

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**ŞİZOFRENİ TANISI KONAN HASTALARDA BİR İŞTE ÇALIŞMANIN VE
DERNEĞE ÜYE
OLMANIN İŞLEVSEL İYİLEŞME, TEDAVİYE UYUM VE STRESLİ
DURUMLARLA BAŞ ETME ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Neşe UĞURLU

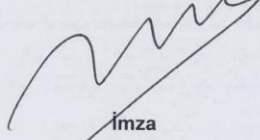
Tez Danışmanı
Yard. Doç. Dr. Nermin GÜRHAN

ANKARA
Kasım 2011

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

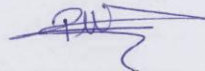
Tez Savunma Tarihi: 21.11.2011



İmza

Doç. Dr. Burhanettin KAYA
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Jüri Başkanı

İmza



Doç. Dr. Perihan GÜNER
KÜÇÜKKAYA
Koç Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu

İmza



(Danışman)

Yrd. Doç. Dr. Nermin Gürhan
Gazi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

İÇİNDEKİLER

Kabul Ve Onay	I
İçindekiler	II
Tablolar Dizini	V
Kısaltmalar	VI
1. Giriş	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
2. Genel Bilgiler	5
2.1. Şizofreni Tanımı Ve İşlevsellik	5
2.2. Şizofreni Hastasının İş Yaşantısı	7
2.3. Şizofrenide Bir Derneğe Üye Olma	9
2.4. Şizofreni Tedavisi	10
2.4.1. İlaç Tedavisi	11
2.4.1.1. Tedaviye Uyumun Tanımı	11
2.4.1.2. Tedaviye Uyumsuzluk Durumlarında Yaklaşım	12
2.4.2. Psikiyatrik Rehabilitasyonda Özel Yaklaşımlar	13
2.4.2.1. Mesleki Rehabilitasyon Ve Desteklenmiş İstihdam	14
2.4.2.2. Sosyal Beceri Eğitimi	16
2.4.2.3. Bilişsel Rehabilitasyon	18
2.4.2.4. Olgu Yönetimi	18
2.4.2.4.1. Olgu Yönetimi İdaresinde Yapılacak İşlemler	19
2.4.2.5. Şizofrenide Aile Tabanlı Eğitim	20
2.4.2.5.1. Aileye Verilen Psikoeğitimin İçeriği	21
2.5. Şizofrenide Stresle Başa Çıkma	22
2.6. Şizofreni Tedavisinde Hemşirelerin Görev Ve Sorumlulukları	22
2.6.1. Bakım Rolü	23
2.6.2. Tedavi Rolü	23

2.6.3. Tedavi Edici Ortamdaki Rolü	24
2.6.4. Eğitim Rolü	25
2.6.5. Araştırma Rolü	25
2.6.6. Taburculuk Rolü	26
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	27
3.1. Araştırmanın Şekli	27
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Özellikleri	27
3.2.1. Ankara Şizofreni Hastaları Ve Yakınları Dayanışma Derneği	27
3.2.2. Mavi At Kafe	28
3.2.3. Gazi Üniversitesi Sağlık, Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Kliniği	29
3.2.4. Ankara Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği	29
3.3. Araştırma Evreni Ve Örneklemi	30
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	31
3.5. Verilerin Toplanması	31
3.5.1. Veri Toplama Araçları	32
3.5.1.1. Kişisel Bilgi Formu	32
3.5.1.2. Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (MARS)	33
3.5.1.3. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ)	33
3.5.1.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇT)	34
3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	35
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	36
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	36
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	37
4. BULGULAR	38
5. TARTIŞMA	57
6. SONUÇ	63
6.1. Öneriler	65
7. ÖZET	66
8. SUMMARY	68

9. KAYNAKLAR	70
10. EKLER	82
EK 1. Kişisel Bilgi Formu	82
EK 2. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ)	86
EK 3. Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (MARS)	87
EK 4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇT)	88
EK 5. Etik Kurul İzni	90
Ek 6. Kuruluşların İzin Belgesi	92
11. ÖZGEÇMİŞ	95
12. TEŞEKKÜR	96

TABLÖLAR DİZİNİ

NO	SAYFA
Tablo 1 Çalışma Grubunu Oluşturan Şizofren Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	38
Tablo 2 Şizofreni Hastalarının Hastalık Ve Tedavi Süresi Özellikleri	39
Tablo 3 Şizofreni Hastalarının Tedavi Şekillerine Göre Durumları	41
Tablo 4 Araştırmadaki Gruplara Göre ŞİLÖ Toplam Ve Alt Ölçek, MARS ve SBÇT Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirmesi	44
Tablo 5 Çalışma Durumuna Göre ŞİLÖ Toplam Ve Alt Ölçek, MARS ve SBÇT Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi	45
Tablo 6 Derneğe Üye Olma Durumuna Göre ŞİLÖ Toplam ve Alt Ölçek, MARS ve SBÇT Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirmesi	46
Tablo 7 Cinsiyete Göre ŞİLÖ Toplam Ve Alt Ölçek, MARS Ve SBÇT Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirmesi	48
Tablo 8 Tedavide İlk Başlanan Antipsikotik Türü ile ŞİLÖ Toplam Ve Alt Ölçek, MARS Ve SBÇT Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi	49
Tablo 9 Şuan Kullanılan Antipsikotik İlaç Türü İle ŞİLÖ Toplam Ve Alt Ölçek, MARS Ve SBÇT Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi	50
Tablo 10 Hastalığın Süresi İle ŞİLÖ Toplam Ve Alt Ölçek, MARS Ve SBÇT Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirmesi	51

Tablo 11 *Tedavi süresine göre ŞİLÖ Toplam Ve Alt Ölçek, MARS Ve SBÇT Alt Ölçek Puanlarının değerlendirilmesi* 52

Tablo 12 *Hastaneye Yatış Sayısına Göre ŞİLÖ Toplam Ve Alt Ölçek, MARS Ve SBÇT Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi* 54

Tablo 13 *Uygulanan Tedavinin Yan Etkisine Göre ŞİLÖ Toplam Ve Alt Ölçek, MARS Ve SBÇT Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi* 55

KISALTMALAR

MARS	Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği
ŞİLO	Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği
SBÇT	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
DD	Duygu Dışavurumu

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı Ve Önemi

Günümüz şartlarında sağlıklı bir bireyin bir işe sahip olması, bir işe devam etmesi ve ekonomik bağımsızlığını kazanması her geçen gün zorlaşmaktadır. Şizofreni tanısı konmuş bir birey için ise, bu durum sağlıklı bireylere göre çok daha zor olabilmektedir¹. Şizofreni tanısı konmuş bireyin bir işte çalışmasını zorlaştıran; düşüncede, algıda, duygulanımda ve davranışlarda oluşan bozukluklar kadar, damgalanma ve işin zararlı olduğu düşüncesi, durumuna uygun olmayan işlerde çalışılması gibi durumlar da etkenler arasında yer alabilmektedir^{1,2}. Tüm bu nedenlerden dolayı hastanın kendisi ve/veya ailesi bir işte çalışıp çalışılmayacağı konusunda tereddütler yaşayabilir. Bu tereddütleri ortadan kaldırmak için uygulanan tedavi yöntemlerinden biri mesleki rehabilitasyon ve desteklenmiş istihdamdır. Bu tedavi yöntemi ile iş hayatına başlayan şizofreni hastalarının sosyal hayatı ve hastalığın prognozu iyi yönde devam edebildiği gibi, idari ve finansal yönetimini yeniden kazanması ve yinelemelerin azalması da sağlanabilir. Aynı zamanda sağlık-bakım maliyetleri azalırken hastaların işlevselliği de artmaktadır. Ailesine ve topluma şizofreni hastalarının destekli bir işte çalışmasının olumlu etkileri anlatılırken, şizofreni hastasına da bir çok olumlu yönleri kazandırılabilmesi için iş yaşantısı desteklenmeye çalışılmaktadır¹.

Şizofreni hastalarının iş yaşantısındaki işlevselliklerindeki bozulmaların yanı sıra, günlük yaşam becerisi, sosyal ilişkileri, aile ve çevre gibi bir çok konuda da işlevselliği bozulabilmektedir^{3,4,5}. Bu alanlardaki işlevselliğinin bozulması da kaçınılmaz olarak bireyin kendisini, ailesini ve toplumu olumsuz yönde etkilemektedir². Bireyler evinde hatta odasında yalnız kalmayı tercih ederek kendisini sosyal hayattan geri çektiği gibi, günlük yaşam gereksinimlerini karşılamada da zorluk

yaşamaya ve kendi öz bakımını bile karşılayamamaya doğru bir gidiş kaçınılmaz olmaktadır¹. Bir zaman sonra hastalar ev işi, alış verişe gitme gibi sorumlulukları almak istememekte ya da ailesi tarafından tüm bu sorumluluklardan uzak tutulabilmektedir^{6,7}. Hastalık öncesine oranla spor yapma, tiyatro, sinema gibi faaliyetlerinde azalma olabildiği gibi hastalar hobilerinin farkında da olmayabilirler. Oysa bir derneğe üye olan hastaların dernekte yapılan beceri eğitimleriyle (yaşam için gereken davranışları kazanması) tiyatro sinema vb. gibi sosyal faaliyetlerle, resim, boncuk vb. gibi uğraşlarla birlikte, arkadaşlık kurmalarıyla da dış dünyaya olan uyumlarında artma sağlanabilir. Bunun yanı sıra derneklerde hasta ve ailelerine psikoeğitim verilebilmektedir. Ailelerle birlikte, bir şizofreni ile yaşamının getirdiği güçlükler ve deneyimler paylaşarak yardımlaşılabilir. Yine damgalanma konusunda hep birlikte mücadele edilerek hasta hakları savunulmakta ve böylece sosyal bir destek ağı sağlanılabilmektedir^{5,8}.

Hastalığın alevlenme dönemlerinde kliniğe yatırılarak tedavi edilen bireylerin taburculuk sonrası sosyal hayatlarına dönmelerini sağlamak için işlevselliklerini arttırmalı ve bunu sürdürebilmelilerdir. Bunu sağlamaya yönelik içinde ilaç ve diğer tedavi yöntemleri bulunmaktadır. Yeni nesil antipsikotikleri de kapsayan antipsikotik ilaçlar; pozitif semptomları belirgin ölçüde düzeltirken negatif semptomları istenilen ölçüde düzeltememekle birlikte premorbid işlevsellik düzeyine etkisi de sınırlıdır^{9,10,11}. Bu nedenle hastaların işlevselliklerini arttırmaları ve sürdürmeleri için diğer bir tedavi yöntemi olan psikiyatrik rehabilitasyon devreye girmektedir. Son zamanlarda ise psikiyatrik rehabilitasyon, mesleki rehabilitasyon ve desteklenmiş istihdam, sosyal beceri eğitimi, bilişsel rehabilitasyon, olgu yönetimi, hasta ve hasta ailelerine yönelik grup psikoeğitimi gibi uygulamaları kapsayan bu tedavi yöntemleri ilaç tedavisini tamamlayıcı rolünden çıkarak tedavinin ana unsuru haline gelmiştir^{3,5}. Bu uygulamalar hastaların yaşam için gerekli olan sosyal

ortamlarını kurmalarını ve bu ortama aktif şekilde katılmalarını sağlayarak hastanın günlük yaşam becerilerini yerine getirmelerine yardımcı olabilmektedir. Ayrıca hastaların yaşadıkları streslerle başa çıkma yeteneklerini, aile ve hastanın tedaviye ve hastalığa uyumlarını arttırarak, hastanın bağımsız yaşamasını, sağlık ve tedavi hakkında iç görüş kazanmasını da sağlayabilmektedir^{3,5,12,13}.

İlaç tedavisi hastaların rehabilitasyon programlarına katılımını kolaylaştırması nedeniyle önemlidir. Oysa ilaç tedavisine ilişkin uyumlarının bozuk olduğu yine bir çok hastanın ya hiç ilaç kullanmadığı ya da ilaç tedavisini yarıda kestiği bildirilmektedir¹¹. İlaç tedavisine uyumsuzluğun nedenleri ise bireysel özellikler, aile, sağlık sistemi ve tedavinin yan etkileri olarak sınıflandırılabilir. Tedaviye uyumsuzluğun çözümü de uyumsuzluğun nedenini saptamakla kolaylaşabilir. Hastaların tedaviye uyumsuzluğunu ortadan kaldırarak işlevselliği arttırabilir ve böylece de hastalığın seyrinin daha iyi olmasını sağlamış olabiliriz^{14,15}.

Şizofreni tanısı aynı zamanda bir çok stres kaynağını beraberinde getirmektedir. Çünkü şizofreni hastaları nesnel olaylardan ziyade öznel olaylara daha duyarlı hale gelmişlerdir. Hastalık sürecinin kendisi, damgalanma, depresyon, bireyin kendisinden beklenen psikolojik, fiziksel ve sosyal işlevlerini yerine getirememesi ve diğer psikososyal faktörler stresör rolü oynayarak kişinin ruhsal sıkıntılarına neden olabilmektedir. Bu nedenlerden dolayı olaylar karşısında bireyin bilişsel, duygusal ve davranışsal çabaları içeren bir takım başa çıkma tutumlarını geliştirmesi gerekmektedir. Başa çıkma tutumları hastalık ile ilgili sorunlarında, sosyal ilişkilerinde ve iş yaşantısında işe yarayabilirken iyi bir baş etme tutumları aynı zamanda bireyin uyumunu ve işlevselliğini olumlu yönde etkileyebilir^{2,16}.

Yukarıda saydığımız tüm bu nedenlerden dolayı şizofreni hastalarının tedavisi bir ekip işidir. Psikiyatri ekibinin yapmış olduğu tüm uygulamalar, klinikteki ve taburculuktan sonraki hayatlarında hastaların iyi hal sürelerinin uzamasına, hastalığa-tedaviye ve toplumsal yaşama uyumlarının sağlanmasına ve işlevselliğinin artmasına veya kayıp olmamasına yardımcı olabilir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma; şizofreni tanısı konan hastalarda bir işte çalışmanın ve derneğe üye olmanın işlevsel iyileşme, tedaviye uyum ve stresli durumlarla baş etme üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Ve çalışmanın alt amaçları aşağıdaki soru cümleleri çerçevesinde ele alınmıştır.

- Şizofreni tanısı almış bireyin derneğe üye olması ve bir işte çalışmasının işlevselliğe, tedaviye uyumuna ve stresle başetme tarzlarına etkisi var mı?

Şizofreni hastalarının işlevselliğini, tedaviye uyumunu ve stresle başetme tarzlarını:

- Cinsiyet,
- İlk ve şuanki uygulanan tedavi türü,
- Tedavinin yan etkisi,
- Hastalık ve tedavi süresi,
- Hastaneye yatış sayısı etkiliyor mu?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni Tanımı ve İşlevsellik

Şizofreni uzun yıllardır bilinen, toplum içinde ve hastanelerde çok sık karşılaşılan bir hastalıktır⁶. Şizofreni tanısı düşünce, duygulanım ve davranış gibi birçok konuda hastayı etkileyebilmektedir⁵. Duygulanımda düzleşme ya da küntleşme, uygunsuz duygulanım, zevk almama, ilgisizlik, güdüsüzlük ve apati görülebilir. Şizofreni hastaları zaman içinde meydana gelen olayları ve algıları bütünleştirmede, planlamada, amaca yönelik davranışı sürdürebilmede ve davranışsal esneklikte yetersizlik yaşayabilir. Şizofreni hastalarının öğrenme sırasında özellikle uygun öğrenme stratejilerini kullanamadıkları da görülmektedir. Şizofrenili beyinde uyaranları süzme işleminde bozulma olduğundan dolayı bir uyaran bombardımanı altında kalmakta ve dikkati odaklama ve sürdürme yetisi bozulmaktadır. Şizofreni hastaları geçici dikkat eksikliğinden dolayı bir işi yaparken o işle ilgili önemli verileri, önemsiz ve ilgisiz olanlardan ayırt edemeyebilirler. Devamlı dikkat yeteneği bozulabildiğinden devamlılık gerektiren işlerde, dikkat toparlama ve bir noktada yoğunlaştırma, devam ettirme gibi işlevsellikte sorun yaşayabilmektedirler. Algılanan bilginin depolanıp kullanılabilmesine çalışma belleği adı verilir. Şizofreni hastalarının hem sözel hem görsel çalışma belleği bozulmuş olabilir. Anlamsal bağlantılar kurarak bilgiyi geri çağırabildikleri ya da ipucu verilerek daha kolay hatırladıkları, ancak iradi hatırlama stratejileri üretmedikleri görülmüştür. Hatırlamada zorluk çeken şizofreni hastalarında bunun yanı sıra tanıma ve kodlama işlevlerinde de bozulma oluşabildiği gösterilmektedir. Atasözlerin yorumlanması gibi soyutlama, yeni bir sorunu çözümüleme, geçmiş deneyimlerinden faydalanma gibi işlevlerinin bozulabildiği tutarlı bir şekilde gösterilmektedir. Ayrıca da motor yavaşlama, ardışık hareketlerin düzgün olmaması gibi istemli ve istemsiz anormal motor hareketlerin şizofrenide yaygın olduğu uzun zamandır

bilinmektedir. Karmaşık motor işlevselliklerinin bozulmasının yanısıra bir düğmeye basmak gibi çok daha basit motor işlevsellikleride bozulmuştur. Bu yüzden hasta karmaşık motor hareketlerinin kapsadığı feedback uyumunu gösterememekte, hareketlerini idare edememekte, hatalarını düzeltememektedir. Ayrıca şizofreni hastaları hareket eden bir objenin hızını göz hareketiyle takip edemeyebilir, sakın bir izleme yapamayabilir^{1,17,18,19,20}. Bu olumsuz etkiler şizofrenide psikososyal işlevsellikte ağır ölçüde bozulmaya, hastanın çevresiyle önemli ölçüde uyumsuzluk ve çatışma yaşamasına neden olabilir. Kişinin gerek yakın gerekse uzak çevresindeki insanlarla ilişkileri kısıtlanmaya başlar. Ev halkıyla bile birlikte olamayabilir, onlardan ayrı yer, onlardan ayrı odada oturur yada televizyon seyrederek. Toplum içindeki görev ve sorumlulukları açısından da işlevselliklerinde belirgin bozulmalar meydana gelebilir. Örneğin çalışma, öğrenci, eş, çocuk vb. rol performansında yetersizlikler ve eksiklikler ortaya çıkabilir. Hastaların kendilerine bakımı azalabilir ya da bozulabilir. Hastalar yaşamlarını tek başına sürdüremez hale gelebilir, temizliklerinden beslenmeye kadar yaşamlarını sürdürebilmek için başkalarının yardım ve desteğine muhtaç olabilirler. Aynı zamanda zihinsel aktivite ve iş görme dürtüsü suskunlaşabilir. Hastaların iş yaşamları bozulabilir ve buna bağlı olarak iş başarıları ve işteki işlevsellikleri azalabilir, bu yüzden işlerinden ayrılabilir ya da malulen emekli olabilirler. Yeni iş arama konusunda isteksiz davranırlar, girdikleri işlerde başarısız oldukları için işten atılabilir ve sık sık iş değiştirebilirler. Hastalık gençlik yıllarında başladığı için hasta üretim dışına itilebilir ve bu nedenle de topluma maliyetleri oldukça yüksek olabilmektedir^{3,5,6,9,18}.

Şizofreni hastası için hastalık bulgularında gözlenebilir bir azalma, bilişsel, sosyal ve mesleki işlev düzeyinde gözlenebilir bir artma olduğunda iyileşti diyebiliriz. Mcgruk ve arkadaşlarının aktardığına göre Spanoil ve arkadaşları iyileşmeyi şizofreniyi bilmek, hastalık üzerinde bazı

kontrolleri almasını amaçlamak, toplumda üretken, anlamlı ve değerli olan rolleri yapabilmek olarak tanımlamışlardır²¹. Davidson ve arkadaşlarının aktardığına göre Ruh Sağlığı Komisyonu tarafından oluşturulmuş olan raporda, iyileşme hastanın yaşayabildiği, öğrenebildiği, çalışabildiği ve topluma katılabildiği bir süreci ifade etmektedir²². Şizofreni hastalarında oluşan olumsuz etkileri iyileştirebilmek için hastanın toplum içinde mümkün olduğunca işlevsel ve bağımsız yaşayabilmesini sağlanmalıdır⁹. Bu nedenle de farmakolojik ve psikososyal tedavi yaklaşımlarını bütünleştirilerek uygulandıklarında tedavi etkinliği artmakta ve ilaca olan gereksinim azalmaktadır⁵.

2.2. Şizofreni Hastasının İş Yaşantısı

Süreğen ruhsal hastalığı olan bireylerde en önemli sorunlardan birisi de işsizlik ve işe yaramazlık duygusudur. Ya bir meslekleri olamamış ya hastalıktan dolayı işini kaybetmiş yada malulen emekli olmuşlardır. İşsizlik, durağanlık, bir işe yaramama, verimli olamama ve yaşamın hareketliliğinden kopma gibi olumsuzlukları önlemenin tek yolu iş imkânı sağlamaktır⁷. Uygun koşullarda çalışan şizofreni hastası için iş hayatının olumlu yönleri bulunmaktadır. Literatürlere göre bir işte çalışmak şizofreni hastalarının negatif semptomlarını, bizar davranışlarını, depresyon düzeyini, psikopataloji ve kötü etkilerini azalttığı, sosyal rollerini geliştirdiği, boş zamanlarını daha etkin değerlendirdiğini, aktivitelerin etkinliğini, sosyal ilişkilerini ve becerilerini, kendilik doyumlarını ve uyum davranışlarını arttırdığı belirlenmiştir^{21,23,24,25,26}. İş sağlama kurumları ile psikiyatri servislerinin birlikte çalışması sonucunda ise iş yaşantısının sağladığı bu olumlu sonuçların arttığı saptanmıştır²⁵. Hastanın iş hayatının stresli, beklentileri yüksek, ağır, hızlı, pis ve maaşı ile destek sistemi yetersiz olan ve hastanın işini boşa zaman kaybı olarak düşünmesi hastalığı alevlendirebilir. Daha uygun koşullarda iş yaşantısı ile hastalara yarar sağlanabilir. Şizofreni hastalarının iş yaşantısına uyum sağlaması

için, ön hazırlık yapılması, uygun bir ie yerleştirilmesi daha sonra ise ie uygun eğitimin verilmesi, i çevresi ve klinik ortamla işbirliğinin sağlanması gibi uygulamalar gerekmektedir. Bu uygulamalara uzun destek sağlanması ile i yaşantısına etkili bir girişim sağlayabilir^{1,25}. Uygun koşullarda hastaların istekli olması iş rehabilitasyonunu ve işlevselliğini arttırabilir²¹.

