



ARAŞTIRMA / RESEARCH

Şizofreni tanılı hastalarda yaşanan sorunlar, işitsel varsanılar ve algılanan sosyal destek

Experienced problems, auditory hallucinations and perceived social support in patients with schizophrenia

Feride Ercan¹ , Satı Demir¹ 

¹Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Turkey

Cukurova Medical Journal 2019;44(1):7-17

Abstract

Purpose: The purpose of this study is to determine the experienced problems, auditory hallucinations, and perceived social support in patients with schizophrenia followed up in Community Mental Health Center (CMHC) and outpatient clinics.

Materials and Methods: This comparative-descriptive study was carried out between January-June 2017 in an adult psychiatry outpatient clinic of a university hospital and two CMHCs. The sample consisted of 66 patients, followed up in CMHC (n=33) and outpatient clinic (n=33). The data of the study were collected using Patient Information Form and Multidimensional Scale of Perceived Social Support.

Results: The average age, gender, educational status, marital status of the patients in CMHC and outpatient clinic group, the people living with them, and the presence of another individual with a mental disorder in the family were similarities in terms of the characteristics of the disorder and treatment. Most of the patients explained the cause of the disease as “I don’t know/I don’t remember/black magic/destiny given by God”. Most of the patients in the outpatient clinic group (78.6%) and patients slightly more than half of CMHC group (51.5%) explained the cause of the hallucinations as “I don’t know/gins/black magic/surrounding evils”. The difference between these rates were found to be statistically significant.

Conclusion: Patients followed up in CMHC and patients followed up in the outpatient clinic exhibited similarity in terms of problems experienced due to the disease and coping characteristics.

Keywords: Schizophrenia, auditory hallucination, coping characteristics, social support

Öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) ve poliklinikte takip edilen şizofreni tanılı hastalarda yaşanan sorunlar, işitsel varsanılar ve sosyal destek algısının belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Karşılaştırmalı-tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, iki TRSM ve bir üniversite hastanesi yetişkin psikiyatri polikliniğinde Ocak-Haziran 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür. TRSM’de (n=33) ve poliklinikte (n=33) takip edilen toplam 66 hasta örneklemini oluşturmuştur. Araştırmanın verileri Hasta Bilgi Formu ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile toplanmıştır.

Bulgular: TRSM ve poliklinik grubundaki hastalar yaş ortalaması, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, evde birlikte yaşanan kişiler, ailede ruhsal hastalığı olan başka bir bireyin bulunması, hastalık ve tedavi ile ilgili özellikler açısından benzerdir. Hastaların çoğu hastalığın nedenini “bilmiyorum / hatırlamıyorum/ büyüler/ Allah tarafından oldu” şeklinde açıklamıştır. Poliklinik grubundaki hastaların çoğu (%78.6), TRSM grubundaki hastaların ise yarıdan biraz fazlası (%51.5) işitsel varsanıların nedenini “bilmiyorum / cinler/ büyüler/ çevredeki kötülükler” şeklinde açıklamıştır. Bu oranlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Sonuç: TRSM’de takip edilen hastalar ile poliklinikten takip edilen hastalar, hastalığa bağlı yaşanan sorunlar ve baş etme özellikleri yönünden benzerlik göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Şizofreni, işitsel varsanı, baş etme özellikleri, sosyal destek

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Hem. Feride Ercan, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Turkey, E-mail: feride--ercan@hotmail.com

Geliş tarihi/Received: 21.06.2018 Kabul tarihi/Accepted: 19.09.2018 Çevrimiçi yayın/Published online: 12.10.2018

GİRİŞ

Şizofreni, gençlik yıllarında başlayan, gidiş ve sonlanışı bireyler arası farklılık gösterebilen, büyük ölçüde yeti yıkımına sebep olan, pozitif (varsanılar, yanılsamalar, düşünce ve hareket bozuklukları) ve negatif (duygusal tepki vermeme, heyecan duymama, anhedoni, sosyal etkileşim kurmama, planlı aktiviteleri sürdürmede zorlanma) belirtiler gösteren bir ruhsal bozukluktur^{1,2}. Şizofreninin ilerleyen dönemlerinde nörobilişsel düzeyde (dikkat ve konsantrasyon), bellekte, yönetici işlevlerde ve sosyal biliş alanlarında farklı düzeylerde yıkım meydana gelebilmektedir^{2,3}.

Şizofreni hastalığının ortaya çıkışı değişik şekillerde olabilir. Bazı hastalarda aniden ortaya çıkabileceği gibi çoğu hastada ise yavaş yavaş gelişebilir. Şizofreni tanılı hastalar için normalde çevrede olmayan sesler, hayaller, kokularla dış dünya karışık ve anlaşılmaz olabilmektedir¹. Şizofrenide görülen varsanılar işitsel, görsel, dokunma, koku ve tat nadir de olsa somatik tip olarak bildirilmektedir⁴.

İşitsel varsanılar, şizofreninin temel psikotik semptomudur ve hastaların yaklaşık olarak %60 ile %80'inde görülmektedir⁵⁻⁸. İşitsel varsanılar genellikle sözlü sesler şeklindedir. Bununla birlikte tıklama, mekanik sesler, mırıldanma, müzik gibi sözsüz işitsel varsanılar da olabilir⁹. Yirminci yüzyılın ortalarında şizofreninin temel tanı kriteri olarak işitsel varsanılar kabul edilmekteyken, yirminci yüzyılın sonlarına doğru ise işitsel varsanıların yalnızca bir tanı kriteri olmadığı aynı zamanda sosyal açıdan ve insan hakları konusu olarak ele alınması gerektiği görüşü kabul görmüştür⁵. İşitsel varsanılar, bireyde ciddi sıkıntı ve işlevsel rahatsızlıklara neden olabilmektedir¹⁰. Şizofreni tanılı hastalar işitsel varsanılar nedeniyle günlük yaşam aktiviteleri, öz bakım, yaşamını bağımsız devam ettirme, kişiler arası ilişkiler^{11,12} ve uyku ile ilgili sorunlar yaşayabilmektedir¹³.

Şizofrenide işitsel varsanılar ve hastalığın getirdiği diğer sorunlarla baş etmede sosyal destek önemli bir rol oynamaktadır. Şizofreni tanılı hastalar tarafından çevre ve toplum üyelerinin desteği¹⁴⁻¹⁶ ve semptom yönetimi ve sosyal ilişkileri geliştirmeyi hedefleyen psikoeğitim programları iyileşme üzerinde etkili olarak değerlendirilmiştir¹⁷. Yapılan çalışmalarda hastaların algıladığı sosyal destek düzeyinin yüksek olmasının, tedavi uyumunu^{18,19}, benlik saygısını ve yaşam kalitesini arttırdığı^{20,21} yalnızlık duygusunu ise

azalttığı²² saptanmıştır. Aile ve arkadaşlarla destekleyici ilişkilerin şizofreni ile baş etmede yardımcı olduğu belirtilmiştir²³. Ayrıca sosyal destek yetersizliği şizofreni tanılı hastalarda uzun süreli ve tekrarlı yatışlara²⁴ ve bireyin duygusal zorlanma yaşamasına sebep olabilmektedir²⁵. Hasta tarafından deneyimlenen işitsel varsanılar, hem hasta hem de çevresindekiler için bilinmezliğin getirdiği etki ile korkutucu ve rahatsız edici olabilmektedir²⁵. Aile üyeleri ve yakın çevredeki diğer kişiler, olmayan sesleri duyan bireyi kabullenmekte zorlanabilmektedir. Oysa hastanın sosyal destek algısı tedaviye uyumda önemli bir faktördür²⁶. Yeterli sosyal destek, tedavi ve rehabilitasyonu olumlu yönde etkileyerek hastalık sürecine uyumu destekleyebilmekte ve sosyal izolasyonu azaltabilmektedir¹⁸.

