2D>
138. Temesgen WA, Chien WT, Bressington D. Conceptualizations of subjective recovery from recent onset psychosis and its associated factors: A systematic review. *Early Interv Psychiatry.* 2019 Apr 1;13(2):181–93. Available from: <https://doi.org/10.1111/eip.12698>
139. Temesgen WA, Chien WT, Valimaki MA, Bressington D. Predictors of subjective recovery from recent-onset psychosis in a developing country: a mixed-methods study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2020;55(9):1187–99. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01853-5>
140. Corrigan P, Markowitz FE, Watson A, Rowan D, Kubiak MA. An Attribution Model of Public Discrimination Towards Persons with Mental Illness. *J Health Soc Behav.* 2003;44(2):162–79. Available from: <http://www.jstor.org/stable/1519806>
141. Link BG, Yang LH, Phelan JC, Collins PY. Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophr Bull.* 2004 Jan 1;30(3):511–41. Available from: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098>

142. Hofer A, Post F, Pardeller S, Frajo-Apor B, Hoertnagl CM, Kemmler G, et al. Self-stigma versus stigma resistance in schizophrenia: Associations with resilience, premorbid adjustment, and clinical symptoms. *Psychiatry Res.* 2019;271:396–401. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178118312915>
143. Corrigan P, Powell K, Rüsch N. How Does Stigma Affect Work in People With Serious Mental Illnesses? *Psychiatr Rehabil J.* 2012 Sep 1;35:381–4.
144. Pescosolido BA, Medina TR, Martin JK, Long JS. The “Backbone” of Stigma: Identifying the Global Core of Public Prejudice Associated With Mental Illness. *Am J Public Health.* 2013 Mar 14;103(5):853–60. Available from: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301147>
145. Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities. *Am J Public Health.* 2013 Mar 14;103(5):813–21. Available from: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069>
146. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health.* 1999 Sep 1;89(9):1328–33. Available from: <https://doi.org/10.2105/AJPH.89.9.1328>
147. Link BG, Cullen FT, Struening E, Shrout PE, Dohrenwend BP. A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment. *Am Sociol Rev.* 1989;54(3):400–23. Available from: <http://www.jstor.org/stable/2095613>
148. FIRAT M. Investigation of the Relationship Between Internalized Stigmatization and Loneliness in Psychiatric Inpatients. *J Psychiatr Nurs.* 2020 Jan 1;
149. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry.* 2002;1(1):16–20. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/16946807>
150. Huggett C, Birtel M, Awenat Y, Fleming P, Wilkes S, Williams S, et al. A qualitative study: experiences of stigma by people with mental health

- problems. *Psychology and Psychotherapy Theory Research and Practice*. 2018 Jan 18;91. 151. Alonso M, Guillén AI, Muñoz M. Interventions to Reduce Internalized Stigma in individuals with Mental Illness: A Systematic Review. *Span J Psychol*. 2019/05/14. 2019;22:E27. Available from: <https://www.cambridge.org/core/product/A5A5714F5E1DB87B7EC6341EC49619BE>
152. González-Domínguez S, González-Sanguino C, Muñoz M. Efficacy of a combined intervention program for the reduction of internalized stigma in people with severe mental illness. *Schizophr Res*. 2019 Sep 1;211:56–62.
 153. Sum MY, Wong C, Chu ST, Li A, Lee A, Chen E, et al. Systematic review and meta-analysis of internalised stigma and stigma resistance in patients with psychosis: The impact of individualism-collectivism culture and other individual factors. *International Journal of Social Psychiatry*. 2024 Jun 1;70:639–52.
 154. 刘福权, Deng H, Hu N, Huang W, Wang H, Zhou X, et al. The relationship between self-stigma and quality of life in long-term hospitalized patients with schizophrenia: A cross-sectional study. 2023.
 155. Chan KKS, Fung WTW, Leung DCK, Tsui JKC. The impact of perceived and internalised stigma on clinical and functional recovery among people with mental illness. *Health Soc Care Community*. 2022 Nov 1;30(6):e6102–11. Available from: <https://doi.org/10.1111/hsc.14047>
 156. Corrigan P, Larson J, Rüsch N. Self-stigma and the “why try” effect: Impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*. 2009 Jul 1;8:75–81.
 157. Boyd Ritsher J, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res*. 2003;121(1):31–49. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178103002075>
 158. Corrigan P, Rao D. On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *Can J Psychiatry*. 2012 Aug 1;57:464–9.