Randomize kontrollü çalışmaların sonucunda şizofreni hastalarının çalıştıkları işlerin çok kazanç getirmeyip çalışma saatlerinin uzun olmaması gerektiği belirtilmiştir. Çalışmalarda destek iş yaşantısı olan hastaların durumu creti ve çalışma süreleri fazla olan işlerde çalışan hastalara göre daha iyi bulunmuřtur²⁵. Dixon ve arkadaşlarının aktardığına göre Burns ve arkadaşları Latimer ve arkadaşları ve Kin Wong ve arkadaşları yaptıkları araştırmalarında, çalışmaya ilgisi olan şizofreni hastalarında, desteklenmiş iş hayatının stresi arttırdığına ve negatif belirtileri oluşturup alevlenmeye neden olduğuna dair kanıtlar bulunmamış, Becker ve arkadaşları Catty ve arkadaşları ve McGrew ve arkadaşları araştırmalarında da mesleki eğitim servisleriyle psikiyatri kliniklerin birlikte çalışması ile şizofreni hastalarında iş yaşantısının olumlu etkisini arttırdığını gzlemlemiřlerdir²⁵. Priebe ve arkadaşlarının yaptıkları araştırma verilerinin sonucunda işsiz olan hastalarda negatif semptomların ve bizar davranışların görüldüğü, bunun yanı sıra psikopatolojinin ağır seyrettiği sonucu elde edilmiřtir²⁴. McGurk ve arkadaşları yaptığı çalışmada şizofreni hastalarının iş memnuniyetinin az, çalışma isteğinin %55-75 oranında ve çalışan sayısının da % 20'den daha az olduğu saptanmıřtır²¹.

Madde kullanımı ile tetiklenen psikotik bozuklukların olmasının yanı sıra şizofreni hastaları negatif duygulanımlarını düzenlemek, pozitif ve negatif belirtilerini ya da tedavinin yan etkilerini azaltmak için madde kötüye kullanım davranışı da sergileyebilirler. Aynı zamanda şizofreni hastaları geçici olarak normal aktivitelerden haz almalarına olanak

sağladıkları için de maddeyi kötü kullanıyor olabilirler. Madde kötüye kullanımı olan şizofreni hastalarının, olmayanlara göre hastaneye yatışlarının daha sık, tedavi uyumlarının daha kötü, özkıym risklerinin daha yüksek olduğu, yasal ve sağlık sorunlarını daha sık yaşadıkları ayrıca dürtüsel ve şiddet içeren davranışlar sergiledikleri de bilinmektedir³⁰. Maddeyi kötüye kullanan şizofreni hastaları kişilerarası ve aile içi çatışmayı daha yoğun yaşayabilirler. Maddeyi kötüye kullanan şizofreni hastasının, rol ve sorumlulukları, sosyalleşmesi ve iş hayatı gibi işlevsel alanları olumsuz etkilenebiliyor^{21,27,28}.

Bir hastaya şizofreni tanısı koymak ciddi bir sorumluluktur. Şizofreni tanısı konulmuş hasta toplum içinde birçok zorluk yaşayabilir. Toplumda şizofreni hastası tehlikeli ve ne zaman ne yapacağı belli olmayan kişilerdir gibi olumsuz değerle özdeşleştirilir. Aynı zamanda dışlanma, aşağılanma, şiddet ve ayrımcılığa maruz kalabilirler. Bu şekilde damgalanma şizofreni hastalarının yeni bir iş kurmaları, işlerine devam etmeleri, statülerini korumaları, sigorta yaptırmalarını, iş rehabilitasyonuna katılımlarını olumsuz etkiler ve bütün bunlar iş rehabilitasyon tedavi yönteminin başarı oranını da düşürür. Bundan dolayı öncelikli olarak toplumun sahip olduğu, şizofreni hastalarının tehlikeli ve iyileşemeyeceği gibi yanlış bilgilerin düzeltilmesi, olumsuz düşünce ve dışlama eğiliminin değişmesi gerekmektedir^{29,30}.

2.3. Şizofrenide Bir Derneğe Üye Olma

1990'lı yıllarda sivil toplum kuruluşlarının ağırlık kazanmasıyla, hasta ve hasta yakınlarının (özellikle şizofreni hastalarının) katılımıyla kurulan dernekler ortaya çıkmaya başlamıştır. Hasta ve yakınlarının kurdukları Yardım ve Dayanışma Dernekleri hastaların tedavi ortamları dışında da arkadaşlık kurdukları, kabul görebildikleri ve duygusal destek bulabildikleri, suçluluk duygusunu azaltarak sorunlarını kolayca

başkalarıyla paylaşp, işlevselliklerini ve yaşam niteliğini geliştirebildikleri bu derneklerin remisyon sıklığını azalttığı görülmektedir^{5,7,8,31}. Hastaların becerilerini geliştirecek, bilgisayar kursları, resim çalışmaları, boncuk dizme gibi uğraşı eğitimlerinin verildiği, meslek ve sanat öğrenildiği, gündelik etkinliklerin (yatağını toplamak, alışveriş yapmak gibi), eğlenceli ve sportif faaliyetlerin düzenlendiği programlarla birlikte hastalık hakkında 10-12 seans olarak düzenlenen eğitimlerin verilmesi ve iş rehabilitasyonunu sağlaması ile şizofreni dernekleri psikiyatrik rehabilitasyonun toplum içerisinde önemli parçasıdır. Şizofreni Derneklerinin toplumda şizofreni hasta grubuna karşı uygulanan ayrımcılığa karşı dayanışma sağlamak, çeşitli toplumsal desteklerle üyelerinin güçlenmesine yardım etmek, hastaların ve yakınlarının kendi kendilerine örgütlenmelerini sağlamak, yasal ve insani haklarını elde etmek için çaba göstermelerine öncülük etmek amaçlarındandır^{5,7}.

Şizofreni Derneklerinde, hasta ve yakınlarının hazırladığı bültenler yılda belli aralıklarla, düzenli olarak yayınlanmakta ve hasta, hasta yakınlarını ve diğer sağlık profesyonellerini bir araya getiren sempozyumlar, kongreler düzenlenmektedir. Ayrıca bu derneklerde damgalanma ile mücadele kampanyaları, şizofreni yürüyüşleri yapılmaktadır⁵. Son zamanlarda farklı kentlerde şizofreni dernekleri açılmaya başlanmıştır. İlk olarak İstanbul'da, ardından Ankara, İzmir, Manisa, Antalya, Eskişehir, İzmit ve Konya'da dernekler açılmıştır. Bu dernekler devletin yapamadığı işleri yürütmektedir⁵.

2.4. Şizofreni Tedavisi

Şizofreni hastalarının tedavisinde ilaç tedavisi, ruhsal ve toplumsal tedavi girişimleri olmak üzere iki yöntem uygulanmaktadır.

2.4.1. İlaç Tedavisi

Şizofrenik bozuklukların tedavisinde hemen her hastada ilk seçenek ilaç tedavisidir. Aralarında kimyasal farklılıklar bulunmasına rağmen şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların sağaltımında kullanılmak üzere son kırk yıl içinde çok sayıda antipsikotik ilaç geliştirilip piyasaya sürülmüştür. Antipsikotik ilaçlar (nöroleptik): tipik (klasik, konvansiyonel) ve atipik (yeni) antipsikotikler olmak üzere iki gruba ayrılır¹⁸. İlaçların şizofrenik bozuklukların belirtilerinin çoğunu azalttığı ya da ortadan kaldırdığı, uzun süreli kullanılmalarıyla relaps oranlarını düşürdüğü çeşitli çalışmalarla ortaya konulmuştur³². Fakat ilaç tedavisi tek başına şizofrenik bozuklukları tam olarak iyileştirememektedir. Antipsikotik ilaçlara iyi yanıt veren hastalarda bile toplumsal ilişkilerde sınırlılık, yaşam kalitesinde kötüleşme, bilişsel belirtiler, rezidüel belirtiler, iş kaybı ya da iş veriminde düşme görülebilmektedir. Bu sonuç, antipsikotik ilaçların etkisinin şizofrenik bozukluklarda sınırlı olduğunu göstermektedir²³.

2.4.1.1. Tedaviye Uyumun Tanımı

Uyum; bir insanın önerilen ilaca karşı tutumu olarak tanımlanmaktadır³³. Tedaviye uyumsuzluk reçete edilen ilaçları kullanmamak ya da düzensiz kullanmak, reçete edilmeyen ilaçları kullanmak, randevuları kaçırmak, takiplere devam etmemek ve buna benzer diğer davranışlarda bulunmak şeklinde birçok boyutta karşımıza çıkmaktadır. Şizofreni hastalarında tedaviye uyum, prognozun iyi olması, hastanın işlevselliğini artırması ve rehabilitasyon programlarına katılımın sağlanması için önemlidir^{14,34}.

Tedaviye uyumsuzluk; verilen tedavinin yetersiz olması, tedavi ve hastalık hakkında eğitimin yeterli verilmemesi, tedavinin yan etkisinin

olması, iç görünün olmaması, hastalığın şiddetinin boyutu (paranoid ve grandiyöz düşünceler var olması), hastanın veya ailesinin ilaç tedavisi hakkında olumsuz düşüncelere sahip olmaları, madde bağımlısı olmaları, düşük işlevselliğe sahip olmaları, etiketlenme korkusunun olması, hastaneye zorla yatırılmaları, aile desteğinin yetersiz olması, bağımsızlığın artması psikozdan ikincil kazanç elde edilmesi gibi faktörlerden kaynaklanabilir ^{4,11,15, 35,36,37}.

Hastaların randevularına gelmeleri için telefon ya da mektup ile yönlendirilmesi, hastaya tedavi hakkında bilgi verilmesi, hasta ve aileye psikoeğitim verilmesi, hastalarla tedavi edici bir ilişki kurulması ve bu ilişkiyi taburcu olduktan sonra devam ettirilmesi, klinikte yatarken hastaların tedavilerine aktif katılımlarını sağlaması, ailenin hastaya ilaç alımını hatırlatması, klinik ilişkilerinde güven ortamı sağlanması tedaviye uyumu arttırmaktadır. Ayrıca hastanın bir işe sahip ve derneğe üye olması, hastanın sosyal ilişkilerini ve işlevselliğini artırdığı ve kendine güvenini sağladığı için tedaviye uyumunu da arttırmaktadır ^{4,9,11,15,18,35,37}.

2.4.1.2. Tedaviye Uyumsuzluk Durumlarında Yaklaşım

1- Uyumsuzluğun olası nedenleri araştırılmalı, hasta ve yakınları ile görüşülmelidir.

2- İlaçların kullanılma nedenleri, etki düzenekleri, tedavi planı, dozların artırılma ya da azaltılma olasılık ve zamanları ya da olası ilaç değişikliğinin nedenleri hastalara açıklanmalıdır.

3- Çok yavaş doz artışı yapılmalı, en ufak yan etkide müdahale edilmeli, çok gerekmedikçe “zorla ilaç uygulaması” yapılmamalıdır.

4- Tedavi ve ilaçlar konusunda psiko-eğitim ve destekleyici psikoterapiler uygulanmalıdır.

5- Yan etkileri olmayan/en az olan, başkalarının dikkatini çekecek yan etkiler göstermeyen (örn. postürde rijidite, tremor, akatizi, salya akması vb.) ilaçlar tercih edilmelidir. Gerekirse bu yan etkileri daha az olan ya da olmayan bir başka antipsikotik ilaca geçilmelidir.

6- Bütün oral tedavi yöntemleri denendiği halde uyum sağlanamıyorsa, uzun etkili ya da depo antipsikotik ilaçlara geçilmelidir⁶.

2.4.2. Psikiyatrik Rehabilitasyonda Özel Yaklaşımlar

Psikiyatrik rehabilitasyon; inatçı belirtilerle giden ve işlevsel bozukluğu devam eden bireylerin ruhsal ve toplumsal gereksinimlerini karşılamak için uygulanan kapsamlı, eşgüdümlü ve uzun süreli bir tedavi yöntemidir⁷. Bu tedavi yöntemlerinin değişik zaman, ortam, klinik, anlayış ve olanaklar çerçevesinde kullanım alanları bulunmaktadır^{1,9}.

Rehabilitasyon programı ile hastalar bağımsız olarak en az destekle toplumsal, mesleki, eğitimsel ve ailevi rollerini sürdürebilirler, bilişsel yetiler ve toplumsal becerilerde yeni kazanımlar sağlayabilirler, toplumsal destek sistemine sahip olabilirler, toplumla yeniden bütünleşebilirler, hastalığa karşı daha az duyarlı ve stresler karşısında daha güçlü olabilirler. Ayrıca hastaların psikotik belirtileri iyileştirilebilir, yaşam kalitesi artırılabilir, işini sürdürebilmesini sağlanabilir, hastalar madde kullanımı gibi olumsuz eylemlerinden kurtulabilir ve hastalığın negatif belirtilerin azaltılması ile bireyin öznel yaşam doyumu artırılabilir^{7,34}. Şizofreni tedavisinde uygulanan ruhsal ve toplumsal tedavi girişimlerinin kısa süre uygulandıklarında gerek işlevsellik alanlarında gerekse hastalığın belirtileri üzerinde olumlu yönde etkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmakla birlikte, etkinin sürmesi için tedavi programlarının uzun süreli olması gerekmektedir^{7,38}. Psikiyatrik rehabilitasyon çalışmaları üç eksenli yaklaşımı temel kabul eder.

1) Kişiyi sıkıntı vermeyecek, ikincil özür oluşmasına yol açmayacak, günlük yaşamını etkilemeyecek şekilde uygun farmakolojik tedavinin seçimi ve sürdürülmesi.

2) Kişinin bireysel ve toplumsal yaşamını kolaylaştıracak, engelleri aşmasını sağlayacak şekilde becerilerle donanmasının sağlanması.

3) Toplumsal desteklerin kişinin sağlıklı yaşamını sürdürmesini kolaylaştıracak şekilde düzenlenmesi.

Buradan tedavi ekibi ile rehabilitasyon ekibinin toplumsal destek birimleriyle işbirliği içerisinde çalışmasının önemi anlaşılmaktadır. İyi bir tedavi zeminine oturmayan ruhsal ve toplumsal girişimler, boşa giden çabalar olma riskini taşımaktadır. Psikiyatrik rehabilitasyon ekibi tarafından hastalığın öyküsünün, evrelerinin ve bireyin mevcut donanımlarının iyi bilinmesi hasta için en uygun olan girişimlerin yapılmasını sağlayacaktır. Aileyi ve toplumsal boyutu ihmal eden bir psikiyatrik rehabilitasyon girişimi düşünülemez⁷.

2.4.2.1. Mesleki Rehabilitasyon ve Desteklenmiş İstihdam

Şizofreni tanısına bağlı olarak mesleki rol performansında bozulma görölmektedir. Bu komplikasyonun giderilmesi için mesleki açıdan istihdam programı gerekmektedir. Ağır ruhsal bozukluğu bulunanların %50-75'inde istihdam birincil hedef olmasına karşın %15'inden daha azı bu istihdam programlarına katılmaktadır⁵.

Şizofreni hastaları için işin tedavi edici etkisinden depo hastaneleri döneminde yararlanılmıştır. Hemen her hastanede bir çiftlik ya

da hastaların çalıştıkları iş yerleri bulundurulmaktaydı. O dönemle birlikte hastalar için iş bulma ve işte devamlılığı sağlama girişimi mesleki rehabilitasyon olarak tedavide yerini almıştır. Mesleki rehabilitasyon da, hastaların iş alanlarına hazırlanması sağlanmaktadır. 1980’li yılların sonlarında mesleki rehabilitasyona yönelik ilgi yerini desteklenmiş istihdam olarak ifade edilen “yerleştir ve eğit” tipi modellere bırakmıştır. Yerleştir ve eğit modeli; hastaların bir mesleki eğitimden sonra işe yerleştirilmelerinin yerine beceri ve ilgilerine uygun işlere yerleştirilmeleri ve orada eğitilmeleri, işte kalmalarının sağlanması için de iş eğitmeni ya da olgu yöneticisi aracılığıyla desteklenmeleri şeklinde olmaktadır. Bu model iş bulma becerisi sınırda olan, işsiz bireyleri eğitmek ve teşvik etmek için geliştirilmiş bir yöntemdir. İlk önce şizofreni hastası iş bulmayı düşünmeli ve bu konuda gayretli olmalıdır. İlk aşamada işi verenleri saptama, işe başvuru formunu doldurma gibi eğitim verilmelidir. İkinci aşamada hastanın ilgilerine, yeteneklerine, hastalıkla baş etme tarzına, kazançla ilgili gereksinimlerine ve diğer özelliklerine uygun iş aramaya yönlendirilmelidir. Daha sonra iş aramayla ilgili her gün planlama yapılarak değerlendirilme yapılmalıdır. İş bulunduktan sonra ise iş durumlarını ve eğer varsa iş sürtüşmelerini, çatışmalarını dile getirerek çalışma ortamının başarılı olması için uzmanlarla tartışılmalıdır. Bunların sonunda saptanan yetersizlikler konusunda beceri eğitimi verilmelidir. İş ortamının değerlendirilmesi kapsamlı ve sürekli yapıp ve daimi destek verilmelidir. Bu desteklenmiş istihdam programları kısmen ya da bütünüyle bu ilkelere uymaktadır, ilkelere uyum ne kadar fazlaysa alınan sonuçlar da o kadar iyi olmaktadır^{5,7,20}.

Doğrudan bireyselleştirilmiş işe yerleştirme ve sürekli desteklemeye odaklanan destekleyici istihdam girişimleri, geleneksel yaklaşımlardan daha etkilidir. Kontrollü çalışmalarda, destekleyici istihdam programlarının, korumalı işe yerleştirme ve geleneksel rehabilitasyon programlarından daha etkili olduğu görülmektedir. Hastaların destekleyici

istihdam programlarında diğer geleneksel mesleki programlara göre daha başarılı olduğu görülmüştür. Hekimler yüksek beklentinin şizofreni hastalarında dengeyi bozacağından korksalar da destekleyici istihdam hizmetinin klinik bozulma, alevlenme oranlarında artış ya da olumsuz sonuçlar doğurduğuna ilişkin bir kanıt yoktur, tam tersi, rekabetçi bir ortamda bulunan hastalar birçok açıdan bundan yararlanıyor görünmektedir. Öte yandan destekleyici istihdam programlarının başarısına karşın bazı endişeler de bulunmaktadır⁵.

Destekleyici istihdam programlarıyla, nitelikli işler bulunup bulunmadığı, işin üretime ve kazanca dönüşme oranı, insanlar için yararı, çalışma ortamının uygunluğu, kariyer yapmaya geçiş sağlayıp sağlamadığı aynı zamanda işin kişinin ruh sağlığına olan katkısı, hastalığın olumsuz ve yıkıcı yönlerinin azaltıcı etkisi sorgulanmaktadır^{1,5,7}. İş aracılığıyla bireyler kendilerini hasta olarak değil sağlıklı insanlar gibi çalışan ve üreten kişiler olarak algılamaktadırlar. Bireyi tüketici olmaktan üretici olmaya geçiren iş rehabilitasyonu, hastane ortamlarında, rehabilitasyon merkezlerinde, sanayide belirlenmiş yerlerde, dernek ve kulüp ortamlarında, belediye ve devletin sağlayacağı olanaklar çerçevesinde gerçekleştirilebilir. İş rehabilitasyonu, psikiyatrik rehabilitasyon bütününe bir parçasıdır. İş ortamlarının ve oralardaki ilişkilerin doğuracağı stresler nedeniyle ortaya çıkabilecek sorunlar açısından uyanık olunması gerekmektedir. Hastalara verilen iş-beceri desteği, klinik açıdan takip ve sosyal destekler, iş yaşamında iken de bireysel gereksinimlere göre sürdürülmelidir⁷.

2.4.2.2. Sosyal Beceri Eğitimi

Şizofreni tanısından dolayı hastaların çoğu sosyal becerileri öğrenemedikleri dönemlerden geçmektedir. Adölesan dönemine girerken şizofreni gelişen çocuklarda, hafif derecede dikkat bozukluğu olduğu için sosyal ilişkilerin geliştirilmesi ve temel sosyal becerilerin kazanılması

bozulabilir. Şizofreni geç ergenlik ya da genç yetişkinlik döneminde ortaya çıktığında flört ve cinsel davranışlar kazanılması, mesleki beceriler edinilmesi, yetişkin tipte ilişkilerin biçimlendirilmesi ve sürdürülmesi gibi yetişkin sosyal rol ve becerilerde yeterlilik kazanma açısından problem yaşanabilir⁵.

Şizofreni hastalarının hastanede bulundukları dönemlerde yalıtılmış tarzda bir yaşamları olmasından dolayı “normal” akran gruplarından ayrılarak yaşlarına uygun sosyal rollere girebilmeleri için gereken olanakları çok azalır, sosyal ilişkileri ruh sağlığı ekibi ve diğer ağır ruhsal rahatsızlığı bulunan hastalardan ibaret olacak biçimde kısıtlanır⁵. Hastalar sosyal rollerini yerine getirmede ve sosyal etkileşim gerektiğinde (esnafı pazarlık yapmak, sorunlarını çözmek için yardım istemek gibi) kendi gereksinimlerini karşılamakta güçlük çekmektedirler³⁹. Hastanın, konuşma içeriğini planlayamaması, konuya ilişkin ipuçlarını fark edememesi ve yorumlayamaması, sesin yüksekliğini, tonunu ve konuşma hızını ayarlayamaması, göz teması kuramaması, postür, yüz ifadesi, mesafe (proksemi) ve beden dili gibi davranışlarını düzenleyememesi, başkalarını doğru şekilde algılayamaması ve sosyal sorunlarını çözememesinden dolayı, beslenme, sağlık, temizlik, maddi harcamalar, çalışma, toplum kaynak ve kurumlarını kullanma gibi sosyal ortama uyum sağlayamazlar^{5,20}.