Şizofreni tanılı hastalarda görülen pozitif ve negatif belirtiler, bu hasta grubunun kendi tedavilerine etkin biçimde katılma konusunda yetersiz olduğu varsayımına yol açabilmektedir Ancak şizofreni tanılı hastaların davranışlarının çoğu amaca yöneliktir ve etkin iradeleri mevcuttur²⁷. Bu nedenle hastayı, tedavisi için etkin bir katılımcı olarak görmek ve tedavi planına dahil etmek psikiyatrik iyileştirimin en temel hedeflerindedir^{26,27}. Bu noktada TRSM'ler, şizofreni gibi ağır ruh sağlığı sorunu olan bireylerin toplumdaki kopmadan rehabilitasyonunu hedeflemektedir. Klinikte yatarak tedavi gören ve akut dönemi yatıştırdıktan şizofreni tanılı hastaların takibinin yapılması ve yıllık halinin desteklenmesinde TRSM'ler oldukça önemlidir. TRSM'lerde yürütülen iyileştirim, uyumlandırma programlarının ve ruhsal toplumsal beceri eğitiminin şizofreni tanılı hastalarda psikososyal becerileri, mesleki işlevselliği ve yaşam kalitesini artırma, hastalığa yönelik içgörü kazandırma, yeti yitimini azaltma açısından etkili sonuçlarının olduğu söylenebilir²⁷⁻²⁹.

Şizofreni tanılı hastalar, hastalığa bağlı yaşanan sorunların en aza indirilmesi, işitsel varsanılar ile etkili baş edebilme ve sosyal destek alma yönünde güçlü kıldıklarında toplum içinde daha kaliteli bir yaşam sürebileceklerdir³⁰. Günümüzde şizofreni hastalarının sağaltımında ruhsal toplumsal yaklaşımlara önem verilmesi gerekliliği ön plana çıkmaktadır. Çünkü şizofreni, hastaların ve onlara bakım verenlerin yaşamları üzerinde güçlü bir etkiye sahip olan kronik bir ruhsal bozukluktur³¹. Bu nedenle çalışmamızda TRSM ve poliklinikte takip edilen şizofreni tanılı hastaların, hastalığa bağlı yaşanan sorunlar, işitsel varsanılar ve algılanan sosyal

destek yönünden karşılaştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) ve Psikiyatri polikliniği'nde takip edilen şizofreni tanılı hastalarda işitsel varsanılarının özellikleri, varsanılarla baş etme yolları ve sosyal destek algısının belirlenmesi amacı ile yapılan karşılaştırmalı-tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Araştırmanın temel amaçları TRSM ve poliklinikte takip edilen şizofreni tanılı hastaların sosyodemografik özelliklerini, hastalık nedenine ilişkin görüşlerini, işitsel varsanılarının özelliklerini, işitsel varsanılar ile baş etme özelliklerini ve algılanan sosyal destek düzeylerini belirlemektir.

Araştırmaya başlamadan önce Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan etik onay (Karar No: 77082166-604.01.02) alınmıştır. Daha sonra araştırmanın yürütüldüğü Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Hastanesinden; T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Kamu Hastaneler Birliği aracılığıyla TRSM'lerin bağlı bulunduğu Eğitim ve Araştırma Hastanelerinden yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan hastalardan da yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Araştırmanın evren ve örnekleme

Karşılaştırmalı tanımlayıcı tipte olan bu araştırmanın altı TRSM'de ve bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğinde yapılması planlanmıştır. Ancak TRSM'lerin bağlı bulunduğu hastanelerin dördünden çalışmanın uygulanması için gerekli izin alınamamıştır. Bu nedenle araştırma iki TRSM ve bir üniversite hastanesinde bulunan yetiştiren psikiyatri polikliniği'nde yürütülmüştür. Araştırmanın yürütüldüğü TRSM'ler ve psikiyatri polikliniğinde takip edilen hastalar araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Araştırmanın planlama aşamasında literatürde benzer bir araştırmaya rastlanmadığından örneklem belirlemede çalışmanın yürütüleceği TRSM'lerde takip edilen ve çalışmanın dahil etme kriterlerini karşılayan hasta sayısı temel alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı dönemde TRSM'lerden birincisinde (TRSM-1) kayıtlı olan toplam hasta sayısı 340; ikincisinde (TRSM-2) ise 80 olarak belirlenmiştir. TRSM-1'de kayıtlı olan hastalardan yalnızca 22'si, TRSM-2'de kayıtlı olan hastalardan ise yalnızca 11'i çalışmanın dahil etme kriterlerini karşılamış ve çalışmaya katılımda gönüllü olmuştur. Böylece her iki TRSM'den toplamda 33 hasta çalışmaya katılmıştır. Poliklinikte izlenen hastalarla

karşılaştırma yapılacağı için bu gruptan da aynı sayıda (n=33) hasta çalışmaya alınmıştır. Böylece TRSM (n=33) ve poliklinikte (n=33) takip edilen toplam 66 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Örnekleme dahil edilen hastaların belirlenmesinde ve bilgilendirilmiş onam alınmasında ilgili kurumlarda hastaları takip eden doktor ve hemşireden destek alınmıştır. Çalışmanın sonunda G*Power 3.1 programı kullanılarak yapılan güç analizi sonucunda 0.05 anlamlılık düzeyinde %95 güven aralığında %80 güç ve %5 hata payı ile ulaşılan örneklem sayısı (n=66) yeterli bulunmuştur.

Çalışmanın *dahil etme kriterleri*; şizofreni tanısı alma, şikayetleri en az 6 ay önce başlamış olma, en az bir kez yatarak tedavi görmüş olma, işitsel varsanıları bulunma, oral ya da enjektabl antipsikotik ilaç kullanma, 18 yaş ve üstü olma, takip edildiği kuruma (TRSM ya da hastane polikliniği) düzenli gelme (TRSM'de takip edilen hastalar için haftada en az 3 gün gelme; yürütülen iş-ugraşı terapisi, danışmanlık ve psikoeğitim etkinliklerine katılma) *dışlama kriterleri*; okuma-yazma bilmeme, madde bağımlılığı, organik bozukluk veya çalışmaya katılımı engelleyebilecek ölçüde bilişsel yıkım ve dezorganizasyon davranışları olma şeklindedir.