159. Waite F, Knight D, Lee D. Self-Compassion and Self-Criticism in Recovery in Psychosis: An Interpretative Phenomenological Analysis Study. *J Clin Psychol.* 2015 Sep 21;71.
160. Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward Understanding the Insight Paradox: Internalized Stigma Moderates the Association Between Insight and Social Functioning, Hope, and Self-esteem Among People with Schizophrenia Spectrum Disorders. *Schizophr Bull.* 2007 Jan 1;33(1):192–9. Available from: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl016>
161. Yanos P, Roe D, Markus K, Lysaker P. Pathways Between Internalized Stigma and Outcomes Related to Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatr Serv.* 2009 Jan 1;59:1437–42.
162. Dubreucq J, Plasse J, Franck N. Self-stigma in Serious Mental Illness: A Systematic Review of Frequency, Correlates, and Consequences. *Schizophr Bull.* 2021 Sep 1;47(5):1261–87. Available from: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa181>
163. González-Domínguez S, González-Sanguino C, Muñoz M. Efficacy of a combined intervention program for the reduction of internalized stigma in people with severe mental illness. *Schizophr Res.* 2019 Sep 1;211:56–62.
164. Henriksen M, Parnas J. Self-disorders and Schizophrenia: A Phenomenological Reappraisal of Poor Insight and Noncompliance. *Schizophr Bull.* 2013 Jun 24;
165. Sass L, Parnas J. Schizophrenia, Consciousness, and the Self. *Schizophr Bull.* 2003 Feb 1;29:427–44.
166. Lewis A. The psychopathology of insight. *British Journal of Medical Psychology.* 1934;
167. David AS. Insight and Psychosis. *British Journal of Psychiatry.* 2018/01/02. 1990;156(6):798–808. Available from: <https://www.cambridge.org/core/product/A6F24F0E55D5BC8997743B43AA8502B5>
168. Belvederi Murri M, Amore M. The Multiple Dimensions of Insight in Schizophrenia-Spectrum Disorders. *Schizophr Bull.* 2018 Jun 23;45.

169. Ekinçi O, Ekinçi A. Association between insight, cognitive insight, positive symptoms and violence in patients with schizophrenia. *Nord J Psychiatry*. 2013 Apr 1;67(2):116–23. Available from: <https://doi.org/10.3109/08039488.2012.687767>
170. Bleuler E. *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. 1950;
171. Nelson B, Parnas J, Sass L. Disturbance of Minimal Self (Ipseity) in Schizophrenia: Clarification and Current Status. *Schizophr Bull*. 2014 Mar 11;40.
172. Shad MU, Tamminga CA, Cullum M, Haas GL, Keshavan MS. Insight and frontal cortical function in schizophrenia: A review. *Schizophr Res*. 2006;86(1):54–70. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S092099640600274X>
173. Joseph B, Narayanaswamy J, Venkatasubramanian G. Insight in Schizophrenia: Relationship to Positive, Negative and Neurocognitive Dimensions. *Indian J Psychol Med*. 2015 Feb 27;37:5.
174. Lincoln T, Heibach E, Rief W. Correlates and Long-Term Consequences of Poor Insight in Patients With Schizophrenia. A Systematic Review. *Schizophr Bull*. 2007 Dec 1;33:1324–42.
175. Kim J, Ozzoude M, Nakajima S, Shah P, Caravaggio F, Iwata Y, et al. Insight and medication adherence in schizophrenia: An analysis of the CATIE trial. *Neuropharmacology*. 2020 May 15;168:107634.
176. Ouzir M, Azorin J, Adida M, Boussaoud D, Battas O. Insight in schizophrenia: From conceptualization to neuroscience. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2012 Apr 1;66:167–79.
177. Subotnik KL, Ventura J, Helleman GS, Zito MF, Agee ER, Nuechterlein KH. Relationship of poor insight to neurocognition, social cognition, and psychiatric symptoms in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophr Res*. 2020 Jun 1;220:164–71.

178. Belvederi Murri M, Amore M, Calcagno P, Respino M, Marozzi V, Masotti M, et al. The “Insight Paradox” in Schizophrenia: Magnitude, Moderators and Mediators of the Association Between Insight and Depression. *Schizophr Bull.* 2016 Apr 11;42:sbw040.
179. Davis BJ, Lysaker PH, Salyers MP, Minor KS. The insight paradox in schizophrenia: A meta-analysis of the relationship between clinical insight and quality of life. *Schizophr Res.* 2020 Sep 1;223:9–17.
180. Lien YJ, Chang HA, Kao YC, Tzeng NS, Lu CW, Loh CH. Insight, self-stigma and psychosocial outcomes in Schizophrenia: a structural equation modelling approach. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2018;27(2):176–85.
181. Pijnenborg GHM, de Vos AE, Timmerman ME, Van der Gaag M, Sportel BE, Arends J, et al. Social cognitive group treatment for impaired insight in psychosis: A multicenter randomized controlled trial. *Schizophr Res.* 2019 Apr 1;206:362–9.
182. Chio FHN, Mak WWS, Chan RCH, Tong ACY. Unraveling the insight paradox: One-year longitudinal study on the relationships between insight, self-stigma, and life satisfaction among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res.* 2018 Jul 1;197:124–30.
183. Buchman-Wildbaum T, Váradi E, Schmelowszky Á, Griffiths MD, Demetrovics Z, Urbán R. The paradoxical role of insight in mental illness: The experience of stigma and shame in schizophrenia, mood disorders, and anxiety disorders. *Arch Psychiatr Nurs.* 2020 Dec 1;34(6):449–57.
184. Sharaf AY, Ossman LH, Lachine OA. A cross-sectional study of the relationships between illness insight, internalized stigma, and suicide risk in individuals with schizophrenia. *Int J Nurs Stud.* 2012 Dec 1;49(12):1512–20.
185. Koçak MB, Atkaya NÖ. The Relationship Between Internalized Stigma with Self-reported Cognitive Dysfunction and Insight in Schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology.* 2024;34(2):119.
186. Vidović D, Brečić P, Vilibić M, Jukić V. Insight and self-stigma in patients with schizophrenia. *Acta Clin Croat.* 2016;55(1.):23–7.