Şizofreni hastalarının bu sosyal alanlarının iyileştirilmesi ve bağımsız yaşayabilmeleri için her gün aktivitelere ihtiyaç duyabilirler. Şizofreni Sosyal Beceri Eğitiminde motor beceri gelişimine ve kişiler arası ilişkileri arttırmaya odaklanılır. Şizofreni hastalarının becerilerini artırma programında, rol modeli olma, düzeltici geri bildirim ve pozitif pekiştirici, destekleme, tekrar etme, kendini yönlendirme, ev ödevleri gibi yöntemler kullanılır. Bu yöntemlerle ilaç tedavisi, belirtilerle başa çıkma, temel konuşma becerileri, topluma girme, günlük yaşam faaliyetleri, madde kötü

kullanımıyla başa çıkma, iş yerinde temel beceriler, arkadaşlık ve yakınlık kurma ile ilgili sosyal beceri eğitimi verilmektedir. Bu hastaların çevrelerinin de günden güne yeteneklerini arttıracak şekilde düzenlenmesiyle birlikte bu uygulamaların hastaların beceri alanlarına önemli ve süregen katkı yaptıkları belirtilmektedir^{1,5,23,39,40}. Beceri eğitimi programında hastaların hastalıkla daha kolay başa çıkabilmeleri, semptomların alevlenmesinin engellenmesi, sosyal işlevselliklerinin artırılması, daha bağımsız yaşamaları ve kendilerine güvenlerinin artması amaçlanmaktadır⁵.

2.4.2.3. Bilişsel Rehabilitasyon

Şizofreni hastalarının bilişsel kusurları nedenleriyle toplumsal ve mesleki işlevselliklerinde bozulmalar meydana gelebilir⁴¹. Bilişsel Rehabilitasyon da düzenli bilişsel egzersizlerle bellek, dikkat, planlama ve kavramsal yetilerin onarımı ya da bu alandaki kusurların telafisine yönelik yönetsel işlevlerin çalışması sağlanabilir. Bilgisayar destekli ortamlarda bireysel olarak ya da grup ortamlarında uygulanan Bilişsel Rehabilitasyon Eğitiminin hedefleri arasında sözel bellek, sorun çözme, dikkat, sosyal algılama ve çalışma performansının düzeyini arttırmak bulunmaktadır. Sorun çözme becerilerinin geliştirilmesi önemli bir bilişsel rehabilitasyon çalışmasıdır. Bilişsel rehabilitasyon programının bir yıldan daha uzun sürdürülmesi ve destek seanslarıyla devam ettirilmesi önerilmektedir. Eğitimin sonucunda hastaların hastalıklarıyla ve sonuçlarıyla kendi başlarına başa çıkması ve topluma uyumu sağlanabilir. Bilişsel Rehabilitasyon; temel bilgi işleme becerilerini geliştirmeyi amaçlar^{1,5}.

2.4.2.4. Olgu Yönetimi

Olgu yönetimin temel amacı, olguya ya da ciddi hastalığı olan bireye yaşadığı ortam içerisindeyken ilaç temini ya da kullanımı, mali kaynakların temini, uygun barınma ortamının sağlanması, yada

sürdürülmesi, gerektiğinde hastaneye ulaştırılması gibi alanlarda pratik yardımın sağlanmasıdır. Hedef hastanın tedavisi sürdürülerek hastaneye yatışların azaltılması ve toplumsal işlevselliğin artırılmasıdır¹.

2.4.2.4.1. Olgu Yönetimi İdaresinde Yapılacak İşlemler

Adayların Saptanması: Bu adımda; psikiyatrik hizmetler hastaların ayağına götürülmesi ya da hastaların bir şekilde psikiyatrik bakımın çerçevesi içerisinde kalmaları sağlanması gerekmektedir.

Bireysel Değerlendirme Yapılması: Bu adımda; hastanın tabloda bulunan alanına göre hangi olgu yönetimi ekibine ihtiyacı olduğunu belirlenmektedir. Bu adım hastayı rehabilite etmek için önemlidir.

Psikiyatrik tedavi	İş rehabilitasyonu	Yerleşim	Tıbbi tedavi	Sosyal güvenlik, toplumsal bağlar
Servis yatışı	İş arama	Aile ortamı	Tıbbi hastalıklar için tedavi girişimleri	Sosyal güvenlik İlaç temini
Poliklinik kontrolleri	Destekli iş	Arkadaş yanı	Cerrahi tedavi	Ekonomik destek
Krize müdahale	İşte destekleme	Grup evleri	Diş tedavisi	Dernek, kulüp gibi örgütlenmeler
Aile tedavisi	Meslek eğitimi	Yurtlar		
Beceri eğitimi	İş bulma kulüpleri	Bakıcı aile		
Destek terapisi				

Hizmetin Planlanması: Bu adımda ihtiyaç duyulan sorun hakkında olgu yöneticisinin neler yapacağına, hasta, aile, hastane, iş yerleri yerel yönetim, sosyal güvenlik sistemi ve diğer kuruluşlardan hangisinin devreye gireceğine karar verilmektedir.

Gereken planlarla ilişki kurulması: Bu adımda; hizmetin verilmesini düzenlemek için karar verilen kuruluşlarla iletişim ve etkileşim kurup sürdürülerek hasta ve hastanın hakları savunulmaktadır^{1,7,20}.

Aileler ve diğer hasta yakınları, hastanın arkadaşları olgu yöneticisinin önemli yardımcılarıdır. Olgu yöneticisinin işi, zamanla sınırlı olmadığı için bir günün içerisinde ihtiyaç duyulduğu her andır. Dolayısıyla bir olgu yöneticisinin sorumluluğunda olan hasta sayısının sınırlı olması gerektiği gibi (ideali 10-15 arasındır) kaynaklar açısından da yeterince desteklenmesi önemlidir^{1,7,20}.

2.4.2.5. Şizofrenide Aile Tabanlı Eğitim

Şizofreni hastaları, aileleri, akrabaları ve sosyal çevreleri ile temas içindedirler²⁶. Kronik psikiyatrik bozuklukları olan hastaların ailelerinde; korku, endişe, şaşkınlık, utanç, suçluluk duyguları, hayal kırıklıkları, yas süreci gibi duygular sıklıkla yaşanmaktadır. Bu tür duygular duygu dışavurumu (DD) olarak tanımlanmaktadır. Araştırmalar yüksek DD'nun özellikle şizofreni hastalarında kötü klinik gidiş, sık hastaneye yatış, sık yinelemeler, depresyon ve özkıym ile ilişkili olduğunu göstermektedir^{32,42,43}.

Aile tedavisi yoluyla olumsuz DD içeren aile etkileşimleri azaltılabilir⁴². Ailelerin iyi düzenlenmiş eğitim programına katılımları yatış oranlarında azalmayı sağlamakta, hastaların tedaviye uyumlarına olumlu katkıda bulunmakta ve hastaların psikiyatrik semptomlarının, stres algı seviyelerinin azalmasını sağlamaktadır. Dolayısıyla bu eğitim, aile içi gerginliğin azaltılabilmesi, ailenin işlevselliklerinin artırılabilmesi, hasta aile ve sağlık ekibi işbirliğinin sağlanabilmesi için önemlidir. Eğitimden sonra, hastanın bağımsız bir birey olarak yaşaması, ailenin suçluluk duygusunun

azalması, olumsuz davranış kalıplarının ve tutumlarının giderilmesi, stresle başa çıkma ve sorun çözme becerilerin gelişmesi beklenmektedir^{1,23,32}.

Aile eğitimi bireysel ya da grup halinde uygulanabilir. Başlangıçta düzenli oturumlar halinde (örneğin, haftada veya iki haftada bir ya da iki kez 90 dakika süreli) grup etkileşimi içerisinde verilen aile eğitimi programı 3-6 ay sonra destek oturumlarıyla üyelerin gereksinimlerine göre sürdürülmelidir¹.

2.4.2.5.1. Aileye Verilen Psikoeğitimin İçeriği

Aile müdahalelerinde; hastalık hakkında bilgi, duygusal destek, hastalık belirtileri ve sorunları ile başa nasıl çıkabileceği hakkında bilgi verilmelidir²³.

Psikososyal yaklaşımlar arasında en çok uygulanan aile psikoeğitimi ve uyumlandırma tedavisinin içeriği³²;

1. Şizofreninin belirtileri, tedavisi, gidişi, sonlanması ve ilaçlar hakkında eğitim,
2. Belirtilerin şiddetini ve komorbiditeyi azaltma,
3. Aile içi ve kişiler arası ilişkileri geliştirme,
4. Aşırı duygu dışavurumunu azaltma,
5. Erken tanı ve erken tedavi,
6. Relapsı önleme ya da azaltma,
7. Toplumsal işlevselliği artırma,
8. Toplumda özerk davranmayı ve toplumsal yeterliliği sağlama, bağımsız yaşamayı artırma,
9. Gerçekçi beklentiler oluşturma, günlük yaşam etkinliklerini yerine getirmeyi sağlama,
10. Yaşam kalitesini artırma.

2.5. Şizofrenide Stresle Başa Çıkma

Ruhsal sorunları olan bireyler algılama, kavrama, kritik etme, sorgulama becerilerinde yaşadıkları güçlükler nedeniyle sorun çözmede yetersizlik yaşamaktadırlar⁴⁴. Stresli olaylarla etkili bir şekilde baş edemeyen kişiler öfke kontrolünü sağlayamamakta, kişilerin sosyal ve aile işlevselliği, iletişim yetenekleri azalmakta ve kişiler sıkıntı yaratan durumlarla, hastalık semptomlarıyla baş edememekte, ilaç kullanma ve düzenli kontrol gibi önemli bileşenleri göz ardı etmektedirler^{45,46}. Stres karşısında kolayca incinen şizofreni tanılı hastalara yapılan tedavide amaç endişe ve çaresizlik duygusunu azaltarak, kişilerin stresle başa çıkmak için yeni yollar deneme konusunda daha istekli olmalarını ve stresi daha kolay tolare etmelerini sağlamak aynı zamanda kişilerin kendine güvenini artırmak olmalıdır. Dolayısıyla kişinin benlik saygısını yükselten ya da stresle baş etmesine yardımcı olan sosyal aktivitelerin belirlenmesi gerekmektedir^{18,34}.

2.6. Şizofreni Tedavisinde Hemşirelerin Görev ve Sorumlulukları

Psikiyatri hemşiresinin hastanın tanı, tedavi ve rehabilitasyon sürecinde önemli rolleri vardır. Amerikan Hemşireler Birliği tarafından toplum ruh sağlığı hemşiresi, ruhsal hastalıkların birincil (ruh sağlığını korumak ve ruhsal hastalıkların oluşumunu önlemek), ikincil (hastalıkların erken tanı ve tedavisini sağlamak) ve üçüncül önleme (rehabilitasyon hizmetleri) aşamalarının sürekliliğini sağlayan ekip üyesi olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımlamada hemşire ruh sağlığı hizmetlerinde tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmeye katılan, hasta ve ailesine danışmanlık yapan, hastanın kendi kendine bakım aktivitelerini yürütmesini sağlayan ve yardım etme, hastaya ve aileye sağlık eğitimi verme ve ortam tedavisi sağlamakla görevli kişidir. Bütüncül tıp

anlayışının gelişmesinden dolayı da hemşirelerin rolleri ve uygulama alanları bireysel gereksinimler doğrultusunda sürekli gelişmektedir^{47,48}.

Yukarıda belirtilen görevleri hemşirelik rolleri açısından değerlendirdiğimizde:

2.6.1. Bakım Rolü

Şizofreni hastalarının özbakımlarını yapma yeteneklerinde azalma oluşabilir. Psikiyatri hemşiresi hastaların beslenme, yıkanma, giyinme gibi bakım gereksinimleri konusunda hastayı gözlemleyerek bu konularda yetersiz olan hastaların gereksinimlerini karşılamasında hastalara yardımcı olup hastaların klinik ortamında ve taburcu olduktan sonraki yaşantısında günlük yaşam için gereken bakımı bağımsız yapmayı öğrenmesini sağlarlar⁴⁹.

2.6.2. Tedavi Rolü

Psikiyatri hemşiresi hastanın psikotrop ilaç alma yaşantısını öğrenip, ilaç tedavisini planlayarak, ilaç tedavisi hakkında eğitim verip ilaç tedavisinin izlemine yapar. Ve hemşireler bu uygulamaları yaparken kendi tedavilerinde hastanın aktif rol almalarını sağlayarak hastanın tedaviye uyumunu arttıırırlar. Psikiyatri hemşireleri, çoğunlukla multidisipliner ekip içinde hastada ilaç etkilerini ve ilaca uyumlarını izlemede önemli bir rol oynar. Hemşireler hastanın ilaç tedavisini takip ederek hastaların tedavilerini nasıl algıladıklarını ve tedavinin yaşamlarını nasıl etkilediğini değerlendirip ilaçların etkileri ve yan etkilerini takip etmenin yanısıra bu konuda hastayı ve aileleri uygun bir şekilde bilgilendirir^{47,50}.

2.6.3. Tedavi Edici Ortamdaki Rolü

Tedavi edici ortam; hastayı iyileştirmeyi, hastanın sağlığını yükseltmeyi ve en kısa zamanda hastaların sosyal yaşama yeniden dönmelerini amaçlayan ideal ve dinamik ortamdır. Hemşirenin tedavi edici ortamın oluşturulmasında hem yetkisi hem de sorumluluğu vardır. Hemşire bu ortam içerisinde günün her saatinde hazır ve çalışır durumdadır. Durum böyle iken, hastanın davranışlarını istenilen biçimde yönleltebilmede anahtar kişi olacağı yadsınamiyacak bir gerçektir. Tedavi edici ortamın sağlanmasının amacı hastaların;

- 1- Temel ihtiyaçlarını gidermek,
- 2- Kendisini ifade etmesini sağlamak,
- 3- Personel arasındaki iletişimden maksimum yarar sağlamak,
- 4- Diğerleri ile ilişkilerini geliştirmek,
- 5- Benliğini desteklemek,
- 6- Özsaygısını ve özgüvenini yükseltmek,
- 7- Problematik davranışlarını kontrol etmesini sağlamak,
- 8- Başa çıkmasını yükseltmek,
- 9- Daha adaptif sosyal beceriler kullanmasını sağlamak,
- 10- Resosyalizasyonunu hızlandırmaktır⁵¹.

Psikiyatri hemşireleri tedavi edici bir ortam oluştururken güvenli-emniyetli bir ortamın, düzenli olarak yürütülen grup aktivitelerinin, sosyal beceri gruplarının, fiziksel egzersiz gruplarının, psikoeğitim programlarının, meslek gruplarının, normların, sınırların, dengenin ve esneklik/değişebilirliğin olmasını sağlamalıdır. Bu ortamlar hastaların günlük aktivitelerin yerine getirmesini, sosyal beceri ve iş yeterliliğinin artmasını, izole olmadan yaşamasını ve sosyal aktivitelerinin olmasını sağlayabilmektedir. Ayrıca bu ortamlarda tedavi olan hastalar yeniden toplumsal yaşama dönmeye hazır hale gelebilir ve iş sahibi olabilirler⁵².

2.6.4. Eğitim Rolü

Psikiyatri hemşiresinin temel görevlerinden biri ruh sağlığı eğitimi vermektir⁵¹. Psikiyatri hemşireleri hastaların ve ailelerin hastalık ile ilgili endişelerini, hangi durumda yardım ve desteğe gereksinim duyduklarını belirler ve bu veriler sonucunda sistematik olarak psikoeğitim grupları oluşturabilirler^{47,50}. Amaç bu uygulamalarla şizofreni tanılı bireyin ve ailenin, hastalığı yönetme becerilerinin gelişmesine, hastanın hastaneye yatışlarının azalmasına, hastanın ve ailenin toplumda işlevsellik düzeyinin artmasına ve yaşam kalitelerinin yükselmesine yardımcı olmaktadır^{34,47}.

Hasta ve yakınlarının eğitime gereksinim duyduğu konulardan biri stresle baş etme yöntemleridir. Çünkü bu kişiler diğer insanlardan daha çok stresle karşılaşır. Artan stres ailede veya hastada içe dönmeye ve anksiyeteye neden olur. Hemşireler hasta ve yakınlarına stres ve anksiyeteye karşı fizyolojik ve psikolojik tepkileri tanımları için rehberlik eder. Anksiyeteyi arttıran bozulmuş ya da olumsuz düşünceleri tanımlar, stresle baş etme teknikleri kullanarak bireylere streslerini kontrol etmeyi öğretir. Sosyal destek sistemini oluşturarak stresi azaltır, problem çözme becerilerini geliştirir.

Problem çözme sürecinde hemşirelik yaklaşımları:

- Problemin açığa kavuşturulması için yaklaşımlar,
- Problemin tanımlaması ve çözümlemesine fırsat verme,
- Bireye problemini çözmede yardımcı olma⁵³.

2.6.5. Araştırma Rolü

Psikiyatri hemşiresi ruh sağlığı ve hastalıklarıyla ilgili araştırmalar, projeler yürütür. Bununla birlikte birey, aile ve toplumun ruh sağlığını koruma, geliştirme ve hastalık hallerinde iyileşme sürecini

hızlandırıcı bakımla ilgili kaliteyi artırıcı girişimleri destekler ve katkıda bulunur⁵⁴.

2.6.6. Taburculuk Rolü

Psikiyatri hemşiresi hastayı taburculuğa hazırlar. Hemşireler taburculuk sonrası tedaviye/ilaca uyumunda ve evde bakım planlarını düzenlemede, uygulamada, izleme ve değerlendirmede rol alır. Tedavi ve hastalıkla ilgili oluşan problemler olduğu zaman sağlık kurumuna başvurmaları için bilgi verir ve bunları yaparken hasta ve ailesiyle birlikte işbirliği içinde çalışır. Ayrıca psikiyatri hemşiresi psikososyal uygulamalarının devam etmesi için hasta ve ailesinin yararlandığı, dernek ve kuruluşlara hastayı ve aileyi yönlendirerek klinikte sağladığı tedavi edici ortamın devamlılığını sağlar. Bu şekilde uygulanan iyi bir taburculuk planı ile hastanın işlevselliğinin devam etmesini veya artmasını, tedaviye uyumunu devam ettirmesini dolayısıyla destek sistemini sağlar^{47,55}.

Hemşireler rollerini yerine getirirken hasta ve ailelerine eğitim verir, hastayı rahatlatır ve toplumsallaştırır. Hastanın günlük yaşam becerilerini geliştirir, iletişimini artırır, işlevselliğini yeniden kazandırır. Psikiyatri hemşiresi her ortamda hastaları damgalanmadan, dışlanmadan, ayrımcılıktan korur ve onların haklarını savunarak onları destekler^{45,52,55}. Sonuç olarak klinik ortamda hemşireler, tedavi edici ortamın unsurlarını, uygulamalarını temel alarak, bireysel olarak hastayla çalışma, grupları yönetme, sosyal toplantılara katılma, hekimle tıbbi bakımın eşgüdümünü sağlama, rutin ilaçları uygulama, gerektiğinde kullanılacak ilaçların uygulanmasına karar verme, taburculukla ilgili düzenlemeleri yapma ve ailelerle çalışma gibi farklı birçok rolü üstlenmektedirler⁵².

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, şizofreni hastalarının bir işte çalışma/derneğe üye olma durumlarının, hastanın işlevselliğine, tedaviye uyumuna ve stresle başetme tarzına etkisini değerlendirmek amacıyla karşılaştırmalı olarak tanımlayıcı türde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ankara Şizofreni Hastaları Ve Yakınları Dayanışma Derneği, Mavi At Kafe (Şizofreni dernekleri federasyonunun iktisadi işletmesi olan rehabilitasyon merkezi), Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma Ve Uygulama Hastanesi ve Ankara Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanelerinde yapılmıştır.

3.2.1. Ankara Şizofreni Hastaları Ve Yakınları Dayanışma Derneği

1997 yılında Ankara'da kurulan derneğin amacı; Şizofreniyi ve derneği hasta ve hasta yakınlarına, doktorlara ve daha geniş kitlelere tanıtmak, şizofreni hakkında yanlış, eksik, damgalayıcı bakış açısını değiştirmek, şizofreni tedavisinin önemi hakkında bilinçlendirici çalışmalar yapmak, şizofreniyi yaşayanlar arasında bağlantıyı kurmak ve dayanışmayı geliştirmektir. Derneğe yaklaşık 250-300 hasta ve hasta yakını üyedir. Derneğe 10 yıldır sürekli gelen 15 hasta bulunmaktadır.

Dernekte son 5 yıldır psikologlar tarafından hastalara Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi, hasta yakınlarına da aile eğitimi verilmektedir. Özel günlerde kutlamalar (Doğum günü ve yılbaşı kutlamaları)

yapılmaktadır. Yağlı boya, karakalem ve desen çalışmaları, ahşap boyama takı tasarımı ve fotoğraf çalışmalarının yanı sıra şiir ve müzik dinletileri düzenlenmektedir. Üyelerin Çağdaş Sanat Merkezinde düzenlenen diksiyon, resim ve edebiyat kurslarına ücretsiz katılımları sağlanmıştır. Şizofreni Yazıları ve Bilinçaltından Notlar dergileri çıkarılmıştır fakat bu dergilerin yayınına son 8 sene ara verilmiştir.

3.2.2. Mavi At Kafe

Mavi At Kafe 2009 yılında Beşevler/ANKARA semtinde açılmıştır. Şuan 15 şizofreni hastası maaşsız, yarı zamanlı (4 saatlik vardiya ile) çalışmaktadır. Çalışan hastalar müşterilere servis yapılmasından, mantı, kurabiye, tost gibi yiyeceklerin ve içeceklerin hazırlanmasından, kafenin temizliğinden ve düzeninden sorumludur.

Mavi At Kafenin açılmasının amacı; hastaların tedavilerine ve kontrollerine düzenli devam etmesinin sağlanması, eğitim ve danışmanlık hizmetleriyle hastalık konusunda hem muzdarip kesimin hem de halkın bilinçlenmesi, hastaların yetenekleri doğrultusunda becerilerini geliştirici eğitsel tedavi ve rehabilitasyon çalışmalarının düzenlenmesi, hastalık konusunda öncelikle aile yakınlarını ve halkı aydınlatmak için panel/seminer/söyleşi/konferans düzenlenmesi, hastalığın eksik ve yanlış bilinmesinden dolayı basında ve halk arasında damgalanmanın kırılmasıdır. Amaçlarından biri de hastaların yarısından fazlası üniversite mezunu olmasına rağmen hastalığa bağlı nedenlerle bir işte çalışamamaktadırlar. Bu nedenle bu rehabilitasyon merkezinde bir işte çalışma ve üretken olmanın birey üzerindeki etkisi ile hastaların kendilerine güvenmelerini sağlamaktır.

Mavi At Kafe açılmasından bu yana hasta yakınlarının, hastaların, doktorların ve öğrencilerin katıldığı Doç. Dr. Haldun Soygür'ün önderliğinde film gösteri günleri düzenlenmekte, özel günler ve doğum günleri kutlamaları yapılmakta, hastalara fotoğraf eğitimi verilmekte ve çekilen fotoğraflar ile fotoğraf sergileri açılmakta ayrıca her ay düzenli olarak okuma grubu oluşturularak değişik faaliyetler planlanmaktadır.