Araştırmanın yapıldığı yer ve özellikleri

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM)

Araştırmanın yürütüldüğü TRSM'lerin fizik yapısı içinde, giriş ve karşılama alanı (hastaların karşılanması, kayıt tutulması), grup terapi alanı, genel toplantı ve eğitim salonu, uğraş terapi odaları, uğraşı için bahçe alanı, kilitli malzeme dolapları, çeşitli resim gereçleri, ahşap ve takı gereçleri, müzik aletleri, kütüphane ve okuma salonu, yemek alanı ve beceri eğitimi mutfağı, çok amaçlı salon, tedavi ve gözlem odası, görüşme odaları, ekip çalışma odası, hasta, hasta yakınları ve personele yönelik kadın ve erkekler için ayrı ayrı lavabo ve tuvalet bulunmaktadır.

Hastaların TRSM'ye ulaşımı ve gerek duyulduğunda hastaneye nakilleri için araç desteği sunulmaktadır. TRSM'lerde psikiyatrist, psikolog, sosyal çalışmacı, hemşire, iş uğraş terapisti, güvenlik görevlisi, yardımcı personel ve yemek servis elemanları (yemek saatlerinde) çalışmaktadır. Psikiyatrist TRSM'nin genel işleyişinin organizasyonundan sorumlu olup hastaların tedavi takibini sağlamakta ve gezici ekip faaliyetlerinde (ev ziyareti) bulunmaktadır. Sosyal çalışmacı, psikolog ve hemşirenin sorumlulukları ise

TRSM'ye başvuran hasta ve yakınlarına merkezin amacı ve çalışmaları ile ilgili bilgi verme, bireysel danışmanlık sağlama (ilaç yan etkilerini ve hastalık belirtilerini yönetme gibi), hasta ve ailelerine yönelik psikososyal müdahaleleri yürütme (hasta ve hastalıkla baş etme konusunda bir sorun yaşadıklarında nasıl bir yaklaşımda bulunacaklar, nereye başvuracaklar gibi), ev ziyaretinde bulunma, yatarak tedavi görmesi gereken hastayı kliniğe yönlendirme, hasta ile ilgili formları doldurmak ve izleme, merkeze devam etmeyen hastaların aileleriyle temasa geçerek hastanın merkezle bağlantısını sürdürme ve damgalama ile mücadele faaliyetleri yürütme şeklindedir. Merkezdeki iş uğraş terapistleri ahşap boyama, el işleri, resim yapma gibi uğraşlarda görev almakta ve uğraşı terapisinde üretilenler TRSM ya da TRSM'nin bağlı olduğu hastanede hastalar eşliğinde sergilenmesini sağlamaktadırlar.

Psikiyatri polikliniği

Araştırmanın yürütüldüğü hastanenin psikiyatri polikliniği randevu sistemi ile çalışmaktadır. Poliklinikte hafta içi beş iş günü öğleden sonraları takipli (kontrol için gelen) hastalar kabul edilmektedir. Hastalar sekreterlikten girişi yapıldıktan sonra doktora yönlendirilmektedir. Doktor, tedavi planı ve takibi, kontrol randevularının ve tetkiklerinin belirlenmesini sağlamaktadır. Ayrıca hasta ve aileye birlikte ya da ayrı ayrı hasta, hastalık ve tedavi ile ilgili bilgi vermekte, sorulan soruları cevaplandırmaktadır. Enjeksiyonu varsa hemşire tarafından yapılmaktadır.

Veri toplama araçları

Çalışmada veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan Hasta Bilgi Formu ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılmıştır.

Hasta bilgi formu

Bu formda, literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan ve hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, evde birlikte yaşadığı kişilerin kim olduğu, ailede ruhsal hastalığı olan birey olma durumu, hastalık süresi, hastanede yapılan yatış sayısı, hastalığına yönelik ilaçlarını kullanma süresi, hastalığa bağlı sorun yaşama durumu, yaşanan sorunların neler olduğu, hastalığın nedenine ilişkin görüşü, işitsel varsanların nedenine ilişkin görüşü, seslerin sıklığı, seslerin içeriği ve sesler ile baş etme özelliklerini içeren sorular yer almaktadır^{28,32-35}.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği, Zimet ve ark. (1988) tarafından geliştirilmiş³⁶, Eker ve ark. (2001) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır³⁷. Ölçek her biri dört maddeden oluşan, desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içerir. Bunlar; aile (3,4,8 ve 11. maddeler), arkadaşlar (6,7,9 ve 12. maddeler) ve özel bir insan (1,2,5 ve 10. maddeler)' dir. Toplam ölçek madde sayısı 12'dir. Her bir madde 1-7 arasında puanlanmıştır. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplamı alt ölçek puanını; bütün alt ölçek puanlarının toplamı ise ölçeğin toplam puanını vermektedir. Ölçeğin her bir alt boyutu puanları 4-28, toplam puanı ise 12-84 puan arasında değişmektedir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Eker ve ark. (2001) ölçeğin toplam Cronbach Alpha katsayısını .89, alt boyut Cronbach Alpha kat sayısını aile .85; arkadaş .88; özel insan .92 olarak bulmuştur³⁷. Bu çalışmada ise Cronbach Alpha kat sayısı toplam .87; aile .86; arkadaş .90; özel bir insan .85 olarak bulunmuştur.

Araştırmada veri toplama araçları, hastalardan yazılı onam alındıktan sonra araştırmacı tarafından psikiyatri kliniği ve TRSM'lerde görüşmeler için kullanılan bölümlerde hastalarla yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür. Uygulama Ocak - Haziran 2017 tarihleri arasında yapılmıştır.

İstatistiksel analiz

Çalışmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS Inc. Released 2007. SPSS for Windows, Version 20.0 Chicago, IL, ABD (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmanın verilerinin analizinde hastaların tanıtıcı özellikleri, hastalık ve tedavi ile ilgili özellikleri, işitsel varsanlar ve baş etme ile ilgili özellikleri için sayı ve yüzde dağılımı yapılmıştır. Kategorik verilerde; ki-kare testi ve Mann-Whitney U test, normal dağılıma uyan sayısal verilerde; bağımsız grup t testi kullanılmıştır. Yapılan tüm analiz değerlendirmelerinde p<0.05 istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması TRSM grubunda 43.21±10.30, poliklinik grubunda ise 39.48±12.47

yıldır; gruplar yaş ortalaması açısından benzer bulunmuştur ($t=-1.324$, $p=0.190$). Gruplar cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, evde birlikte yaşayan kişiler ve ailede ruhsal hastalığı olan başka bir bireyin bulunması yönünden benzer özelliktedir. Ayrıca gruplar hastalık ve tedavi ile ilgili özellikler açısından karşılaştırıldığında hastalığın süresi (TRSM,

19.33 ± 9.09 ; poliklinik 15.64 ± 10.39), hastaneye yatış sayısı (TRSM, 3.61 ± 3.62 ; poliklinik 2.54 ± 2.35), ilaç kullanma süresi (TRSM, 14.84 ± 8.95 ; poliklinik, 13.54 ± 10.86) (Tablo 1) ve hastalığın nedenine ilişkin görüşler ($X^2=0.363$; $p=0.547$) açısından benzerlik göstermektedir (Tablo 2).

Tablo 1. Hastaların tanıtıcı özellikleri (N=66).