187. Mann M, Hosman CMH, Schaalma HP, De Vries NK. Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Educ Res.* 2004;19(4):357–72.
188. Muris P, Otgaar H. Self-esteem and self-compassion: A narrative review and meta-analysis on their links to psychological problems and well-being. *Psychol Res Behav Manag.* 2023;2961–75.
189. Hofer A, Biedermann F, Kaufmann A, Kemmler G, Pfaffenberger NM, Yalcin-Siedentopf N. Self-esteem in stabilized individuals with chronic schizophrenia: association with residual symptoms and cognitive functioning. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2023;273(8):1737–46.
190. Fulginiti A, Brekke JS. Escape from Discrepancy: Self-Esteem and Quality of Life as Predictors of Current Suicidal Ideation Among Individuals with Schizophrenia. *Community Ment Health J* . 2015;51(6):654–62. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9846-8>
191. Liu D, Zhou Y, Li G, He Y. The factors associated with depression in schizophrenia patients: the role of self-efficacy, self-esteem, hope and resilience. *Psychol Health Med.* 2020;25(4):457–69.
192. Holding JC, Tarrier N, Gregg L, Barrowclough C. Self-esteem and Relapse in Schizophrenia: A 5-Year Follow-up Study. *J Nerv Ment Dis.* 2013;201(8). Available from: https://journals.lww.com/jonmd/fulltext/2013/08000/self_esteem_and_relapse_in_schizophrenia__a_5_year.2.aspx
193. Gagiu C, Dionisie V, Manea MC, Mazilu DC, Manea M. Internalised Stigma, Self-Esteem and Perceived Social Support as Psychosocial Predictors of Quality of Life in Adult Patients with Schizophrenia. *J Clin Med.* 2024;13(22):6959.
194. Heshmati R, Pellerone M. Perceived self compassion and self-esteem as a self-evaluation constructs in patients with schizophrenia spectrum disorders, non-psychotic and healthy people: a comparative study based on group and gender differences. *Journal of Research in Psychopathology.* 2024;

195. Romm KL, Rossberg JI, Hansen CF, Haug E, Andreassen OA, Melle I. Self-esteem is associated with premorbid adjustment and positive psychotic symptoms in early psychosis. *BMC Psychiatry*. 2011;11(1):136. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-136>
196. Palmier-Claus J, Dunn G, Drake R, Lewis S. The negative and positive self: A longitudinal study examining self-esteem, paranoia and negative symptoms in individuals with first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry*. 2011;5(2):150–5.
197. Sarraf L, Lepage M, Sauvé G. The clinical and psychosocial correlates of self-stigma among people with schizophrenia spectrum disorders across cultures: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res*. 2022 Oct 1;248:64–78.
198. Oneib B, Mansour A, Bouazzaoui MA. The effect of psychoeducation on clinical symptoms, adherence, insight and autonomy in patients with schizophrenia. *Discover Mental Health*. 2025;5(1):26. Available from: <https://doi.org/10.1007/s44192-025-00152-2>
199. Hall PL, Tarrier N. The cognitive-behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: a pilot study. *Behaviour research and therapy*. 2003;41(3):317–32.
200. Gumley A, Karatzias A, Power K, Reilly J, McNay L, O’Grady M. Early intervention for relapse in schizophrenia: Impact of cognitive behavioural therapy on negative beliefs about psychosis and self-esteem. *British Journal of Clinical Psychology*. 2006;45(2):247–60.
201. Freeman D, Pugh K, Dunn G, Evans N, Sheaves B, Waite F, et al. An early Phase II randomised controlled trial testing the effect on persecutory delusions of using CBT to reduce negative cognitions about the self: the potential benefits of enhancing self confidence. *Schizophr Res*. 2014;160(1–3):186–92.

202. van der Stouwe ECD, Geraets CNW, Rutgers M, Veling W. Cognitive behavioral group treatment for low self-esteem in psychosis: a proof of concept study. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):567. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03579-3>
203. Güney M. Psikiyatrik rehabilitasyonda gündüz hastanesinin yeri. *Klinik Psikiyatri*. 2001;4:268–76.
204. Torkar T, Homar V, Švab V. Triangulation study of needs assessment of people with severe mental illness in “follow-up” day hospital settings. *Nurs Open*. 2023 May 1;10(5):2859–68. Available from: <https://doi.org/10.1002/nop2.1527>
205. Shek E, Stein AT, Shansis FM, Marshall M, Crowther R, Tyrer P. Day hospital versus outpatient care for people with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009;(4).
206. Granholm EL, McQuaid JR, Holden JL. Cognitive-behavioral social skills training for schizophrenia: A practical treatment guide. Guilford Publications; 2016. 3–55 p.
207. First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL. User’s guide for the SCID-5-CV Structured Clinical Interview for DSM-5® disorders: Clinical version. American Psychiatric Publishing, Inc.; 2016.
208. Elbir M, Alp Topbaş Ö, Bayad S, Kocabaş T, Topak OZ, Çetin Ş, et al. DSM-5 bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin klinisyen versiyonunun türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*. 2019;30(1):51–6.
209. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987;13(2):261–76.
210. KOSTAKOĞLU A, BATUR S, TİRYAKİ A, GÖĞÜŞ A. Reliability and validity of the Turkish version of the positive and negative syndrome scale pozitif ve negatif Sendrom Ölçeğinin PANSS Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1999;14.