3.2.3. Gazi Üniversitesi Sağlık, Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Kliniği

Gazi Üniversitesi Sağlık, Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Ankara/Beşevler semtinde bulunmakta ve 23 yataklı bayan, 22 yataklı erkek ve 34 yataklı Gölbaşı Alkol Ve Rehabilitasyon servisleri olmak üzere 79 yatak kapasitesine sahiptir. Bu araştırmaya polikliniğe gelen remisyondaki şizofreni hastaları alınmıştır. Psikiyatri polikliniğinde, günlük randevu sistemi ile çalışılmakta olup günde 50-90 hastaya hizmet verilmektedir.

3.2.4. Ankara Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastaneleri Psikiyatri Kliniği

Ankara üniversitesi psikiyatri anabilimdalı Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri içinde Cebeci yerleşkesinde 110 yatak kapasite ile hizmet vermekte olup bünyesinde 8 birim mevcuttur. Araştırmada hastanenin poliklinik kısmı ele alınmıştır. Hafta içi 08.30-16.30 saatleri arasında polikliniğe gelen remisyondaki şizofreni hastaları ile görüşme yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ankara Büyükşehir Belediyesi il sınırları içinde yer alan 3 Devlet Üniversitesinin psikiyatri poliklinikleri (Hacettepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma Ve Uygulama Hastanesi, Ankara Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi), şizofreni derneklerine ve bunlara bağlı rehabilitasyon merkezlerine katılan şizofreni hastaları oluşturmuştur. Örneklemi oluştururken sadece Ankara şizofreni Hastaları Ve Yakınları Dayanışma Derneğine bağlı rehabilitasyon merkezi olarak Mavi At kafe bulunması nedeni ile bu dernek ve kafe alınmıştır. Araştırma yapılmasına izin vermeyen Hacettepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi araştırma dışında bırakılmıştır. Araştırma örneklemini, derneğe üye olan çalışan/çalışmayan ve derneğe üye olmayan çalışan/çalışmayan olarak dört gruba ayrıldı. DSM-IV ölçütlerine göre şizofreni tanısıyla izlenen 18 ile 65 yaş arasındaki hastalardan oluşan Ankara şizofreni hastaları ve yakınları dayanışma derneğine üye olup, herhangi bir işte çalışan 15 hasta saptandığından dolayı derneğe üye ve çalışan/çalışmayan diye her iki gruba 15'er kişi olmak üzere toplam 30 kişi alınmıştır. Kontrol grubu olarak Gazi Üniversitesi Sağlık, Araştırma Ve Uygulama Hastanesi ile Ankara Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran, DSM-IV ölçütlerine göre şizofreni tanısıyla izlenen 18 ile 65 yaş arasındaki hastalardan oluşan derneğe üye olmayıp herhangi bir işte çalışan/çalışmayan olmak üzere her iki gruba 15'er kişi olacak şekilde toplam 30 hasta alınmıştır. Her iki gruptanda 30' ar kişi olmak üzere toplam 60 hasta çalışmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmaya alınacak bireyleri belirleme ölçütleri;

1. Çalışmaya katılım için gönüllü olmak,
2. 18 ile 65 yaş arasında bulunmak,

3. En az bir yıldır DSM-IV ölçütlerine göre şizofreni tanısıyla izlenmek (SCID-I ile değerlendirilmiştir, şizofreni alt tipleri arasında ayırım gözetilmemiştir),

4. Görüşme tarihi itibarı ile en az üç aydır düzenli olarak derneğe ve işine devam ediyor olmak.

Dışlama ölçütleri;

1. Akut alevlenme dönemi içindeki hastalar,

2. Yatan hastalar ya da hastaneden çıkarılmalarının üzerinden altı ay geçmemiş olan hastalar,

3. Zekâ geriliği ya da demans gibi iş birliğini olanaksız kılan zihinsel durumu bulunan hastalar,

4. Görüşme için rıza göstermeyen hastalar.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini araştırmaya katılan bireylerin derneğe üye olması, bir işte çalışması, sosyo-demografik özellikleri ve tedavi durumu (cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum, sosyal güvence, birlikte yaşanan kişi, alternatif tedavi, tedavi türü, hastalık ve tedavi süresi, tedavinin yan etkisi, çalışma süresi, ekonomik durum) oluşturmaktadır.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri ise araştırmaya katılan şizofreni hastalarının işlevsellik, tedaviye uyum ve stresle başa çıkma tarzları puanlarıdır.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırma kapsamına alınan hastalar, Mart 2011-Haziran 2011 tarihleri arasında, şizofreni tanısı almış ve araştırmaya alınma kriterlerine uyan derneğe üye olup çalışan/çalışmayan, derneğe üye olmayıp

alışan/alışmayan ve araştırma kapsamına katılmayı kabul eden hastalara veri toplama araçları bizzat araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanması 45-60 dakika arasındadır.

3.5.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan veriler aşağıdaki araçlar aracılığıyla elde edilmiştir.

1. Kişisel Bilgi Formu (Sosyodemografik bilgi ve tedaviye uyum bölümlerini kapsamaktadır.)
2. Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı leği (MARS)
3. şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme leği (şİLÖ)
4. Stresle Başa ıkma Tarzları leği (SBÇT)

3.5.1.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmada kullanılan sosyodemografik bilgi ve tedaviye uyum anketi araştırmacı tarafından literatüre dayandırılarak hazırlanmıştır. İki bölüm halinde toplam 28 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölümü Sosyodemografik veriler oluşturmakta; hastaların cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, çalışma ve okuma durumu, birlikte yaşanılan kişi, aile bireylerinin hastalık bilgileri, ikamet ettiği yer, ekonomik durumu ve sosyal güvenlik kuruluşu soruları yer alan 13 sorudan oluşmaktadır. Tedaviye uyumunu değerlendirme ise 2. bölümü oluşturmaktadır. 15 sorudan oluşan bu bölüm, katılımcıların hastalıklarına ve tedaviye uyumuna ilişkin verileri içermektedir. Hastalığın kaç yıl önce başladığı, kaç yıldır tedavi gördüğü, kaç kez hastaneye yatırılarak tedavi gördüğü, tedaviye ilk nerde ve nasıl başladığı, tedaviden önce ve şuanda alternatif tedavi uygulayıp uygulamadığı, ilk tedavisi ve şuanda uygulanan tedaviler, hastalığı hakkındaki bilgi düzeyi, kullanılan ilaçlarla ilgili herhangi bir yan etki varmı ve varsa tedaviyi nasıl etkilediği, gördüğü tedaviden ne

kadar yararlandığı, tedavisini düzenli kullanıp kullanmadığı ve düzensiz uygulamada ailesi ile ilgili bir nedeni olup olmadığı ile ilgili sorular yer almaktadır.

3.5.1.2. Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (MARS)

MARS psikiyatrik hastalarda tedaviye katılımı ölçmek için kullanılmakta olan bir ölçektir. Evet-Hayır şeklinde cevap verilen ve 10 soru içeren, hızlı ve basit bir testtir. Düşük değerler zayıf, yüksek değerler yüksek uyumu gösterir. Thompson ve arkadaşları tarafından bu ölçek 1999 yılında çoğunluğu şizofreni olan psikoz hastalara uygulanmış, ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış ve Cronbach alfa 0,75 çıkmıştır⁵⁶. 2006 yılında Koç'un yaptığı ilk standardizasyon çalışması ile şizofreni hastalarının tedaviye uyum ölçeği olarak kullanılmaya başlamıştır. MARS geçerli ve güvenilir olarak görülmüştür³³. Bu araştırmada Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.44 şeklinde bulunmuştur. Kullanılan bu ölçeğin likertli olmaması, psikoz hastalarında uygulanması nedeni ile güvenilirlik katsayısı düşük çıkmıştır.

3.5.1.3. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ)

Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği, Hastalığın belirtilerinden bağımsız olarak işlevsellikteki düzelmeleri inceleyen 19 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir. Uygulamalar yarı yapılandırılmış görüşmeler şeklinde gerçekleşmektedir. Uygulama süresi yaklaşık 30 dakikadır. Değerlendirme, hem hastanın kendisinden hem de ailesinden alınan bilgiye dayanır. Değerlendirmede sorgulanacak olan zaman zarfı görüşmeden önceki son bir aydır. Her madde için 5 değerlendirme düzeyi bulunmaktadır. 1. düzey (yok) en düşük düzeydeki iyileşmeyi belirtirken, 5. düzey (mükemmel derecede var) "ideal" işlev düzeyine karşılık gelmektedir. 2. düzey (kısmen var), 3. düzey (yeterince var) ve 4. düzey

(neredeyse tamamen var) den oluşmaktadır. İki düzey arasında kalındığında düşük olan düzey seçilmektedir. Günlük yaşam becerileri, sosyal işlevsellik, sağlık ve tedavi ve mesleki işlevsellik alt ölçeklerinden oluşan ölçek ayrı alanlarda işlevsel iyileşmeyi ölçmektedir. Her maddenin değerlendirilmesi ile ilgili görüşmeciye yardımcı olacak soru maddeleri de yer almaktadır. Llorca ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2009 yılında Emiroğlu ve arkadaşları tarafından yapılmış ve güvenilirlik katsayısı 0.89 bulunmuştur³. Bizim çalışmamızda güvenilirlik katsayısı 0.88 bulunmuştur. Şizofrenide İşlevsel İyileşme alt ölçekleri ve soru numaraları aşağıdaki gibidir³:

Sosyal işlevsellik: 2, 5, 7,11, 12, 14, 15

Günlük yaşam becerileri: 1, 4, 6, 8, 10, 17

Sağlık ve tedavi: 9, 16, 18, 19

Mesleki İşlevsellik: 3,13

3.5.1.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)

Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilen ve orijinal adı “Ways of Coping Inventory-WCI” olan Türkçede ise Stresle başa çıkma tarzları olarak adlandırılan ölçek, bireylerin genel veya belirgin stres durumları ile başa çıkma yollarını belirleyen ifadeleri içermektedir. Yurt dışında çeşitli çalışmalarda bu ölçeğin geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu saptanmıştır. Ülkemizde ölçeğin ilk standardizasyon çalışması 1991 yılında Siva tarafından gerçekleştirilmiş ve ölçek Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) olarak kullanılmaya başlanmıştır. SBTÖ ile ilgili diğer bir faktör analizi çalışması 1992 yılında Şahin ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. SBTÖ’nün ülkemiz için de güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu belirtilmiştir⁵⁷.

Bu ölçeğin probleme yönelik etkili yollar ile duyguya yönelik etkisiz yollar olarak isimlendirilebilecek iki boyutu vardır. Bu iki boyut “kendine güvenli”, “iyimser”, “çaresiz”, boyun eğici yaklaşımlar” ve “sosyal desteğe başvurma” adı verilen 5 faktörde yansımaktadır. Toplam 30 maddeden oluşan, 0-3 puanlanan bu ölçekte, sosyal desteğe başvurma hesaplanmasında 1. Ve 9. maddeler ters puanlanarak hesaplanmaktadır. Her faktöre ait puanlar ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Her faktöre ait sorulardan elde edilen puanlar toplanmakta ve o faktöre ait toplam soru sayısına bölünerek her faktöre ait ortalama puan elde edilmektedir. Kendine güvenli, iyimser, sosyal desteğe başvurma faktörlerinden elde edilen puanlar arttıkça stresle başa çıkmanın etkili olduğu, çaresiz, boyun eğici yaklaşım faktörlerinden elde edilen puanların artması ise stresle başa çıkmada etkisiz yöntemlerin kullanıldığını belirtmektedir ^{47,58}.

Kendine güvenli yaklaşım: 8,10,14,16,20,23,26

İyimser yaklaşım: 2,4,6,12,18

Çaresiz yaklaşım: 3,7,11,19,22,25,27,28

Boyun eğici yaklaşım: 5,13,15,17,21,24

Sosyal destek arama: 1,9,29,30

3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veri toplama araçlarının uygulanması 2011 Mart ayında başlanmış ve 2011 haziran ayında son bulmuştur.

İzin işlemi tamamlandıktan sonra araştırmanın yapılacağı kurumlar ile iletişime geçilmiş araştırmanın içeriği anlatılmış ve daha sonra veriler toplanmaya başlanmıştır. Gazi Üniversitesi hastanesinde öğleden sonra 13.30- 16.30 saatleri arasında ve Ankara Üniversitesinde hafta içi ve 08.30-16.30 saatleri arasında toplanmıştır. Dernekte hafta içi 12.00-17.00 saatlerinde ve Mavi At'ta çalışan hastaların çalışma saatlerine göre uygulama yapılmıştır. Çalışmaya katılan bireylere uygulama öncesinde,

Çalışmanın amacı anlatılmış, veri toplama araçlarını doldururken birebir görüşme şeklinde doldurulmuştur.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler araştırmacı tarafından SPSS 15.0 (Statistical Package For Social Science) paket programı kullanılarak bilgisayara aktarılmış ve değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan bireylere ait sosyodemografik özellikler gruplandırılarak frekans ve yüzdeleri hesaplanmıştır.

Veriler SPSS 15.0 paket programıyla değerlendirilmiştir. Verilerin tanımlanmasında sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında çoklu gruplar için ANOVA testi, pos hoc olarak Turkey testi kullanılmış. İki grup karşılaştırmalarında ise T testi kullanılmıştır. $p \leq 0.05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için Gülhane Askeri Tıp Akademisi Etik Kurulundan 21 şubat 2011 tarihli ve SAYI 1491-1243-11/1539 numaralı karar ile yazılı izin alınmıştır. Ayrıca Ankara şizofreni Hastaları Ve Yakınları Dayanışma Derneği Başkanlığı, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezi Başhekimliği ile ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı ile görüşülmüş, araştırma hakkında bilgi verilmiş ve izin alınmıştır.

Çalışmaya alınan bireylere, çalışmanın amacı açıklanmış, veri toplama araçları tanıtılmış ve sözlü olarak izinleri alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler çalışmaya dhil edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

- 1- Derneğe üye/çalışan grubundaki birey sayısının düşük olması,
- 2- Hastaların tam olarak ne süreyle rehabilitasyona katılmış olduklarının (alt sınır hariç) değerlendirilememesi,
- 3- Bu alanda yapılmış olan araştırma ve literatürün kısıtlı olması,
- 4- Hastaların kullandıkları ilaçların olası etkilerinin dikkate alınamamış olması araştırmadaki sınırlılıklardır.

Bu nedenlerden dolayı örneklem sayımız sınırlı kalmış, benzer araştırmalar ile sonuç karşılaştırılamamış ve ilaçların olası etkilerinin rehabilitasyon sürecini nasıl etkilediği değerlendirilememiştir.

4. BULGULAR

Tablo 1: Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Derneğe Üye (N=30)				Derneğe Üye Değil (N=30)			
	Çalışıyor (N=15)		Çalışmıyor (N=15)		Çalışıyor (N=15)		Çalışmıyor (N=15)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Cinsiyet								
Kadın	5	33,3	6	40	3	20	9	60
Erkek	10	66,7	9	60	12	80	6	40
Medeni Durum								
Evli		-	1	6,7	4	26,7	2	13,3
Bekar	14	93,3	13	86,6	11	73,3	9	60
Boşanmış	1	6,7	1	6,7	-		4	26,7
Sosyal güvence								
Ssk	3	20	6	40,0	4	26,7	5	33,3
Emekli Sandığı	8	53,3	7	46,7	11	73,3	8	53,3
Özel Sağlık Sigortası	3	20	1	6,7	-		2	13,4
Yeşil Kart	1	6,7	1	6,6	-		-	
Birlikte Yaşanılan Kişiler								
Yalnız		-	1	6,7	-		1	6,7
Ailesi İle Birlikte	14	93,3	13	86,6	14	93,3	13	86,6
Akraba Yanında	1	6,7	1	6,7	1	6,7	1	6,7
Kendi Algılarına Göre Ekonomik Durum								
İyi	5	33,3	4	26,7	4	26,7	5	33,3
Orta	10	67,7	9	60	7	46,6	10	67,7
Kötü		-	2	13,3	4	26,7		

*Devlet memuru , esnaf, okuyan ve mavi at kafede çalışan bireyler çalışan grubuna (N=30) alınmış. Ev hanımı, emekli/malulen emekli olan ve bir işte çalışmayanlar çalışmayan grubuna (N=30) alınmıştır.

Tablo 1’de gruplara göre bireylerin sosyodemografik özellikleri verilmiştir. Tablo incelendiğinde,

Derneğe üye/çalışan grupta; bireylerin yarısından fazlası (%66,7) erkektir. Bu grubun yaklaşık tamamı (%93,3) bekindir, gruptaki bireylerin %73,3’ünün Emekli Sandığı ve SSK’dan yararlandığı görülmüştür. Grubtaki bireylerin tamamına yakını (%93,3) ailesi ile birlikte yaşarken ve %66,7’si ekonomik durumunu orta düzeyde bulmuştur.

Derneğe üye/çalışmayan grupta; bireylerin %60’ı erkektir. Grubun büyük bir bölümü (%86,6) bekindir ve yine büyük bir kısmının

(%86,7) Emekli Sandığı ve SSK'dan yararlandığı görülmüştür. Bu grubun 86,6'sı ailesi ile birlikte yaşıyor ve bu gruptaki bireylerden ekonomik durumunu orta bulanların oranı ise %60'dır.

Derneğe üye değil/çalışan grupta; bireylerin %80'i erkektir. Gruptaki bireylerin yarısından fazlası (%73,3) bekardır. Grubun tamamının Emekli sandığı ve SSK'dan yararlandığı görülmüştür. Gruptaki bireylerin neredeyse tamamı (%93,3) ailesi ile birlikte yaşamaktadır ve %46,6'sı ekonomik durumunu orta olarak değerlendirmiştir.

Derneğe üye değil/çalışmayan; kadınlar bu grubun %60'ını oluşturmaktadır. Bu grubun %60'ı da bekardır. Grubun %86,6'sının sağlık güvencesi Emekli Sandığı ve SSK'dır. Grubun %86,6'sı ailesi ile birlikte yaşamakta olup, %67,7 'si ekonomik durumunu orta olarak algılamaktadır.

Tablo 2: Şizofreni Hastalarının Hastalık Ve Tedavi Süresi Özellikleri

Hastalık Süresi (yıl)	Derneğe Üye (N=30)				Derneğe Üye Değil (N=30)			
	Çalışıyor (N=15)		Çalışmıyor (N=15)		Çalışıyor (N=15)		Çalışmıyor (N=15)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1-4	2	13,3	1	6,7	4	26,7	1	6,7
5-9	3	20,0	2	13,3	3	20,0	4	26,7
10 ve üstü	10	66,7	12	80	8	53,3	10	66,6
Tedavi Süresi (yıl)								
1-4	3	20	1	6,7	5	33,3	3	20
5-9	3	20	2	13,3	3	20	2	13,3
10 ve üstü	9	60	12	80	7	46,7	0	66,7
Toplam Hastaneye Yatış Sayısı								
Yatış Olmayanlar	3	20	3	20	2	13,3	3	20
1-3	7	46,7	6	40	9	60	6	40
4 ve üstü	5	33,3	6	40	4	26,7	6	40

Tablo 2'de araştırmaya katılan bireylerin gruplarına göre hastalık ve tedavi süresi özelliklerinin dağılımları verilmiştir. Tablo incelendiğinde,

Derneğe üye/çalışan grupta; bireylerin yarısından fazlasına (%66,7) 10 ve daha uzun yıl önce şizofreni tanısı konulmuştur, %60'ı da 10 ve daha uzun yıldır tedavi olmaktadır. Grubun %46,7'sini 1-3 kez hastaneye yatarak tedavi görenlerden oluşturmaktadır.

Derneğe üye/çalışmayan grupta; bireylerin çoğunluğuna (%80) 10 ve daha uzun yıl önce şizofreni tanısı konulmuştur ve bu grupta bireylerin 10 ve daha uzun yıldır tedavi olma oranı %80'dir. Bireylerin yarısına yakını (%40) 1-3 kez hastaneye yatarak tedavi olmuştur.

Derneğe üye değil/çalışan grupta; 10 ve daha uzun yıl önce şizofreni tanısı konan bireyler bu grubun %53,3'ünü oluşturmaktadır ve bu grupta bireylerin %46,7'si 10 ve daha uzun yıldır tedavi olmaktadır. Bireylerin yarısından fazlası (%60) 1-3 kez hastaneye yatarak tedavi olmuştur.

Derneğe üye değil/çalışmayan grupta; bu grubtaki bireylerin %66,6'sına 10 ve daha uzun yıl önce şizofreni tanısı konulmuş ve bu grupta bireylerin %66,7'si 10 ve daha uzun yıldır tedavi olmaktadır. Grubun yaklaşık yarısı (%40) 1-3 kez hastaneye yatarak tedavi olmuş diğer yaklaşık yarısı (%40) ise 4 ve daha fazla hastaneye yatarak tedavi olmuştur.

Tablo 3: Şizofreni Hastalarının Tedavi Şekillerine Göre Durumları

Tıbbi tanıdan önce Alternatif Tedavi Alma Durumu	Derneğe Üye (N=30)				Derneğe Üye Değil (N=30)			
	Çalışıyor (N=15)		Çalışmıyor (N=15)		Çalışıyor (N=15)		Çalışmıyor (N=15)	
	N %		N %		N %		N %	
Evet	8	53,3	7	46,7	6	40	5	33,3
Hayır	7	46,7	8	53,3	9	60	10	66,7
Şuan kullanılan Alternatif Tedavi								
Evet	-		1	6,7	1	6,7	1	6,7
Hayır	15	100	14	93,3	14	93,3	14	93,3
İlk Kullanılan Tedavi Türü								
İlaç	11	73,3	8	53,3	11	73,3	11	73,4
İlaç_Ekt	2	13,3	3	20	3	20	2	13,3
İlaç_Ekt_Terapi	1	6,7	3	20	1	6,7	2	13,3
İlaç_Terapi	1	6,7	1	6,7	-		-	
Şuan Kullanılan Tedavi Türü								
İlaç	13	86,6	14	93,3	13	86,6	15	100
İlaç_Terapi	2	13,4	1	6,7	2	13,4	-	
İlk Başlanan İlaç Tedavisi Türü								
Atipik antipsikotik	8	53,3	3	20	7	46,7	1	6,7
Tipik antipsikotik	6	40	8	53,3	5	33,3	6	40
Şuan Kullanılan İlaç Tedavisi Türü								
Atipik antipsikotik	15	100	15	100	14	93,3	14	93,3
Tipik antipsikotik	-		-		1	6,7	1	6,7
Tedavinin Yan Etkisi								
Var	7	46,7	8	53,3	6	40	8	53,3
Yok	8	53,3	7	46,7	9	60	7	46,7
Tedaviden Yararlanma Düzeyi								
Yeterince	11	73,3	11	73,3	9	60	6	40
Kısmen	4	26,7	3	20	5	33,3	8	53,3
Yarar Yok	-		1	6,7	1	6,7	1	6,7

Tablo 3 Devamı

Düzensiz Tedavide Ailevi Neden				
Evet	2	13,4	1	6,7
Hayır	13	86,6	14	93,3
Hastalık Hakkında Bilgi Düzeyi				
Yeterince	8	53,3	7	46,7
Orta Düzeyde	7	46,7	10	66,7
Kısmen	-		2	13,3

*Araştırmadaki bireyler alternatif tedavi olarak: muska-üfürükçü, yatıra gitme, kurşun döktürme, geleneksel ilaç uygulama yöntemini seçmişlerdir.