Sosyodemografik özellikler	Hasta grubu		İstatistiksel analiz
	TRSM (n=33)	Poliklinik (n=33)	
Yaş			
$\bar{X}\pm SS$	43.21 \pm 10.30	39.48 \pm 12.47	$t=-1.324$
Median [Min-Max]	43.0 [26.0-63.0]	36.0 [19.0-64.0]	$p=0.190$
	n (%)	n (%)	
Cinsiyet			
Kadın	14 (42.4)	7 (21.2)	$\chi^2=3.422$ $p=0.064$
Erkek	19 (57.6)	26 (78.8)	
Eğitim durumu			
İlk/ortaokul	14 (42.4)	9 (27.3)	$\chi^2=2.403$ $p=0.301$
Lise	12 (36.4)	12 (36.4)	
Üniversite	7 (21.2)	12 (36.4)	
Medeni durum			
Evli	2 (6.1)	5 (15.1)	$\chi^2=1.450$ $p=0.484$
Bekar	24 (72.7)	22 (66.7)	
Dul/boşanmış	7 (21.2)	6 (18.2)	
Evde yaşayan kişi			
Yalnız	2 (6.1)	5 (15.2)	$\chi^2=2.309$ $p=0.315$
Anne, baba ve kardeş	21 (63.6)	22 (66.7)	
Eşi ve çocukları	10 (30.3)	6 (18.1)	
Ailede ruhsal hastalığı olan birey olma durumu			
Evet	17 (51.5)	10 (30.3)	$\chi^2=3.071$ $p=0.080$
Hayır	16 (48.5)	23 (69.7)	
Hastalık ve tedavi ile ilgili özellikler	$\bar{X}\pm SS$ Median [Min-Max]	$\bar{X}\pm SS$ Median [Min-Max]	
Hastalık süresi**	19.33 \pm 9.09 20.0 [4.0-40.0]	15.64 \pm 10.39 16.0 [2.0-41.0]	$t=-1.537$ $p=0.129$
Hastaneye yapılan yatış sayısı	3.61 \pm 3.62 2.0 [1.0-15.0]	2.54 \pm 2.35 2.0 [1.0-10.0]	$Z=-0.925$ $p=0.355$
İlaç kullanma süresi	14.84 \pm 8.95 13.0 [1.6-30.0]	13.54 \pm 10.86 10.0 [0.2-41.0]	$Z=-0.746$ $p=0.456$

*İki nitel değişkenin birbiriyle olan ilişkilerinin incelenmesinde beklenen değer düzeylerine göre χ^2 -çapraz tabloları kullanılmıştır; Normal dağılıma sahip olan iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri); ; normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. **TRSM'de ortalama izlem süresi 3.10 \pm 1.73, Poliklinikte ortalama izlem süresi 11.87 \pm 9.7'dir

Hastalar, hastalık nedeniyle işlevsellik (konuşma ve iş alanında rutinin bozulması, iş hayatında yavaşlama ve yavaş yaşamaya başlama, hayatını zorlaştırma, halsizlik, yorgunluk, iş bulamama, boşanma gibi) ve kişiler arası ilişkilerinin olumsuz etkilendiğini (çevreyle iletişim kuramama, eskisi kadar sosyal olmama, dışlanma ile ilgili tedirginlik yaşama, çabuk

öfkelenme) belirtmişlerdir. Bazı hastalar da hastalıkla ilgili bir sorun yaşamadıklarını ve hastalıkla/belirtilerle yaşamayı öğrendiklerini ifade etmişlerdir. Hastalığa bağlı sorun yaşama oranları arasında gruplar arasında önemli bir fark bulunmamıştır. Hastaların hastalık nedenine ilişkin görüşleri; "genetik/ stresli yaşam olayları/ madde

kullanımı/ kişilik özellikleri” ve bilmiyorum/hatırlamıyorum/ büyüler/ Allah tarafından oldu” şeklindedir. Bu görüşlerin ifade edilme oranları açısından TRSM ve poliklinik grubu arasında önemli bir fark bulunmamıştır (Tablo 2). Çalışmaya katılan tüm hastalarda işitsel varsanların özellikleri değerlendirildiğinde %75.8’inin insan sesi duyduğu, %36.7’sinin yönlendirici/emir veren sesler olduğu ve %42.2’sinin kendini kötü hissettiğinde, sınırlı, endişeli, stresli olduğunda bu sesleri duyduğu saptanmıştır. İşitsel varsanların nedenini “hastalık/madde kullanımı/beyindeki fiziksel

değişimler/stresli yaşam olayları” şeklinde açıklayan hasta oranının TRSM grubunda, poliklinik grubundan daha fazla olduğu saptanmıştır ($\chi^2=4.949$, $p=0.026$). İşitsel varsanların sıklığı ($\chi^2=1.528$; $p=0.216$) ve varsanlarla baş etme özellikleri (etkili baş etme yöntemlerini kullanma $\chi^2=1.668$, $p=0.196$; etkisiz baş etme yöntemlerini kullanma $\chi^2=1.567$, $p=0.211$) açısından TRSM ve poliklinik grubu arasında önemli bir fark bulunmamıştır. Etkili baş etme yöntemlerini kullanma oranı TRSM grubunda %72.7, poliklinik grubunda ise %57.6’dır.

Tablo 2. Hastaların hastalığa bağlı sorun yaşama durumu ve hastalık nedenine ilişkin görüşleri (N=66).

Hastalığa bağlı sorun yaşama durumu*	Hasta Grubu		İstatistiksel analiz*
	TRSM (n=33) n (%)	Poliklinik (n=33) n (%)	
İşlevselliğin olumsuz etkilenmesi	17 (51.5)	12 (36.4)	$\chi^2=1.544$ $p=0.214$
Kişiler arası ilişkilerin olumsuz etkilenmesi	9 (27.3)	10 (30.3)	$\chi^2=0.074$ $p=0.786$
Hastalıkla/Belirtilerle baş edebilme	21 (63.6)	20 (60.6)	$\chi^2=0.064$ $p=0.800$
Hastalık nedenine ilişkin görüşler*			
Genetik/Stresli yaşam olayları/Madde Kullanımı/Kişilik özellikleri	8 (24.2)	6 (18.2)	$\chi^2=0.363$ $p=0.547$
Bilmiyorum/Hatırlamıyorum/Büyüler/Allah tarafından oldu	25 (75.8)	27 (81.2)	

*Soruya birden fazla yanıt verildiği için yüzdeler katlanmış n üzerinden hesaplanmıştır. **İki nitel değişkenin birbiriyle olan ilişkilerinin incelenmesinde beklenen değer düzeylerine göre χ^2 -çapraz tabloları kullanılmıştır.