211. ASLAN S, Karakılıç H, Işıklı S, COŞAR B, Işık E. İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği: Güvenirlilik ve geçerlik çalışması. *Türki'xxde Psikiyatri*. 2001;3(1).
212. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res*. 2003;121(1):31–49.
213. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18(2):163–71.
214. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton university press; 1965.
215. Çuhadaroglu F. Adolesanlarda benlik saygısı. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara. 1986;
216. Morosini PL, Magliano L, Brambilla L al, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social funtioning. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;101(4):323–9.
217. Nasrallah H, Morosini P, Gagnon DD. Reliability, validity and ability to detect change of the Personal and Social Performance scale in patients with stable schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2008;161(2):213–24.
218. Aydemir Ö, Üçok A, Esen-Danaci A, Canpolat T, Karadayı G, Emiroğlu B, et al. Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği'nin Türkçe Sürümünün Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*. 2009;19(2).
219. Ventura J, Subotnik KL, Gitlin MJ, Gretchen-Doorly D, Ered A, Villa KF, et al. Negative symptoms and functioning during the first year after a recent onset of schizophrenia and 8 years later. *Schizophr Res*. 2015;161(2–3):407–13.

220. Fusar-Poli P, Papanastasiou E, Stahl D, Rocchetti M, Carpenter W, Shergill S, et al. Treatments of negative symptoms in schizophrenia: meta-analysis of 168 randomized placebo-controlled trials. *Schizophr Bull.* 2015;41(4):892–9.
221. Leucht S, Leucht C, Huhn M, Chaimani A, Mavridis D, Helfer B, et al. Sixty Years of Placebo-Controlled Antipsychotic Drug Trials in Acute Schizophrenia: Systematic Review, Bayesian Meta-Analysis, and Meta-Regression of Efficacy Predictors. *American Journal of Psychiatry.* 2017 May 25;174(10):927–42. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16121358>
222. Galderisi S, Mucci A, Buchanan RW, Arango C. Negative symptoms of schizophrenia: new developments and unanswered research questions. *Lancet Psychiatry.* 2018;5(8):664–77.
223. Lutgens D, Gariépy G, Malla A. Psychological and psychosocial interventions for negative symptoms in psychosis: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry.* 2018/01/02. 2017;210(5):324–32. Available from: <https://www.cambridge.org/core/product/73B8450EAB1E3046B4ABE0C3C4C5A1D2>
224. FORUZANDEH N, PARVIN N. Occupational therapy for inpatients with chronic schizophrenia: A pilot randomized controlled trial. *Japan Journal of Nursing Science.* 2013 Jun 1;10(1):136–41. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2012.00211.x>
225. Veerman SRT, Schulte PFJ, De Haan L. Treatment for negative symptoms in schizophrenia: a comprehensive review. *Drugs.* 2017;77(13):1423–59.
226. Tseng PT, Chen YW, Lin PY, Tu KY, Wang HY, Cheng YS, et al. Significant treatment effect of adjunct music therapy to standard treatment on the positive, negative, and mood symptoms of schizophrenic patients: a meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2016;16:1–11.

227. Zhang A, Luo X, Lin R, He C, Wang J, Huang G. Group arts therapies for patients with schizophrenia: a protocol of systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2024;14(6):e082076.
228. Ercan Doğu S, Kayıhan H, Kokurcan A, Orsel S. The effectiveness of a combination of Occupational Therapy and Social Skills Training in people with schizophrenia: A rater-blinded randomized controlled trial. *British Journal of Occupational Therapy*. 2021 Jun 15;84:030802262110229.
229. Leucht S, Arbter D, Engel RR, Kissling W, Davis JM. How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Mol Psychiatry*. 2009;14(4):429–47.
230. Çapar Çiftçi M, Kavak Budak F. The effect of cognitive behavioral therapy-based psychoeducation on internalized stigma and functional remission in individuals diagnosed with schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care*. 2022 Oct 1;58(4):2170–82. Available from: <https://doi.org/10.1111/ppc.13044>
231. Shih CA, Huang JH, Yang MH. Anti-stigma psychosocial intervention effects on reducing mental illness self-stigma and increasing self-esteem among patients with schizophrenia in Taiwan: A quasi-experiment. *Asian J Psychiatr*. 2022 Jul 1;73:103171.
232. Kim MY, Jun SS. Development and effects of a cognitive-behavioral therapy based program in reducing internalized stigma in patients with schizophrenia. *J Korean Acad Nurs*. 2016;46(3):349–63.
233. Thoits PA. Resisting the stigma of mental illness. *Soc Psychol Q*. 2011;74(1):6–28.
234. Sibitz I, Unger A, Woppmann A, Zidek T, Amering M. Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2011;37(2):316–23.
235. Kao YC, Lien YJ, Chang HA, Tzeng NS, Yeh CB, Loh CH. Stigma resistance in stable schizophrenia: the relative contributions of stereotype endorsement, self-reflection, self-esteem, and coping styles. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2017;62(10):735–44.