**Çalışmaya katılan bireylerin 44'ünden ilk başlanan ilaç tedavisi türü hakkında bilgi alınabilmektedir.

Tablo 3'te bireylerin gruplara göre tedavi durumlarına yönelik özelliklerin dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde,

Derneğe üye/çalışan grupta; bireylerin %53,3'ü tıbbi tanıdan önce alternatif tedavi kullanmıştır. Bu grupta şuan tıbbi tedavinin yanısıra alternatif tedavi kullanan yoktur. Bu gruptaki bireylerin yarısından fazlası (%73,3) ilk tanı konulduktan sonra sadece ilaç tedavisi almış ve şuan gruptaki bireylerin %86,6'sı da sadece ilaç tedavisi almaktadır. Bu grubun %53,3'ü tanı konulduktan sonra atipik antipsikotiklerle tedaviye başlamış, şuan ise grubun tamamının atipik antipsikotikler ile tedavi olduğu görülmektedir. Gruptaki bireylerin yarıdan fazlası (%53,3) tedavinin yan etkisini yaşamıyor ve %73,3 gibi bir kısmı tedaviden yeterince yararlanıyor. Grubun sadece %13,4'ü tedaviyi düzensiz uygulamada ailevi bir neden olduğunu düşünüyor. Hastalık hakkında yeterince bilgi sahibi olanlar grubun %53,3'ünü oluşturuyor.

Derneğe üye/çalışmayan grupta; bireylerin %46,7'si tıbbi tanıdan önce alternatif tedavi kullanmıştır. Gruptaki bireylerin %6,7'si şuan

tıbbi tedavinin yanısıra alternatif tedavi kullanıyor. Bu grubun % 53,3'ü ilk tanı konulduktan sonra sadece ilaç tedavisi almış ve şuan gruptaki bireylerin tamamına yakını (%93,3) da sadece ilaç tedavisi almaktadır. Bu grubun % 53,3'ü ilk ilaç tedavisi türü olarak tipik antipsikotik kullanmış, şuan ise grubun tamamı atipik antipsikotik ilaç kullanmaktadır. Gruptaki bireylerin yarıdan fazlası (%53,3) tedavinin yan etkisini yaşarken %73,3 gibi bir kısmı tedaviden yeterince yararlanıyor. Gruptaki bireylerin %6,7'si tedaviyi düzensiz uygulamada ailevi bir neden olduğunu düşünüyor. Hastalık hakkında kısmen bilgi sahibi olanlar grubun sadece %6,6 gibi bir kısmını oluşturuyor.

Derneğe üye değil/çalışan grupta; bireylerin %40'ı tıbbi tedaviden önce alternatif tedavi kullanmışlardır. Şuan ise sadece %6,7'si tıbbi tedavinin yanısıra alternatif tedavi kullanmaktadır. Grubun %73,3'ü ilk tanı konulduktan sonra sadece ilaç tedavisi almış ve şuan ise bu oran %86,6'dır. Grubun % 46,7'si ilk ilaç tedavisi türü olarak atipik antipsikotik kullanmış, şuan ise grubun tamamına yakını (%93,3) atipik antipsikotik ilaç kullanmaktadır. Grubun %40'ı tedavinin yan etkisini yaşadığını belirtirken %60 gibi bir kısmı tedaviden yeterince yararlandığını belirtmektedir. Grubun sadece %6,7'si tedaviyi düzensiz uygulamada ailevi bir neden olduğunu düşünüyor. Hastalık hakkında orta düzeyde bilgi sahibi olanlar grubun %53,3'ünü oluşturuyor.

Derneğe üye değil/çalışmayan; bireylerin %33,3'ü tıbbi tedaviden önce alternatif tedavi kullanmıştır ve şuan tıbbi tedavinin yanısıra alternatif tedavi kullanan sadece grubun %6,7'sidir. Bu grubun % 73,4'ü ilk tanı konulduktan sonra sadece ilaç tedavisi almış ve şuan grubun tamamı sadece ilaç tedavisi almaktadır. Bu grubun % 40'nın ilk ilaç tedavisinin türü tipik antipsikotiktir şuan ise grubun tamamına yakını (%93,3) atipik antipsikotik ilaç kullanmaktadır. Grubun %53,3'ü tedavinin yan etkisini yaşıyor ve %53,3'ü tedaviden kısmen yararlanıyor. Gruptaki

bireylerin %80'i tedaviyi düzensiz uygulamada ailevi bir neden olmadığını düşünüyor. Hastalık hakkında yeterince bilgi sahibi olanlar grubun %40'ını oluşturuyor.

Tablo 4: Araştırmadaki Gruplara Göre ŞİLÖ Toplam Ve Alt Ölçek, MARS Ve SBÇT Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirmesi

	Derneğe üye Çalışıyor N=15	Derneğe üye Çalışmıyor N=15	Derneğe üye değil çalışıyor N=15	Derneğe üye değil çalışmıyor N=15	F	p
	Ort ±ss	Ort ±ss	Ort ±ss	Ort ±ss		
ŞİLÖ Toplam	58,3±7,04	54,1±9,45	50,8±12,5	44,2±18,2	3,36	0,02*
Sosyal işlevsellik	20,2±2,24	18,0±4,24	15,8±4,65	14,0±5,95	5,26	0,001*
Sağlık ve Tedavi	12,5±2,85	13,8±2,85	11,6±3,55	10,5±4,98	2,21	0,09
Günlük Yaşam Becerileri	19,0±3,76	18,2±3,49	18,0±4,73	15,6±6,72	1,36	0,26
Mesleki İşlevsellik	6,53±1,18	4,00±1,46	5,26±1,75	4,00±2,13	7,88	0,001*
MARS	15,8±1,72	16,0±1,33	15,6±1,71	15,7±1,86	0,16	0,92
Sosyal Destek Arama	2,81±0,54	2,96±0,48	3,03±0,58	2,67±0,55	1,35	0,26
Boyun Eğici Yaklaşım	2,33±0,54	2,31±0,65	2,36±0,22	2,33±0,64	0,02	0,99
Çaresiz Yaklaşım	2,80±0,56	2,62±0,73	2,71±0,26	2,67±0,67	0,26	0,85
İyimser Yaklaşım	2,77±0,64	3,04±0,54	2,92±0,36	3,09±0,40	1,20	0,31
Kendine Güvenli Yaklaşım	2,94±0,49	3,00±0,49	2,93±0,40	2,91±0,58	0,10	0,95

Tablo 4'te araştırmadaki gruplar ile ŞİLÖ Toplam, ŞİLÖ alt ölçek (Sosyal işlevsellik, Sağlık ve Tedavi, Günlük Yaşam Becerileri, Mesleki İşlevsellik), MARS ve SBÇT alt ölçek (Sosyal Destek Arama, Boyun Eğici Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, İyimser Yaklaşım, Kendine

Güvenli Yaklaşım) puanları arasındaki fark gösterilmektedir. Şizofreni hastalarının derneğe üye olması ve bir işte çalışması ile ŞİLÖ toplam ($p=0,02$) ve Sosyal İşlevsellik ($p=0,001$), Mesleki İşlevsellik ($p=0,001$) alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Yapılan ileri ikili (post-hoc test) karşılaştırmada bu farkın derneğe üye/çalışan grup ile derneğe üye değil/çalışmayan grup puanları arasındaki farktan kaynaklı olduğu saptanmıştır. Derneğe üye olmanın ve aynı zamanda bir işte çalışmanın bireylerin sosyal ve mesleki işlevsellik alanlarını, işlevsellik toplam puanını olumlu yönde etkilediği görülmüştür. Tabloda bütün gruplar ile Günlük Yaşam Becerileri ve Sağlık ve Tedavi İşlevsellik alt ölçek, MARS ve SBÇT alt ölçek (Sosyal Destek Arama, Boyun Eğici Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, İyimser Yaklaşım, Kendine Güvenli Yaklaşım) puanları arasında anlamlı bir fark görülmemektedir ($p>0,05$).

Tablo 5: Bir İşte Çalışma Durumuna Göre ŞİLÖ Toplam Ve Alt Ölçek, MARS Ve SBÇT Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

	Çalışmayan N=30	Çalışan N=30		
	Ort ±ss	Ort ±ss	t	p
ŞİLÖ Toplam	49,2±15,1	54,5±10,6	1,58	0,11
Sosyal İşlevsellik	16,0±5,46	18,0±4,21	1,58	0,11
Sağlık ve Tedavi	12,2±4,33	12,1±3,19	-0,10	0,91
Günlük Yaşam Becerileri	16,9±5,42	18,5±4,24	1,24	0,21
Mesleki İşlevsellik	4,00±1,80	5,90±1,60	4,31	0,001*
MARS	15,9 ± 1,60	15,7±1,74	-0,38	0,70
Sosyal Destek Arama	2,81±0,56	2,92±0,53	0,76	0,45
Boyun Eğici Yaklaşım	2,32±0,69	2,35±0,43	0,20	0,84
Çaresiz Yaklaşım	2,65±0,47	2,67±0,51	0,75	0,45
İyimser Yaklaşım	3,08±0,49	2,84±0,49	-1,71	0,09
Kendine Güvenli Yaklaşım	2,99±0,53	2,91±0,44	-0,18	0,85

Tablo 5’de bir işte çalışma ile ŞİLÖ Toplam, ŞİLÖ alt ölçek (Sosyal işlevsellik, Sağlık ve Tedavi, Günlük Yaşam Becerileri, Mesleki İşlevsellik), MARS ve SBÇT alt ölçek (Sosyal Destek Arama, Boyun Eğici Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, İyimser Yaklaşım, Kendine Güvenli Yaklaşım) puanları arasındaki ilişki gösterilmektedir. Tablo incelendiğinde bir işte çalışma ile Mesleki İşlevsellik ($p=0,001$) alt ölçeği arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Bir işte çalışan hastaların çalışmayan hastalara göre mesleki işlevsellik alanının daha iyi olduğu görülmüştür. Bir işte çalışma ile ŞİLÖ Toplam, Sosyal İşlevsellik, Sağlık ve Tedavi, Günlük Yaşam Becerileri işlevsellik alt ölçek, MARS ve SBÇT alt ölçek (Sosyal Destek Arama, Boyun Eğici Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, İyimser Yaklaşım, Kendine Güvenli Yaklaşım) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6: Derneğe Üye Olma Durumuna Göre ŞİLÖ Toplam Ve Alt Ölçek, MARS Ve SBÇT Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

	Derneğe üye N=30	Derneğe üye değil N=30	t	p
	Ort $\pm$ ss	Ort $\pm$ ss		
ŞİLÖ Toplam	56,2 $\pm$ 8,46	47,5 $\pm$ 15,7	2,66	0,01*
Sosyal İşlevsellik	19,1 $\pm$ 3,51	14,9 $\pm$ 5,33	3,54	0,001*
Sağlık ve Tedavi	13,2 $\pm$ 2,88	11,1 $\pm$ 4,89	0,002	0,03*
Günlük Yaşam Becerileri	18,6 $\pm$ 3,59	16,8 $\pm$ 5,83	1,46	1,48
Mesleki İşlevsellik	5,26 $\pm$ 1,83	4,63 $\pm$ 2,02	1,26	0,21
MARS	15,9 $\pm$ 1,57	15,7 $\pm$ 1,76	0,54	0,59
Sosyal Destek Arama	2,89 $\pm$ 0,51	2,85 $\pm$ 0,59	0,29	0,77
Boyun Eğici Yaklaşım	2,85 $\pm$ 0,59	2,35 $\pm$ 0,47	-0,20	0,84
Çaresiz Yaklaşım	2,71 $\pm$ 0,64	2,69 $\pm$ 0,50	0,13	0,89
İyimser Yaklaşım	2,90 $\pm$ 0,60	3,00 $\pm$ 0,38	-0,76	0,44
Kendine Güvenli Yaklaşım	2,97 $\pm$ 0,49	2,92 $\pm$ 0,49	0,41	0,68

Tablo 6'da derneğe üye olma özelliğine göre ŞİLÖ Toplam, ŞİLÖ alt ölçek (Sosyal işlevsellik, Sağlık ve Tedavi, Günlük Yaşam Becerileri, Mesleki İşlevsellik), MARS ve SBÇT alt ölçek (Sosyal Destek Arama, Boyun Eğici Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, İyimser Yaklaşım, Kendine Güvenli Yaklaşım) puanları arasındaki fark verilmiştir. Tablo incelendiğinde derneğe üye olma özelliğine göre ŞİLÖ Toplam ($p=0,01$) ve Sosyal işlevsellik ($p=0,001$), Sağlık ve Tedavi ($p=0,03$) alt ölçek puanları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir farkın bulunduğu görülmektedir. Derneğe üye olan bireylerin sosyallik, sağlık ve tedavi işlevsellik alanları derneğe üye olmayanlara göre daha iyi bulunmuştur. Derneğe üye olma ile Günlük Yaşam Becerileri ve Mesleki İşlevsellik alt ölçek, MARS ve SBÇT alt ölçek (Sosyal Destek Arama, Boyun Eğici Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, İyimser Yaklaşım, Kendine Güvenli Yaklaşım) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

**Tablo 7: Cinsiyete Göre ŞİLÖ Toplam Ve Alt Ölçek, MARS
Ve SBÇT Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi**

	Kadın N=23	Erkek N=37	t	p
	Ort ±ss	Ort ±ss		
ŞİLÖ Toplam	56,1±13,2	49,2±12,7	2,00	0,05*
Sosyal işlevsellik	18,4±4,71	16,1±4,79	1,76	0,08
Sağlık ve Tedavi	12,9±3,95	11,6±3,92	1,31	0,20
Günlük Yaşam Becerileri	19,2±4,58	16,8±4,90	1,92	0,05*
Mesleki işlevsellik	5,47±2,39	4,62±1,55	1,68	0,09
MARS	16,4 ± 1,03	15,4±1,86	2,35	0,02*
Sosyal Destek Arama	2,93±0,47	2,83±0,59	0,70	0,48
Boyun Eğici Yaklaşım	2,39±0,69	2,29±0,41	0,71	0,48
Çaresiz Yaklaşım	2,69±0,75	2,71±0,44	-0,11	0,91
İyimser Yaklaşım	3,00±0,59	2,92±0,40	0,62	0,53
Kendine Güvenli Yaklaşım	3,05±0,59	2,88±0,40	1,33	0,80

Tablo 7’de cinsiyet ile ŞİLÖ Toplam, ŞİLÖ alt ölçek (Sosyal işlevsellik, Sağlık ve Tedavi, Günlük Yaşam Becerileri, Mesleki İşlevsellik), MARS ve SBÇT alt ölçek (Sosyal Destek Arama, Boyun Eğici Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, İyimser Yaklaşım, Kendine Güvenli Yaklaşım) puanları arasındaki ilişki gösterilmektedir. Tablo incelendiğinde cinsiyet ile ŞİLÖ Toplam ($p=0,05$) ve Günlük Yaşam Becerileri işlevsellik alt ölçek puanları ($p=0,05$) ve MARS puanı ($p=0,02$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Kadınların ŞİLO toplam, Günlük Yaşam Beceri ve MARS puanının erkeklere göre daha yüksek olduğu ve kadınların bu alanlarda da iyi olduğu görülmüştür. Cinsiyet ile Sosyal işlevsellik, Sağlık ve Tedavi, Mesleki işlevsellik alt ölçek ve SBÇT alt ölçek (Sosyal Destek Arama, Boyun Eğici Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, İyimser Yaklaşım,

Kendine Güvenli Yaklaşım) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 8: Tedavide İlk Başlanan Antipsikotik Türü ile ŞİLÖ Toplam Ve Alt Ölçek, MARS Ve SBÇT Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

	Tipik Antipsikotik N=25	Atipik Antipsikotik N=19	t	p
	Ort $\pm$ ss	Ort $\pm$ ss		
ŞİLÖ Toplam	49,9 $\pm$ 12,0	58,1 $\pm$ 9,43	-2,83	0,02*
Sosyal İşlevsellik	16,8 $\pm$ 4,88	18,8 $\pm$ 3,37	-1,45	0,15
Sağlık ve Tedavi	11,7 $\pm$ 3,50	13,1 $\pm$ 3,39	-1,30	0,20
Günlük Yaşam Becerileri	16,6 $\pm$ 4,18	20,2 $\pm$ 3,76	-2,81	0,001*
Mesleki İşlevsellik	4,68 $\pm$ 1,74	5,88 $\pm$ 1,69	-2,21	0,03*
MARS	15,6 $\pm$ 1,37	15,8 $\pm$ 1,87	-2,28	0,77
Sosyal Destek Arama	2,81 $\pm$ 0,49	2,97 $\pm$ 0,52	-1,00	0,32
Boyun Eğici Yaklaşım	2,23 $\pm$ 0,52	2,49 $\pm$ 0,41	-1,68	0,10
Çaresiz Yaklaşım	2,69 $\pm$ 0,56	2,83 $\pm$ 0,51	-0,79	0,43
İyimser Yaklaşım	2,74 $\pm$ 0,51	3,10 $\pm$ 0,45	-2,33	0,02*
Kendine Güvenli Yaklaşım	2,82 $\pm$ 0,43	3,10 $\pm$ 0,41	-2,13	0,03*

Tablo 8’de tedavide ilk başlanan antipsikotik türüne göre ŞİLÖ Toplam, ŞİLÖ alt ölçek (Sosyal işlevsellik, Sağlık ve Tedavi, Günlük Yaşam Becerileri, Mesleki İşlevsellik), MARS ve SBÇT alt ölçek (Sosyal Destek Arama, Boyun Eğici Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, İyimser Yaklaşım, Kendine Güvenli Yaklaşım) puanları verilmiştir. Tablo incelendiğinde tedavide ilk başlanan antipsikotik ilaç türü ile ŞİLÖ Toplam ($p=0,02$) ve Günlük Yaşam Becerileri ($p=0,001$), Mesleki işlevsellik ($p=0,03$) alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. SBÇT alt ölçek, İyimser Yaklaşım ($p=0,02$) ve Kendine Güvenli Yaklaşım ($p=0,03$) puanlarında da istatistiksel olarak anlamlı

farklılık saptanmıştır. Tedavide ilk kullanılan ilaç türü atipik olan bireylerin günlük yaşam beceri ve mesleki işlevsellik alanlarının, işlevsellik toplam puanının daha yüksek olduğu ve stresle başa çıkmak için iyimser yaklaşım ve kendine güvenli yaklaşım yöntemlerini daha etkili kullandıkları görülmektedir. İlk ilaç tedavisinin türü ile Sosyal işlevsellik ve Sağlık ve Tedavi işlevsellik alt ölçek, MARS ve SBÇT alt ölçek (Sosyal Destek Arama, Boyun Eğici Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 9: Şuan Kullanılan Antipsikotik İlaç Türü İle ŞİLÖ Toplam Ve Alt Ölçek, MARS Ve SBÇT Alt Ölçek Puanlarının değerlendirilmesi

	Tipik Antipsikotik N=2	Atipik Antipsikotik N=58	t	p
	Ort $\pm$ ss	Ort $\pm$ ss		
ŞİLÖ Toplam	63,0 $\pm$ 4,24	50,1 $\pm$ 12,6	1,20	0,16
Sosyal İşlevsellik	18,5 $\pm$ 0,70	16,9 $\pm$ 5,01	0,42	0,67
Sağlık ve Tedavi	16,5 $\pm$ 0,70	12,0 $\pm$ 3,75	1,68	0,09
Günlük Yaşam Becerileri	22,5 $\pm$ 0,70	17,5 $\pm$ 4,89	1,40	0,16
Mesleki İşlevsellik	5,50 $\pm$ 2,12	4,93 $\pm$ 1,95	0,40	0,68
MARS	16,5 $\pm$ 0,70	15,7 $\pm$ 1,70	0,58	0,52
Sosyal Destek Arama	3,12 $\pm$ 0,88	2,82 $\pm$ 0,54	0,66	0,45
Boyun Eğici Yaklaşım	2,33 $\pm$ 0,23	2,39 $\pm$ 0,48	-0,007	0,86
Çaresiz Yaklaşım	2,62 $\pm$ 0,17	2,80 $\pm$ 0,52	-0,20	0,63
İyimser Yaklaşım	2,50 $\pm$ 0,14	2,94 $\pm$ 0,50	-1,30	0,22
Kendine Güvenli Yaklaşım	2,92 $\pm$ 0,10	2,93 $\pm$ 0,50	-0,06	0,98

Tablo 9’da hastaların şuan kullandıkları antipsikotik ilaç tipine göre ŞİLÖ Toplam, ŞİLÖ alt ölçek (Sosyal işlevsellik, Sağlık ve Tedavi, Günlük Yaşam Becerileri, Mesleki İşlevsellik), MARS ve SBÇT alt ölçek (Sosyal Destek Arama, Boyun Eğici Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım,

İyimser Yaklaşım, Kendine Güvenli Yaklaşım) puanları verilmiştir. Bireylerin şuanki kullandığı antipsikotik ilaç türünün ŞİLÖ Toplam, ŞİLÖ alt ölçek (Sosyallik, Sağlık ve Tedavi, Günlük Yaşam Becerileri, Mesleki İşlevsellik), MARS ve SBÇT alt ölçek (Sosyal Destek Arama, Boyun Eğici Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, İyimser Yaklaşım, Kendine Güvenli Yaklaşım) puanları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 10: Hastalığın Süresi İle ŞİLÖ Toplam Ve Alt Ölçek, MARS Ve SBÇT Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

	1-4 yıl N=8	5-9 yıl N=12	10 yıl ve üstü N=40	F	p
	Ort $\pm$ ss	Ort $\pm$ ss	Ort $\pm$ ss		
ŞİLÖ Toplam	46,7 $\pm$ 10,5	55,0 $\pm$ 18,3	51,9 $\pm$ 11,9	0,95	0,43
Sosyal İşlevsellik	15,0 $\pm$ 4,14	18,6 $\pm$ 6,03	16,9 $\pm$ 4,67	1,35	0,26
Sağlık ve Tedavi	10,6 $\pm$ 2,82	11,6 $\pm$ 5,06	12,6 $\pm$ 3,48	1,03	0,36
Günlük Yaşam Becerileri	16,2 $\pm$ 4,39	19,2 $\pm$ 5,78	17,6 $\pm$ 4,70	0,95	0,39
Mesleki İşlevsellik	4,87 $\pm$ 1,64	5,50 $\pm$ 2,46	4,80 $\pm$ 1,84	0,59	0,55
MARS	15,0 $\pm$ 1,69	16,0 $\pm$ 2,33	15,9 $\pm$ 1,4	1,12	0,17
Sosyal Destek Arama	2,81 $\pm$ 0,67	2,81 $\pm$ 0,61	2,90 $\pm$ 0,51	0,16	0,95
Boyun Eğici Yaklaşım	2,20 $\pm$ 0,30	2,22 $\pm$ 0,52	2,39 $\pm$ 0,56	0,74	0,27
Çaresiz Yaklaşım	2,65 $\pm$ 0,30	2,37 $\pm$ 0,6	2,81 $\pm$ 0,53	2,90	0,06
İyimser Yaklaşım	2,77 $\pm$ 0,29	3,28 $\pm$ 0,43	2,89 $\pm$ 0,52	3,62	0,02*
Kendine Güvenli Yaklaşım	2,67 $\pm$ 0,32	3,20 $\pm$ 0,47	2,92 $\pm$ 0,49	3,56	0,04*

Tablo 10'da hastalığın süresi ile ŞİLÖ Toplam, ŞİLÖ alt ölçek (Sosyallik, Sağlık ve Tedavi, Günlük Yaşam Becerileri, Mesleki İşlevsellik), MARS ve SBÇT alt ölçek (Sosyal Destek Arama, Boyun Eğici Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, İyimser Yaklaşım, Kendine Güvenli Yaklaşım) puanları arasındaki fark verilmiştir. Tablo incelendiğinde hastalık süresi ile SBÇT alt ölçek, İyimser yaklaşım ($p=0,02$) ve Kendine Güvenli yaklaşım ($p=0,04$)

puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Yapılan ileri ikili (post-hoc test) karşılaştırmada, İyimser Yaklaşım puanında oluşan farkın hastalık süresi 5-9 yıl ile 10 yıl ve üstü grup puanları arasındaki farktan kaynaklı olduğu saptanmıştır, kendine güvenli yaklaşım puanında oluşan farkın hastalık süresi 1-4 yıl ile 5-9 yıl grup puanları arasındaki farktan kaynaklı olduğu saptanmıştır. 5-9 yıl hastalık süresi olan bireylerin stresle başetme yöntemi olarak iyimser ve kendine güvenli yaklaşımı daha etkili kullandıkları görülmektedir. ŞİLÖ Toplam, ŞİLÖ alt ölçek (Sosyallik, Sağlık ve Tedavi, Günlük Yaşam Becerileri, Mesleki İşlevsellik), MARS ve SBÇT alt ölçek (Sosyal Destek Arama, Boyun Eğici Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım) puanları arasında anlamlı bir fark görülmemektedir ($p>0,05$).