Tablo 3. Hastaların işitsel varsanları ve baş etme özellikleri (N=66)*

İşitsel varsanlar	Hasta Grubu		İstatistiksel analiz**
	TRSM (n=33) n (%)	Poliklinik (n=33) n (%)	
Seslerin nedenine ilişkin görüşler			
Hastalık/madde kullanımı/Beyindeki fiziksel değişimler/Stresli yaşam olayları	16 (47.5)	6 (21.4)	$\chi^2=4.949$ $p=0.026$
Bilmiyorum/Cinler/Büyüler/Çevredeki kötülükler	17 (51.5)	22 (78.6)	
Seslerin sıklığı			
Son zamanlarda olmuyor	21 (63.6)	15 (45.5)	$\chi^2=1.528$ $p=0.216$
Her gün/Gün boyunca sık sık/Bazı günlerde/Çok nadir	12 (36.4)	18 (54.5)	
Baş etme özellikleri			
Etkili baş etme yöntemlerini kullanma	24 (72.7)	19 (57.6)	$\chi^2=1.668$ $p=0.196$
Etkisiz baş etme yöntemlerini kullanma	11 (33.5)	16 (48.5)	$\chi^2=1.567$ $p=0.211$

*Çalışmaya katılan tüm hastaların %75,8’i insan sesi duyduğunu, %36.7’si seslerin yönlendirici/emir verici olduğunu ve %42.2’si kendini kötü hissettiğinde, sınırlı, endişeli ya da stresli olduğunda bu sesleri duyduğunu belirtmiştir. **İki nitel değişkenin birbiriyle olan ilişkilerinin incelenmesinde beklenen değer düzeylerine göre χ^2 -çapraz tabloları kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların ifade ettikleri etkili baş etme yöntemleri “sesleri duymazdan gelme, kendiliğinden susmasını/geçmesini bekleme, bir işle meşgul olma, ortamdaki uzaklaşma, seslere yalan

olduklarını/gerçek olmadıklarını söyleme, yüksek sesle müzik dinleme, diğer insanlarla konuşma/sohbet etme, spor yapma, dua okuma” şeklindedir. Hastaların ifade ettikleri etkisiz baş etme

yöntemleri arasında ise “seslerin dediklerini yapma, sesleri dinleme ve kulağını kapatma” yer almaktadır (Tablo 3). TRSM ve poliklinik gruplarının ÇBASDÖ

puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=-0.516$, $p=0.608$) (Tablo 4).

Tablo 4. Hastaların ÇBASDÖ puanları (N=66)

ÇBASDÖ	Hasta Grubu				İstatistiksel analiz*
	TRSM (n=33)		Poliklinik (n=33)		
	$\bar{X}\pm SS$	Median [Min-Max]	$\bar{X}\pm SS$	Median [Min-Max]	
Aile	21.36±6.98	24.0 [4.0-28.0]	20.64±7.26	22.0 [4.0-28.0]	Z=-0.201 p=0.840
Arkadaşlar	13.85±8.64	13.0 [4.0-28.0]	12.61±7.89	10.0 [4.0-28.0]	t=-0.610 p=0.544
Özel bir insan	12.27±8.02	12.0 [4.0-28.0]	12.00±7.68	12.0 [4.0-28.0]	Z=-0.033 p=0.974
Toplam puan	47.48±18.21	44.0 [12.0-84.0]	45.24±17.11	43.0 [17.0-77.0]	t=-0.516 p=0.608

*Normal dağılıma sahip olan iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri); normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

TARTIŞMA

Şizofreni, yaşam süresini etkileyen ciddi ruh sağlığı hastalıkları arasında yer almaktadır. Aynı zamanda şizofreni, bireyin işlevselliğini, yaşam kalitesini ve toplum içinde sosyal etkileşimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir²⁷⁻²⁹. Şizofreninin süregelen ve yineleyici bir hastalık olması nedeniyle şizofreni tanılı hastaların poliklinikten takibinin yanı sıra TRSM’ler aracılığı ile toplum içinde ve hayata katılarak tedavilerinin sürdürülmesi önemlidir³⁸. İlaç tedavisi ile birlikte psikoeğitim, aile eğitimi, sosyal beceri eğitimi gibi belirtilerin iyileşmesi ve işlevselliğin artmasına katkı sağlayıcı uygulamaların TRSM’lerde hastaya sunulması gerekmektedir³⁹.

Literatür incelendiğinde şizofreni tanılı hastalarda yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, ailede birlikte yaşanan ve ruhsal hastalığı olan başka bir bireyin olması ile ilgili sosyodemografik özelliklerin hastalığa bağlı yaşanan sorunları^{33,40}, baş etme özelliklerini³⁴ ve algılanan sosyal destek düzeylerini³² etkilediği görülmektedir. Yanı sıra hastalık ve tedavi ile ilgili özelliklerin de hastalığa bağlı yaşanan sorunları^{33,40}, baş etme özelliklerini³⁴ ve algılanan sosyal destek düzeylerini³² etkilediği belirtilmektedir.

Bu çalışmada sosyodemografik (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, evde birlikte yaşanan kişiler ve ailede ruhsal hastalığı olan başka bir bireyin bulunması), hastalık ve tedavi (hastalığın süresi, hastaneye yatış sayısı, ilaç kullanma süresi) ile ilgili özellikler açısından TRSM ve poliklinik grupları benzerdir. Temel özellikler açısından benzer olan bu gruplarda; hastalığa bağlı sorun yaşama, hastalığın nedenine ilişkin görüşler, işitsel varsanı, varsanı ile baş etme özellikleri ve algılanan sosyal destek

düzeylerinin karşılaştırılması ile ilgili bulgular aşağıda tartışılmaktadır.

Şizofreni tanısı olan birçok hastanın bir hastalığı olduğuna, hastalığının klinik belirtilerine, olumsuz etkilerine, tedaviye ihtiyaç duyduğuna, ilaç tedavisinin önemine yönelik farkındalığı bulunmamaktadır⁴¹. Hastaların psikiyatri polikliniklerinde takip edilmesi ve gerektiği dönemlerde hastaneye yatışının yapılması şeklinde devam eden hastane temelli ruh sağlığı hizmetinin koruyuculuk ve rehabilitasyon için yetersiz kaldığı belirtilmektedir^{38,42}. TRSM’lerde toplum temelli ruh sağlığı anlayışında amaç, ruh sağlığını korumak, erken tanı, tedavi ve bakımı, ruhsal hastalıkların rehabilitasyon ve bakımının devamlılığını, hastanın evinde, yaşadığı ortamda temel ihtiyaçlarının karşılanmasını, sorunlarla başa çıkma becerileri geliştirmesini, gerekli destekleri kullanmasını sağlamak ve hastaların tekrarlı hastane yatışı ile toplumdan uzaklaşmalarını, işlevselliğe azalmayı önlemektir³⁸. Literatür incelendiğinde TRSM’lerin toplum temelli tedaviyi sağlama açısından önemli katkıları olduğu görülmektedir^{28,43}. Bu çalışmada, TRSM ve poliklinikten takip edilen hastaların hastalığa bağlı sorun yaşama oranları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ek olarak, sosyodemografik özellikler, hastalık ve tedavi ile ilgili temel özellikler açısından benzer olan gruplarda hastalığa bağlı sorun yaşama yönünden TRSM grubunun lehine bir bulgu saptanmamıştır. Her iki grupta da hastaların çoğu, hastalık ve belirtileriyle baş edebildiğini belirtmişlerdir. Ancak, gruplardaki işlevsellik ve kişiler arası ilişkilerde sorun yaşama oranlarının dikkate almaya değer olduğu söylenebilir. TRSM’lerde yürütülen uygulamaların hastaların işlevselliğini ve kişilerarası ilişkilerini yeterli düzeyde

destekleyemediği söylenebilir. Hastalığa bağlı sorun yaşama yönünden gruplar arasında anlamlı bir fark görülmemesi grupların, hastalık süresi, tedavi süresi ve sürekliliği açısından benzer olması ile açıklanabilir. Toplum temelli ruh sağlığı modeline odaklanan TRSM'lerde şizofreni tanılı hastaların işlevselliğinin artırılması ve yeti yitimini azaltılması hedeflenmektedir. Yapılan çeşitli çalışmalarda TRSM uygulamalarının hastalarda yeti yitimini azalttığı, işlevselliği ve sosyal becerileri arttırdığı saptanmıştır^{28,44}. Bu çalışmada ise yaşanan sorunlar ve baş etme yönünden TRSM ve poliklinik grubundaki hastalar benzerlik göstermektedir. Çalışmanın bu bulgusunun literatürdeki çalışma bulguları ile^{28,44} benzerlik göstermemesi diğer çalışmalarda, izlenen tek grup (TRSM) üzerinden karşılaştırma yapılması veya araştırmanın yapıldığı merkezlerde yürütülen uygulamaların farklılığından kaynaklanıyor olabilir.