236. Nabors LM, Yanos PT, Roe D, Hasson-Ohayon I, Leonhardt BL, Buck KD, et al. Stereotype endorsement, metacognitive capacity, and self-esteem as predictors of stigma resistance in persons with schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 2014;55(4):792–8.
237. Vidović D, Brečić P, Vilibić M, Jukić V. Insight and self-stigma in patients with schizophrenia. *Acta Clin Croat*. 2016;55(1.):23–7.
238. Cella M, Roberts S, Pillny M, Riehle M, O'donoghue B, Lyne J, et al. Psychosocial and behavioural interventions for the negative symptoms of schizophrenia: a systematic review of efficacy meta-analyses. *The British Journal of Psychiatry*. 2023;223(1):321–31.
239. Kukla M, Davis LW, Lysaker PH. Cognitive Behavioral Therapy and Work Outcomes: Correlates of Treatment Engagement and Full and Partial Success in Schizophrenia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2013/06/21. 2014;42(5):577–92. Available from: <https://www.cambridge.org/core/product/7AC4FA9F65092A64E0F8F65E152A31BD>
240. Guo X, Zhai J, Liu Z, Fang M, Wang B, Wang C, et al. Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia: a randomized, 1-year study. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(9):895–904.
241. Granholm E, Holden J, Worley M. Improvement in negative symptoms and functioning in cognitive-behavioral social skills training for schizophrenia: mediation by defeatist performance attitudes and asocial beliefs. *Schizophr Bull*. 2018;44(3):653–61.
242. Ensari H, Gultekin B, Karaman D, Koc A, Beskardes A. The effects of the service of community mental health center on the schizophrenia patients - evaluation of quality of life, disabilities, general and social functioning- a summary of one year follow-up. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2013 Jun 1;14:1.

243. Doğu SE, Gündoğmuş AG. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden 7 Yıl Üzeri Hizmet Almış şizofreni Tanısı Olan Bireylerin Sosyal İşlevsellik ve Psikopatoloji Düzeyleri Açısından Değerlendirilmesi-Retrospektif Bir Çalışma. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi. 11(3):113–22.
244. Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model: the case for both hospital-and community-based mental healthcare. The British Journal of Psychiatry. 2013;202(4):246–8.
245. Thornicroft G, Tansella M. What are the arguments for community-based mental health care. Copenhagen: WHO regional Office for europe. 2003;

EKLER

Ek-1. Etik Kurul Onayı Belgesi

Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında çıkarılmıştır.



Ek-2.

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
Tıbbi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu
Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

a. Araştırmanın Adı: Rehabilitasyon hizmeti alan şizofreni hastalarında içgörü, içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve sosyal işlevsellik

b. Araştırmanın İçeriği:

Çalışmamızda Akdeniz Üniversitesi Psikiyatri Gündüz Hastanesi polikliniğine başvuran rehabilitasyon hizmetine düzenli devam eden ve etmeyen remisyonda şizofreni hastaları içgörü, içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve sosyal işlevsellik açısından karşılaştırılacaktır.

c. Araştırmanın Amacı:

Psikiyatri gündüz hastanesinde şizofreni tanısı ile remisyonda takip edilen, medikasyona ek olarak psikososyal beceri eğitim grupları, çeşitli iş ve uğraş terapileri rehabilitasyon programlarına düzenli devam eden hastaların, içgörü, içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı, sosyal işlevsellik yönünden incelenmesi ve rehabilitasyon programlarına devamlılık göstermeyen hastalarla karşılaştırılması amaçlanmaktadır. Gündüz hastanelerinde uygulanan rehabilitasyon hizmetleri ile ilgili kanıtlar sunacak bu çalışmada; biyopsikososyal açıdan bütüncül yaklaşım ile şizofreni hastalarının içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinde ve benlik saygısında olumlu yöndeki gelişimin ortaya koyulması hedeflenmektedir.

d. Araştırmanın Nedeni:

i. () Bilimsel araştırma

ii. (X) Tez çalışması

- e. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 9 ay
- f. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: Çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden, belirtilen araştırma merkezinde rehabilitasyon programına düzenli devam eden şizofreni tanılı hastaların tamamı, aynı sayıda rehabilitasyon hizmeti almadan takip edilen şizofreni tanılı hastalar ve aynı sayıda sağlıklı gönüllüler çalışmaya dahil edilecektir.
- g. Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler: Yok

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar: Yok

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:
Herhangi bir risk veya zarar söz konusu değildir.

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

Psikiyatri gündüz hastanesi kliniklerinde uygulanan rehabilitasyon programlarının etkinliğini göstermesini hedeflediğimiz bu çalışma, şizofreni hastalarına sosyal, mesleki, öz yeterlilik, kişiler arası ilişkiler gibi alanlarda işlevsellik kazandıracak, hastaların sosyal hayata, topluma daha iyi entegre olmasını sağlayacak yeni stratejilerin belirlenmesine katkıda bulunabilir, bu hizmetlerin daha geniş çapta uygulanmasını teşvik edebilir ve kaynakların psikiyatri gündüz hastanesi gibi alternatif tedavi merkezlerini yaygınlaştırmaya yönlendirilmesini destekleyebilir.

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: Doç. Dr. Ali Erdoğan Telefon: 0530 510 25 65

5. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın Doç. Dr. Ali Erdoğan tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

6. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.

8. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

9. Gizlilik:

Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

10. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma

doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

Ek-3.

SOSYODEMOGRAFİK ve KLİNİK VERİ FORMU

Adı Soyadı:

Dosya No:

Yaşı:

Cinsiyeti: 1.Kadın 2.Erkek

Öğrenim düzeyi:

0-okur yazar 1-İlkokul 2-Ortaokul mezunu 3-Lise mezunu 4-Üniversite Mezunu

Medeni durumu:

1- Evli 2-Bekar 3- Ayrılmış 4-Eşi vefat etmiş

Çocuğu var mı: 1- Evet 2-Hayır **Varsa sayısı:**

Yaşadığı yer: 1- Şehir 2-İlçe-kasaba 3-Köy

İş Durumu: 1-Çalışmıyor 2-Çalışıyor

Ruhsal hastalığı nedeniyle hiç işten çıkmak zorunda kalmış mı?