Tablo 11: Tedavi süresine göre ŞİLÖ Toplam Ve Alt Ölçek, MARS Ve SBÇT Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

	1-4 yıl N= 12	5-9 yıl N= 10	10 ve üstü N=38	F	p
	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS		
ŞİLÖ Toplam	45,8 $\pm$ 11,8	58,5 $\pm$ 15,5	52,0 $\pm$ 12,5	2,626	0,08
Sosyal İşlevsellik	14,8 $\pm$ 4,28	20,1 $\pm$ 5,56	16,9 $\pm$ 4,66	3,378	0,04*
Sağlık ve Tedavi	10,0 $\pm$ 3,14	12,5 $\pm$ 4,14	12,7 $\pm$ 3,72	2,362	0,10
Günlük Yaşam Becerileri	16,3 $\pm$ 4,59	20,2 $\pm$ 4,87	17,5 $\pm$ 4,88	1,837	0,16
Mesleki İşlevsellik	4,58 $\pm$ 1,62	5,70 $\pm$ 2,45	4,86 $\pm$ 1,89	0,991	0,37
MARS	14.3 $\pm$ 2.14	16.4 $\pm$ 1.42	16.1 $\pm$ 1.27	7,394	0,001*
Sosyal Destek Arama	2.66 $\pm$ 0.66	3.02 $\pm$ 0.49	2.89 $\pm$ 0.52	1,270	0,28
Boyun Eğici Yaklaşım	2.27 $\pm$ 0.31	2.23 $\pm$ 0.57	2.38 $\pm$ 0.58	0,387	0,68
Çaresiz Yaklaşım	2.75 $\pm$ 0.38	2.47 $\pm$ 0.71	2.75 $\pm$ 0.58	0,964	0,38
İyimser Yaklaşım	2.90 $\pm$ 0.37	3.18 $\pm$ 0.37	2.91 $\pm$ 0.56	1,185	0,31
Kendine Güvenli Yaklaşım	2.73 $\pm$ 0.40	2.91 $\pm$ 0.56	2.96 $\pm$ 0.51	2,118	0,13

Tablo 11’de şizofreni hastalarının tedavi süresi ile ŞİLÖ Toplam, ŞİLÖ alt ölçek (Sosyal işlevsellik, Sağlık ve Tedavi, Günlük

Yaşam Becerileri, Mesleki İşlevsellik), MARS ve SBÇT alt ölçek (Sosyal Destek Arama, Boyun Eğici Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, İyimser Yaklaşım, Kendine Güvenli Yaklaşım) puanlarının ilişkisi verilmiştir. Tablo incelendiğinde tedavinin süresi ile Sosyal İşlevsellik alt ölçek ($p=0,04$) ve MARS ($p=0,001$) puanları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Yapılan ileri ikili (post-hoc test) karşılaştırmada Sosyal İşlevsellik puanında oluşan bu farkın 1-4 yıl ve 5-9 yıl grup puanları arasındaki farktan kaynaklı olduğu ve MARS puanında oluşan farkın ise 1-4 yıl tedavi süresi olan gruptan kaynaklandığı saptanmıştır. 5-9 yıl tedavi gören bireylerin sosyal işlevsellik alanının ve tedaviye uyumlarının diğer gruplara göre daha iyi olduğu görülmüştür. Tedavi süresi ile ŞİLÖ Toplam, ŞİLÖ alt ölçek (Sağlık ve Tedavi, Günlük Yaşam Becerileri, Mesleki İşlevsellik) ve SBÇT alt ölçek (Sosyal Destek Arama, Boyun Eğici Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, İyimser Yaklaşım, Kendine Güvenli Yaklaşım) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

**Tablo 12: Hastaneye Yatış Sayısına Göre ŞİLÖ Toplam
Ve Alt Ölçek, MARS Ve SBÇT Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi**

	1 N=9	2 N=32	3 N=19	F	p
	Ort ±ss	Ort ±ss	Ort ±ss		
ŞİLÖ Toplam	54,0±17,6	51,9±11,0	50,7±15,0	0,17	0,84
Sosyal İşlevsellik	17,6±17,6	17,4±4,17	16,1±5,18	0,49	0,61
Sağlık ve Tedavi	12,2±3,86	12,0±3,04	12,2±4,91	0,007	0,99
Günlük Yaşam Becerileri	18,4±6,22	17,6±3,98	17,6±5,79	0,10	0,90
Mesleki İşlevsellik	5,66±2,44	4,81±1,85	4,84±1,86	0,71	0,49
MARS	16,1±1,16	15,5±1,91	16,0±1,39	0,61	0,54
Sosyal Destek Arama	2,97±0,71	2,81±0,57	2,92±0,42	0,40	0,66
Boyun Eğici Yaklaşım	2,09±0,59	2,43±0,43	2,28±0,63	1,55	0,21
Çaresiz Yaklaşım	2,66±0,75	2,80±0,44	2,55±0,67	1,20	0,30
İyimser yaklaşım	3,08±0,53	2,88±0,55	3,02±0,38	0,81	0,44
Kendine Güvenli Yaklaşım	2,96±0,62	2,91±0,48	2,99±0,44	0,13	0,87

Tabloda, 1 hastaneye yatışı olmayanları, 2 hastanede bir-üç kez yatışı olanları ve 3 hastanede 4 ve üstü yatışı olanları belirtmektedir.

Tablo 12’de hastaneye yatış sayısı ile ŞİLÖ Toplam, ŞİLÖ alt ölçek (Sosyal işlevsellik, Sağlık ve Tedavi, Günlük Yaşam Becerileri, Mesleki İşlevsellik), MARS ve SBÇT alt ölçek (Sosyal Destek Arama, Boyun Eğici Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, İyimser Yaklaşım, Kendine Güvenli Yaklaşım) puanları arasındaki fark verilmiştir. Tablo incelendiğinde şizofreni hastalarının hastaneye yatış sayısı ile ŞİLÖ Toplam, ŞİLÖ alt ölçek (Sosyal işlevsellik, Sağlık ve Tedavi, Günlük Yaşam Becerileri, Mesleki İşlevsellik), MARS ve SBÇT alt ölçek (Sosyal Destek Arama, Boyun Eğici Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, İyimser

Yaklaşım, Kendine Güvenli Yaklaşım) puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 13: Uygulanan Tedavinin Yan Etkisine Göre ŞİLÖ Toplam Ve Alt Ölçek, MARS Ve SBÇT Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

	Yan Etki Var N=29	Yan Etki Yok N=31	t	p
	Ort $\pm$ ss	Ort $\pm$ ss		
ŞİLÖ Toplam	50,5 $\pm$ 14,9	53,0 $\pm$ 11,5	-0,72	0,47
Sosyal İşlevsellik	16,6 $\pm$ 5,67	17,4 $\pm$ 4,20	-0,62	0,53
Sağlık ve Tedavi	12,2 $\pm$ 4,07	12,0 $\pm$ 3,53	0,24	0,80
Günlük Yaşam Becerileri	16,9 $\pm$ 5,70	18,4 $\pm$ 3,84	-1,20	0,23
Mesleki İşlevsellik	4,72 $\pm$ 1,96	5,16 $\pm$ 1,93	-0,86	0,38
MARS	15.4 $\pm$ 1.70	16.1 $\pm$ 1.59	-1,52	0,13
Sosyal Destek Arama	2,62 $\pm$ 0.53	3,09 $\pm$ 0.46	-3,61	0,001*
Boyun Eğici Yaklaşım	2,32 $\pm$ 0,56	2.34 $\pm$ 0,50	-0,11	0,90
Çaresiz Yaklaşım	2,78 $\pm$ 0,65	2,63 $\pm$ 0,49	1,01	0,31
İyimser Yaklaşım	2.93 $\pm$ 0.39	2,97 $\pm$ 0.59	-0,27	0,78
Kendine Güvenli Yaklaşım	2.97 $\pm$ 0.49	2.92 $\pm$ 0.49	-0,66	0,50

Tablo 13’de uygulanan tedavinin yan etkisi ile ŞİLÖ Toplam, ŞİLÖ alt ölçek (Sosyallik, Sağlık ve Tedavi, Günlük Yaşam Becerileri, Mesleki İşlevsellik), MARS ve SBÇT alt ölçek (Sosyal Destek Arama, Boyun Eğici Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, İyimser Yaklaşım, Kendine Güvenli Yaklaşım) puanları arasındaki fark gösterilmektedir. Tablo incelendiğinde uygulanan tedavi yan etkisinin olup olmaması ile SBÇT alt ölçek, İyimser Yaklaşım ($p=0,78$), Kendine Güvenli Yaklaşım ($p=0,50$), Çaresiz Yaklaşım ($p=0,31$), Boyun Eğici Yaklaşım ($p=0,90$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken Sosyal Destek Arama alt ölçek puanı ($p=0,001$) arasında anlamlı bir fark olduğu

görülmektedir. Tedavi yan etkisi yaşamayan bireylerin sosyal destek arama yöntemi ile stresle daha etkili baş ettikleri görülmüştür. Tabloda ŞİLÖ Toplam, ŞİLÖ alt ölçek (Sosyallik, Sağlık ve Tedavi, Günlük Yaşam Becerileri, Mesleki İşlevsellik) ve MARS puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada şizofreni tanısıyla ayaktan izlenen ve remisyonda olan hastaların bir işte çalışması veya derneğe üye olmasının, işlevselliğini, tedaviye uyumunu ve stresle baş etme tarzlarını nasıl etkilediği değerlendirilmiştir. Buna ek olarak cinsiyetin, hastalık ve tedavi süresinin ve tedavi şekillerinin; hastaların işlevselliğini, tedaviye uyumunu ve stresle baş etme tarzlarını nasıl etkilediği değerlendirilmiştir.

Şizofreni hastalarının çalışma yaşamlarına baktığımızda çalışmayanların oranının belirgin olarak yüksek olduğu görülmektedir^{2,45,59}. Bu bulgular da şizofreninin mesleki işlevselliği bozabilen süreğen bir hastalık olduğunu destekler niteliktedir^{6,27}. Araştırma bulgularına göre çalışan hastaların Mesleki İşlevsellik alt ölçek puanında anlamlı bir fark görülmektedir. Araştırma grubundaki çalışan bireylerin yarısının rehabilitasyon merkezinde iş hayatına yönelik bilgilendirme ve yönlendirilmelerinin yapıyor olmasından dolayı mesleki işlevselliklerinin olumlu yönde arttığı düşünülebilir. Yıldız ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonucuna göre çalışma durumu ile bilişsel işlevler arasında anlamlı bir fark bulunmazken yapılan başka araştırma sonuçlarına göre ise bu çalışmanın sonucunun tersine şizofreni hastalarının bir işte çalışmasının sosyal işlevselliği olumlu yönde etkilediği ve çalışan şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik durumunun daha iyi olduğu şeklindedir. Bizim çalışma sonuçlarımızda bu sonuçlara paralellik göstermektedir^{2,3,23,60,61}. Çalışan şizofreni hastalarının tedaviye uyumu ile ilgili literatür sonuçlarını incelediğimizde ise destekli iş hayatına yerleştirilen şizofreni hastalarının tedaviye uyumun artması ve remisyon süresinin uzamasından dolayı acil servislere ve kliniğe gelme oranlarının azaldığı, iş sahibi olmama durumunun tedaviye uyumsuzluğa neden olduğu yada hastaların işyerinde ilaç kullanma konusunda damgalanma

endişesi yaşayabildikleri ve bundan dolayıda doz atlama eğilimi olabildiği
bununda tedaviye uyumsuzluğu ortaya çıkarabileceği şeklindedir^{14,62,63}.
Bizim çalışma sonuçlarımıza göre ise bir işte çalışmak yada çalışmamak
tedaviye uyumu etkilemediği şeklindedir.

Çalışma sonuçlarına göre derneğe üye olma, hastaların
sosyalliklerinde, sağlık ve tedavilerinde olumlu bir etkidir. Bunun nedeni
ise derneğe üye olan hastaların arkadaşlık kurabilme ve boş zamanlarını
faaliyetlerle değerlendirebilme becerileri kazanması, kişisel aktivitelerinin
artması, sosyal destek sisteminin oluşmasından ve dernekte hastalık ve
tedavi hakkında sağlık personelleri tarafından eğitim almalarından dolayı
sosyallik, sağlık ve tedavi alanlarındaki işlevsellikleri artmış olduğu
düşünülmektedir. Günlük yaşam becerileri ve mesleki işlevsellik
puanlarının anlamlı çıkmamasının nedeni ise günlük yaşam becerilerini
geliştirecek sorumluluklar (yemek yapma, biyolojik ritimlere uyum, finansal
yönetim gibi) almamaları ve iş sahibi olma oranının düşük olması olarak
açıklanabilir. Ruhsal Toplumsal Rehabilitasyon Kulüp-evi, Toplumda
Yaşama Programı ve Olgu Yönetimi gibi toplum içerisinde rehabilitasyon
amaçlı yürütülen programların birkaç yıl gibi uzun süreli uygulanması
hastaların klinik düzelmelerinde, sosyal işlevselliklerinin artmasında ve
öznel iyilik hallerinin devamında etkili olduğu şeklinde araştırma sonuçları
bizim bulgularımızı destekler tarzdadır^{64,65,66}.

Çalışma sonuçlarına göre kadınların günlük yaşam beceri
alanlarının ve tedaviye uyumlarının erkeklere göre daha iyi olduğu
görülmektedir. Bu sonuçlara dayanarak kadın hastaların günlük yaşam
becerilerini erkek hastalara göre daha iyi yerine getirdikleri ve tedaviye
daha fazla önem verdikleri söylenebilir. Araştırma bulgusuna benzer
sonuçlar literatürde yer almaktadır. Emiroğlu'nun yaptığı araştırmada
kadın hastaların erkek hastalara göre günlük yaşam beceri alanlarında
daha iyi olduğu saptanmıştır³. Salokangas ve arkadaşları, Cardoso ve

arkadaşları araştırmalarında kadınların genel olarak erkeklere göre, sosyal uyum ve kişiler arası ilişkilerde daha başarılı olduklarını göstermişlerdir^{67,68}. Usall ve arkadaşları ile Thorup ve arkadaşları da araştırmalarında kadın şizofreni hastalarında sosyal işlevselliğin daha iyi olduğunu vurgulamışlardır^{69,70}. Erol ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada ise kadın ve erkek hastalar arasında işlevsellik alanlarının hiç birinde fark saptanmamıştır. Bunun sosyal işlevselliği etkileyen faktörlerde fark olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir⁷¹. Cinsiyet ve tedaviye uyumla ilgili çalışmalara baktığımızda, araştırma bulgusuna zıt olarak Koç, Rittmannsberger ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınlar erkeklere göre daha az uyumlu bulunurken aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir^{33,72}. Alıcıkuşu, Lacro ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmalarında ise şizofreni hastalarında cinsiyet ile ilaç tedavisine yönelik tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır^{11,73}.

Araştırma sonuçlarımızda derneğe üye değil/çalışmayan grubundaki kadın oranı diğer gruptaki kadın oranına göre daha yüksekken diğer grupta ise tam tersine erkek oranının daha yüksek olduğu dikkat çekicidir. Bu durumun Kültürel faktörlerden kaynaklandığını söyleyebiliriz. Kadınların çalışma ve dernek gibi sivil toplum örgütlerine üye olmaları desteklenmezken erkeklerin ise daha çok desteklendiği bilinen bir gerçektir. Bu toplumsal faktörün kadın hastaların çalışma ve bir derneğe üye olma durumlarını etkilediğini söyleyebiliriz.

Araştırmaya katılan bireylerin tedavisine yarıdan biraz fazla oranla ilk tipik antipsikotik ilaçla başlanmışken, en son bireylerin kullandıkları ilaç ise neredeyse tamamına yakınında ise atipik antipsikotiktir. Bu sonuç Belli ve arkadaşları, Simon ve arkadaşları yaptıkları çalışma bulguları ile uyumludur^{74,75}. Bizdeki bu kullanım örüntüsünün çeşitli sebepleri olabilir. Bunlar arasında klinisyenlerin yıllara dayanan alışkanlıkları ve tipik antipsikotik ilaçların yan etkisinin yoğun

yaşanması sayılabilir. Bu araştırmada atipik antipsikotik ve tipik antipsikotik ilaç tiplerinin işlevsellik alanlarına ve tedaviye uyuma etkisi olmadığı görülmüştür. Literatürlere baktığımız zaman araştırma bulgusuna benzer olarak, Kayahan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da atipik ve tipik ilaç kullanan gruplar arasında işlevlerdeki düzelme yönünden anlamlı fark saptanmamıştır⁷⁶. Ascher-Svanum ve arkadaşlarının çalışmasında kullanılan tedavi türü ile tedaviye uyum arasında fark saptanmıştır⁷⁷. Koç, Diaz ve arkadaşlarının çalışmalarında ise kullanılan antipsikotik tipinin tedaviye uyum üzerine etkisi görülmediği şeklindedir^{33,78}. Araştırma bulgusuna zıt olarak ise Soykan'ın araştırmasında atipik antipsikotik kullanan hastaların işlevselliği ve tedaviye uyumu olumlu yönde değiştiğini göstermektedir⁷⁹.

Literatür bilgilerine bakıldığında psikiyatri hastalarının tıbbi tedaviye gelmeden önce alternatif tedaviye (muska-üfürükçü, yatıra gitme, kurşun döktürme, geleneksel ilaç uygulama) başvurdukları görülmektedir^{80,81,82}. Bizim sonuçlarımızda literatür bilgisini destekler tarzdadır.

Elde edilen bulgulara göre hastalık süresi ile işlevsellik alanları ve tedaviye uyum arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Bu sonuçlara benzer araştırma sonuçları bulunmaktadır. Tatlıdil'in yaptığı araştırmada hastalığın süresi ile işlevsellik arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır⁸³. Glass'a göre ise kronikleşmeye eğilim gösteren psikotik hastaların düşük işlevsellik düzeyine sahip olduğudur⁸⁴. Aker ve arkadaşları da hastalık süresinin uzun olmasının tedaviye uyumu olumsuz etkileyebileceğini düşünmektedirler⁸⁵. Hastalarda, hastalık süresinin uzun olmasından dolayı hastalıklarının hiç düzelmeyeceği ve tedavi girişimlerinin etkili olamayacağı şeklindeki düşüncelerinin tedaviyi olumsuz etkileyebileceğini söyleyebiliriz. Hastalık süresi uzadıkça sosyal ve çevresel desteğin eksilebilmesi nedeniyle tedaviye uyum için önemli olan düzenli

kontroller aksayabilir ve bu da hastalığın hem seyrini hem de şiddetini olumsuz yönde etkileyebilir⁸⁵. Lacro ve arkadaşlarına göre ise hastalık süresinin kısa olması tedaviye uyumsuzluk nedenleri arasında yer almaktadır⁷³.

Araştırma sonucunda 5-9 yıl arasında tedavi gören hastaların sosyal işlevsellik ve tedaviye uyum puanlarının diğer gruplara göre daha iyi olduğu görülmüştür. Belli ve arkadaşları, Saylan ve arkadaşlarının yaptıkları araştırma sonuçlarına da tedavinin kısa olmasının tedaviyi düzenli kullanmayı olumsuz etkilediğidir^{74,86}.

Araştırma bulgusunda hiç hastaneye yatmayan şizofreni hastalarının işlevselliği ve tedaviye uyumu diğer gruba göre daha yüksektir fakat bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir. Benzer bir sonuç olan Anlar ve ark. araştırmasında dört kez ya da daha çok sayıda hastaneye yatırılan hastaların işlevsellik düzeyi puanının bir kez yatırılanlarındakinden daha düşük olduğu gösterilmiştir⁸⁷. Benzer olmayan bir sonuç ise Saylan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaneye yatış sayısı çok olan hastaların düzenli ilaç kullandığını ve hastalığın tedavisine daha iyi uyum gösterdiğini belirtmiştir⁸⁶. Belli ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da düzenli ilaç kullanma ile hastaneye yatış sayısı arasında güçlü pozitif ilişki olduğunu saptamıştır⁷⁴.