Şizofreni kronik özellikleri olan, beceri kaybına yol açan, dünya nüfusunun önemli bir bölümünü etkileyen bir hastalıktır^{45,46}. Şizofreninin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, etken olarak genetik yatkınlık, stres faktörleri, sosyal ve ailesel ortam, sosyal izolasyon, madde kullanımı gibi biyolojik, psikolojik ve sosyal nedenler üzerinde durulmaktadır²⁷. Şizofreni tanısı olan birçok hastanın bir hastalığı olduğu, hastalığının klinik belirtileri, olumsuz etkileri, tedaviye ihtiyaç duyulduğu, ilaç tedavisinin önemi açısından farkındalık kazanmaya ihtiyacı bulunmaktadır. TRSM'lerde yapılan uygulamalar ile hasta ve aile hastalığı tanımlama, tedavi yöntemleri, hastalığın seyri ve prognozu hakkında bilgi edinebilmektedir⁴⁷. Hasta ve aile tedaviye katılmakta, hastalık ve belirtileriyle baş etmede güçlenmekte, nüks ve hastaneye yatış sayısı azalmakta, toplumsal işlevsellik ve yaşam kalitesi artmaktadır⁴⁷. Bu çalışmada, TRSM ve poliklinikte takip edilen hastaların hastalığın nedenine ilişkin görüşleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Her iki grupta da hastaların büyük bir bölümü hastalığın nedenine ilişkin olarak "bilmiyorum, hatırlamıyorum, büyüler neden oldu ya da Allah tarafından oldu" şeklinde görüş bildirmiştir. Şizofreni tanılı hastalarda öğrenme sürecini etkileyebilecek bilişsel bozuklukların, psikotik algı ve düşünceler ile negatif bulguların sık görülebilmesi bu durumu etkilemiş olabilir⁴⁸. Ayrıca, şizofreni tanılı hastaların kendi tedavilerine etkin biçimde katılma güçleri olmadığı düşüncesi, hastaların tedavi planına dahil edilmelerini ve hastalık nedenine ilişkin bilgi edinmelerini etkilemiş olabilir²⁷. Bu bulgu ve

hastalığa bağlı sorun yaşama ile ilgili bulgu dikkate alındığında hem poliklinik hem de TRSM grubundaki hastaların, "şizofreninin nasıl bir hastalık olduğuna ve hastalıkla birlikte yaşamaya" temellenen psikoeğitim programlarına gereksinim duyduğu söylenebilir. Çünkü, şizofreni hastalığında ilaç tedavisi temel öneme sahip olmakla birlikte ruhsal toplumsal tedavi programlarıyla yeterince desteklenmediğinde başarısı sınırlı kalabilmektedir⁴⁸. Şizofreninin tedavisinde ilaç tedavisine eklenen psikoeğitim programlarının, hastaların ve onlara bakım verenlerin hastalık hakkında bilgileri üzerinde etkili olabileceği belirtilmektedir⁴⁹.

Şizofreni genellikle varsanların, sanrıların belirgin olduğu algılama, duygulanım ve düşünce bozuklukları ile seyreden kronik bir ruhsal bozukluktur⁵⁰. İşitsel varsanı şizofreninin temel psikotik semptomudur ve sıklık, süre ve etkileri açısından farklılık gösterebilmektedir¹. Bu çalışmada takip edilen hastaların çoğu yönlendirici, emir verici insan sesi duyduklarını belirtmişlerdir. Her iki grupta da işitsel varsanların sıklığı benzerdir. Seslerin nedenine ilişkin belirtilen görüşler yönünden TRSM grubunun lehine bir bulgu saptanmıştır. Bu grupta işitsel varsanların nedenini hastalık/madde kullanımı/beyindeki fiziksel değişimler/stresli yaşam olayları olarak değerlendiren hasta oranı poliklinik grubundakinden daha fazladır. Bu nedenle TRSM'lerin hastaları işitsel varsanlara yönelik içgörü geliştirme yönünden desteklediği söylenebilir. TRSM'lerde takip edilen hasta ve aileleri için düzenli olarak yürütülebilen uyumlandırma programları, sosyal bilişsel beceri eğitimi programları hastaların içgörü kazanmasında etkili olabilmektedir^{28,43}. TRSM ve poliklinik grubundaki işitsel varsanların sıklığının benzer olması, her iki gruptaki hastaların varsanlar ile baş etme yöntemlerinin benzer olması ile açıklanabilir. İşitsel varsanlar ile etkili ve etkisiz baş etme yöntemlerini kullanan hasta oranları açısından gruplar arasında bir fark bulunmamaktadır.

Şizofreni hastalığının tedavisinde, toplum temelli ruh sağlığı hizmetinde farmakolojik tedaviye psikoterapi, aile eğitimi, uyumlandırma tedavileri (ruhsal toplumsal beceri eğitimi gibi) gibi çok boyutlu uygulamaların eşlik etmesi hastaların ruhsal toplumsal uyumunu arttırmaktadır⁵¹. Yapılan bazı çalışmalarda TRSM'lerde yürütülen uygulamaların (psikoeğitim, iş- uğraşı terapisi, aile ve bireysel danışmanlık, ev ziyaretleri) varsanlarla baş etmeyi geliştirdiği belirtilmiştir^{24,52}. Ancak bu çalışmada, seslerle baş etme özellikleri (etkili baş etme ve etkisiz

baş etme yöntemlerini kullanma) açısından TRSM ile poliklinik grubu hastaları arasında bir fark bulunmamıştır.