1-Evet 2-Hayır

Hastalığın başlangıç yaşı

Hastalık süresi

Hastane yatışı oldu mu?

1-Evet (Sayısı.....) 2-Hayır

Daha önce intihar girişimi var mı?

1-Evet 2-Hayır

İlaçları düzenli kullanıyor mu? Tedavi uyumu?

1-Evet 2-Hayır

Ne kadar süredir Gündüz Hastanesinde takipli?

1-<6 ay 2- 6 ay-1 yıl 3- >1 yıl

Rehabilitasyon programlarına katılıyor mu?

1-Evet

2-Hayır

Aşağıdaki sorular rehabilitasyon programlarına katılan bireyler için;

Ne kadar süredir katılıyor?

1-<6 ay

2- 6 ay-1 yıl

3- >1 yıl

Rehabilitasyon süresi (ay olarak)

Haftanın kaç günü iş-uğraş terapilerine katılıyor?

1- <3 gün

2- >3 gün

Psikososyal beceri eğitim gruplarına katılıyor mu?

1-Evet

2-Hayır

Katılıyorsa toplamda kaç oturum psikososyal beceri eğitimi almış?

1-<18 oturum

2- >18 oturum

Ek-4.

PANSS (POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ)

Ad, Soyad:

Tarih:

Pozitif Belirtiler

Madde	Belirti	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
P1	Sanrılar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P2	Düşünce dağınıklığı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P3	Varsanılar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P4	Taşkınlık	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P5	Büyüklik duyguları	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P6	Şüphencilik/kötülük görme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P7	Düşmanca tutum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Skor:

Negatif Belirtiler

Madde	Belirti	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
N1	Duygulanımda küntleşme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N2	Duygusal içe çekilme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N3	İlişki kurmada güçlük	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N4	Kendini toplumdan çekme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N5	Soyut düşünme güçlüğü	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N6	Konuşmanın akıcılığının kaybı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
N7	Stereotipik düşünme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Skor:

Genel Psikopatoloji

Madde	Belirti	Yok (1)	Çok Hafif (2)	Hafif (3)	Orta Düzeyde (4)	Orta Derecede Ağır (5)	Ağır (6)	Çok Ağır (7)
G1	Bedensel kaygı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G2	Anksiyete	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G3	Suçluluk duyguları	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G4	Gerginlik	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G5	Manyerizm ve vücut duruşu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G6	Depresyon	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G7	Motor yavaşlama	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G8	İş birliği kuramama	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G9	Olağandışı düşünce içeriği	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G10	Yönelim bozukluğu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G11	Dikkat azalması	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G12	Yargılama ve iç görüş eksikliği	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G13	İrade bozukluğu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G14	Dürtü bozukluğu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G15	Zihinsel aşırı uğraşı	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G16	Aktif biçimde sosyal kaçınma	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Skor:

Toplam Skor:

Ek-5.

İÇGÖRÜNÜN ÜÇ BİLEŞENİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

1a. Hasta tedaviyi (Hastaneye başvurma ve/veya ilaç tedavisi ve/veya diğer fiziksel ya da psikolojik tedaviler) kabul ediyor mu? (Edilgin biçimde kabullenmeyi içerir)

- Sıklıkla = 2 (Tedaviye gereksinimi olduğunu nadiren sorgular)
- Bazen = 1 (Arada bir neden tedaviye gereksinim duyduğunu sorgular)
- Hiçbir zaman = 0

Eğer 1a, 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

1b. Hasta tedaviyi teşvik edilmeden istiyor mu?

- Sıklıkla = 2 (uygun olmayan medikasyon istekleri dışlanmalıdır)
- Bazen = 1 (Unutkanlık, dezorganizasyon nedeniyle ilaç almayı ihmal eden hastalar buraya dahil edilebilir)
- Hiçbir zaman = 0 (Tedaviyi her zaman uyarıdan sonra kabul ediyorsa.)

2a. Hastaya sorunuz: "Bir hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz?" ya da "Bazı sorunlarınız olduğunu düşünüyor musunuz?" (mental, fiziksel, belirlenmemiş)

- Sıklıkla = 2 (Hastalığı olduğunu birçok günler, günün çoğunda düşünmüş)
- Bazen = 1 (Hastalığı olduğunu ara sıra düşünmüş)
- Hiçbir zaman = 0 (Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa)

Eğer 2a, 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

2b. Hastaya "bir ruhsal/psikiyatrik hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz?" şeklinde sorunuz. (2a.nın maddeleri geçerlidir).

- Sıklıkla = 2 (Hastalığı olduğunu birçok günler, günün çoğunda düşünmüş)
- Bazen = 1 (Hastalığı olduğunu ara sıra düşünmüş)
- Hiçbir zaman = 0 (Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa)

2c. (2b. eğer 1 ya da 2 ise) "Hastalığınızı nasıl açıklarsınız?" diye sorunuz.

- Hastanın sosyal, kültürel ve eğitim düzeyine uygun akılcı yanıtlar: ör: aşırı stres, kimyasal dengesizlik, ailesel kalıtım biçimindeki açıklamalar = 2
- Karışık, tam anlamadığı kulaktan duyma açıklamalar ya da "Bilmiyorum" şeklinde yanıtlar = 1
- Delüzyonel açıklamalar = 0

3a.(özgül hezeyan) konusundaki inancınızın gerçekte doğru olmadığını düşünüyor musunuz?" diye sorunuz. Ya da "..... (Özgül halüsinasyonu) gerçekte olmadığını düşünüyor musunuz?"