Araştırma bulgularımıza göre tedavinin yan etkisi ile işlevsellik alanları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Literatürde de bunu destekler ve desteklemez tarzda çalışmalar bulunmaktadır. Tatlıdil ekstrapiramidal yan etkiler ve kilo alımı ile sosyal işlevsellik arasında ilişki saptamazken Hofer ve arkadaşları ise kilo alımı, ekstrapiramidal belirtiler, sedasyon, hipersalivasyon yaşam kalitesi ve sosyal işlevselliği, yine ekstrapiramidal yan etkiler mesleki işlevselliği olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir^{83,88}. Güneş'in yaptığı çalışmada ise ilaç yan etki düzeyi

arttıkça sosyal işlevsellik puanının düştüğünü göstermiştir². Araştırma sonucu tedavinin yan etkisi tedaviye uyumu etkilemediği şeklinde iken bu konuda Aker ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışma sonucu ise tedavinin yan etkisi tedaviye uyumu etkilediği şeklindedir⁸⁵. Bu alanda yapılan daha başka çalışmalar bulunmadığından dolayı tedavinin yan etkisinin tedaviye uyumu etkilemesi konusunda tam bir sonuç saptanamamıştır.

Araştırma bulgularında Stresle Baş Etme Tarzları alt ölçek (Sosyal Destek Arama, Boyun Eğici Yaklaşım, Çaresiz Yaklaşım, İyimser Yaklaşım, Kendine Güvenli Yaklaşım) puanlarına bakıldığında, araştırmaya katılan bireylerden tanı konulduktan sonra ilk tedavisi atipik atipsikotik ve hastalık süresi 5-9 yıl arası olan bireylerin diğer bireylere göre iyimser yaklaşım ve kendine güvenli yaklaşım yöntemini daha etkili kullandığı belirlenmiştir. Uygulanan tedavinin yan etkisini yaşamadığını düşünen hastaların da sosyal destek arama yöntemini daha etkili kullandıkları görülmüştür. Literatürlerde şizofreni hastalarının stres ile başetme tarzlarına bakıldığı zaman Özcan ve arkadaşları çalışmasında her hasta en az bir başa çıkma davranışı göstermektedir⁸⁰. Bu sonuç literatür bulguları ile uyumludur^{53,89,90}. Bu durum şizofrenili hastaların genelde sanıldığı gibi hastalıklarına yenilmiş, hastalıkla eli kolu bağlanmış ve durumlarını olduğu gibi kabul etmiş insanlar olmadıklarını göstermektedir⁸⁰. Sonuç olarak derneğe üye olmak, bir işte çalışmak ve birçok faktör şizofreni hastalarının işlevselliğini, tedaviye uyumu ve stresle baş etme tarzlarını etkileyebilir.

6. SONUÇ

Araştırma örneklemini, derneğe üye olan çalışan/çalışmayan ve derneğe üye olmayan çalışan/çalışmayan olarak dört gruba ayrıldı. Kadınların oranı derneğe üye değil/çalışmayan grubunda daha fazla erkeklerin oranı da derneğe üye değil/çalışan grubunda daha fazladır. Bütün gruplarda bekar olma oranı evli, boşanmış olma durumuna göre daha fazladır. Araştırmadaki bütün gruplarda tıbbi tanıdan önce alternatif tedavi alma durumu benzerdir. Şuan tıbbi tedavinin yanı sıra alternatif tedavi alan derneğe üye/çalışan birey yoktur ve diğer gruplarda da sadece birer kişidir. Gruplarda şuanki tedavide atipik antipsikotik kullanma oranı tipik antipsikotik oranına göre daha yüksektir. Gruplarda 10 yıl ve üstü hastalık tanısı konan ve tedavi olan hastaların sayısı fazladır.

Araştırma sonucunda derneğe üye/çalışan gruptaki bireylerin sosyallik ve mesleki işlevsellik alanları diğer gruplara göre daha iyi olduğu bulunurken diğer gruplar ile günlük yaşam becerileri ve sağlık ve tedavi işlevsellik alanları, tedavi uyumu ve sosyal destek arama, boyun eğici yaklaşım, çaresiz yaklaşım, iyimser yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım yöntemleri ile stresle başetme tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir. Araştırma bulgularına göre çalışan hastaların mesleki işlevsellik alanında daha iyi olduğu saptanmıştır. Bir işte çalışma ile sosyallik, sağlık ve tedavi, günlük yaşam becerileri işlevsellik alanları, tedavi uyumu ve stresle başa çıkma tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Derneğe üye olan hastaların sosyallik, sağlık ve tedavi işlevsellik alanlarında daha iyi olduğu görülmektedir. Derneğe üye olma ile günlük yaşam becerileri ve mesleki işlevsellik alanları, tedavi uyumu ve stresle başa çıkma tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Kadınların günlük yaşam becerilerinin ve tedavi uyumlarının erkeklere göre daha iyi olduğu görülmektedir. Cinsiyet ile sosyallik, sağlık ve tedavi, mesleki işlevsellik alanları ve stresle baş etme tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Tedavide ilk başlanan atipik antipsikotik tipi, hastaların günlük yaşam becerilerini ve mesleki işlevsellik alanlarını daha olumlu etkilediği, hastaların iyimser yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım yöntemlerini de daha etkili kullandıkları saptanmıştır. İlk başlanan antipsikotik türü ile sosyallik, sağlık ve tedavi işlevsellik alanları, tedavi uyum ve sosyal destek arama, boyun eğici ve çaresiz yaklaşım arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür.

Hastalığın süresi 5-9 yıl olan bireylerin iyimser yaklaşım ve kendine güvenli yaklaşım yöntemlerini daha etkili kullandıkları görülmektedir. Hastalık süresi ile işlevsellik, tedavi uyum ve sosyal destek arama, boyun eğici yaklaşım, çaresiz yaklaşım yöntemleri arasında anlamlı bir fark görülmemektedir.

Tedavinin süresi 5-9 yıl olan bireylerin sosyallik alanlarının ve tedavi uyumlarının daha iyi olduğu görülmüştür. Tedavi süresi ile sağlık ve tedavi, günlük yaşam becerileri, mesleki işlevsellik alanları ve stresle baş etme tarzları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Stresle başa çıkmak için sosyal destek arama yöntemini daha etkili kullanan bireylerin tedavinin yan etkisini yaşamadıkları görülmüştür. Yan etki ile diğer stresle baş etme tarzları, işlevsellik alanları ve tedavi uyumu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Şizofreni hastalarının hastaneye yatış sayısı ve şuan ki kullandığı antipsikotik ilaç tipi ile işlevsellik alanları, tedavi uyumu ve stresle baş etme tarzları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

6.1. Öneriler

Araştırma sonuçlarına yönelik olarak;

1. Şizofreni hastalarının derneğe üye olması ve bir işte çalışmasının desteklenmesi ve bu imkanların artırılması,
2. Derneğe üye olan ve çalışan şizofreni hastalarının işlevselliğini, tedaviye uyumunu ve stresle başa çıkma tarzlarının değerlendirildiği çalışmaların yapılması.

7. ÖZET

ŞİZOFRENİ TANISI KONAN HASTALARDA BİR İŞTE ÇALIŞMANIN VE DERNEĞE ÜYE OLMANIN İŞLEVSEL İYİLEŞME, TEDAVİYE UYUM VE STRESLİ DURUMLARLA BAŞ ETME ÜZERİNE ETKİSİ

Bu araştırma çalışan ve derneğe üye olan şizofreni hastalarının işlevselliğini, tedaviye uyumunu ve stresle başetme tarzlarını belirlemek amacıyla karşılaştırmalı olarak tanımlayıcı türde yapılmıştır. Araştırma, Ankara Şizofreni Hastaları Ve Yakınları Dayanışma Derneği, Mavi At kafe, Gazi Üniversitesi Sağlık, Araştırma Ve Uygulama Hastanesi ve Ankara Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde yapılmıştır. Araştırmaya katılan bireyler derneğe üye olup çalışan/çalışmayan, derneğe üye olmayıp çalışan/çalışmayan olarak 4 gruba ayrılmış ve her grupta 15 kişi olmak üzere toplam 60 hasta örneklemini oluşturmuştur. Araştırma verileri Kişisel Bilgi Formu, Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği, Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ile toplanmıştır. Veri toplama araçları araştırmacı tarafından 45-60 dakikada uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde frekans ve yüzdeleme, T-testi ve ANOVA testi kullanılarak istatistiksel analiz ve yorumları yapılmıştır.

Araştırmanın bulgularında araştırmaya katılan şizofreni hastalarının derneğe üye olması ve bir işte çalışmasının sosyallik ve mesleki işlevsellik alanlarını, derneğe üye olmasının sosyallik, sağlık ve tedavi işlevsellik alanlarını ve bir işte çalışmasının mesleki işlevsellik alanını etkilediği, tedavi uyumlarını ve stresle başetme tarzlarını ise

etkilemediği görülmektedir. Araştırmadaki bireylerin işlevsellik alanını etkileyen faktörlerin cinsiyet, tedavide ilk başlanan antipsikotik türü ve tedavi süresi olduğu, tedavi uyumlarını etkileyen özelliklerin de cinsiyet ve tedavi süresi olduğu saptanmıştır. Ayrıca hastalık süresi, tedavide ilk başlanan antipsikotik türü ve tedavinin yan etkisi de stresle başa çıkma tarzlarını etkilediği bulunmuştur. Son olarak hastaneye yatış sayısı ve şuanki kullanılan antipsikotik türü işlevsellik alanlarını, tedavi uyumunu ve stresle başa çıkma tarzlarını etkilemediği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: şizofreni, işlevsellik, tedaviye uyum, stresle başetme, iş, dernek.

8. SUMMARY

The Effect Of Working in A Jop And Membership For An Association On The Functional Recovery, Adaptation To The Therapy And Coping With The Stressful Situations İn The Patients With Schizophrenia

This study was carried out comparatively and definitively in order to identify the functionality, adaptation to the therapy and coping styles with the stress of the schizophrenic patients who work and are the members of any associations. The study was performed in the Association of Ankara Schizophrenia Patients and their relatives, Mavi At Cafe, The Health Research And Training Hospital Of Gazi Univercity and The Health Research And Training Hospital Of Ankara Univercity.

The individuals participating in the study divided into four groups: being a member in any associations and working and not working, not being a member in any association and working and not working. And there were totally 60 patients as a sample including 15 individuals in the groups. The research data was collected by The Individual Information Form, The Adaptation Rate Scale For The Medical Therapy, The Functional Recovery Scale İn Schizophrenia Patients And The Scale For Coping With The Stress. The data collection tools were applied in 45-60 minutes by the researchers. By using the frequency and percentage, T-test and ANOVA tests for assessing the data, the statistical analysis and interpretations were conducted.

In the study it has been observed that being a membership for any associations and working in a job in the schizophrenia patients participating in the study affected the areas of social and occupational functionalities, and that being a membership for any associations affected the areas of social health and therapy functionalities and that working in a job also affected the area of the occupational functionality. But it has been seen that the styles of the therapy adaptations and coping with the stress did not affect these areas. It was determined that the factors affecting the functionality area of the individuals in the study were the sex, the initial antipsychotic drug sort in the therapy and the therapy period. And it was also determined that the properties affecting the therapy adaptations were the sex and the therapy period. Finally, it has been observed that this did not affect the number of hospitalization and current use of antipsychotic drug functional areas, the therapy adaptation and the style of coping with the stress.

Key words: schizophrenia, functionality, the therapy adaptation, coping with stress, job, association.

9. KAYNAKLAR

- 1- Yıldız M. Şizoreni Ruhsal Ve Toplumsal Tedavi Girişimleri. İçinde: Ceylan E, Çetin M, editörler. Şizofreni. 4 Baskı. İstanbul: İncekara Kağıt Matbaası; 2009.1403-1413.
- 2- Güneş D. Şizofreni Hastalarının Yaşam Kalitesinin Ve Sosyal İşlevselliğinin Objektif Ve Subjektif Değerlendirilmesi. Psikiyatri Uzmanlık. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi; 2010.
- 3- Emiroğlu B. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeğinin Türkçe versiyonunun Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. Yüksek Lisans. İstanbul: Maltepe Ünivesitesi; 2009.
- 4- Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer AC, Walkup J, Weiden JP. Predicting Medication Noncompliance After Hospital Discharge Among Patients With Schizophrenia. Psychiatric Services 2000; 1:216–222.
- 5- Eryıldız D. Gündüz hastanesi ve rehabilitasyon merkezine devam eden kronik şizofreni hastaları ile bir rehabilitasyon programına katılmayan kronik şizofreni hastalarının işlevsellik ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi; 2008.
- 6 - Işık E. Güncel Şizofreni. 1. Baskı. Ankara: Format Matbaacılık; 2006.

- 7- Yıldız M. Psikiyatrik Rehabilitasyon. içinde: Sayıl I, editör. 1. baskı. Bireyden Topluma Ruh Sağlığı. İstanbul: Erler Matbaacılık; 2005. 151-164.
- 8- Gülseren L. Şizofreni Ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler. Türk Psikiyatri Dergisi 2002; 13(2):143-151.
- 9- Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive textbook of psychiatry. Aydın H, Bozkurt A (Çev), 8. Baskı. Ankara: Güneş Kitap Evi; 2007 .
- 10- Öztürk MO, Uluşahin A, editörler. Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları-1. 11. Baskı. Ankara: Tuna Matbaacılık; 2008. 306-317.
- 11- Alıcıkuşu HA. Şizofreni Hastalarının Psikiyatrik Tedavilere Olan Tutumları. Yüksek Lisans. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi; 2009.
- 12- Yazıcı A, Coşkun S. (Bakırköy Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesi) Gündüz Hastanesi Ve Rehabilitasyon Merkezi Hasta Profili Ve Çalışma Programı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008; 9(1): 21-23.
- 13- Andreasen NC, Carpenter TW, Kane MJ, Lasser AR, Marder RS, Weinberger DR. Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus. Am. J. Psychiatry 2005; 162: 441–449.
- 14- Çobanoğlu ÜZS, Aker T, Çobanoğlu N. Şizofreni Ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunları. Düşünen Adam 2003; 16(4): 211-218.
- 15- Ünal S, Çakıl G, Elyas Z. Taburculuk Sonrası Tedaviye Gelmeyen Psikotik Hastaların Özellikleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7: 69-75.

- 16- Germeys IM, Krabbendam L, Jolles J, Delespaul AP, Os JV. Are Cognitive Impairments Associated With Sensitivity to Stress in Schizophrenia? An Experience Sampling Study. *Am. J. Psychiatry* 2002; 159:443–449.
- 17- Çetinkayaduman Z, Aştı N, Üçok A, Kuşcu KM. Şizofreni Hastalarına Ve Ailelerine ‘Bağımsız Ve Sosyal Yaşam Becerileri Topluma Yeniden Katılım Programı’ Uygulaması, İzlenmesi. *Anatolian Journal Of Psychiatry* 2007; 8:91-101.
- 18- Kültür S, Mete L, Almila E. Şizofreni. İçinde: Köroğlu E, Güleç C, editörler. *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. Baskı. Ankara: Hyb Basın Yayın; 2007. 184-205.
- 19- Söylemezoğlu Ü, Cansever A. Şizofreni Tedavisinde Psikososyal Yaklaşımlar. *Psikiyatri Dünyası* 1999; 3: 96-103.
- 20- Arkonaç O. *Psikotik Bozukluklar Ve Tedavileri*. 3. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 1996. 99-105, 510-511.
- 21- Mcgurk RS, Muese TK., Derosa JT, Wolfe R. Work, Recovery, And Comorbidity İn Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial Of Cognitive Remediation. *Schizophrenia Bulletin* 2009; 35 (2): 319–335.
- 22- Davidson L, Lawless SM, Leary F. İyileşme Kavramları: Birbiriyle Çelisiyor Mu Yoksa Birbirini Tamamlayıcı Mı?. *Current Opinion İn Psychiatry* 2006;1: 41-46.
- 23- Burns T, Catty J, White S, Becker T, Koletsi M, Fioritti A, et all. The Impact of Supported Employment and Working on Clinical and Social Functioning: Results of an International Study of Individual Placement and

Support(internette). 2009 (08.08.2011). elektronik adresi:
oxfordjournals.org at Gazi University Library (GAZI)

24- Priebe S, Warner R, Hubschmid T, Eclde I. Employment, Attitudes Toward Work, and Quality of Life Among People With Schizophrenia in Three Countries. Schizophrenia Bulletin 1998; 24(3): 469-477.

25- Dixon BL, Dickerson F, Bellack SA, Bennett M, Dickinson D, Goldberg WR, et al. The 2009 Schizophrenia Port Psychosocial Treatment Recommendations And Summary Statements. Schizophrenia Bulletin 2010; 36 (1): 48–70.

26- Krupa T. Employment, recovery, and schizophrenia: integrating health and disorder at work. Psychiatr Rehabil J. 2004; 28: 8–15.

27- Dilbaz N, Darçın EA. Şizofreni ve Madde Kullanım Bozukluğu Eş Tanılı Hastalarda Tedavi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2011; 21: 80-90.

28- Altınay UC. Şizofreni Hastalarda Alkol Madde Kullanım Bozukluğu Komorbiditesi Ve Komorbiditenin Hastalık Gidişine Etkileri. Psikiyatri Uzmanlık. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2005.

29- Yalom ID. Şizofreni Terapisi. Kaya F (çev), 1. baskı. İstanbul: Prestij Yayınları; 2000.

30- Taşkın EO. Şizofreniye yönelik tutumlar ve damgalama. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi 2004;12(Ek 3): 41-50.

31- Yıldız M. Şizofrenide Psikososyal Tedaviler. Türkiye Klinikleri 2005; 1(12): 67-73.

32- Doğan O. Şizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3(4): 240-248.

33- Koç A. Kronik Psikoz Hastalarında Tedaviye Uyumun Ve Tedaviye Uyumunu İle İlişkili Etkenlerin Değerlendirilşmesi. Uzmanlık tezi. Ankara: Gazi Hastanesi; 2006.

34- Yıldırım A. Ekinçi M. Ruhsal Eğitimin Şizofreni Hastalarının Ailelerinin Aile İşlevleri, Hastaların Sosyal Destek Düzeyleri Ve Tedaviye Uyum Üzerine Etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000; 11:195-205.

35- Nose M, Barbu C, Nose GR, Tansella M. Clinical interventions for treatment non-adherence in psychosis: meta-analysis British Journal Of Psychiatry 2003;183: 197-206.

36- Oliver F, Corinne C, Eden AE, David CH, Donald CG. Attitudes of schizophrenia outpatients toward psychiatric medications: Relationship to clinical variables and insight. The Journal of clinical psychiatry 2004; 65(10): 1372-1376.

37- Dilbaz N, Karamustafalıoğlu O, Oral T, Önder E., Çetin M. Psikiyatri Polikliniğe Başvuran şizofreni Hastalarında Tedaviye Uyumun ve Uyumunu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2006; 16: 223-232.

38- Kim M, Gary B. Psychosocial treatment approaches for schizophrenia. Current Opinion in Psychiatry 2000; 13(1): 27-35.

39- Qreen FM, Kern SR, Braff LD, Mint J. Neurocognitive Deficits And Functional Outcome İn Schizophrenia: Are We Measuring The "Right Stuff"? Schizophrenia Bulletin 2000; 26(1): 119-136.

40- Aker T, Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Uğuz Ş, Tamar D, ve ark. Birinci Basamak Hekimlerinin Şizofreniye Bakış Açısı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3(1): 5-13.

41- Kılıçaslan E, Mete L. Şizofrenide görülen bilişsel bozuklukların rehabilitasyonu. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi 2005; 13(2): 97-102.

42- Arslantaş H, Sevinçok L, Uygur B, Balcı V, Adana F. Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Yapılan Psikoeğitimin Hastalardaki Klinik gidişe Ve Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumu Düzeylerine Olan Etkisi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2009; 10(2): 3-10.

43- Öztürk O. Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları. 10. baskı. Ankara: Nobel Tıp Evi; 2004. 217-280.

44- Sadock BJ, Sadock VA. Concise Textbook of Clinical Psychiatry. 2. baskı. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. 134-154.

45- Akpınar Ş. Şizofrenik Hastalara Uygulanan Sorun Çözme Becerilerini Geliştirme Programının Yaşam Kalitesi Ve Sosyal İşlevsellik Düzeylerine Etkisi. Yüksek Lisans. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi; 2008.

46- Falloon IRH. Problem solving as a core strategy in the prevention of schizophrenia and other mental disorders Australian and New Zealand. Journal of Psychiatry 2000; 34: 185-190.

47- Dülgerler Ş. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerine Verilen Psikoeğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi; 2004.

48- Kamışlı S, Dastan L. Bir Psikiyatri Kliniğinde Hemşirelik Uygulamaları Ve Bu Uygulamalara Yönelik Hasta görüşleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 12(1): 45-52.

49- Oflaz F, Sekmen K, Demiralp M. Psikiyatri Hemşireliği Ders Notları. 1. baskı. Ankara: GATA;1998.

50- Erol A. Ruhsal Ve Toplumsal Beceri Eğitimi Programı Uygulaması Gündüz Hastanesi 2004-2005. Psikiyatrik Rehabilitasyon Bülteni 2005; 1(1): 3-4.

51- Aştı N, Bostancı N, Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliği Dersi Terapötik Ortam Elemanları (internette). Elektronik adres: www.phdernegi.org

52- Oflaz F. Psikiyatri Kliniğinde Tedavi Edici Ortam Kavramı Ve Hemşirenin Sorumlulukları. Anatolian Journal Of Psychiatry 2006; 7:55-61.

53- Gürhan N. Şizofren hastaların sosyal destek, hastalık ve stresle baş etmelerinin değerlendirilmesi. Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 1995.

54- Tabak RS. Türkiye’de Ambulatuvar Bakım Veren Sağlık Personelinin İleri Eğitim Gereksinimi Değerlendirme Raporu. Ankara: Ambulatuvar Psikiyatrik Bakım Hizmeti Sunanların İleri Eğitimi Projesi; 2008.

55- Ergün G. Psikiyatri Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Sizofren Tanısı Almış Bireylere Bakış Açıları. Yüksek Lisans. Antalya: Akdeniz Üniversitesi; 2004.

56- Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses schizophrenia research 2000; 42(3): 241-247.