Şizofreni hastalığı özgüven kaybına neden olabilmekte⁴⁷, bellek güçlükleri ile toplumsal becerilerde kusurlara yol açabilmektedir¹⁶. Bu durumda hastalar kendilerini aileden ve toplumdan izole edebilmektedir. Sosyal desteğin yararlı etkilerine rağmen, şizofreni gibi ciddi ruhsal rahatsızlıkları olan kişilerin sınırlı sosyal ağlara sahip olabildiği bilinmektedir⁵³. Oysa ki bireyin çevresindeki kişiler aile, arkadaş, özel bir insan ve tedavisinde etkin rol alan sağlık çalışanları destek kaynakları olarak gösterilebilir. Sosyal destek bireyin sevilme, değer görme, önemsenme duyguları ile birlikte yaşamın içerisindeki kriz durumlarına uyum sağlamasını, değişikliklerin getirdiği olumsuz sonuçların üstesinden gelmesini kolaylaştırıcı bir faktör olarak görülebilir⁵⁴. Yeterli sosyal destek sağlığın korunmasını, geliştirilmesini, hastalıkların tedavisini ve rehabilitasyonunu olumlu yönde etkileyerek hastalık sürecine uyumu desteklemekte ve sosyal izolasyonu da azaltabilmektedir¹⁹. Bu çalışmada TRSM ve poliklinik grubundaki hastaların algılanan sosyal destek düzeyleri arasında bir fark bulunmamıştır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan düşünüldüğünde çalışmaya katılan hastaların algıladığı sosyal destek düzeyinin, orta düzeyde olduğu söylenebilir. Hem TRSM hem de poliklinik grubundaki hastaların ilgili kuruma düzenli olarak devam etmeleri, kontrollerini aksatmamaları algılanan sosyal destek düzeyini benzer kılmış olabilir. TRSM grubundaki hastaların merkeze düzenli gelerek yapılan aktivitelere katılmaları, diğer hastalarla ve sağlık çalışanları ile etkileşimde bulunmaları; poliklinik grubundaki hastaların da kontrollerde genel olarak yaşadığı sorunlarla ilgili destek alabiliyor olması algılanan sosyal desteği etkilemiş olabilir. Bununla birlikte her iki grupta da sosyal desteğin artırılmasına gereksinim duyulduğu söylenebilir.

Hastanelerdeki psikiyatri polikliniklerinde verilen hastane temelli ruh sağlığı hizmetinin koruyuculuk ve rehabilitasyon için yeterli olmadığı anlayışından hareketle toplum ruh sağlığı merkezleri açılmıştır. Toplum temelli ruh sağlığı hizmetini benimseyen TRSM'nin amacı ruh sağlığını korumak, ruhsal hastalıkların erken tanı, tedavi ve rehabilitasyonunu sağlamak, hastaneye tekrarlı yatışları ve işlevsellikte azalmayı önlemektir. TRSM ve psikiyatri polikliniğinde takip edilen hastalarla yürütülen

çalışmanın sonuçlarına göre, gruptaki hastalar, hastalığa bağlı yaşanan sorunlar ve baş etme özellikleri yönünden benzerlik göstermektedir. Gruptaki işlevsellik ve kişiler arası ilişkilerde sorun yaşama oranlarının da dikkate almaya değer olduğu söylenebilir. Ayrıca gruplar arasında nasıl bir hastalığa sahip olduğunu bilme, işitsel varsanılar ile baş edebilme ve algılanan sosyal destek düzeyleri açısından önemli bir fark bulunmamıştır. Araştırmamızın bu sonuçları dikkate alındığında hem poliklinik hem de TRSM'de takip edilen hastaların şizofreniyi tanıma, hastalığın belirtileri ile baş etme, sosyal destek sağlama, işlevsellik ve kişiler arası ilişkilerin geliştirilmesi yönünden gereksinimlerinin benzer olduğu söylenebilir. Özellikle toplum temelli ruh sağlığı modelini benimseyen TRSM'lerde hastaların bu gereksinimlerini karşılayabilecek programların yürütülmesi ve mevcut uygulamaların gözden geçirilmesi önerilmektedir. Ayrıca, gelecekteki benzer araştırmalara dahil edilen poliklinik hastalarının da TRSM'lerin bağlı olduğu hastaneden seçilmesi ve daha geniş örneklemeler üzerinde benzer çalışmaların yapılarak bu konudaki literatürün zenginleştirilmesi önerilmektedir.

Bu çalışmada poliklinikten takip edilen şizofreni tanılı hastalar, TRSM bulunmayan bir hastanenin psikiyatri polikliniğinden belirlenmiştir. Çalışmanın örneklemini oluşturan TRSM ve poliklinik grubundaki hastaların farklı kurumlardan alınmış olması çalışmanın sınırlılığıdır.

Yazar Katkıları: Çalışma konsepti/Tasarımı: SD, FE; Veri toplama: SD, FE; Veri analizi ve yorumlama: FE, SD; Yazı taslağı: FE, SD; İçeriğin eleştirel incelenmesi: Y FE, SD; Son onay ve sorumluluk: FE, SD; Teknik ve malzeme desteği: SD, FE; Süpervizyon: SD, FE; Fon sağlama (mevcut ise): yok.

Bilgilendirilmiş Onam: Katılımcılardan yazılı onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

Teşekkür: Çalışmanın yürütüldüğü yetişkin psikiyatri polikliniği ve TRSM'de çalışan tüm ekibe araştırma süreci boyunca vermiş oldukları destek için teşekkür ederiz.

Author Contributions: Concept/Design: SD, FE; Data acquisition: SD, FE; Data analysis and interpretation: FE, SD; Drafting manuscript: FE, SD; Critical revision of manuscript: FE, SD; Final approval and accountability: FE, SD; Technical or material support: SD, FE; Supervision: SD, FE; Securing funding (if available): n/a.

Informed Consent: Written consent was obtained from the participants.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: Authors declared no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support

Acknowledgement: We would like to thank all the staff working at the adult psychiatry outpatient clinic and Community Mental Health Center for their support during the research process.