- Sıklıkla = 2 (Birçok gün, günün çoğunda düşünmüş)
- Bazen = 1 (Bazı günler en azından günde bir kez aklına gelmiş)
- Hiçbir zaman = 0

Eğer 3a, 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

3b. Bu olayları yaşantılarınızı nasıl açıklarsınız? (..... Konusundaki inancınız/sesler işitmeniz, görüntüler görmeniz.)

- "Hastalığın bir parçası" = 2
- "Yorgunluk ve stres" gibi dış olaylara bağlıyorsa = 1
- Dış güçlere bağlıyorsa (Delüzyonel olabilir) = 0

Ek soru: durumlarında insanlar size inanmadıklarında kendinizi nasıl hissediyorsunuz? (Hasta çevreye hezeyan ya da halüsinasyonundan bahsederken)

0= "Yalan söylüyorlar."

1= "Ne söylerlerse söylesinler hala kendimi emin hissedirim."

2= "Kafam karışır ve ne düşüneceğimi bilemem."

3= "Bende bir hata olduğunu düşünürüm."

4= "İşte öyle hallerde hasta olduğumu biliyorum"

Ek-6.

**RUHSAL HASTALIKLARDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA
ÖLÇEĞİ**

Bu testte sık sık geçen “ruhsal hastalık” terimi, en geniş anlamda kullanılmıştır. Her bir cümleyi dikkatle okuduktan sonra aşağıdaki ölçeğe göre size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

- 1 - Kesinlikle aynı fikirde değilim
2 - Aynı fikirde değilim
3 - Aynı fikirdeyim
4 - Kesinlikle aynı fikirdeyim

Soru No		(1) Kesinlikle aynı fikirde değilim	(2) Aynı fikirde değilim	(3) Aynı fikirdeyim	(4) Kesinlikle aynı fikirdeyim
1	Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.	☐	☐	☐	☐
2	Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.	☐	☐	☐	☐
3	Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.	☐	☐	☐	☐
4	Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşımdan kaçınıyorum.	☐	☐	☐	☐
5	Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.	☐	☐	☐	☐
6	Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.	☐	☐	☐	☐
7	Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.	☐	☐	☐	☐
8	Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.	☐	☐	☐	☐
9	Ruhsal hastalığım benim “garip” görünmeme ya da davranmama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.	☐	☐	☐	☐

Soru No		(1) Kesinlikle aynı fikirde değilim	(2) Aynı fikirde değilim	(3) Aynı fikirdeyim	(4) Kesinlikle aynı fikirdeyim
10	Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.	☐	☐	☐	☐
11	İnsanları ruhsal hastalığımla sıkamak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.	☐	☐	☐	☐
12	Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim “normal” yaşamın dışında kalmama neden oluyor.	☐	☐	☐	☐
13	Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum.	☐	☐	☐	☐
14	Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.	☐	☐	☐	☐
15	Sırf ruhsal hastalığımdan dolayı insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.	☐	☐	☐	☐
16	Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim.	☐	☐	☐	☐
17	Ruhsal hastalığımın olması hayatımı berbat etti.	☐	☐	☐	☐
18	İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımın olduğunu anlayabilirler.	☐	☐	☐	☐
19	Ruhsal hastalığımdan dolayı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.	☐	☐	☐	☐
20	Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.	☐	☐	☐	☐
21	Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.	☐	☐	☐	☐

Soru No		(1) Kesinlikle aynı fikirde değilim	(2) Aynı fikirde değilim	(3) Aynı fikirdeyim	(4) Kesinlikle aynı fikirdeyim
22	Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.	☐	☐	☐	☐
23	Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkı olamaz.	☐	☐	☐	☐
24	Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadelecı bir insan yaptı.	☐	☐	☐	☐
25	Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yakınlaşmak istemez.	☐	☐	☐	☐
26	Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.	☐	☐	☐	☐
27	Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.	☐	☐	☐	☐
28	İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.	☐	☐	☐	☐
29	Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.	☐	☐	☐	☐

Ek-7.

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

- 1- Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
 - a. Çok doğru
 - b. Doğru
 - c. Yanlış
 - d. Çok yanlış
- 2- Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
 - a. Çok doğru
 - b. Doğru
 - c. Yanlış
 - d. Çok yanlış
- 3- Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
 - a. Çok doğru
 - b. Doğru
 - c. Yanlış
 - d. Çok yanlış
- 4- Ben de, diğer insanların bir çoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.
 - a. Çok doğru
 - b. Doğru
 - c. Yanlış
 - d. Çok yanlış
- 5- Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.
 - a. Çok doğru
 - b. Doğru
 - c. Yanlış
 - d. Çok yanlış
- 6- Genel olarak kendimden memnunum.
 - a. Çok doğru
 - b. Doğru
 - c. Yanlış
 - d. Çok yanlış
- 7- Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
 - a. Çok doğru
 - b. Doğru
 - c. Yanlış
 - d. Çok yanlış
- 8- Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
 - a. Çok doğru
 - b. Doğru
 - c. Yanlış
 - d. Çok yanlış
- 9- Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.
 - a. Çok doğru
 - b. Doğru
 - c. Yanlış
 - d. Çok yanlış
- 10- Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
 - a. Çok doğru
 - b. Doğru
 - c. Yanlış
 - d. Çok yanlış

Ek-8.