57- Tel H, Terakye G. Şizofrenik Hasta Ailelerine Yönelik Bir Psikoeğitimsel Yaklaşım Uygulaması Denemesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000; 1(3): 133-142.

58- Temel E, Bahar A, Çuhadar D. Öğrenci Hemşirelerin Stresle Başetme Tarzları Ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007; 2(5):

59- Barlas ÜG, Işıl Ö. Kronik Şizofren Hastalarda Psikososyal Beceri Eğitiminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi, Özel Sayısı Sempozyum 2010; 312-317.

60- Angell B, Test MA. The relationship of clinical factors and enviromental opportunities to social functioning in young adults with schizophrenia. Schizophrenia Bull 2002; 28 (2): 259-71.

61- Yıldız M, Kutlu H, Tural Ü. Şizofrenide Bilişsel İşlevler Nüfus ve Klinik özelliklerden Etkilenir mi?. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2011; 21(2): 131-139.

62- Henry AD, Lucca A, M, Banks S, Simon L, Page S. Inpatient hospitalizations and emergency service visits among participants in an Individual Placement and Support (IPS) model program. Ment. Health Serv. Res. 2004; 6: 227-237.

63- Compton TC, Rudish EB, Craw J, Thompson T, Owens DA. Predictors of missed first appointments at community mental health centers after psychiatric hospitalization. *Psychiatry Service* 2006; 57: 531-537.

64- Chan H, Inoue S, Shimodera S, Fujita H, Fukuzawa K, Kii M, et al. Residential program for long-term hospitalized persons with mental illness in Japan: Randomized controlled trial. *Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 61: 515-521.

65- Sevinçok L. Şizofreni Etiyolojisiinde Psikososyal Nedenler. *Şizofreni Dizisi* 2000; 15: 5-10.

66- Yazıcı A. Şizofreni Hastalarında Ve Ailelerinde Ruhsal Eğitim Grup Tedavisi. *Bahar Sempozyumları* 4: 2008; 3-20.

67- Salokangas, R. K, R., Honkonen T, Stengård E, Koivisto A, M, “To Be Or Not To Be Married – That Is The Question Of Quality Of Life In Men With Schizophrenia”, *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology* 2001; 36: 381- 390.

68- Cardoso CS, Caiaffa WT, Bandeira M, Siqueira AL, Abreu MN, Fonseca JO. “Factors Associated With Low Quality Of Life In Schizophrenia” *Cad. Saude Publica. Rio De Janeiro* 2005; 21(5): 1338–1340.

69- Usall J, Araya S, Ochoa S. Gender Differences In A Sample Of Schizophrenic Outpatients. *Compr Psychiatry* 2001; 42 (4): 301-5.

70- Thorup A, Petersen L, Jeppesen P. Gender differences in young adults with first-episode schizophrenia spectrum disorders at baseline in the Danish OPUS study. *J Nerv Ment Dis* 2007; 195 (5): 396-405.

71- Erol A, Ünal Keleş E, Tunç Aydın E, Mete L. Şizofrenide Sosyal İşlevselliği Yordayan Etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi 2009; 20(4): 313-321.

72- Rittmannsberger H, Pachinger T, Keppelmüller P, Wancata J. Medication Adherence Among Psychotic Patients Before Admission to Inpatient Treatment. Psychiatric Services 2004; 55:174–179.

73- Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Beckband SC, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. Journal of Clinical Psychiatry 2002; 63(10): 892-909.

74- Belli H, Özçetin A, Ertem Ü, Alpay E, Bahçebaşı T. Kıran KÜ, ve ark. Şizofreni Hastalarında Bazı Sosyodemografik Özellikler Ve Tedavi İle İlişkili Etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8: 102-112

75- Simon A.E, Peter M, Hess L, Valterio C. Antipsychotic use in patients with schizophrenia treated in private psychiatry. Swiss Med Weekly 2005; 135: 109-105

76- Kayahan B, Veznedaroğlu B, Öztürk Ö, Ersoy AM. Atipik Antipsikotik İlaçların Şizofreni Hastalarında Kısa Kognitif Muayene (Kkm) Üzerine Etkisi: Tipik Antipsikotiklerle Karşılaştırmalı - Doğal İzlem Çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2004; 5: 206-212.

77- Ascher-Svanum H, Zhu B, Faries ED, Lacro PJ, Dolder RC, Peng X. Adherence and persistence to typical and atypical antipsychotics in the naturalistic treatment of patients with schizophrenia. Patient Prefer Adherence 2008; 2: 67–77.

78- Diaz E, Neuse E, Sullivan MC, Pearsall HR, Woods SW. Adherence to conventional and atypical antipsychotics after hospital discharge. The Journal of Clinical Psychiatry 2004; 65: 354-360.

79- Soykan A. Atipik Antipsikotiklere Genel Bakış Klinik Psikiyatri 2000;Ek 1:13-15.

80- Özcan EM, Gürgen F, Türkeş C. Şizofrenili Hastalarda Başa çıkma Davranışlar. Düşünen Adam 1999; 12(3): 35-40.

81- Bahar A. Psikiyatri Hastalarında Tıp Dışı Yardım Arama Davranışının Değerlendirilmesi. Yeni Symposium 2010; 48(3):216-222.

82- Güleç G, Yenilmez Ç, Ay F. Bir Anadolu Şehrinde Psikiyatri Kliniğine Başvuran Hastaların Hastalık Açıklama ve Çare Arama Davranışları. Klinik Psikiyatri 2011; 14:131-142.

83- Tatlıdil E. Şizofreni Tanılı Hastalarda Semptomatolojinin Sosyal İşlevsellik Üzerine Etkisi. Psikiyatri Uzmanlık. Ankara: Ankara Üniversitesi; 2008.

84- Glass RM. Mental disorders quality of life: inequality of insurance coverage. JAMA 1995; 274: 1557.

85- Aker T, Üstünsoy S, Kuğu N, Yazıcı A. Psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum ve ilaç tedavisine uyumsuzluğu değerlendirme ölçeği. Antalya: 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı; 2000

86- Saylan M, Alptekin K, Akdemir A, Tetik E, Korb FA. The intercontinental schizophrenia outpatient health outcomes (IC-SOHO)

study: baseline clinical and functional characteristics and antipsychotic use patterns in Turkey. Bull Clinical Psychopharmacol 2004; 14:132-142.

87- Anlar L, Doğan S, Doğan O. Sivas'ta Bir Psikiyatri Kliniğinden Taburcu Olan Hastaların Ruhsal Durumları, İşlevsellik Düzeyleri Ve İlgili Etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2009; 10:293-300

88- Hofer A, Kemler G, Eder U, Edlinger M, Hummer M, Fleischhacker WW. Quality of life in schizophrenia: The impact of psychopathology, attitude toward medication, and side effects. Journal of Clinical Psychiatry 2004; 65: 932-939.

89- Kemp R, Kirov G, Everitt B, Hayward P, David A. Randomized controlled trial of compliance therapy. Br J Psychiatry 1998; 172:413-419.

90- Brazo P, Dollfus S, Petit M. Anti-hallucinatory coping strategies in schizophrenia. Ann Med Psychol 1995; 7: 456-59.

10. EKLER

EK.1. Kişisel Bilgi Formu

ANKET FORMU

Bu araştırma Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsüne bağlı, bir yüksek lisans tezi çalışması olarak yürütülmektedir. Amaç; sizlerin tedavinize olan uyumunuzu bilimsel olarak saptamaktır. Veri toplama formunda kimlik bilgileriniz yer almamaktadır. Elde edilen bilgiler amacı dışında kesinlikle kullanılmayacaktır. İçtenlikli katılımınız için teşekkür ederim.

Neşe UĞURLU

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Tarih:

No:

1-Adınız ve Soyadınız:

2-Yaşınız:

3-Cinsiyetiniz:

Kadın () Erkek ()

4-Medeni durumunuz:

Evli () Bekâr () Boşanmış () Dul ()

5-Eğitim durumunuz:

Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul () Ortaokul () Lise ()

Üniversite () Diğer ()

6-Mesleğiniz:

- Çalışmıyor ()
- Devlet memuru ()
- Emekli ()
- Esnaf/tüccar ()
- İşçi ()
- Ev hanımı ()
- Gönüllü bir işte çalışıyor ()
- Okuyor ()
- Diğer ()

7-Çalışıyorsanız:

Tam zamanlı () Yarı zamanlı ()

8-Okuyorsanız :

- Lise ()
- Üniversite birinci öğretim ()
- Üniversite ikinci öğretim ()
- Açık öğretim ()
- Açık lise ()

9-Kiminle yaşıyorsunuz?

- Yalnız ()
- Çekirdek aile (anne, baba, çocuklar) ile ()
- Geniş aile (anne, baba, çocuklar, yakın akrabalar) ile ()
- Akrabalarının yanında ()
- Kurum ve kuruluşlarda (huzur evi, bakım evi vb.) ()

10-Aile bireyleri ve durumları:

11-Yaşadığınız yer:

İl () İlçe () Kasaba () Köy ()

12-Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok iyi () İyi () Orta () Kötü ()

13-Sosyal güvenceniz

E. Sandığı () SSK () Özel Sağlık Sigortası () Yeşil kart ()

14-Hastalığınız kaç yıl önce başladı?

0-12 ay () 1-4 yıl () 5-9 yıl () 10 ve üstü ()

15-Kaç yıldır tedavi görüyorsunuz?

0-12 ay () 1-4 yıl () 5-9 yıl () 10 ve üstü ()

16-Kaç kez hastaneye yatırılarak tedavi gördünüz?

1 kez () 2 kez () 3 kez () 4 kez () 5 üstü ()

17-Tedavinize ilk nerde ve nasıl başladı?

18-Hastane tedavisinden önce başka tedavi uyguladınız mı?

Hayır ()

Hocaya gitme ()

Muskacı-Üfürükçüye gitme ()

Kurşun döktürme ()

Yatırlara gitme ()

Geleneksel ilaçları kullanma ()

Diğer (açıklayınız) ()

19-Şuan ilaçların yanı sıra kullandığınız başka tedavi var mı? (Varsa ne veya neler?

Var ☐

Yok ☐

20- İlk başlanan tedavi şekli nelerdir?

İlaç ☐ EKT (şok tedavisi) ☐

İlaç-EKT ☐ İlaç-EKT-Terapi ☐

21-Şu anda aldığınız tedaviler nelerdir?

İlaç ☐ EKT (şok tedavisi) ☐

İlaç-EKT ☐ İlaç-EKT-Terapi ☐

22-Tedavinizde kullanılan ilk ilaçlar nelerdir?

23-Şu anda kullandığınız ilaçlar nelerdir?

24-Hastalığınızla ilgili ne kadar bilgiye sahipsiniz?

Yeterince var ☐ Orta düzeyde bilgim var ☐ Hiç bilgim yok ☐

25-İlaçlarınızla ilgili yaşadığınız herhangi bir yan etki var mı? (Cevabınız evet ise nelerdir?)

Evet ☐

Hayır ☐

26- Bu yan etkiler tedaviyi sürdürmeniz konusunda sizi nasıl etkiliyor?

27-Gördüğünüz tedaviden ne kadar yararlandığınızı düşünüyorsunuz?

Yeterince ☐ Kısmen ☐ Yarar görmüyorum ☐

28-Tedaviyi düzensiz uygulamada ailenizle ilgili bir neden düşünüyor musunuz?

Evet ☐ Hayır ☐

EK.2.Şizofrenide İşlevsel İyileşme Ölçeği (ŞİLÖ/ FROGS)

İsim:..... Tarih:.....

Görüşmeci:.....

	Yok (1)	Kısmen var (2)	Yeterince var (3)	Neredeyse tamamen var (4)	Mükemmel derecede var (5)
1. Kişisel görünüm ve bakım					
2.Kişisel aktiviteler					
3. Ev işi etkinlikleri					
4. Strese ve beklenmeyen sorunlara uyum sağlama					
5. İletişim ve bilgi					
6.Beslenme					
7. Hayat için gerekli olan sosyal çevre					
8. Biyolojik ritimlere uyum					
9. Hastalığın ve tedavinin idaresi					
10. İdari ve finansal yönetim					
11. Sosyal ilişkilerde kendini ortaya koyabilme					
12. Sosyal hayata ve/veya bir derneğe katılım					
13. Çalışma					
14. Aile ve arkadaşlar					
15. Duygusal ve cinsel ilişkiler					
16. Sağlık idaresi					
17.Agresif, saldırgan veya antisosyal davranışın kontrolü					
18. Empati ve başkalarına yardım					
19. Tedavinin yan etkilerini idare etme					

EK.3. Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (MARS)

Lütfen aşağıdaki soruları geçen hafta içindeki ilaç kullanım davranışınızı en iyi tanımlayacak şekilde cevaplandırınız.

1- Hiç ilaçlarınızı almayı unuttunuz mu?

Evet / Hayır

2- İlaçlarınızı zamanında almak konusunda dikkatsiz misiniz?

Evet / Hayır

3- Kendinizi iyi hissettiğinizde bazen ilaç almayı bıraktığınız oluyor mu? Evet / Hayır

4- Kendinizi daha kötü hissettiğinizde bazen ilaç almayı bıraktığınız oluyor mu? Evet / Hayır

5- İlaçları sadece hasta olduğumda alıyorum. Evet / Hayır

6- Vücudum ve aklımın ilaç kullanımı ile kontrol edilmesi doğal değil. Evet / Hayır

7- İlaçlarımı aldığımda düşüncelerim daha net oluyor. Evet / Hayır

8- İlaç kullanmaya devam ederek hastalanmaktan korunabilirim. Evet / Hayır

9- İlaçları aldığımda kendimi yaşayan bir ölü gibi garip hissediyorum. Evet / Hayır

10- İlaç almak beni yorgun ve tembel yapıyor. Evet / Hayır

EK IV

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini (X) koyarak işaretleyin.

Bir sıkıntı olduğunda

	Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Uygun	Tamamen Uygun
1. Kimsenin bilmesini istemem.				
2. İyimser olmaya çalışırım.				
3. Bir muzice olmasını beklerim.				
4. Olayı/ olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım.				
5. Başa gelen çekilir diye düşünürüm.				
6. Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.				
7. Kendini kapana sıkışmış gibi hissedirim.				
8. Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.				
9. İçinde bulunduğum kötü durumu, kimsenin bilmesini istemem.				
10. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum.				
11. Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.				
12. Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.				
13. İş olacağına varır diye düşünürüm.				
14. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.				

	Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Uygun	Tamamen Uygun
15. Problemin çözümü için adak adarım.				
16. Herşeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.				
17. Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.				
18. Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.				
19. Herşeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.				
20. Problemi / problemleri adım adım çözmeye çalışırım.				
21. Mücadeleden vazgeçerim.				
22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.				
23. Hakkımı savunabileceğimi düşünürüm.				
24. Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim.				
25. “Keşke daha güçlü bir insan olsaydım” diye düşünürüm.				
26. Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissediyorum.				
27. “Benim suçum ne?” diye düşünürüm.				
28. “Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm.				
29. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.				
30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				

EK.5. Etik Kurul İzni

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ANKARA

21 Şubat 2011

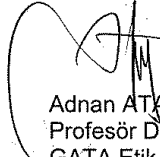
Y. ETİK KRL. : 1491 - 1243 - 11/1539

KONU : GATA Etik Kurulu

Svl. Me. Hem. Neşe UĞURLU

“Şizofreni Tanılı Hastalarda Bir İşde Çalışmanın ve Derneğe Üye Olmanın İşlevsel İyileşme, Tedaviye Uyum ve Stresli Durumlarla Baş Etme Üzerine Etkisi” başlıklı, tek merkezli, tutum belirleme çalışması olan araştırma projeniz ile ilgili, GATA Etik Kurulu'nun kararı EK'tedir.

Rica ederim.


Adnan ATAÇ
Profesör Doktor Eczacı Albay
GATA Etik Kurulu Başkanı

EK :
1 Adet Etik Kurul Raporu

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

OTURUM NO : 167
OTURUM TARİHİ : 08 Şubat 2010
OTURUM BAŞKANI : Prof. Tbp. Kd. Alb. Ali Uğur URAL
OTURUM SEKRETERİ : Doç. Dr. Ecz. Kd. Alb. Adnan ATAÇ

GATA Etik Kurulu'nun 08 Şubat 2010 günü yapılan 167. oturumunda, GATA Dahiliye Ara Bakım Servisinden Svl. Me. Hem. Neşe UĞURLU'nun sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Şizofreni Tanılı Hastalarda Bir İşde Çalışmanın ve Derneğe Üye Olmanın İşlevsel İyileşme, Tedaviye Uyum ve Stresli Durumlarla Baş Etme Üzerine Etkisi" başlıklı, tek merkezli, tutum belirleme çalışması olan araştırma dosyası değerlendirildi.

Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

BAŞKAN
Adnan ATAÇ
Prof.Dr.Ecz.Alb.

ÜYE
Orhan KOZAK
Prof.Hv.Tbp.Alb.

ÜYE
Ali Uğur URAL
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE
Cem TAYFUN
Prof.Dz.Tbp.Alb.

ÜYE
Y. Meriç TUNCA
Prof.Dış.Tbp.Alb.

ÜYE
Ali ALBAY
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE
F. Mehmet MUTLU
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE
Serkan GÜRAN
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE
Fuat TOSUN
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE
Mahir GÜLEÇ
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE
Mukerrem SAFALI
Doç.Tbp.Alb.

ÜYE
Fatih ÖZDAĞ
Doç.Dz.Tbp.Alb.

ÜYE
Aygül AKYÜZ
Doç.Dr.Sağ.Alb.

EK.6.

Kuruluşların

İzin

belgesi



T.C.

GAZİ ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

SAYI : B.30.2.GÜN.0.42.00.00/2663

ANKARA

KONU : Tez İzni Hk.

04.11.2010

**ANKARA ŞİZOFRENİ HASTALARI VE YAKINLARI
DAYANIŞMA DERNEĞİ BAŞKANLIĞINA**

Enstitümüz Hemşirelik Programı Yüksek Lisans öğrencisi Neşe UĞURLU'nun Yrd. Doç. Dr. Nermin GÜRHAN danışmanlığında yürütmekte olduğu "Şizofreni Tanılı Hastalarda Bir İşte Çalışmanın ve Derneğe Üye Olmanın İşlevsel İyileşme, Tedaviye Uyum ve Stresli Durumlarla Baş Etme Üzerine Etkisi" konulu tez çalışması ile ilgili olarak yapacağı tez çalışması ve anket için gerekli iznin verilmesi bilgilerinize saygı ile arz olunur.

Prof. Dr. Derviş YILMAZ
ENSTİTÜ MÜDÜR V.

EK: Anket Formu



T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : B.30.2.ANK.0.20.70.01/044/7922
Konu : Neşe UĞURLU Hk.

25969 27.12.2010

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

ÖÇ

İlgi: 01.12.2010 tarih ve B.30.2.GÜN.0.42.00.00/2845 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Programı Yüksek Lisans öğrencisi Neşe UĞURLU'nun Yrd.Doç.Dr.Nermin GÜRHAN danışmanlığında yürütmekte olduğu "Şizofreni Tanılı Hastalarda Bir İşte Çalışmanın ve Derneğe Üye Olmanın İşlevsel İyileşme, Tedaviye Uyum ve Stresli Durumlarla Baş Etme Üzerine Etkisi" konulu tez çalışmasını Fakültemiz Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygı ile rica ederim.

Prof.Dr. T. Murat ÖZSAN
Dekan a.
Dekan Yardımcısı



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

SAYI : B.30.2.GÜN.0.42.00.00/2645
KONU : Tez İzni Hk.

ANKARA
04.11.2010

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA ve UYGULAMA MERKEZİ
BAŞHEKİMLİĞİNE

Enstitümüz Hemşirelik Programı Yüksek Lisans öğrencisi Neşe UĞURLU'nun Yrd. Doç. Dr. Nermin GÜRHAN danışmanlığında yürütmekte olduğu "Şizofreni Tanılı Hastalarda Bir İşte Çalışmanın ve Derneğe Üye Olmanın İşlevsel İyileşme, Tedaviye Uyum ve Stresli Durumlarla Baş Etme Üzerine Etkisi" konulu tez çalışması ile ilgili olarak Psikiyatri Kliniklerinde yapacağı tez çalışması ve anket için gerekli iznin verilmesi bilgilerinize saygı ile arz olunur.

Prof. Dr. Derviş YILMAZ
ENSTİTÜ MÜDÜR V.

EK: Anket Formu

Adres : Bandırma Sok: No: 6 Etiler/ANKARA
Tel : 0-312-2226208
Faks : 0-312-2124985

E-Mail: saglikb @ gazi.edu.tr
Web: www.Saglikb.gazi.edu.tr

11. ÖZGEÇMİŞ

Neşe Uğurlu, 1986 yılında Yozgat'da doğdu. Uşak Orhan Dengiz Anadolu Lisesinden 2004 yılında mezun oldu. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulundan 2008 yılında mezun oldu. GATA kardiyoloji yoğun bakım servisinde 6 ay, göğüs cerrahisi servisinde de 6 ay servis hemşiresi olarak çalıştı. GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi'nde kardiyoloji yoğun bakım kliniğinde 2 ay ve GATA'da dahiliye ara yoğun bakım kliniğinde 2 yıl servis hemşiresi olarak çalıştı. Halen GATA'da psikiyatri kliniğinde psikiyatri eğitim hemşiresi olarak çalışmaktadır. 2009 sonbahar döneminde Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Başkanlığı'nda Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine, 2011 ocak ayında da psikodrama eğitimine başladı.

12. TEŞEKKÜR

Öncelikle tez çalışmam sırasında desteklerini esirgemeyen değerli tez danışman hocam, Sayın Yrd.Doç.Dr. Nermin GÜRHAN'a teşekkürlerimi sunarım.

Başta Dernek Başkanı DR Haldun SOYGÜR olmak üzere tüm Mavi At çalışanlarına ve araştırmamın uygulaması esnasında desteklerinden dolayı sağlık çalışanlarına teşekkür ederim.

Uygulamam esnasında hiçbir zaman yardım ve desteklerini esirgemeyen arkadaşlarıma ve araştırmamın istatistiksel analizinde yardımını esirgemeyen Arş. Gör. Azize ATLI'ya, Doç. Dr. Cengiz Han AÇIKEL'e ve Dr. Serdar ULUS'a teşekkür ederim.

Destek ve sabırlarıyla her zaman yanımda bulunan, beni yalnız bırakmayan ve bugünlere gelmemde çok büyük özverilerini, emeklerini ve sevgilerini esirgemeyen başta Demet ERSOY'a, anneme, babama ve kardeşlerime teşekkür ederim.

Neşe UĞURLU