KAYNAKLAR

1. Dülgerler Ş. Şizofrenik bozukluklar. In: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı (Eds O Çam, E Engin):413-46. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2014.
2. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry. Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, 2009.
3. Harvey PD, Helldin L, Bowie CR, Heaton RK, Olsson AK, Hjärthag F et.al. Performance-based measurement of functional disability in schizophrenia: A cross-national study in the United States and Sweden. *Am J Psychiatry*. 2009;66:821-7.
4. Chaudhury S. Hallucinations: Clinical aspects and management. *Indian Psychiatry J*. 2010;19:5-12.
5. McCarthy-Jones S, Castro Romero M, McCarthy-Jones R, Dillon J, Cooper-Rompato C, Kieran K et al. Hearing the unheard: An interdisciplinary, mixed methodology study of women's experiences of hearing voices (Auditory verbal hallucinations). *Front Psychiatry*. 2015;6:181.
6. Kimhy D, Wall MM, Hansen MC, Vakhrusheva J, Choi CJ, Delespaul P et.al. Autonomic regulation and auditory hallucinations in individuals with schizophrenia: An experience sampling study. *Schizophr Bull*. 2017;43:754-63.
7. Saraçlı Ö, Keser HO, Atasoy N, Kaygısız İ, Atalay A, Öztürk Ü et al. Bir psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören geç başlangıçlı şizofreni hastalarının klinik ve sosyodemografik özellikleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2012;15:26-32.
8. Thomas P, Mathur P, Gottesman II, Nagpal R, Nimgaonkar VL, Deshpande SN. Correlates of hallucinations in schizophrenia: A cross-cultural evaluation. *Schizophr Res*. 2017;92:41-9.
9. Pridmore S. Hallucinations. In *Download of Psychiatry*. <https://eprints.utas.edu.au/287/6/Chapter%205%20%20Hallucinations.pdf>. (Accessed November 2015)
10. Ratcliffe M, Wilkinson S. How anxiety induces verbal hallucinations. *Conscious Cogn*. 2016;39:48-58.
11. Carlborg A, Winnerbäck K, Jönsson EG, Jokinen J, Nordström P. Suicide in schizophrenia. *Expert Rev Neurother*. 2010;10:1153-64.
12. Millier A, Schmidt U, Angermeyer MC, Chauhan D, Murthy V, Toumi M et.al. Humanistic burden in schizophrenia: a literature review. *J Psychiatr Res*. 2014;54:85-93.
13. Mannaa M, Walker L. Is schizophrenia a REM disorder. *Academic Journal of Pediatrics and Neonatology*. 2017;4:555-690.
14. Moller MD, McLoughlin KA. Integrating recovery practices into psychiatric nursing: where are we in 2013? *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2013;19:113-6.
15. Kidd S, Kenny A, McKinstry C. The meaning of recovery in a regional mental health service: an action research study. *J Adv Nurs*. 2015;71:181-92.
16. Liberman RP. Yeti Yitiminden İyileşmeye: Psikiyatrik İyileştirim Elkitabı. (Çeviri Ed M Yıldız). Ankara, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği. 2011.
17. Knutson MB, Newberry S, Schaper A. Recovery education: A tool for psychiatric nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013;20:874-81.
18. Kelleci M, Ata EE. Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2011;2:105-10.
19. Dikeç G, Kutlu Y. Bir grup şizofreni hastasında tedaviye uyum ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2014;5:143-8.
20. Eack SM, Newhill CE, Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2007;33:1225-37.
21. Ritsner M, Ben-Avi I, Ponizovsky A, Timinsky I, Bistrov E, Modai I. Quality of life and coping with schizophrenia symptoms. *Qual Life Res*. 2003;12:1-9.
22. Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med*. 2010;40:218-27.
23. Gumber S, Stein CH. Consumer perspectives and mental health reform movements in the United States: 30 years of first-person accounts. *Psychiatr Rehabil J*. 2013;36:187-94.
24. Duman ZÇ, Yıldırım NK, Uçok A, Er F, Kanik T. The effectiveness of a psychoeducational group program with inpatients being treated for chronic mental illness. *Social Behavior and Personality: An International Journal*. 2010;38:657- 66.
25. Ng P, Chun RW, Tsun A. Recovering from hallucinations: A qualitative study of coping with voices hearing of people with schizophrenia in Hong Kong. *Scientific World Journal*. 2012;12.
26. Çam O, Yalçın N. Ruhsal hastalık ve iyileşme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2018;9:55-60.
27. Delice MA, Akgül SM, Yıldız M. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden hizmet alan bir şizofrenili olguda bütüncül yaklaşımın hastalığın gidişine etkisi. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 2014;4:122-5.
28. Ensari H, Gültekin BK, Karaman D, Koç A, Beşkardeş AF. Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2013;14:108-14.
29. Valencia M, Rascón ML, Juárez F, Murow E. A psychosocial skills training approach in Mexican outpatients with schizophrenia. *Psychol Med*. 2007;37:1393-1402.
30. World Health Organization. The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope. Geneva, World Health Organization, 2001.
31. Barrios M, Guiler G, Selb M, Gómez-Benito J. Identification of problems in the functioning of individuals with schizophrenia from the expert perspective: an Internet-based survey. *Disabil Rehabil*. 2017;39:2055-62.

32. Käkälä J, Panula J, Oinas E, Hirvonen N, Jääskeläinen E, Miettunen J. Family history of psychosis and social, occupational and global outcome in schizophrenia: A meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2014;130:269-78.
33. Martin-Reyes M, Mendoza R, Dominguez M, Caballero A, Bravo TM, Diaz T et al. Depressive symptoms evaluated by the Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS): Genetic vulnerability and sex effects. *Psychiatry Res.* 2011;189:55-61.
34. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet.* 2002;360:1126-30.
35. Saruç S, Kılıç AK. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alan hastaların sosyal profili ve merkezde verilen hizmetler. *Toplum ve Sosyal Hizmet.* 2015;26:53-72.
36. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess.* 1988;52:30-41.
37. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg.* 2001;12:17-25.
38. Bilge A, Mermer G, Çam MO, Çetinkaya A, Erdoğan E, Üçkuyu N. Türkiye'deki Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin 2013-2015 yıllarının profili. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2016;2:1-5.
39. Bakanlık, T.C. Sağlık. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge. *Resmi Gazete.* 2011;7364.
40. Borkowska A, Rybakowski JK. Does risperidone act better in schizophrenic patients who have a family or obstetric history?. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2002;26:1349-53.
41. Dankı D, Dilbaz N, Okay İT, Telci Ş. Şizofreni tanısı alan hastalarda içgörünün aile öyküsü, pozitif ve negatif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Derg.* 2007;18:129-136.
42. Bakanlık, TC Sağlık. Ulusal ruh sağlığı eylem planı (2011-2023). Ankara, TC Sağlık Bakanlığı, 2011.
43. Horan WP, Kern RS, Shokat-Fadai K, Sergi MJ, Wynn JK, Green MF. Social cognitive skills training in schizophrenia: an initial efficacy study of stabilized outpatients. *Schizophr Res.* 2009;107:47-54.
44. Özdemir I, Şafak Y, Örsel S, Kahiloğulları AK, Karadağ H. Bir toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına uygulanan ruhsal-toplumsal uyumlandırma etkinliğinin araştırılması: Kontrollü çalışma. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2017;18:419-27.
45. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye'de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Derg.* 2011;22:40-52.
46. Majer K, Begemann MJH, Palmen SJMC, Leucht S, Sommer IEC. Auditory hallucinations across the lifespan: A systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* 2018;48:879-88.
47. Yıldız M. Şizofreni Hastaları için Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi, Ankara: Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları. 2011.
48. Atalan SDG, Kahiloğulları AK, Örsel S. Şizofreni hakkında bilgi düzeyi içeceği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Bilişsel Davranış Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi,* 2018;7:1-6.
49. Hasan AA, Callaghan P, Lynn JS. Evaluation of the impact of a psycho-educational intervention on knowledge levels and psychological outcomes for people diagnosed with Schizophrenia and their caregivers in Jordan: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2014;14:17.
50. Söğütü L, Özen S, Varlık C, Güler A. Toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına ruhsal toplumsal beceri eğitimi uygulanması ve sonuçlar. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2017;18:121-8.
51. Wykes T, Huddy V, Cellard C, McGurk SR, Czobor P. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: Methodology and effect sizes. *Am J Psychiatry.* 2011;168:472-85.
52. Shin SK, Lukens EP. Effects of psychoeducation for Korean Americans with chronic mental illness. *Psychiatric services.* 2002;53:1125-31.
53. Stein CH, Aguirre R, Hunt MG. Social networks and personal loss among young adults with mental illness and their parents: A family perspective. *Psychiatr Rehabil J.* 2013;36:15-21.
54. Meral BF, Cavkaytar A. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin psikometrik özelliklerinin otizmlü çocuk aileleri üzerinden incelenmesi. *e-International Journal of Educational Research.* 2012;3:20-32.