KİŞİSEL VE SOSYAL PERFORMANS ÖLÇEĞİ

Lütfen kişiyi geçen ay boyunca gösterdiği fonksiyon düzeyine göre değerlendiriniz.

Bu ölçekte ele alınan dört ana fonksiyon alanı bulunmaktadır:

	Yok	Hafif düzeyde	Görünür	Belirgin	Şiddetli	Çok Şiddetli
a) Sosyal açıdan yararlı aktiviteler; çalışma ve öğrenim görmek dahil	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b) Kişisel ve sosyal ilişkiler	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c) Öz-bakım	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d) Rahatsız edici ve agresif davranışlar	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Zorlukların derecesine karar vermek için iki farklı operasyonel ölçüt seti bulunmaktadır: Bir tanesi **a-c** alanları için ve bir tanesi **d** alanına özgüdür.

a-c alanlarının şiddet derecesi

(I) yok

(II) hafif, yalnız kişiyle çok yakın biri tarafından bilinen

(III) görünür düzeyde, herkes tarafından açıkça fark edilebilen, ancak kişinin sosyokültürel koşulları, yaşı, cinsiyeti ve eğitim düzeyi tarafından belirlenen bu alandaki rolünü gerçekleştirmesini belirgin bir şekilde etkilemeyen güçlükler.

(IV) belirgin, bu alandaki rol gerçekleştirmelerini ciddi bir şekilde etkileyen güçlükler; ancak kişi, her ne kadar yetersiz ve/veya nadiren de olsa, profesyonel veya sosyal yardım almadan hala bazı şeyleri yapabilme kapasitesine sahip; eğer biri tarafından yardım edilirse, daha önceki işlevsellik düzeyine ulaşabilir.

(V) şiddetli, eğer profesyonel olarak yardım edilmezse kişiyi bu alanda bir rol gerçekleştiremez hale getiren veya kişiyi yıkıcı bir role doğru yönelten zorluklar, ancak yaşamsal riskler yoktur.

(VI) çok şiddetli, kişinin yaşamını tehlikeye düşürecek kadar yoğun bozukluklar ve güçlükler

d alanında şiddetin derecesi

(I) yok

(II) hafif, hafif kabalık, asosyalik veya sürekli yakınmaya karşılık geliyor

(III) görünür düzeyde, çok yüksek sesle konuşmak veya başkalarıyla çok samimi bir tarzda konuşmak veya sosyal açıdan Kabul edilemeyecek bir tarzda yemek yemek gibi

(IV) belirgin, toplum içerisinde başkalarına hakaret etmek, eşyalara zarar vermek, sıklıkla sosyal açıdan uygunsuz ancak tehlikeli olmayan bir tarzda hareket etmek (örneğin, toplum içerisinde soyunmak veya idrarını yapmak)

(V) şiddetli, sık olarak sözel tehditler savurmak veya ağır yaralama niyetli ya da olasılığının bulunmadığı fiziksel saldırılarda bulunmak.

(VI) çok şiddetli, sık agresif davranışlar olarak tanımlanan, ciddi yaralanmalara neden olması amaçlanmış veya neden olma olasılığı bulunan

Toplam Skoru İçin Kılavuzlar

71-100: Bu dereceler yalnız hafif güçlükleri yansıtır.

31-70: Bu dereceler değişen düzeylerdeki yetersizliği yansıtır.

0-30: Bu dereceler kişinin yoğun destek veya gözetim gerektirdiği çok kötü işlevselliği yansıtır.

100-91: Dört alanın hepsinde mükemmel işlevsellik. İyi nitelikleri nedeniyle kendisine saygı gösterilir, yaşama ilişkin güçlüklerle yeterince başa çıkar, çok çeşitli ilgi alanları ve aktiviteler ile meşgul olur.

90-81: Dört alanın hepsinde iyi işlevsellik, yalnız sıradan problemler ve güçlüklerin bulunması

80-71: **a-c** alanlarından birinde veya daha fazlasında hafif güçlükler.

70-61: **a-c** alanlarından birinde veya daha fazlasında, görünür düzeyde ancak belirgin olmayan güçlükler ya da **d** alanında hafif güçlükler.

60-51: **a-c** alanlarından birinde belirgin güçlükler ya da **d** alanında görünür düzeyde güçlükler.

50-41: **a-c** alanlarından ikisinde veya daha fazlasında belirgin güçlükler ya da bir alanında şiddetli güçlükler, **d** alanında görünür düzeyde güçlüklerle birlikte olabilir veya olmayabilir.

40-31: **a-c** alanlarından birinde şiddetli ve en azından bir alanda da belirgin güçlükler veya **d** alanında belirgin güçlükler

30-21: **a-c** alanlarından ikisinde şiddetli güçlükler veya **d** alanında şiddetli güçlükler.

20-11: **a-d** alanlarının hepsinde şiddetli güçlükler ya da **d** alanında çok şiddetli güçlükler. Eğer kişi dışsal yönlendirmelere tepki veriyorsa önerilen skorlar 20-16 arasındadır; eğer tepki vermiyorsa önerilen skorlar 15-11 arasındadır.

10-1: Aşırı davranışlarla birlikte temel fonksiyonlarda otonomi yokluğu ancak yaşamsal risk olmaksızın (derece 6-10) veya beslenme bozukluğu, dehidratasyon, enfeksiyonlar, belirgin tehlike içeren durumları kavrayamamaya bağlı ölüm riski gibi yaşamsal risk ile birlikte (derece 5-1)

Skor: