



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**REMİSYONDAKİ ŞİZOFRENİ HASTALARININ  
OBSESİF-KOMPÜLSİF BELİRTİLERİ, KİŞİLİK  
İNANÇLARI VE TOPLUMSAL İŞLEVSELLİKLERİ  
BAKIMINDAN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ZEHRA BETÜL KOÇAK GÜRBÜZ**

**İSTANBUL, 2024**



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**REMİSYONDAKİ ŞİZOFRENİ HASTALARININ  
OBSESİF-KOMPÜLSİF BELİRTİLERİ, KİŞİLİK  
İNANÇLARI VE TOPLUMSAL İŞLEVSELLİKLERİ  
BAKIMINDAN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ZEHRA BETÜL KOÇAK GÜRBÜZ  
(210133004)**

**Danışman  
(Prof. Dr. Gaye Saltukoğlu)**

**İkinci Danışman  
(Uzm. Dr. Neşe Üstün)**

**İSTANBUL, 2024**



FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ  
TEZ ONAY FORMU

08/07/2024

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans programı öğrencisi 210133004 numaralı Zehra Betül KOÇAK GÜRBÜZ'ün hazırladığı "Remisyondaki Şizofreni Hastalarının Obsesif-Kompulsif Belirtileri, Kişilik İnançları ve Toplumsal İşlevsellikleri Bakımından İncelenmesi" konulu Yüksek Lisans tezi ile ilgili Tez Savunma Sınavı, 08/07/2024 Pazartesi günü saat 15:00'da yapılmış, sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin **Kabulüne Oy Çokluğu/Oy Birliği** ile karar verilmiştir.

**Tez adı değişikliği yapılması halinde:** Tez adının .....

.....  
şeklinde değiştirilmesi uygundur.

Jüri Üyesi	Karar
1. (Danışman) Prof. Dr. Gaye Salku Koçulu	Kabul
2. Dr. Öğr. Üyesi İsmail Temel	Kabul
3. Dr. Öğr. Üyesi Fatma Tuba Yılmaz	Kabul
4. ....	.....
5. ....	.....
6. (İkinci Danışman)* .....	.....

\*2. Danışman varsa doldurulması gerekmektedir.

## **ETİK BİLDİRİM**

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bağlı olduğum üniversite veya bir başka üniversitedeki başka bir çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

Zehra Betül Koçak Gürbüz

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisansım süresince ihtiyaç duyduğum her an desteğini esirgemeyen hocam Doç. Dr. Melek ASTAR'a, danışman hocam Prof. Dr. Gaye SALTUKOĞLU'na ve hem tez sürecimde hem de meslek hayatımda yol göstericim Esenler Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Sorumlu Hekimi Uzm. Dr. Neşe ÜSTÜN'e karşılıksız destekleri için teşekkürü borç bilirim.

Araştırmaya katılmayı kabul ederek bu tezin varlığını mümkün kılan gizli kahramanlarıma,

Saliha Canan SULA, Mehmet Emin TAŐTABAN ve Diaa ALSHISHANI başta olmak üzere bu süreçte manevi desteğini esirgemeyen arkadaşlarıma ve aileme,

En çok da eğitim hayatımın en büyük destekçisi canım annem Gülay KOÇAK'a ve bana olan inancını her daim hissettiren sevgili eşim Safa Ahmet GÜRBÜZ'e teşekkür ederim.

Zehra Betül Koçak Gürbüz

# REMİSYONDAKİ ŞİZOFRENİ HASTALARININ OBSESİF-KOMPÜLSİF BELİRTİLERİ, KİŞİLİK İNANÇLARI VE TOPLUMSAL İŞLEVSELLİKLERİ BAKIMINDAN İNCELENMESİ

Zehra Betül Koçak Gürbüz

## ÖZET

Bu çalışmada remisyondaki şizofreni hastalarının obsesif-kompulsif belirtileri, kişilik inançları ve toplumsal işlevselliğinin demografik ve klinik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Bu amaçla şizofreni tanılı 97 kişiyle görüşülmüş, Andreasen kriterlerine göre remisyonda olan 86 kişi araştırmaya dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında Sosyodemografik Bilgi Formu, Padua Envanteri – Kısa Formu (PE-KF), Kişilik İnanç Ölçeği – Kısa Formu (KİÖ-KF) ve Toplumsal İşlevselliğin Değerlendirilmesi Ölçeği (TİDÖ) kullanılmıştır. Veriler korelasyon analizi, Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis Testi ile analiz edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre yaş ile PE-KF toplam puanı ve düşüncelere kapılma puanı ve hastalık başlangıç yaşı ile çekingen kişilik inançları puanı arasında ters yönlü, zayıf, doğrusal bir ilişki olduğu; TİDÖ bağımsız yaşam ve iş/meslek puanlarının cinsiyete göre farklılaştığı; intihar öyküsü olanların olmayanlara göre çoğu türdeki kişilik inançlarının daha yoğun olduğu ve tüm alt boyutlarıyla birlikte toplam obsesif-kompulsif belirti puanlarının daha yüksek olduğu; hastane yatış sayısına göre düşüncelere kapılma ve iş/meslek puanlarının farklılaştığı; mezuniyete göre antisosyal kişilik inançlarının farklılaştığı, çalışma durumuna göre TİDÖ'nün tüm alt boyutları ve toplam puanın farklılaştığı bulgulanmıştır. Sonuçlar araştırmanın kısıtlılıklarıyla beraber değerlendirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Remisyon, Şizofreni, Obsesif-Kompulsif Belirtiler, Kişilik İnançları, Toplumsal İşlevsellik

**INVESTIGATION OF OBSESSIVE-COMPULSIVE SYMPTOMS,  
PERSONALITY BELIEFS, AND SOCIAL FUNCTIONING OF  
PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA IN REMISSION**

**Zehra Betül Koçak Gürbüz**

**ABSTRACT**

This study examined whether obsessive-compulsive symptoms, personality beliefs, and social functioning of patients with schizophrenia in remission differ according to demographic and clinical variables. For this purpose, 97 individuals diagnosed with schizophrenia were interviewed, and 86 individuals in remission according to Andreasen criteria were included in the study. Data were collected using the Sociodemographic Information Form, Padua Inventory – Short Form (PI-SF), Personality Belief Questionnaire – Short Form (PBQ-SF), and Social Functioning Assessment Scale (SFAS). The data were analyzed using correlation analysis, the Mann-Whitney U Test, and the Kruskal-Wallis Test. According to the analysis results, there was a weak, negative, linear relationship between age and both the total score of PI-SF and the rumination subscale score, and between the age of onset and avoidant personality beliefs score; SFAS independent living and occupational life scores differed by gender; those with a history of suicide had higher scores in most types of personality beliefs and higher total obsessive-compulsive symptom scores along with all sub-dimensions; rumination subscale and occupational life scores differed by the number of hospitalizations; antisocial personality beliefs differed by graduation status; and all sub-dimensions and total scores of SFAS differed by employment status. The results were evaluated along with the limitations of the study.

**Keywords:** Remission, Schizophrenia, Obsessive-Compulsive Symptoms, Personality Beliefs, Social Functioning

## ÖN SÖZ

Bu çalışmada remisyondaki şizofreni hastalarının obsesif-kompulsif belirtileri, kişilik inançları ve toplumsal işlevselliklerinin demografik değişkenlere ve hastalığın seyriyle ilgili değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Çalışma bulguları ışığında şizofreni tanılı bireylerin rehabilitasyonu için yürütülen faaliyetlerde bireye özgü müdahalelerin geliştirilmesinde dikkate alınacak faktörlerin belirlenebilmesi amaçlanmaktadır.

Tezin hazırlanmasında kısıtlı bir süre içerisinde asgari düzeydeki yeterli örnekleme ancak ulaşılabildiği. Bunda hastalığın bireyin çevreyle iletişimini kısıtlayan, sosyal becerilerde yıkıma uğratan doğasının etkili olduğu düşünülmektedir. Bilişsel yeti yıkımı nedeniyle ölçek maddelerini idrak etmekte zorlanma, okuduğunu anlayamama, odaklanamama, maddelerini derecelendirmede zorluk yaşama gibi bireysel farklılıklar nedeniyle katılımcılara ihtiyaçlarına göre farklılaşan oranlarda ölçekleri doldurmalarında yardımcı olunmuştur. Bu süreçteki zorluk veri toplanılan kurumlarda görev yapan sağlık çalışanlarının destekleri sayesinde aşılabildiği. Bu vesileyle veri toplama sürecinde kıymetli vakitlerini ve emeklerini esirgemeyen Hem. Gülhan Ezgi Çalışkan ve Erg. Emine Karakuş başta olmak üzere Esenler TRSM çalışanlarına, Güngören TRSM'den Psikolog İbrahim Karagöz'e, Zeytinburnu TRSM'den Psikolog Aylin Aygül Çamur'a, Bağcılar Meydan TRSM'den Psk. Şerife Nur Atila'ya teşekkür ederim.

Yüksek Lisans eğitimim süresince TÜBİTAK Bilim İnsanı Destek Programları Başkanlığı (BİDEB) 2211-Yurt İçi Lisansüstü Burs Programı ile desteklendiğimi beyan ederim.

Mayıs, 2024

Zehra Betül Koçak Gürbüz

# İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	v
ABSTRACT .....	vi
ÖN SÖZ.....	vii
SEMBOLLER .....	x
ÇİZELGE LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR .....	xiii
GİRİŞ .....	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	3
1. GENEL BİLGİLER.....	3
1.1. ŞİZOFRENİ VE REMİSYON .....	3
1.1.1. Şizofreninin Tanımı ve Tarihçesi .....	3
1.1.2. Şizofreninin Etiyolojisi .....	5
1.1.3. Şizofreninin Sıklık ve Yaygınlığı .....	6
1.1.4. Şizofreni Tanı Kriterleri .....	6
1.1.4.1. Şizofreni Spektrumundaki Diğer Bozukluklar .....	6
1.1.5. Şizofreni Belirtileri .....	7
1.1.5.1. Pozitif Belirtiler .....	7
1.1.5.2. Negatif Belirtiler .....	8
1.1.6. Şizofreninin Tedavisi .....	8
1.1.6.1. Tarihsel Süreç .....	8
1.1.6.2. Güncel Yaklaşımlar .....	9
1.1.6.2.1. İlaç Tedavisi .....	9
1.1.6.2.2. Psikososyal Müdahaleler .....	9
1.1.6.2.2.1. Psikoeğitim .....	10
1.1.6.2.2.2. Sosyal Beceri Eğitimi.....	10
1.1.6.2.2.3. Üstbiliş Eğitimi.....	11
1.1.6.2.2.4. Sanat Terapisi .....	11
1.1.6.2.2.5. Destekli İstihdam .....	11
1.1.7. Şizofrenide Remisyon ve İyileşme .....	12
1.2. OBSESİF KOMPÜLSİF BELİRTİLER .....	13
1.2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk .....	13
1.2.2. Şizofreni Obsesif-Kompulsif Belirtiler .....	14
1.3. KİŞİLİK İNANÇLARI.....	14
1.3.1. Kişilik.....	14
1.3.2. İşlevsel Kişilik ve Kişilik Bozuklukları.....	15
1.3.3. Kişilik Kuramları.....	15
1.3.3.1. Psikanalitik Kuram .....	15
1.3.3.1.1. Sigmund Freud.....	15

1.3.3.1.2. Carl Gustav Jung.....	16
1.3.3.1.3. Alfred Adler .....	16
1.3.3.2. Psikodinamik Yaklaşımlar.....	16
1.3.3.2.1. Karen Horney.....	17
1.3.3.2.2. Harry Stack Sullivan .....	17
1.3.3.2.3. Erik Erikson .....	17
1.3.3.3. Hümanistik Yaklaşım .....	18
1.3.3.3.1. Abraham Maslow.....	18
1.3.3.3.2. Carl Rogers.....	18
1.3.3.4. Özellik Yaklaşımı.....	19
1.3.3.5. Bilişsel Kuram .....	19
1.3.4. Şizofreni ve Kişilik.....	21
1.4. TOPLUMSAL İŞLEVSELLİK.....	22
<b>İKİNCİ BÖLÜM.....</b>	<b>23</b>
<b>2. YÖNTEM.....</b>	<b>23</b>
2.1. KATILIMCILAR .....	23
2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	23
2.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu .....	23
2.2.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği.....	23
2.2.3. Padua Envanteri Kısa Formu.....	24
2.2.4. Kişilik İnanç Ölçeği Kısa Formu.....	24
2.2.5. Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği.....	25
2.3. UYGULAMA.....	26
<b>3. VERİLERİN ANALİZİ.....</b>	<b>27</b>
3.1. BULGULAR .....	27
3.1.1. Betimleyici İstatistikler .....	27
3.1.2. Ölçeklerin Güvenilirlik Analizleri.....	31
3.1.3. Normallik Analizleri.....	32
3.1.4. Korelasyon Analizleri.....	34
3.1.5. Mann Whitney U Testleri .....	41
3.1.6. Kruskal Wallis Testleri .....	47
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM .....</b>	<b>57</b>
<b>4. TARTIŞMA .....</b>	<b>57</b>
4.1. OBSESİF KOMPÜLSİF BELİRTİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	57
4.2. KİŞİLİK İNANÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ .....	58
4.3. TOPLUMSAL İŞLEVSELLİĞİN DEĞERLENDİRİLMESİ .....	59
<b>SONUÇ.....</b>	<b>61</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>63</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>74</b>

## SEMBOLLER

$\bar{X}$	: Aritmetik ortalama
df	: Serbestlik derecesi
k	: Madde sayısı
Me	: Medyan
n	: Kişi sayısı
r	: Korelasyon katsayısı
$R^2$	: Determinasyon katsayısı
ss	: Standart sapma
$\chi^2$	: Ki-kare
%	: Yüzdelik
$\pm$	: Artı eksi

## ÇİZELGE LİSTESİ

### Sayfa

<b>Çizelge 2.1:</b> Örneklemin demografik ve klinik değişkenlere göre dağılımı.....	28
<b>Çizelge 2.2:</b> Örneklemin demografik ve klinik değişkenleri için betimleyici istatistik değerleri.....	29
<b>Çizelge 2.3:</b> Örneklemin ölçek toplam puanları ile alt boyut puanlarının betimleyici istatistik değerleri.....	30
<b>Çizelge 2.4:</b> Kullanılan ölçeklerin ve ölçek alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları.	32
<b>Çizelge 2.5:</b> Örneklemin ölçek toplam puanları ile alt boyut puanlarının çarpıklık ve basıklık değerleri.....	33
<b>Çizelge 2.6:</b> Padua Envanteri ve alt boyutlarının yaş değişkeni ile korelasyon analizi sonuçları.....	34
<b>Çizelge 2.7:</b> Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutlarının yaş değişkeni ile korelasyon analizi sonuçları.....	35
<b>Çizelge 2.8:</b> Kişilik İnanç Ölçeği alt boyutlarının yaş değişkeni ile korelasyon analizi sonuçları.....	35
<b>Çizelge 2.9:</b> Padua Envanteri ve alt boyutlarının toplam eğitim süresi ile korelasyon analizi sonuçları.....	36
<b>Çizelge 2.10:</b> Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutlarının toplam eğitim süresi ile korelasyon analizi sonuçları.....	36
<b>Çizelge 2.11:</b> Kişilik İnanç Ölçeği alt boyutlarının toplam eğitim süresi ile korelasyon analizi sonuçları.....	37
<b>Çizelge 2.12:</b> Padua Envanteri ve alt boyutlarının hastalık başlangıç yaşı ile korelasyon analizi sonuçları.....	37
<b>Çizelge 2.13:</b> Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutlarının hastalık başlangıç yaşı ile korelasyon analizi sonuçları.....	38

<b>Çizelge 2.14:</b> Kişilik İnanç Ölçeği alt boyutlarının hastalık başlangıç yaşı ile korelasyon analizi sonuçları.....	38
<b>Çizelge 2.15:</b> Padua Envanteri ve alt boyutlarının ilk atakta tedavisiz geçen süre ile korelasyon analizi sonuçları.....	39
<b>Çizelge 2.16:</b> Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutlarının ilk atakta tedavisiz geçen süre ile korelasyon analizi sonuçları.....	39
<b>Çizelge 2.17:</b> Kişilik İnanç Ölçeği alt boyutlarının ilk atakta geçen tedavisiz süre ile korelasyon analizi sonuçları.....	39
<b>Çizelge 2.18:</b> Padua Envanteri ve alt boyutlarının toplam hastalık süresi ile korelasyon analizi sonuçları.....	40
<b>Çizelge 2.19:</b> Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutlarının toplam hastalık süresi ile korelasyon analizi sonuçları.....	40
<b>Çizelge 2.20:</b> Kişilik İnanç Ölçeği alt boyutlarının toplam hastalık süresi ile korelasyon analizi sonuçları.....	41
<b>Çizelge 2.21:</b> Ölçek puanlarının cinsiyet açısından Mann Withney U testi ile karşılaştırılması.....	42
<b>Çizelge 2.22:</b> Ölçek puanlarının intihar girişimi öyküsü varlığı açısından karşılaştırılması.....	44
<b>Çizelge 2.23:</b> Ölçek puanlarının ailede psikiyatrik öykü varlığı açısından karşılaştırılması.....	46
<b>Çizelge 2.24:</b> Ölçek Puanlarının Medeni Duruma göre Karşılaştırılması.....	47
<b>Çizelge 2.25:</b> Ölçek Puanlarının Psikiyatrik Tanı Nedeniyle Hastaneye Yatış Sayısına göre Kruskal Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....	49
<b>Çizelge 2.27:</b> Ölçek Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Kruskal Wallis Testi ile Karşılaştırılması.....	54

## KISALTMALAR

APA	American Psychological Association
çev.	Çeviren
ed. veya haz.	Editör/yayına hazırlayan
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
KİÖ-KF	Kişilik İnanç Ölçeği - Kısa Formu
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
OKS	Obsesif Kompulsif Sendrom
PANSS	Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği
PE-KF	Padua Envanteri – Kısa Formu
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TİDÖ	Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği
s.	Sayfa/sayfalar
vd.	Çok yazarlı eserlerde ilk yazardan sonrakiler

## GİRİŞ

Şizofreni nüfusun ortalama %0,4'ünü etkileyen kronik bir ruhsal hastalıktır (Saha vd., 2005). Şizofreni genellikle erken gençlik yıllarında başlayan, etiyojisine dair kesin bilgilere henüz ulaşılammış, kişiyi birçok alanda etkileyen kronik bir rahatsızlıktır (Karakuş vd., 2017). İşlevselliğin bozulması, şizofreni spektrumundaki mental hastalıkların tanı kriterlerinden biridir (APA, 2013). Şizofreninin negatif belirtileri, günlük aktivite ve sosyal işlevsellikte kısıtlılıkları beraberinde getirmektedir (Ang vd., 2021) Hastalığın genellikle erken dönemde başlaması nedeniyle kişilerin, hastalık öncesinde kendi hayat planlarını keşfetmiş olma fırsatlarından yoksun olduğu söylenebilir. Buna pozitif ve negatif belirtilerin yol açtığı yeti yitimi ile bakım verene bağımlılık, damgalanma gibi unsurlar eklendiğinde şizofreni hastalarının toplum içinde sosyalleşme, çalışabilme ve özbakımlarını sürdürebilme ile ilgili ketlenmeler yaşaması olasıdır.

Ağır yeti yitimleriyle seyrediyor olması nedeniyle, hasta yakınlarının deneyimlediği bakım veren yükü, küresel bir sorundur (Chan, 2011). Hastalığın tedavisi için ayrılan bütçenin yanı sıra hem hastaların hem de bakım verenlerin üretim hayatına dahil olmasını engellemesi nedeniyle, hastalığın aileler ve toplum üzerinde ekonomik bir kayba yol açtığı da göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle hastalığın tedavisinde farmakoterapinin yanında, tedavi uyumunu sağlamak, hastaların ve bakım verenlerin stres yönetimini kolaylaştırmak, bağımsız yaşam becerileri kazandırmak ve sosyal içermeyi sağlamak amacıyla yapılan psikososyal müdahaleler önem kazanmaktadır. Ülkemizde toplum ruh sağlığı merkezlerinin işleyişinde olduğu gibi, vaka yöneticileri aracılığıyla hasta ve yakınlarına kişisel ihtiyaçları göz önünde bulundurularak bireyselleştirilmiş müdahalelerin planlanması azami verimi sağlamada yardımcı olacaktır.

Obsesyon (takıntı), kişinin huzurunu kaçıran ve sürekli olarak tekrarlayan düşünce, dürtü ve imgelerdir. Kompülsiyon (zorlantı) ise bu obsesyonları etkisiz hale getirmek amacıyla yapılan ritüel benzeri davranışsal veya zihinsel eylemler olarak tanımlanır (Beckner, 2014). Obsesif Kompülsif Bozukluk ya da subklinik obsesif

kompulsif belirtiler şizofreni hastalarının önemli bir kısmının (1/8 ila 1/3'ünün) yaşamını etkilemektedir (Swets vd., 2014). Obsesif-kompulsif belirtilerin eşlik ettiği şizofreni gruplarına ilişkin yapılan çalışmalar bu belirtilerin kişilerde üç şekilde ortaya çıktığını ileri sürmektedir: hastalık öncesi belirtiler olarak, hastalıkla eş zamanlı ortaya çıkarak ya da antipsikotiklerin tetiklemesiyle (Tezenas du Montcel vd., 2019). Şizofreni hastalarının obsesif-kompulsif belirti ve işlevselliklerini inceleyen bir çalışmada, obsesif-kompulsif belirtilerin pozitif ve negatif belirtilerle anlamlı bir ilişkisi olmadığı, ancak işlevselliği etkilediği ortaya konmuştur (Toona vd., 2015).

Kişilik çevresel faktörlerin yanısıra kalıtsal olana daha çok işaret eden ve görece sabit bir süreklilik gösteren davranış ve tutumları açıklamakta başvurulan bir kavramdır. Bilişsel kurama göre kişilik inançları olarak adlandırılan işlevsel olmayan inançlar, kişilik bozukluklarının oluşumunda rol oynar (Türkçapar vd., 2008). Şizofreni hastaların %70'inde hastalığa en az bir kişilik bozukluğu eşlik etmektedir (Karşlıoğlu vd., 2012).

Şizofreni hastalarının işlevselliklerini arttırmaya yönelik planlanacak müdahalelerin hedef noktalarının belirlenmesinde, işlevselliği etkileyen unsurların neler olabileceğine odaklanmak gerekmektedir. Alanyazında pozitif ve negatif belirtiler, duygu durumu, dağınık düşünce, şizofreni başlangıç yaşı gibi klinik değişkenlerin ve çevresel etkenlerin yanısıra genç yaş, medeni durum, eğitim seviyesi gibi sosyodemografik faktörlerin işlevsellik üzerindeki etkileri sunulmaktadır (Erol vd., 2009; Suttajit vd., 2015). Bununla birlikte kimi araştırmacılar bu kişilerdeki düşük işlevselliğin hastalık öncesi dönemlerinde de var olduğunu ileri sürmüştür (Harrison vd., 1996; Stephens vd., 1997).

Bu çalışmada remisyondaki şizofreni tanılı bireylerin yaşam kalitesini etkilediği düşünülen obsesif-kompulsif belirtilerin, kişilik inançlarının ve toplumsal işlevselliğin yaş, eğitim, çalışma durumu, medeni durum gibi demografik değişkenlerle; hastalık başlangıç yaşı, ilk atakta tedavisiz geçen süre, toplam hastalık süresi, intihar öyküsü ve ailede psikiyatrik öykü varlığı gibi klinik değişkenlere bağlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Çalışmanın hastalığın tedavisi için planlanan psikososyal müdahalelerin bireyselleştirilmesinde hangi değişkenlerin göz önünde bulundurulabileceğine dair katkı sunması beklenmektedir.

# BİRİNCİ BÖLÜM

## 1. GENEL BİLGİLER

### 1.1. ŞİZOFRENİ VE REMİSYON

Şizofreni bireyin ruh sağlığının hemen her alanında belirti ve bulgu gösterebilen, erken yaşlarda başlayan ve prognozu kişiden kişiye çok farklı seyredebilen, etiyojisi halen tam olarak bilinmeyen ve ciddi yeti yitimine yol açabilen bir toplum sağlığı sorunudur (Soygür ve Erkoç, 2007).

#### 1.1.1. Şizofreninin Tanımı ve Tarihiçesi

Antik ve Orta Çağ'da her ne kadar ruhsal hastalıkların modern anlamda bir sınıflaması yapılmamış olsa da "delilik" üzerine açıklamalar genel olarak ikiye ayrılıyordu: İlki halk arasında yaygın kabul gören, ilahi bir etki veya kötü ruhların kişiyi ele geçirmesi gibi doğa üstü açıklamalardır (Evans vd., 2003). Diğeri ise ruhsal hastalıkların biyolojik temelli olduğunu ileri süren ve beden sıvılarının dengesizliği olarak açıklanan Humoral Patoloji (Ahlat-ı Erbaa) Teorisi'dir (Evans vd., 2003; Hirvonen 2018). Evans vd. (2003), Antik Yunan ve Roma eserlerine dair yürüttükleri bir sistematik gözden geçirme çalışmasında söz konusu dönemin kurgusal metinlerinde psikotik belirtileri olan karakterlerin yer aldığını, ancak modern psikiyatrinin tanımladığı haliyle şizofreni tanı kriterlerini kapsayacak nitelikte bir veriye rastlamadıklarını bildirmişlerdir. Şizofreni benzeri hastalıklara ilişkin ilk kapsamlı açıklamalar 18. yüzyıl eserlerinde görülmektedir (Lavretsky, 2008). 19. yüzyıl'da Morel bu hastalığı tanımlamak için dementia praecox (erken gelişmiş demans) kavramını kullanan ilk kişi olmuştur (Lavretsky, 2008).

Kaplan (2008) ve Kyziridis (2005), şizofreninin erken tarihine ilişkin araştırmalarında, hastalığın tarihsel süreç içerisinde nasıl ele alındığını ve Kraepelin ve Bleuler'in yaklaşımlarının nasıl bir kırılım sergilediğini ortaya koymuşlardır. Emil Kraepelin, o zamanlar "dementia praecox" olarak adlandırılan bu durumu, erken dönemde başlayan ve kronik seyir gösteren bilişsel bozuklukların bir ifadesi olarak

tanımlamıştır (Lavretsky, 2008). Kraepelin'in dementia praecox vakalarını, manik-depresif bozukluktan ayıran dikotomik nozolojisi hastalığın anlaşılmasında kritik bir öneme sahiptir ve sınıflandırmaya dayalı modern psikiyatrik yaklaşımın temelini oluşturmuştur (Kohl, 1999). Kraepelin'in sınıflandırması belirti ve bulgu kümelerinin karakteristik seyri ve sonucuna dayanmaktadır (Lavretsky, 2008).

Bleuler, 1908'de Alman Psikiyatri Derneği'nin bir toplantısında "Die Prognose der Dementia Praecox (Schizophreniegruppe)" başlıklı sunumunda Latince'de "bölünmüş zihin" anlamına gelen şizofreni terimini ilk defa kullanan kişi olmuştur (Kaplan, 2008). Bleuler'e göre hastalığın demansla veya erken başlangıçla bir ilgisi yoktu, temel özelliği ruhsal işlevlerdeki bölünmeydi. Bleuler ve Kraepelin'in çalışma yöntemleri arasında önemli bir fark vardı; Kraepelin hastalar hakkındaki bilgileri hasta kayıtlarından toplarken, Bleuler klinik gözlem yapıyordu (Ashok vd., 2012). Bleuler bu gözlemlerinden yola çıkarak birincil ve ikincil şizofrenik belirtileri tanımlamıştır: Birincil belirtiler düşünce süreçleri ile duygu ve davranışlar arasındaki ilişkinin kopmasına işaret ederken; ikincil belirtiler bireyin uyum kapasitesi ve çevresel faktörlere bağlı olarak ortaya çıkan sanrı, varsanı, dürtü azalması ve sosyal geri çekilme gibi belirtilerdir (Kuhn ve Cahn, 2004). Birincil belirtileri tanımlarken 4A belirtisi kavramını kullanan Bleuler, bu belirtileri; "loosening of associations" (çağrışımlarda gevşeme), "autism" (otizm: gerçeklikten çekilme ve kendi iç dünyasında yaşama eğilimi), disturbances of affectivity (düzensiz duygulanım) ve ambivalence (ikirciklilik: bir konu veya durum hakkında eş zamanlı olarak birbirine zıt duygu ve düşüncelerin deneyimlenmesi) olarak sıralamıştır (Fusar-Poli ve Politi, 2008)

Kurt Schneider, 1959'da yazdığı Klinik Psikopatoloji kitabında şizofreninin birinci sıra semptomlarını tanımlamıştır; bunlar işitsel varsanılar, düşüncenin geri çekilmesi, eklenmesi veya kesintiye uğratılması, düşünce yayımı, somatik halüsinasyonlar, sanrısız algı, dış etkenler tarafından yaptırılan veya etkilenen eylemler veya duygulardır (Soares-Weiser vd., 2015). Bu semptomlardan işitsel varsanılar, kişinin kendi düşüncelerini duyması, birbiriyle konuşan sesler veya hastanın davranışlarına dair yorum yapan sesler gibi nitelikler taşıyabilir (Sedman, 1966). Schneider'ın şizofreninin diğer psikiyatrik tanılardan ayırt edilmesinde önerdiği bu birinci sıra semptomlar, Kraepelin ve Bleuler'in ortaya koyduğu gözleme

dayalı nesnel belirtilerin ötesinde, bireyin zihninin içinde olup bitene, öznel olana ilişkin semptomlardır. Schneider'ın bu yaklaşımı bireyin kendi iç deneyimlerinin aydınlatılmasına odaklanması bakımından psikiyatriye yeni bir bakış açısı getirmiştir (Huber, 2002).

### **1.1.2. Şizofreninin Etiyolojisi**

Şizofreninin etiyolojisi genetik ve çevresel faktörlerin karmaşık bir etkileşimini içerir (Hosak ve Hosakova, 2015). Bu alanda yapılan sayısız çalışmanın sonucunda halen tablonun bütününe ilişkin bir veri sağlanamamıştır ancak bazı parçaları aydınlatılmıştır (Walker vd., 2004).

Genetik üzerine yapılan araştırmalar ile şizofreniyle ilişkilendirilen, özellikle nörogelişim, nöroplastisite, immünoloji ve nöroendokrinoloji ile ilgili olan, birçok şüpheli gen tanımlanmıştır (Hosak ve Hosakova, 2015). Tek yumurta ikizlerinden birinin şizofreni tanısı alması durumunda, diğ erinin hastalığ a yakalanma olasılığı %48 iken, bu risk çift yumurta ikizlerinde %12-14'tür (Fatani vd., 2017). Her iki ebeveynin şizofreni spektrum bozukluklarından bir tanısı olması durumunda, çocuklarının da hastalığ a yakalanma riski yaklaşık %40 oranındadır (Fatani vd., 2017). Bu durum, genetiğ in fenotipik ifadelerinin farklı olabildiğ ini ve gen harici faktörlerin etkisinin incelenmeye değ er olduğunu göstermektedir (Fatani vd., 2017).

Nörogelişimsel hipotez, gebelikten itibaren nörogelişimi etkileyen ve şizofreni için risk teşkil eden faktörleri ortaya koyar. Bunlardan bazıları; anne stresi, beslenme sorunları, enfeksiyon, intrauterin büyüme geriliğ i, gebelik ve doğ um komplikasyonlarıdır (Fatani vd., 2017). Epigenetik faktörlerin, özellikle prenatal ve postnatal çevresel risk faktörlerinin varlığ ında (stres, kentsellik, esrar kullanımı gibi) savunmasız beyin yollarını güçlendirerek şizofreni riskini artırdığı düşünölmektedir (Hosak ve Hosakova, 2015).

Şizofreni üzerine yapılan ve genetik ile çevre etkileşiminin oynadığı rolü ortaya koyan çalışmalar en iyi stres-yatkınlık modeliyle açıklanmaktadır (Walker vd., 2004). Bu modele göre doğ um öncesi olaylar ve doğ um sonrası stresörler edinilmiş yapısal faktörleri oluşturur. Edinilmiş yapısal faktörler, kalıtsal yapısal faktörlerle birlikte kiş inin şizofreni geliştirme riskini ifade eden yapısal savunmasızlığı oluşturur. Ergenlik ve genç yetişkinlikte beyinde meydana gelen gelişim ve

olgunlaşma süreçlerini ifade eden nöromatürasyon süreçler ve stres, yapısal savunmasızlığı olan bireylerde psikotik rahatsızlıkların ortaya çıkmasını tetikleyebilmektedir (Walker vd., 2004). Mevcut araştırmalar sağlıklı grupla karşılaştırılan şizofreni tanılı bireylerin hastalık öncesi dönemde daha fazla psikososyal strese maruz kaldığına dair güvenilir kanıtlar olmadığını; ancak klinik örneklemin stres karşısında daha hassas olduklarını ortaya koymaktadır (Walker vd., 2004).

### **1.1.3. Şizofreninin Sıklık ve Yaygınlığı**

Şizofreni üzerine yapılan epidemiyoloji çalışmalarına göre her yıl her 10.000 yetişkin kişiden biri (12-60 yaş aralığında) şizofreni tanısı almaktadır (Häfner ve Heiden, 1997). Bir meta-analiz çalışmasının sonuçlarına göre şizofreninin yaygınlığına ilişkin yürütülen araştırma bulgularının medyan değerleri her 1.000 kişide, nokta prevalansı için 4,6 (1,9-10,0); periyot prevalansı için 3,3 (1,3-8,2) ve yaşam boyu prevalansı için 4,0 (1,6-12,1) olarak raporlanmıştır (Saha vd., 2005).

Her ne kadar hastalığın kadın ve erkeklerde görülme oranları eşit olsa da erkeklerde başlangıç yaşı kadınlara göre ortalama 3-4 yaş daha düşük ve prognoz daha ağır seyretmektedir (Wing, 1987; Häfner ve Heiden, 1997). Şizofreni için risk teşkil eden ortalama yaş aralığı 20-35'tir ve vakaların %75'inde ilk psikiyatrik başvuru öncesi ortalama 5 yıllık prodromal dönem ve bir yıllık psikotik dönem tariflenmektedir (Häfner ve Heiden, 1997).

### **1.1.4. Şizofreni Tanı Kriterleri**

Şizofreni, DSM-5'te (APA, 2013) belirtildiği üzere A tanı kriteri olarak sanrı, varsanı, darmadağın konuşma, ileri derecede dağınık davranış veya katatoni ile negatif belirtilerden en az ikisinin (en az biri ilk üç belirtiden biri olmak koşuluyla) bir ay süreyle (yahut tedavi edilmişse daha kısa süre) görüldüğü bir düşünce ve algı bozukluğudur. Akut dönemle birlikte prodromal ve rezidüel belirti evreleri 6 aydan uzun sürer.

#### **1.1.4.1. Şizofreni Spektrumundaki Diğer Bozukluklar**

DSM-5'te yer alan şizofreni spektrumundaki diğer bozukluklar şu şekildedir (APA, 2013): Şizofreninin diğer tanı kriterlerinin karşılanması ancak sürenin 6 aydan

kısa olması durumunda şizofrenimsi (şizofreniform) bozukluk tanısı düşünülür. Şizofreninin A tanı kriterinin karşılanmadığı ancak kişinin en az bir ay süreyle sanrılarının var olduğu bir durumda sanrılı bozukluk; negatif belirtiler olmaksızın şizofreninin A tanı kriterinin en az bir gün olmak koşuluyla bir aydan daha az süre ile görüldüğü durumda kısa psikoz bozukluğu tanıları değerlendirilir. Majör depresyon ya da maninin şizofreninin A tanı kriterine eşlik etmesi ve daha önce majör depresyon ya da mani deneyimlenmeksizin en az iki hafta süreyle sanrı ya da varsanılarının bulunduğu durumlarda şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk söz konusudur.

### **1.1.5. Şizofreni Belirtileri**

Şizofreni belirtileri genel olarak pozitif belirtiler ve negatif belirtiler olmak üzere iki ana başlık altında toplanır (Coffey, 1994).

#### **1.1.5.1. Pozitif Belirtiler**

Pozitif semptomlar anormal zihinsel aktiviteyi yansıtır (Liddle, 1987). Bu belirtiler sağlıklı bireylerde görülmeyen, hastalık etkisiyle deneyimlenen belirtileri ifade eder (Ellenbroek, 2005). Sık görülen pozitif belirtiler; sanrı, varsanı, konuşma dağınıklığı ve uygunsuz duygulanım olarak sıralanabilir (Coffey, 1994)

Sanrılar, aksini gösteren kanıtlara rağmen değişmeyen, sabit, gerçek dışı inançlardır (Liu, 2017). En yaygın sanrı türlerinden bazıları grandiyöz, somatik, takip edilme, zarar görme, referans ve dini içerikli sanrılardır (Liu, 2017; Karson, 1980). Örneğin kişi kendisinin İsa Mesih olduğuna, düşüncelerinin başkaları tarafından kontrol edildiğine veya beyninin çürüdüğüne inanabilir (Mueser ve McGurk, 2004). Pasiflik fenomeni, Schneider'ın birinci sıra belirtilerinden kişinin kendi düşüncelerinin başkaları tarafından zihnine sokulduğu, kendi düşüncelerinin çalındığı veya kendi düşüncelerinin başkaları tarafından bilindiği yönündeki inançları içerir (Graham-Schmidt vd., 2018)

Varsanı, bir dış uyaran olmaksızın yaşanan algısal deneyimlerdir (Fénelon ve Hamdani, 2020). Şizofrenide en sık görülen varsanı türü işitsel varsanıdır ayrıca görme, koku, tat ve dokunma duyularıyla ilgili varsanılar da görülebilmektedir (Mueser ve McGurk, 2004).

Konuşma dağınıklığı, düşünce süreçlerindeki bozulmayı gösteren bir belirtidir ve anlamsal ağların aşırı aktifleşmesinin bir sonucu olarak görülmektedir (Kuğu vd., 2002), Bleuler'in 4A belirtilerinden çağrışımlarda gevşeme, dağınık, anlamsız ve amaca yönelmeyen konuşma olarak hastalarda gözlenir (Ulaş vd., 2015).

Uygunsuz duygulanımsa, kişinin duruma uygun olmayan duygu ifadeleri sergilemesi anlamına gelmektedir (Herron ve Kantor, 1968).

#### 1.1.5.2. Negatif Belirtiler

Negatif belirtiler, normalde mevcut olan zihinsel bir işlevin eksikliğini yansıtır (Liddle, 1987). Negatif belirtiler; aloji (konuşma miktarı ve içeriğinde azalma), künt duygulanım (duygu ifadelerinde azalma), anhedoni (keyif alamama), asosyallik (yakınlık gösterememe, sosyal ilişki kurmada ve sürdürmede zorluk), isteksizlik/apati (kişinin günlük aktivitelere veya hedeflere yönelik motivasyon eksikliği yaşaması) ve dikkat sorunlarıdır (Coffey, 1994). Şizofreni tanılı bireylerde dikkat eksikliği sorunları odaklanma, dikkati sürdürme veya odağı değiştirme sorunları olarak görülebilir (Cornblatt vd., 1997).

Negatif belirtiler her üç şizofreni hastasından birinin hayatını önemli derecede etkilemektedir (Mäkinen vd., 2008) ve olumsuz prognozun en önemli yordayıcılarından biridir (Starkstein, 2000). Beyindeki (özellikle dopamin ödül yolağındaki) yapısal ve fonksiyonel bazı anomaliler ile psikososyal faktörlerin negatif belirtilerin ortaya çıkması ve sürmesi üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Örneğin aşırı uyarılmaya karşı bir savunma olarak gelişen sosyal çekilme, sağladığı rahatlama nedeniyle sürdürülür (Sarkar vd., 2015). Negatif belirtilerin bir sonucu olarak, bireyin günlük aktivitelerle başa çıkma yeteneğinin zayıflamasıyla dışarıdan bir yardım almaksızın bağımsız bir yaşam sürdürme kapasitesi azalır (Mäkinen vd., 2008). Pozitif belirtilere göre daha uzun süren ve ilaç tedavisine çok daha az yanıt veren negatif semptomların iyileşmesi, kişinin genel işlevselliğindeki iyileşmelerle ilişkilendirilmiştir (Velligan ve Alphas, 2008).

### 1.1.6. Şizofreninin Tedavisi

#### 1.1.6.1. Tarihsel Süreç

Tarihsel süreç içerisinde ruhsal hastalıklara ilişkin açıklamalarla birlikte tedavi yöntemleri de bir dönüşüm geçirmiştir. Orta Çağ'da psikotik belirtileri olan kişilerin içine kötü ruhların kaçtığıyla ilgili inançlar, bu kişilerin toplumdan izole edilmesi, cezalandırılması gibi uygulamaları beraberinde getirmiştir (Thompson, 1994). Bu vakaların hastalık olarak değerlendirildiği durumlardaysa, humoral teoriye dayanan damarlara kesi atılarak kan alımı ve arındırma yöntemlerine tedavi amaçlı başvuruluyordu (Thompson, 1994). 20. yüzyılın ortalarına kadar yaygın yaklaşım, akıl hastalığı olan bireylerin hastane benzeri kurumlarda toplu bir şekilde tecrit edilmesi şeklindeydi (Nenadović, 2011).

Şizofreninin tedavisinde modern farmakolojik girişimler, klorpromazinin keşfedilmesiyle 1950'li yıllara dayanır (Kane, 1999). Antipsikotiklerin şizofreninin tedavisinde kullanılmaya başlanmasıyla kurum dışılaştırma hareketi başlamıştır. Kurum dışılaştırma terimi, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin hastanelerde ömür boyu bakımı yerine ayaktan tedavi hizmetlerine geçişi ifade eder (Davis vd., 2012).

#### 1.1.6.2. Güncel Yaklaşımlar

##### ***1.1.6.2.1. İlaç Tedavisi***

Şizofreninin ilaçla tedavisinde, antipsikotiklerin akut alevlenme dönemlerindeki yatıştırıcı etkisi ve nüksü önlemedeki rolü tartışılmaz önem taşır (Kane, 1987, 1997; Riedel vd., 2007). Belirtileri azaltırken, bireylerin ilaç uyumunun azalmasına neden olan ilaç yan etkilerinin de minimize edilmesi üzerine farmakoloji alanındaki çalışmalar devam etmektedir (Riedel vd., 2007). Buna rağmen, hastalığın özellikle negatif belirtileri ve bilişsel yetiyitimlerini hedef alacak daha etkili ilaç tedavilerine ihtiyaç sürmektedir (Ved ve Doshi, 2020) Bununla birlikte bireyin ilaç tedavisinden göreceği yararın en önemli öncüllerinden birisi ilaç uyumudur (McEnany, 2007). Bireyin hem ilaç tedavisinden azami faydayı sağlayabilmesi, hem de ilaçların yetersiz kaldığı alanlarda iyileşmenin yakalanabilmesi için psikososyal müdahalelerin tedavi sürecine entegrasyonu önemlidir (Kane, 1987, 1997; Riedel vd., 2007).

##### ***1.1.6.2.2. Psikososyal Müdahaleler***

Ruhsal hastalıklarla mücadele konusunda dünya genelinde uygulanan üç model, hastane temelli model, toplum temelli model ve toplum-hastane dengeli modeldir (Songur vd., 2017). Toplum temelli modelde, bireyin yaşadığı toplum içinde, evinde, mahallesinde, işyerinde, topluma entegrasyonunu, nüksün azaltılmasını ve işlevselliğinin artırılmasını amaçlayan psikososyal müdahaleler çok önemli bir yer alır (Çiçekoğlu ve Duran, 2018). Aşağıda sıklıkla uygulanan psikososyal müdahalelerin bir kısmına değinilmiştir.

#### *1.1.6.2.2.1. Psikoeğitim*

Psikoeğitim programları, hastalık belirtileri, uygun tedavi ve hastalığın seyri ile ilgili doğru bilgileri sağlamasının yanı sıra tedaviye uyum ve stres yönetimi gibi konularda hastaları ve ailelerini güçlendirerek relaps riskinin azaltılmasını amaçlar (De Sousa vd., 2012). Özellikle ilk atak sonrası hastalara yönelik bir psikoeğitim; hastalığı anlamlandırma, tedavi uyumunu artırma ve iyileşme sürecini destekleme konusunda yardımcı olur (McGorry, 1995). Yürütülen randomize kontrollü çalışmalar, psikoeğitim alan hasta grubunun, psikoeğitim almayan hasta grubuna göre daha az semptom gösterdiğini ve daha iyi sosyal işlevsellik sergilediğini göstermektedir (Özkan vd., 2013; Degmečić vd., 2007; Alhadidi vd., 2020).

#### *1.1.6.2.2.2. Sosyal Beceri Eğitimi*

Şizofrenide negatif belirtiler, bireyin günlük yaşamını bağımsız sürdürmesinin önünde engel oluşturan yeti yitimini beraberinde getirir (Mäkinen vd., 2008). Sosyal beceri eğitimi; bireylerin sosyal olarak kabul edilebilirliğini desteklemeye yönelik rol oyunları, modelleme, ev ödevleri, güçlü yönleri öne çıkarma ve düzeltici geri bildirimler verme gibi davranışsal eğitim metotlarını içerir (Watson ve Singh, 1985). Sosyal iletişim toplumsal işlevselliğin en önemli yordayıcısıdır ve bireyin kişilerarası ilişkilerinde hem somut hedeflerine ulaşması hem de duygusal tatmin sağlaması için gereklidir (Watson ve Singh, 1985). İletişim becerisiyle birlikte problem çözme becerilerini de ele alan bir sosyal beceri eğitimi, bireyin günlük sorunlarla baş etme kapasitesini artıracığından stres-yatkınlık modeli kapsamında relapsları önlediği düşünülmektedir (Lieberman vd., 1986).

İletişim becerisi, duyguları tanıma ve ifade etme becerisi, günlük yaşam aktivitelerini düzenleme becerisi gibi sosyal beceri modüllerinin yanı sıra hastalık yönetimine dair psikoeğitim modüllerini ve hasta yakınlarının da bilgilendirildiği aile oturumlarını içeren kapsamlı yapılandırılmış bir sosyal beceri eğitimi olan Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi'nin psikopatoloji düzeyini azaltma ve toplumsal işlevselliği artırmaya dair etkinliği randomize kontrollü çalışmalarla ortaya konulmuştur (Yıldız vd., 2019).

#### *1.1.6.2.2.3. Üstbiliş Eğitimi*

Bilişsel Davranışçı Terapi'den temel alan ve şizofreninin pozitif belirtileriyle, bilgi toplama, değerlendirme ve işleme süreçlerindeki çarpıtmaların ilişkisini ortaya koyan Üstbiliş Eğitimi'nin (Metacognitive Training) temel amacı, sıklıkla hatalı kararlarla sonuçlanan bilişsel önyargıları uyandıran egzersizler aracılığıyla bilişsel çarpıtmaların varlığı ve işlevsizliği konusunda hastaların farkındalığını artırmaktır (Moritz vd., 2011). Çalışmalar Üstbiliş Eğitimi'nin; sanrısız inançlara bağlı olarak görülen olumsuz duygulanım ve stresi ifade eden sanrı sıkıntısı (Van Dongen vd., 2012), hafıza, sosyal yaşam kalitesi, bilişsel içgörü, sanrı şiddeti ve üstbilişsel beceriler üzerinde etkili olduğunu göstermektedir (Moritz vd., 2011; Erawati vd., 2014; Simón-Expósito ve Felipe-Castaño, 2019).

#### *1.1.6.2.2.4. Sanat Terapisi*

Sanat terapisi, terapötik ilişki bağlamında imge oluşturma sürecine dayanan, bireyin kendisini tehdit altında hissetmeden iç dünyasına dair içgörü geliştirmesine destek sunan, bireysel veya grupta çalışılabilen bir terapi yöntemidir (Gajic, 2013; Richardson vd., 2007). Şizofreni tanılı bireylerden oluşan grup sanat terapilerinin, depresif temaları azalttığı, özgüven gelişimini desteklediği, kendini ifade etme ve sosyal etkileşime katkıda sunduğu görülmüştür (Gajic, 2013; Potocky, 1993). Ülkemizde yapılan çalışmalarda sanat terapisinin şizofreni tanılı hasta grubunda pozitif ve negatif belirtiler, depresyon ve aleksitimi düzeylerinde iyileşme elde edilmiştir (Sarandöl vd., 2013; Günay, 2017; Demir ve Hızlı, 2024).

#### *1.1.6.2.2.5. Destekli İstihdam*

Destekli istihdam, kendi başına istikrarlı bir çalışma hayatı sürdürmez durumda olan engelli bireylerin istihdam edilmesini ve işgücüne katılımı sosyal içermeyi ve bağımsız yaşamı hedefleyen bir uygulamadır (Wehman, 2012). Destekli istihdam modelinde engelli birey, iş koçu desteğiyle kendi ilgi alanları ve yeteneğine göre bir rekabetçi işyerinde istihdam edildikten sonra, kişinin ihtiyacı devam ettiği sürece işyerinde mesleki eğitim alarak psikososyal açıdan desteklenir ve diğer çalışanlarla eşit ücret alır (İncedere ve Yıldız, 2021). Bir sistematik inceleme çalışmasının sonuçlarına göre şizofreni tanısı olan bireylerin çalışma oranı %4 ila %50.4 arasında değişmektedir ve istihdam ile sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi arasında pozitif bir korelasyon görülmektedir (Bauwmans vd., 2015). Bu çalışmaya göre şizofreninin negatif ve bilişsel belirtileri, kadın olma, artan yaş ve düşük eğitim seviyesi çalışma hayatının önündeki engellerdendir. Bununla birlikte sosyal yardım ve mesleki destek programlarının mevcudiyeti gibi çevresel etkenler de şizofreni tanılı bireylerin istihdamı üzerinde etkili görünmektedir (Bauwmans vd., 2015). Ülkemizde yapılan ve üç yıllık bir izlem sürecini içeren bir destekli istihdam çalışmasının sonuçlarına göre hastaların %83'ü çalışma hayatını sürdürmüştür (İncedere ve Yıldız, 2021).

### **1.1.7. Şizofrenide Remisyon ve İyileşme**

Remisyon kavramı, hastalık belirtilerinde önemli derecede azalmaya veya belirtilerin tamamen kaybolmasına işaret eder (Wolter vd., 2010). Remisyon tam bir iyileşme anlamına gelmez. İyileşme, remisyondaki semptomatik iyileşmenin yanı sıra psikososyal işlevsellikte ve yaşam kalitesinde artışı da kapsar (Wolter vd., 2010).

Klinikte tedavi hedefi belirleme ve bilimsel çalışmalarda operasyonel kriterleri tanımlama amacıyla bir araya gelen Şizofrenide Remisyon Çalışma Grubu, pozitif ve negatif belirtilerin varlığını ve şiddetini belirlemede kullanılan ölçekler için remisyon kriterleri belirlemiştir (Andreasen vd., 2005). Andreasen kriterleri olarak da bilinen bu kriterler, 6 aylık bir zaman kriteriyle birlikte Pozitif ve Negatif Belirtiler Ölçeği'nin 1-7 puan arasında puanlanan 8 ana maddesi için 3 ve daha az şiddette olmayı kapsamaktadır (Andreasen vd., 2005).

Bir sistematik gözden geçirme çalışmasına göre şizofrenide remisyon oranı ilk atağını geçiren hastalarda %17 ila %78 arasında değişirken (ağırlıklı ortalama =

%35,6) çoklu atak geçiren hastalarda bu oran %16-%62 arasındadır (ağırlıklı ortalama = %37) (AlAqeel ve Margolese, 2012). Andreasen vd. (2005), belirledikleri remisyon kriterlerinin semptomatik iyileşmeyle ilişkili olduğunu, hastalıktan iyileşme ile ilgili bilgi edinebilmek için işlevsellik ölçümlerinin de yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Nitekim 36 aylık bir izlem çalışmasında, 6642 şizofreni hastasının %33'ünde semptomatik remisyon, %13'ünde işlevsel remisyon, %27'sinde yeterli yaşam kalitesi ve %4'ünde iyileşme kaydedilmiştir (Novick vd., 2009). Şizofreniden iyileşmenin mümkün olduğunu inceleyen bir meta-analiz çalışmasının sonuçlarına göre, ancak ilaç tedavisi, psikososyal müdahaleler ve çevresel koşulların göz önünde bulundurulduğu entegre çalışmaların, hastalığın sonuçlarında olumlu bir yönde gelişme kaydedilebileceği ortaya konmaktadır (Vita ve Barlati, 2018).

## 1.2. OBSESİF KOMPÜLSİF BELİRTİLER

Obsesyon (takıntı), kişiye rahatsızlık veren ve tekrarlayan düşünce, dürtü ve imgeleri; kompülsiyon (zorlantı) ise obsesyonları nötralize etmeye yönelik gerçekleştirilen ritüelleşmiş davranışsal veya zihinsel eylemleri tanımlar (Beckner, 2014). Ülkemizde yürütülen bir araştırmaya göre en yaygın obsesyon türleri arasında mikrop kapma ve bulaşıcı hastalığa yakalanma kaygısı ile ilişkili kir-pislik bulaşması obsesyonu; kapı kilidi, ocak ve muslukların vb. kapalı olduğundan şüphe etmeyi içeren günlük etkinliklerle ilgili obsesyonlar; genellikle kendi çocuğu veya hemcinsleriyle cinsel ilişkiye girme şüpheleriyle görülen cinsel obsesyonlar; dini ritüellerin kaidelerini yerine tam getirememeye şüphesi ve Tanrı'ya küfür etme veya inkar ile karakterize dini obsesyonlar; kendine veya kendisi için önemli birine zarar verme obsesyonu ile tedavi edilemez bir hastalığa yakalanma şüphesini içeren hastalık obsesyonu sayılabilir. Sık görülen kompülsiyonlar ise yıkanma kompülsiyonu ve güvenlik temalı kontrol etme davranışlarıdır (Sayar vd., 1999).

### 1.2.1. Obsesif Kompülsif Bozukluk

Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB); zaman alıcı, sıkıntı verici ve işlevsellikte azalmaya yol açan takıntı ve zorlantılarla karakterize, genellikle ergenlik veya erken yetişkinlikte başlayan, etkili bir şekilde tedavi edilmediğinde kronik ve

kötüleşen bir seyir izleyen ve toplumun %1 ila %3'ünü etkileyen bir hastalıktır (Cervin, 2023). Genel nüfusta obsesif-kompulsif belirtilerin sıklık ve şiddetini inceleyen boylamsal bir araştırmanın sonuçlarına göre nüfusun %3,5'inde OKB, %9,7'sinde klinik açıdan anlamlı ancak tanı kriterlerini tam olarak karşılayamayan Obsesif Kompulsif Sendrom (OKS) ve %11,2'sinde obsesif-kompulsif belirtiler görülmektedir (Fineberg vd., 2013).

### **1.2.2. Şizofreni Obsesif-Kompulsif Belirtiler**

Şizofreni ve OKB'nin ilişkisi gerek şizofrenide obsesif kompulsif belirtilerin görülme sıklığı gerekse de psikotik bulgularla seyreden OKB vakalarının sıklığı nedeniyle araştırmacıların ilgi odağı olmuştur (Kayahan vd., 2005). Araştırmalara göre şizofreni hastalarının yaklaşık %12,3'ünde OKB ve yaklaşık %30,7'sinde obsesif kompulsif belirtiler görülmektedir (Swets vd., 2014). Bu belirtiler üç farklı durumda varlık göstermektedir; psikoz için yüksek risk grubunda olan bireylerde hastalık öncesi erken belirti olarak, hastalık ile eş-zamanlı olarak ve antipsikotiklerin indüklemesiyle (Tezenas du Montcel vd., 2019). Şizofreni hastalarında obsesif kompulsif belirtilerin bu sıklıkta görülüyor olması nedeniyle kimi araştırmacılar bunun bir komorbiditeden ziyade şizofreni içinde özgül bir grubun varlığıyla açıklanabileceğini öne sürerek şizo-obsesif bozukluk alt tanı önerisinde bulunmuşlardır (Gelegen ve Tamam, 2013).

## **1.3. KİŞİLİK İNANÇLARI**

### **1.3.1. Kişilik**

Kişilik, tarih boyunca, neyi neden yaptığımızı farklı yaklaşımlarla açıklayan düşünürler ve davranış bilimcileri tarafından çok farklı şekillerde tanımlanmıştır (Berens, 1999). Salvatore Maddi, kişiliği bireyin duygu, düşünce ve eylemlerindeki benzerlikleri ve farklılıkları belirleyen, yalnızca sosyal veya biyolojik baskılarla açıklanamayan, görece sabit özellik ve eğilimler seti olarak tanımlar (Berens, 1999'da atıfta bulunduğu gibi). Yunanca "maske", "yüz" anlamlarındaki "persona" kelimesinden türeyen "personality" (kişilik) terimi her ne kadar bireyin dünyaya gösterdiği "yüz" anlamına gelse de; görünen haliyle sadece davranış biçimine değil,

bireyin bilincinde erişilebilir olup olmadığına bakılmaksızın, davranışın temelindeki dinamiklere atıfta bulunması bakımından karmaşık bir kavramdır (Hine vd., 2014).

### **1.3.2. İşlevsel Kişilik ve Kişilik Bozuklukları**

Bazı insanların kişilikleri kendilerine veya çevresindekilere sıkıntı verirken; bazı insanlar kişilikleri sayesinde sosyal ve profesyonel hayatlarında yüksek işlevselliklere sahip olabiliyorlar. Her ne kadar bir toplumun sosyal kurallarıyla standardın dışında ilişki kuran bireyler kolaylıkla anormal veya patolojik olarak etiketlenebilse de kişilik söz konusu olduğunda, işlevsiz veya patolojik olanı ayırt etmek her zaman kolay değildir. DSM-IV-TR ile Amerikan Psikiyatri Birliği, kişilik bozukluklarını tanılamada kategorik yaklaşımdan boyutsal yaklaşıma geçiş yapmıştır. Boyutsal yaklaşım bir kişinin hafif çekingen olabileceği gibi fazlaca çekingen bir yapıda olabileceğini; bir kişinin bazı durumlarda orta derece kaygı yaşarken, bir diğerinin çoğu durumda çok yoğun kaygı yaşıyor olabileceğini ifade eder. Patolojik kişiliğin, yüksek işlevli normal kişilikten tür olarak değil ama derece olarak farklı olduğunu ileri süren boyutsal yaklaşımın örtük bir varsayımı normal ve anormal kişiliğin aynı şekilde geliştiğidir. Yani kişilik gelişimini etkileyen kritik olayların fazlalığı veya yoksunluğu kişilik bozukluklarını ortaya çıkarabilir (Ellis vd., 2009).

### **1.3.3. Kişilik Kuramları**

Bu bölümde kişiliğin gelişimine dair belli başlı psikoloji okullarının yaklaşımları, birkaç temsilci teorisyenin katkıları eşliğinde kısaca açıklanmaktadır.

#### **1.3.3.1. Psikanalitik Kuram**

##### ***1.3.3.1.1. Sigmund Freud***

Kişiliğin oluşumuna ilişkin en kapsamlı ilk açıklamalar Psikanaliz'in kurucusu Sigmund Freud tarafından geliştirilmiştir. Freud, kişiliğin gelişiminde bilinçdışı süreçlerin önemini vurgulamış, kişiliği oluşturan üç yapıyı id, ego ve süperegoyu tanımlamıştır. Ego, id'in hazza yönelik ilkel dürtülerden oluşan arzuları ile toplumsal kuralların temsilcisi süperegonun katı kuralları arasında denge kurmaya çalışır. Bunu, yüceltme savunması aracılığıyla, arzuların sosyal olarak kabul

edilebilir şekillerde doyurulmasını sağlayarak yapar. Freud ayrıca kişilik gelişiminde erken dönem evrelerin önemini vurgulamıştır. Kişiliğin, özellikle oral, anal ve fallik dönem psikoseksüel çatışmaların sağlıklı bir şekilde çözülmesine veya fiksasyonların oluşmasına bağlı olarak geliştiğini ileri sürmüştür (Allen, 2016; Ellis vd, 2009; Shiraev, 2016)

#### ***1.3.3.1.2. Carl Gustav Jung***

Freud'un takipçilerinden Carl Gustav Jung, kişiliğin gelişiminde etkili olan bilinçdışı süreçleri bireysel bilinçdışı ve kolektif bilinçdışı olarak ikiye ayırmıştır. Kolektif bilinçdışı tüm insanlarda evrensel olarak bulunan ve ataların deneyimlerinden türeyen bir yapıdır. Bireysel bilinçdışı, bir zamanlar bilinçte olan ancak zamanla unutulduğu veya bastırıldığı için bilinçdışına itilen deneyimlerden oluşurken; kolektif bilinçdışının içeriği birey için başından beri bilinçdışıdır (Allen, 2016). Jung'un kişilik türleri anlamında kullandığı psikolojik tip terimi, bireyin alışılmış tutumları veya karakteristiği anlamına gelir. Jung, dört psikolojik işlev tanımlamıştır: hissetmek, sezme, düşünmek ve duyumsamak. Bu dört işlev ruhsal enerjinin içe-dönük veya dışa-dönük olmasına bağlı olarak sekiz farklı kişilik tipi oluşur (Allen, 2016).

#### ***1.3.3.1.3. Alfred Adler***

Alfred Adler, bireyin davranışlarını açıklamada, geçmiş yaşantılardan ziyade geleceğe dair amaçlılığın etkisi olduğuna vurgu yapmıştır ve toplumsal bağlam ile sosyal ilişkilerin önemine dikkat çekmiştir. İnsanın gelecek beklentisi ile kendisinin nihai hedefi olarak bir öz-ideal oluşturduğunu söylemiştir. Bu öz-ideal bireyin üstünlük arayışı içinde olmasına bağlıdır. Bunun temelinde ise sosyal ilgi, yani diğer insanlarla bağlantı kurma ve sosyal çevreye uyum sağlama arzusu yer alır (Shiraev, 2016). Adler erken çocukluk döneminde bir yetişkinin bakımına ihtiyaç duyan bireyde görülen zayıflık ve yetersizlik duygularının sonucu olan aşağılık kompleksi ve bunun üstesinden gelmek için gelişen aşırı telafi çabasının bir sonucu olan üstünlük kompleksini tanımlamıştır. Adler ayrıca doğum sırasının kişiliğin önemli belirleyicilerinden olduğunu ileri sürmüştür (Allen, 2016).

#### **1.3.3.2. Psikodinamik Yaklaşımlar**

#### ***1.3.3.2.1. Karen Horney***

Karen Horney, Freud'un cinsellik odaklı fikirlerini eleştirerek kültürel ve sosyal etkenlerin kişilik gelişimindeki rolünü vurgulamıştır. Ebeveynin ilgisiz veya aşırı koruyucu tutumları, sevgi eksikliği, reddedilme ve tutarsızlık gibi deneyimlerin neden olduğu "temel kaygı" kavramını tanımlamıştır. Temel kaygı, yetişkinlikte bireyin güvensizlik, endişe ve çaresizlik hissetmesine neden olur. Horney, bireyin kişiliğini şekillendiren ve temel kaygıyı azaltmaya yönelik geliştirilen üç ana baş etme stratejisi ve 10 nevrotik ihtiyacı tanımlamıştır. İnsanlara yönelen stratejiler; sevgi ve onaylanma ihtiyacı ve kişinin hayatını yönlendirecek bir partnere ihtiyaç duymasından kaynaklanır. İnsanlara karşı stratejilerin temelinde; başkaları üzerinde güç sahibi olma, başkalarını sömürme, tanınma ve prestij, kişisel hayranlık ve üstün başarı ihtiyaçları bulunur. İnsanlardan uzaklaşma stratejisinin temelinde ise; kendi kendine yeterlilik ve bağımsızlık ile tartışmasız olmak için mükemmellik ihtiyaçları yer alır (Ellis vd., 2009).

#### ***1.3.3.2.2. Harry Stack Sullivan***

Harry Stack Sullivan, kişiler arası ilişkilere bakılmaksızın kişilik tanımlamalarının bir yanılsamadan ibaret olacağını söylemiştir. Onun kişilerarası psikanaliz kuramında kaygı kritik bir rol oynar. Kaygıyı fiziksel bir ihtiyaç veya sosyal bir stresten kaynaklanan acı verici bir his olarak tanımlar. Birey bu kaygıyla baş edebilmek ve benlik saygısını korumak için güvenlik operasyonları denilen stratejilere başvurur. Benlik sistemi bu stratejilerin bir bütünüdür ve sosyal etkileşimlerde bireyin diğerlerinden aldığı geri bildirimlerle şekillenir. Kişiliğin dinamik ve sürekli değişen bir yapısı olduğunu ileri süren Sullivan, bu değişimin bebeklikten itibaren kurulan sosyal ilişkilerdeki değişime paralel olduğunu belirtmiştir (Ellis vd., 2009).

#### ***1.3.3.2.3. Erik Erikson***

Erik Erikson, Freud'un psikoseksüel gelişim evrelerini, psikososyal gelişim evreleri olarak dönüştürmüş ve Freud'un yaşamın ilk yıllarının kritik öneme sahip olduğu görüşüne karşı çıkararak kişilik gelişiminin yaşam boyu sürdüğünü, hiçbir evrenin bir diğerine üstünlüğü olmadığını savunmuştur. Her bir gelişim evresinde

çözülmesi gereken bir kriz olduğunu, bu krizin başarıyla çözülmesi sonucunda bireyin ego gücü veya erdem olarak adlandırdığı olumlu nitelikler kazandığını belirtmiştir (Ellis vd, 2009. Örneğin girişkenliğe karşı suçluluk duyma evresinde, 4 yaşındaki bir çocuk, kendiliğinden ailesine yardımcı olmak isteyerek yemek masasını toplama girişiminde bulunduğu bir tabak kırmış olsun. Bu durumda ebeveynleri hoşgörü gösterir ve yardım girişimi nedeniyle şükran duyduklarını belirtirse çocuğun girişkenliği pekiştirilmiş olur ve bir amaca yönelebilmeye becerisi kazandırılır. Ancak ebeveynler olumsuz bir tepki verirse, çocukta suçluluk hissiyle yetersizlik duyguları gelişir (Shiraev, 2016).

### 1.3.3.3. Hümanistik Yaklaşım

#### *1.3.3.3.1. Abraham Maslow*

Maslow, Freud'un insanın dürtü güdümlü olduğu savına karşı çıkarak; biyolojik ihtiyaçların giderilmesinin sadece bir gereklilik olduğunu; insanın olumlu hedeflere yönelmek için güçlü bir motivasyonu olduğunu ileri sürmüştür. Ayrıca, ödül ve ceza olmadan insanın bir davranışı sergileyeceğini ileri sürerek hayvan davranışlarından yol çıkarak kişiliği açıklayan davranışçılara karşı çıkmıştır. İhtiyaçlar hiyerarşisinde sırasıyla fizyolojik ihtiyaçlardan sonra, güvenlik, ait olma ve sevgi, saygı ve en sonunda kendini gerçekleştirme ihtiyacının geldiğini; bir basamaktaki ihtiyaçlar karşılandıktan sonra bireyin bir sonraki basamak için motive olduğunu belirtmiştir. Maslow'un bu yaklaşımı, bireyin kişisel gelişim ve anlam arayışını ön plana çıkarmaktadır (Ellis vd., 2009).

Maslow kendini gerçekleştirmiş insanın özelliklerini şöyle sıralar: Gerçekçidir- dünyayı olduğu gibi kabul eder, sorunlarla baş etme kapasitesi yüksektir, kendisini ve başkalarını kabul eder, yaratıcıdır, derin ve tatmin edici ilişkiler kurar, yaşama dair anlam ve amaç arayışındadır (Allen, 2016).

#### *1.3.3.3.2. Carl Rogers*

Rogers, her insanın kendi öznel deneyimleriyle biricik olduğuna inanarak, idiografik bir kişilik anlayışı ileri sürmüştür. Bu nedenle tanı sistemlerinin tek işlevinin terapisti rahatlatmak olduğunu söylemiştir. Çoğu insanın "kim olduklarını" bulma riskini göze almak yerine başkaları gibi davranmaya çalıştıklarını ve bu

nedenle acı çektiklerini savunmuştur. Kişilik özellikleri ve kendilik, bireyin iç dünyası ve dış dünya arasındaki etkileşimler tarafından belirlenir (Ellis vd., 2009).

Rogers sağlıklı kişilik gelişimini koşulsuz olumlu kabulün varlığına bağlar. Onayın koşullara bağlandığı, koşullu olumlu kabul veya sınırlı kabul; kendiliğın dışsal değerlere dayalı oluşmasına yol açar. Tam işlevsellik gösteren kişiler, koşulsuz olumlu kabul gösteren, özsaygısı gelişmiş, deneyimlere açık, yaratıcı ve özgün kişilerdir (Ellis vd., 2009).

#### 1.3.3.4. Özellik Yaklaşımı

Özellik yaklaşımı, kişiliği anlama ve değerlendirmede onu benzersiz bir bütün olarak görmekten ziyade evrensel bileşenlerin bir birleşimi olarak ele alır. Kişiliklerin yalnızca bir dizi sabit eğilim veya özellik içirme derecelerine göre farklılık gösterdiği varsayımına dayanan özellik yaklaşımının önde gelen isimleri Gordon Allport ve Raymond Catell'dir. Bu yaklaşıma göre her kişilik, tüm insanlarda ortak olan unsurların benzersiz bir bileşiminden oluşur (Ellis vd, 2009).

Kişiliğın değerlendirilmesinde hangi boyutların ele alınacağı sorusuna cevap sunan faktör yaklaşımı bir istatistik yöntemi olan faktör analizine dayanır. Bu, bir dizi kişilik özelliklerinden hangilerinin daha kapsayıcı ve evrensel olduğunu belirleme yöntemidir Faktör yaklaşımı bir kişilik modeli ortaya koyar, kişiliğın oluşumuna dair nedensel açıklamalar getirmez (Ellis vd., 2009). Özellik yaklaşımına dayanan en kabul gören model, Beş Faktörlü Kişilik Modeli'dir. Bu modele göre en temel beş faktör; açıklık, sorumluluk, dışadönüklük, uyumluluk ve duygusal dengedir (Matz vd., 2016).

#### 1.3.3.5. Bilişsel Kuram

Bir gelişim psikoloğı olan Piaget, Bilişsel Gelişim Teorisi'nde, düşünce ve dil gelişiminin bir süreklilikten ziyade evreler arz ettiğini ileri sürmüştür. Duyusal motor dönem, işlem öncesi dönem, somut işlemler dönemi ve soyut işlemler dönemi olarak sıraladığı gelişim evreleri boyunca çevreyle etkileşim halinde bireyin zihinsel yapılanmasının ilerlediğini ifade ederken şema kavramını ortaya koymuştur. Şemalar dış dünyayı algılamak için kullanılan örgütlenmiş davranış ve düşünce kalıplarıdır. Bir uyaranla karşılaşan birey, bilgi işleme sürecinde bu uyaranı var olan şemalarından

biriyle açıklar. Eğer mevcut şemalar uyararı açıklamada yetersizse, birey uyararı mevcut şemalardan birine uydurmaya çalışabilir (asimilasyon); ya da bir şemayı uyarana uyumlandırır (akomodasyon), böylece bir dengeye ulaşılır (aquilibrium) (Özdel, 2015). Young, Piaget'nin şema kavramından yola çıkarak geniş bir psikoterapötik çerçeve oluşturmuştur. Eğer bir kişinin şemaları katı ve değişime dirençliyse değişen koşullara uyum sağlamakta zorlanır. Bu da ruhsal hastalıkların ve kişilik bozukluklarının temel nedenidir. Beck, ruhsal problemleri açıklarken şemalarla birlikte, ara inançlar ve otomatik düşüncelerden oluşan üçlü hiyerarşik bir model önermiştir (Gündüz ve Gündoğmuş, 2019).

Bilişsel modele göre, bireyin bir durum karşısındaki duygu ve davranışlarının temelinde durumla ilgili otomatik düşüncelerle kendisini belli eden yorumları bulunur. Otomatik düşünceler, genellikle olumsuzdur ve aşırı genelleme, keyfi çikarsama gibi çarpıtmalar içerir (Yavuzer ve Karataş, 2013). Otomatik düşünceler sözel veya imgesel olabilir ve olaylar karşısında birdenbire zihinde belirmeleri nedeniyle otomatik olarak nitelendirilir. Otomatik düşünceleri belirleyen faktör, bireyin şemalarında yer alan, yaşam boyu çevre ile etkileşim ve öznel deneyimlerle biçim alan temel inançlardır. Bu temel inançların kişiye huzursuzluk vermesi durumunda otomatik düşüncelerle arasında tampon işlevi gören; kural, tutum veya varsayımlar olarak kendini gösteren ara inançlar bulunur. Beck'e göre temel inançlar, ara inançlar veya otomatik düşüncelerdeki bilişsel çarpıtma veya hatalar psikopatolojinin temelini oluşturur (Gündüz ve Gündoğmuş, 2019).

Bilişsel kuramın kişilik bozukluklarına yaklaşımının temel unsuru işlevsel olmayan inançlara yaptığı vurgudur. Bu yaklaşıma göre her bir kişilik bozukluğunun temelinde belirli işlevsel olmayan inançlar seti bulunur. Kişilik bozukluğundaki davranış kalıpları da bu inanç yapılarının tezahürüdür (Bhar vd., 2011). Beck vd. (1991), kişilik bozukluklarının temelinde yer alan şemaları teorik ve klinik deneyimlerinden yola çıkarak listelemişlerdir. Kişilik inancı adını verdikleri bu inançlar, DSM-IV'te yer alan kişilik bozukluklarını açıklayacak şekilde belirlenmiştir (Butler vd., 2006'da atıfta bulunduğu gibi). Her bir bozukluğa ilişkin maddeler, söz konusu bozukluğun davranışsal göstergelerine karşılık gelen işlevsel olmayan varsayım ve inançları ifade etmektedir. Örneğin bağımlı kişilik bozukluğunda, itaatkarlık ve güçlü bir kişinin onayını ve desteğini arama davranışları

görülür. Bu davranışın temelinde “Diğer insanlar kadar mücadele gücüm yok.” gibi bir inanç yatmaktadır (Butler vd., 2006).

#### **1.3.4. Şizofreni ve Kişilik**

Şizofreni ve kişilik arasındaki ilişki karmaşıktır ve birçok çalışmaya konu olmuştur. Araştırmacılar bu iki fenomen arasındaki ilişkiyi dört farklı şekilde açıklamaktadır: Spektrum modeli, kişilik özellikleri ve hastalık belirtilerinin süreklilik gösterdiğini; yatkınlık modeli, kişilik özelliklerinin şizofreniye yatkınlık için risk teşkil ettiğini; komplikasyon modeli, kişilik özelliklerinin, hastalığın bir sonucu olarak, hastaların korkulan etkilerden kaçınmak için geliştirdikleri stratejilerle şekillendiğini; patoplasti modeli ise premorbid kişilik özelliklerinin hastalık ile etkileşerek, hastalığın şiddetini, prognozunu ve tedavinin sonuçlarını etkilediğini ifade eder (Karlıoğlu vd., 2012).

Şizofreni hastalarında Beş Faktör Kişilik Ölçeği uygulanarak yapılan araştırmaların incelendiği bir meta-analiz çalışması, araştırmaların örneklem büyüklüğü, ölçümler, amaç ve sonuçlar bakımından çeşitlendiğini ortaya koyarak konunun karmaşıklığına işaret etmiştir (Franquillo vd., 2021). Şizofreni tanılı bireyleri, kardeşleri ve diğer sağlıklı grupla karşılaştıran bir çalışmada; hastaların her iki gruptan da daha yüksek duygusal dengesizlik ve daha düşük açıklık, dışadönüklük, uyumluluk ve sorumluluk gösterdikleri bulunmuştur. Aynı çalışmada yüksek duygusal dengesizlik psikoz geliştirmede yüksek risk ile; düşük dışadönüklük ve uyumluluk ile yüksek duygusal dengesizlik, belirtilerin ağırlığıyla; yüksek duygusal dengesizlik ve açıklık ise sublinik psikotik belirtilerle ilişkili bulunmuştur (Bayotte vd., 2013). Bir başka çalışmada ilk psikotik atakta tedaviye kadar geçen süre ile sorumluluk, dışadönüklük ve uyumluluk arasında negatif yönde; duygusal dengesizlik ile ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Aynı çalışmada uyumluluk ile pozitif belirti şiddeti arasında negatif yönde bir ilişki raporlanmıştır (Compton vd., 2015)

Kişiliğin şizofreni hastalığının farklı değişkenlerle ilişkisini inceleyen birçok araştırma bulunmaktadır. Hsiao (2022), şizofreni hastalarıyla yaptığı bir çalışmada kişiliğin dışadönüklük, açıklık, sorumluluk, duygusal denge ve uyumluluk boyutlarıyla içselleştirilmiş damgalama arasında negatif yönde bir ilişki bulmuştur.

Şizofreni tanılı bireylerde kişilik özellikleri ve intihar girişimi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar üzerine yapılan bir meta-analiz çalışmasının sonuçlarına göre zarardan kaçınma, pasif-bağımlı, şizoid ve şizotipal kişilik özelliklerinin intihar riskini artırdığı; kendini yönetme, iş birliği yapma, sebat etme ve kendini aşma özelliklerinin koruyucu etkisi olduğu bulgulanmıştır (Canal-Rivero vd., 2021). Şizofreni tanılı bireylerde şiddet davranışı ve kişiliğin incelendiği bir çalışmada, şiddet geçmişi olan grubun, şiddet geçmişi olmayan gruba göre antisosyal, sadistik, paranoid ve sınırda kişilik ölçeklerinden anlamlı derecede daha yüksek puanlar aldıkları raporlanmıştır (Bottesi vd., 2021).

#### 1.4. TOPLUMSAL İŞLEVSELLİK

Toplumsal işlevsellik, bir kişinin genel sağlık durumunun önemli bir belirteçidir ve kişinin sosyal rollerini ve sorumlulukları yönetebilme, diğer insanlarla etkileşime girme ve sosyal aktivitelere katılma gibi kapasitelerini içerir. Toplumsal işlevsellik bazen, “sosyal sağlık” veya “psikososyal sağlık” olarak da isimlendirilir (Madrigal vd., 2021).

Howel vd. (2023), toplumsal işlevselliğin özellikle, kişilerarası iletişim ve sosyal destekten memnuniyet boyutlarının, ciddi ruhsal hastalığı bulunan bireylerde klinik belirtiler ve iyileşme arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini bulmuştur. İlaç tedavisinin etkinliğini araştıran çalışmalarda toplumsal işlevsellikte iyileşme, yeni ve daha pahalı ilaçların kullanımını haklı çıkarmada bir gösterge olarak önem teşkil etmektedir (Weisman, 2000).

## İKİNCİ BÖLÜM

### 2. YÖNTEM

#### 2.1. KATILIMCILAR

Araştırma, Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ne bağlı olarak hizmet veren Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nden hizmet alan remisyondaki şizofreni tanılı bireylerle yürütülmüştür. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan 97 kişiden remisyon kriterini karşılayan 86 kişi araştırmaya dahil edilmiştir. 22-72 yaş aralığındaki örneklemin yaş ortalaması 43,38; standart sapması ise 10,07'dir. Katılımcıların %70,9'u erkek (61 kişi), %29,1'i ise kadındır (25 kişi).

#### 2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmada, araştırmaya katılmaya gönüllü olan kişilerin remisyonda olma kriterini karşılayıp karşılamadıklarını tespit etmek için Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği kullanılmıştır. Araştırılan değişkenleri incelemek için sosyodemografik bilgi formu, PADUA Envanteri Kısa Formu, Kişilik İnanç Ölçeği Kısa Formu ve Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır.

##### 2.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırma için hazırlanan bilgi formunda, yaş, cinsiyet, en son mezun olunan okul, toplam eğitim süresi, meslek, gelir durumu gibi değişkenlerin yanısıra, hastalıkla ilgili olarak hastalık başlangıç yaşı, ilk atakta tedavisiz geçen süre, psikiyatrik tanı nedeniyle hastaneye yatış sayısı, ailede psikiyatrik öykü ve intihar girişimi öyküsü yer almaktadır.

##### 2.2.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (Kay vd, 1987), şizofreni hastalarının belirti şiddetini ölçmek üzere kullanılan, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme sonrası klinisyen tarafından doldurulan bir ölçektir. Pozitif belirtiler, negatif belirtiler ve genel psikopatoloji olmak üzere üç alt boyuttan oluşan ölçek, yedili likert tipi

derecelendirme olup söz konusu belirtinin şiddetinin 1 = “Yok”, 2 = “Çok hafif”, 3 = “Hafif”, 4 = “Orta”, 5 = “Orta/Ağır”. 6 = “Ağır”, 7 = “Çok ağır” olarak puanlanmasına imkan sunar. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kostakoğlu vd. (1999) tarafından yapılmıştır.

### **2.2.3. Padua Envanteri Kısa Formu**

Padua Envanteri 60 sorudan oluşan bir obsesif kompulsif belirtiler ölçeğidir (Sanavio, 1988). 41 maddeden oluşan Padua Envanteri Kısa Formu, temizlik, düşüncelere kapılma, kontrol, kesinlik ve dürtüler olmak üzere 5 alt boyut puanı ve bir toplam puan sunmaktadır. Ölçek beşli likert tipi derecelendirme olup maddelerde ifade edilen obsesyon ve kompulsiyonların katılımcı için ne kadar geçerli olduğu 0 = “Hiç”, 1= “Çok az”, 2 = “Çok”, 3 = “Epeyce çok” ve 4 = “Aşırı” olacak şekilde puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 164’tür.

Türkçe’ye uyarlama çalışmasında araştırmacılar Padua Envanteri’nin özgün formuyla birlikte 41 sorudan oluşan kısa formunun da geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmışlardır (Beşiroğlu vd, 2005). Kısa formun faktör yapısı doğrulanmış, özgün formun ise doğrulanamamıştır. Kısa formun psikometrik özellikleri incelendiğinde iç tutarlılık için Cronbach  $\alpha$  katsayıları toplam puan için 0,95, alt boyular içinse 0,79-0,92 arasında değişmektedir. Sonuç olarak Padua Envanteri Kısa Formu’nun Türkçe uyarlamasının geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu doğrulanmıştır.

### **2.2.4. Kişilik İnanç Ölçeği Kısa Formu**

Kişilik İnanç Ölçeği (KİÖ), 1991 yılında Aaron Beck ve Judith Beck tarafından, kişilik bozukluklarıyla ilişkili inançları ölçmek için geliştirilmiş 126 soruluk bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin hem sağlıklı popülasyonda hem de psikiyatrik hasta örnekleminde geçerlik ve güvenilirliği doğrulanmıştır (Beck vd., 2001; Butler vd., 2002). Butler vd. (2007), ölçeğin 65 sorudan oluşan kısa formunu ayaktan takibi yapılan psikiyatri hastalarından oluşan bir örnekleme yürüttükleri çalışma ile geliştirmişlerdir. Form her biri 7 sorudan oluşan 9 alt boyutu ile dokuz kişilik bozukluğu (çekingen, bağımlı, pasif agresif, obsesif-kompulsif, antisosyal,

narsisistik, histriyonik, şizoid ve paranoid) ile ilişkili inançları ölçmektedir. Butler vd. (2002) ölçeğin psikometrik özelliklerini sınıadıkları çalışmalarında ölçekte mevcut bulunan 7 madde ile hesaplanan onuncu bir alt boyut olarak borderline kişiliği KIÖ'ye eklemiştir. İnançları ifade eden maddeler beşli likert tipi derecelendirme olup 0 = “Hiç inanmıyorum”, 1= “Biraz inanıyorum”, 2 = “Orta derecede inanıyorum”, 3 = “Çok fazla inanıyorum ve 4 = “Tümüyle inanıyorum” olacak şekilde puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 260'tır.

KIÖ Kısa Formu'nun Türkçe'ye uyarlama çalışması üniversite öğrencilerinden oluşan bir örnekleme yapılmıştır (Taymur vd., 2011). Ölçeğin tamamı için Cronbach  $\alpha$  değeri 0,92; alt boyutlar içinse 0,61-0,85 aralığında bulunmuştur. Kısa formun faktör yapısı, toplam varyansın %58,1'ini açıklayan, özgün formun Türkçe uyarlamasıyla benzer şekile 2 faktörlü bir yapı sergilemektedir. Faktör 1 pasif-agresif, obsesif-kompulsif, antisosyal, narsisistik, histriyonik, şizoid ve paranoid; faktör 2 ise bağımlı ve çekingen boyutlarını içermektedir. Sonuç olarak KIÖ-KF'nin Türkçe formunun geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu doğrulanmıştır. Bilge ve Bilge (2019), Butler vd. (2007) tarafından ölçeğe dahil edilen borderline alt boyutunun da incelendiği, toplum örneklemeyle yaptıkları ölçek geçerlilik ve güvenilirlik araştırmasında Cronbach  $\alpha$  katsayılarının alt boyutlar için 0,70-0,84 olarak bulmuştur. Aynı çalışmada ölçeğin iki faktörlü yapısı faktör 1 pasif-agresif, obsesif-kompulsif, antisosyal, şizoid, paranoid ve çekingen; faktör 2 ise bağımlı, histriyonik, borderline ve narsisistik boyutlarını içermektedir.

### **2.2.5. Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği**

Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ), Yıldız vd. (2019) tarafından, şizofreni hastalarının toplumsal işlevselliklerini kültüre duyarlı bir ölçek ile değerlendirilebilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Toplam 22 sorudan oluşan ölçekte her bir madde üçlü likert tipi derecelendirme ile 1-3 arasında puanlanmaktadır. Puan karşılığı ifadeler her madde için özgün oluşturulmuştur. Örneğin el-yüz yıkama sıklığının sorulduğu maddede 1 = “Haftada 1 ya da daha az”, 2 = “Haftada 3-5 kez”, 3 = “Her gün” iken alış-veriş yapma ile ilgili maddede 1 = “Yapamam”, 2 =

“Yardımla yaparım”, 3 = Kendim yaparım olarak puanlanmaktadır. Sorulardan cilt bakımı/makyaj yapma/kaş-bıyık alma veya tıraş olma sıklığı ile ilgili iki tanesi kadınlar için ve erkekler için seçenekli olarak sunulmuş, çalışma durumuyla ilgili ise 3 soru ev hanımları, öğrenciler ve diğer grup için seçenekli olarak sunulmuştur. Seçenekli sorularda her bireyin kendisine en uygun seçeneği cevaplaması gerekmekte ve her bir katılımcının toplamda 19 soruya cevap vermesi beklenmektedir. Böylece ölçekten alınabilecek en düşük puan 19, en yüksek puan ise 57’dir.

Yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasına göre TİDÖ toplam puanı için Cronbach  $\alpha$  katsayısı 0,842 olarak raporlanmıştır. Açımlayıcı faktör analizine göre varyansın %47’sini açıklayan, “kişiler-arası ilişkiler ve eğlenti”, özbakım ve bağımsız yaşam olmak üzere TİDÖ’nün üç faktörlü yapı sergilediği bulunmuştur. Faktör yapısına girmeyen “iş/meslek” faktörü yazarlar tarafından toplumsal işlevsellikte göz ardı edilemeyecek bir etken olması ve ilgili maddenin çıkarılmasının ölçeğin Cronbach  $\alpha$  değerini etkilememesi nedeniyle dördüncü faktör olarak ölçeğe dahil edilmiştir. Altboyutlar için Cronbach  $\alpha$  değerleri 0,700-0,774 arasında değişmektedir. Sonuç olarak ölçeğin şizofreni hastalarının toplumsal işlevselliğini ölçmede geçerli ve güvenilir bir araç olduğu doğrulanmıştır.

### 2.3. UYGULAMA

Hem Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi hem de Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nden gerekli etik kurul izinleri alındıktan sonra veri toplama işlemi başlatılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden şizofreni tanılı 97 hasta ile görüşülmüş, Andreasen remisyon kriterlerine göre (Andreasen vd., 2005) Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) maddelerinin her birinden en fazla 3 puan alan 86 kişi örneklemin remisyon kriterini karşıladığı için araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya dahil edilen hastaların bilişsel durumuna ve ihtiyacına göre bir kısmına ölçek bataryası basılı olarak verilmiş ve kendilerinin doldurmaları istenmiş; bir kısmına ise ölçek maddeleri araştırmacı veya bir başka ruh sağlığı çalışanı tarafından okunarak yanıtlamaları sağlanmıştır. 2 katılımcıya ise telefonla ön değerlendirme yapıldıktan sonra e-posta

yoluyla ölçek formları ulaştırılmış ve online olarak soruları yanıtlamaları sağlanmıştır.

### **3. VERİLERİN ANALİZİ**

Uygulamada elde edilen verilerin SPSS.23 (Statistical Package for Social Sciences) programı ile analizi yapılmıştır. Veri seti düzenlendikten sonra demografik ve klinik değişkenlerin dağılımı incelenmiştir. Kullanılan ölçeklerin güvenilirlik analizleri yapılarak ölçeklerin ve alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları hesaplanmıştır. Demografik ve klinik değişkenlere göre, Padua Envanteri Kısa Formu, Kişilik İnanç Ölçeği Kısa Formu ve Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nden elde edilen alt ölçek puanları ve toplam puanların değişip değişmediğini test etmek üzere fark analizleri yürütülmüştür. Parametrik test varsayımlarının karşılanıp karşılanmadığını anlamak için Kolmogorov-Smirnov Normallik Testi yürütülmüş, eğiklik ve basıklık değerleri, histogram ve kutu grafikleri incelenmiştir. Sonuç olarak verilerin parametrik test varsayımlarını karşılamadığı görülmüştür. Bu nedenle ölçek puanlarının, yaş, toplam eğitim süresi, hastalık başlangıç yaşı, ilk atakta tedavisiz geçen süre ve toplam hastalık süresi ile değişip değişmediğini test etmek için Spearman rho korelasyon katsayıları hesaplanmış; cinsiyet, gelir durumu, ailede psikiyatrik öykü varlığı ve intihar öyküsü varlığı için Mann Whitney U Testi; medeni durum, mezuniyet durumu, çalışma durumu ve psikiyatrik tanı nedeniyle hastaneye yatış sayısı için Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır. Kruskal Wallis Testi sonucuna göre anlamlı fark bulunan değişkenlerde, anlamlı farkın hangi iki düzey arasında olduğunu belirlemek için Benferroni Düzeltmesi uygulanmıştır.

#### **3.1. BULGULAR**

##### **3.1.1. Betimleyici İstatistikler**

Çizelge 1'de görüldüğü üzere, katılımcıların %70,9'u erkek (61 kişi), %29,1'i ise kadındır (25 kişi). Medeni durumlarına bakıldığında, katılımcıların %64'ünün bekâr (55 kişi), %19,8'inin evli (17 kişi), %16,3'ünün boşanmış veya dul olduğu (14 kişi) görülmektedir. Katılımcıların %40,7'si ilkokul mezunu (35 kişi), %20,9'u ortaokul mezunu, (18 kişi), %22,1'i lise mezunu (19 kişi), %10,5'i üniversite mezunu iken %5,8'i hiç okul bitirmemiştir (5 kişi).

**Çizelge 2.1:** Örneklemin demografik ve klinik değişkenlere göre dağılımı.

Değişkenler		Kişi Sayısı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	25	29,1
	Erkek	61	70,9
Medeni durum	Bekar	55	64
	Evli	17	19,8
	Boşanmış / dul	14	16,3
Eğitim	Okul bitirmemiş	5	5,8
	İlkokul mezunu	35	40,7
	Ortaokul mezunu	18	20,9
	Lise mezunu	19	21,2
	Üniversite mezunu	9	10,5
Çalışma durumu	İşsiz	29	33,7
	Öğrenci	1	1,2
	Ev hanımı	14	16,3
	Çalışıyor	24	27,9
	Emekli	18	20,9
Gelir düzeyi	Düşük	44	51,2
	Orta	42	48,8
Psikiyatrik tanı nedeniyle hastaneye yatış sayısı	0	15	17,4
	1	16	18,6
	2	15	17,4
	3	9	10,5
	4 ve üzeri	31	36,0
Ailede psikiyatrik öykü	Var	38	44,2
	Yok	48	55,8
İntihar girişimi	Var	22	25,6
	Yok	64	74,4

Çalışma durumlarına göre katılımcıların %33,7'si işsiz (29 kişi), %1,2'si öğrenci (1 kişi), %16,3'ü ev hanımı (14 kişi), %27,9'u çalışıyor (24 kişi), %20,9'u ise emeklidir (18 kişi). Algılanan gelir durumları düşük, orta ve yüksek olarak üç düzeyli sorulduğunda katılımcılardan hiçbirinin “yüksek” cevabını vermediği, %51,2'sinin kendisini düşük gelirli (44 kişi), %48,8'ininse orta gelirli olarak (42 kişi) tarif ettiği bulgulanmıştır.

Katılımcılara psikiyatrik tanı nedeniyle hastaneye yatış sayıları sorulduğunda katılımcıların %17,4'ünün hiç hastane yatışı olmadığı (15 kişi), % 18,6'sının 1 kez (16 kişi), %17,4'ünün 2 kez (15 kişi), %10,5'inin 3 kez (9 kişi), %36'sının 4 ve üzeri (31 kişi) hastane yatışının olduğu bulgulanmıştır. Katılımcıların %44,2'sinin ailesinde kronik psikiyatrik hastalık olan bir başka bireyin olduğu (38 kişi), %55,8'inin ise ailesinde kendisinden başka kronik psikiyatrik hastalığı olan birey olmadığı (48 kişi) görülmektedir. Ayrıca katılımcıların %25,6'sı hayatları boyunca en az bir kez intihar girişiminde bulunmuş (22 kişi), %74,4'ünün ise hiç intihar girişimi olmamıştır (64 kişi).

**Çizelge 2.2:** Örneklem demografik ve klinik değişkenleri için betimleyici istatistik değerleri

Değişkenler	n	En küçük değer	En büyük değer	$\bar{X}$	ss	Me	Çeyrekler arası aralık
Yaş	86	22	72	43,38	11,07	43	14,25
Toplam eğitim süresi	86	0	16	8,09	3,64	8	6,00
Hastalık başlangıç yaşı	84	12	54	25,08	9,06	23	9,00
Tedavisiz geçen süre	84	0	21	1,42	3,77	0	1,00
Toplam hastalık süresi	84	1	47	18,15	9,68	18	14,75

Örneklem demografik ve klinik değişkenleri için betimleyici istatistik değerleri incelenmiştir (Çizelge 2). Örneklemi oluşturan bireylerin yaşlarının 22-72 ( $\bar{X}=43,38\pm 11,07$ ), toplam eğitim süresinin 0-16 yıl ( $\bar{X}=8,09\pm 3,64$ ), hastalık başlangıç yaşının 12-54 yaş ( $\bar{X}=25,08\pm 9,06$ ), ilk atakta tedavisiz geçen sürenin 0-21 yıl ( $\bar{X}=1,42\pm 3,77$ ), ve toplam hastalık süresinin 1-47 yıl ( $\bar{X}=18,15\pm 9,68$ ) arasında

olduğu görülmektedir. 2 katılımcı hastalık başlangıç yaşı ve ilk tedaviye başvuru zamanını bilemediklerini belirtmişler, hasta dosyalarından da gerekli bilgiler edinilememiştir.

**Çizelge 2.3:** Örneklemin ölçek toplam puanları ile alt boyut puanlarının betimleyici istatistik değerleri.

Değişkenler	n	En	En	Ort	ss	Medyan	Çeyrekler arası aralık
		küçük değer	büyük değer				
PE-KF Toplam puan	86	0	141	42,12	33,44	36,5	42,50
Düşüncelere kapılma	86	0	40	12,87	10,92	11,0	15,00
Temizlik	86	0	37	9,87	9,66	6,0	14,00
Kontrol	86	0	32	9,57	8,21	7,5	10,25
Dürtüler	86	0	22	5,60	5,93	4,0	8,00
Kesinlik	86	0	20	4,20	4,76	3,0	7,00
Çekingen	86	0	28	14,17	7,65	14,5	12,25
Bağımlı	86	0	27	11,66	7,88	12,0	12,50
Pasif-agresif	86	0	28	9,95	6,86	8,5	11,00
Obsesif-kompulsif	86	0	28	12,67	8,06	12,0	14,25
Antisosyal	86	0	28	9,83	7,73	8,0	12,00
Narsisistik	86	0	28	8,90	7,80	7,0	12,50
Histriyonik	86	0	28	7,52	7,33	6,0	12,25
Şizoid	86	0	28	12,38	6,94	12,0	9,25
Paranoid	86	0	28	11,14	7,71	11,0	12,50
Borderline	86	0	28	12,12	7,70	11,5	13,25
TİDÖ Toplam Puan	86	27	54	41,64	5,86	42,0	9,00
İlişki ve eğlenti	86	8	21	14,30	3,00	15,0	4,25
Özbakım	86	9	21	15,66	2,72	16,0	4,00
Bağımsız yaşam	86	4	12	9,83	1,74	10,0	2,00
İş/meslek	86	1	3	1,85	0,87	2,0	2,00

Ölçek puanlarının betimleyici istatistik değerleri Çizelge 3’te görülmektedir. Buna göre örneklemin Padua Envanteri Kısa Form puanlarına bakıldığında düşüncelere kapılma puanlarının 0-40 ( $\bar{X}=12,87\pm 33,44$ ), temizlik puanlarının 0-37 ( $\bar{X}=9,87\pm 9,66$ ), kontrol puanlarının 0-32 ( $\bar{X}=9,57\pm 8,21$ ), dürtü puanlarının 0-22 ( $\bar{X}=5,6\pm 5,93$ ), kesinlik puanlarının 0-20 ( $\bar{X}=4,2\pm 4,76$ ) ve toplam puanlarının 0-141 ( $\bar{X}=42,12\pm 33,44$ ) arasında değiştiği görülmektedir.

Kişilik İnanç Ölçeği Kısa Formu’nun çekingen alt boyutu için puanlar 0-28 ( $\bar{X}=14,17\pm 7,65$ ), bağımlı alt boyutu için 0-27 ( $\bar{X}=11,66\pm 7,88$ ), pasif-agresif alt boyutu için 0-28 ( $\bar{X}=9,95\pm 6,86$ ), obsesif-kompulsif alt boyutu için 0-28 ( $\bar{X}=12,67\pm 8,06$ ), antisosyal alt boyutu için 0-28 ( $\bar{X}=9,83\pm 7,73$ ), narsisistik alt boyutu için 0-28 ( $\bar{X}=8,90\pm 7,80$ ), histriyonik alt boyutu için 0-28 ( $\bar{X}=7,52\pm 7,33$ ), şizoid alt boyutu için 0-28 ( $\bar{X}=12,38\pm 6,94$ ), paranoid alt boyutu için 0-28 ( $\bar{X}=11,14\pm 7,71$ ) ve borderline alt boyutu için 0-28 ( $\bar{X}=12,12\pm 7,70$ ) aralığındadır.

Örneklemin Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği puanları incelendiğinde kişiler arası ilişki ve eğlenti puanlarının 8-21 ( $\bar{X}=14,30\pm 3,00$ ), özbakım puanlarının 9-21 ( $\bar{X}=15,66\pm 2,72$ ), bağımsız yaşam puanlarının 4-12 ( $\bar{X}=9,83\pm 1,74$ ), iş/meslek puanlarının 1-3 ( $\bar{X}=1,85\pm 0,87$ ) ve toplam puanlarının 27-54 ( $\bar{X}=41,64\pm 8,86$ ) aralığında olduğu görülmektedir.

### 3.1.2. Ölçeklerin Güvenilirlik Analizleri

Çalışmada kullanılan ölçeklerin tamamı ve alt boyutları için Cronbach alfa değerleri hesaplanarak Çizelge 4’te sunulmuştur. Padua Envanteri Kısa Formu için Cronbach alfa değeri 0,958 iken alt boyutları için 0,782-0,923 arasında değişmektedir. Kişilik İnanç Ölçeği Kısa Formu için Cronbach alfa katsayısı 0,973 iken alt boyutları için 0,770-0,873 arasında değişmektedir. Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği’nin Cronbach alfa değeri 0,725 iken, alt boyutları için 0,532-0,636 arasındadır; iş/meslek alt boyutunda sadece bir madde bulunduğu için Cronbach alfa değeri hesaplanamamıştır.

**Çizelge 2.4:** Kullanılan ölçeklerin ve ölçek alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları.

Ölçek ve alt boyutlar	N	k	Cronbach Alfa Katsayısı
Padua Envanteri Kısa Formu	83	41	0,958
Düşüncelere kapılma	85	10	0,923
Temizlik	86	10	0,895
Kontrol	86	8	0,901
Dürtüler	85	7	0,796
Kesinlik	84	6	0,782
Kişilik İnanç Ölçeği Kısa Formu	74	65	0,973
Çekingen	86	7	0,843
Bağımlı	84	7	0,845
Pasif-agresif	85	7	0,799
Obsesif-kompulsif	83	7	0,851
Antisosyal	85	7	0,857
Narsisistik	83	7	0,873
Histriyonik	84	7	0,869
Şizoid	85	7	0,770
Paranoid	83	7	0,846
Borderline	84	7	0,825
TİDÖ	86	19	0,725
Kişiler arası ilişki ve eğlenti	86	7	0,546
Özbakım	86	7	0,636
Bağımsız yaşam	86	4	0,532
İş/meslek	86	1	

### 3.1.3. Normallik Analizleri

Çalışmada kullanılan ölçeklerin toplam puanları ve alt boyut puanlarının dağılımı incelendiğinde verilerin çoğunun normal dağılmadığı görülmüştür.

Çarpıklık ve basıklık değerleri de normal dağılım varsayımını karşılamadığı için verilerin analizinde parametrik olmayan testler kullanılmıştır (Çizelge 5).

**Çizelge 2.5:** Örneklemin ölçek toplam puanları ile alt boyut puanlarının çarpıklık ve basıklık değerleri.

Değişkenler	Kolmogorov-Smirnov			Çarpıklık		Basıklık	
	İstatistik	df	p	İstatistik	Std. hata	İstatistik	Std. hata
PE-KF Toplam puan	0,104	86	0,23	0,955	0,26	0,395	0,514
Düşüncelere kapılma	0,119	86	0,004	0,827	0,26	-0,130	0,514
Temizlik	0,167	86	0,000	0,920	0,26	-0,104	0,514
Kontrol	0,133	86	0,001	1,069	0,26	0,433	0,514
Dürtüler	0,176	86	0,000	1,128	0,26	0,422	0,514
Kesinlik	0,189	86	0,000	1,256	0,26	1,066	0,514
Çekingen	0,098	86	0,039	-0,247	0,26	-0,933	0,514
Bağımlı	0,080	86	0,200	0,189	0,26	-0,981	0,514
Pasif-agresif	0,112	86	0,010	0,532	0,26	-0,395	0,514
Obsesif-kompulsif	0,098	86	0,042	0,052	0,26	-1,139	0,514
Antisosyal	0,119	86	0,004	0,510	0,26	-0,744	0,514
Narsisistik	0,142	86	0,000	0,769	0,26	-0,523	0,514
Histriyonik	0,152	86	0,000	0,900	0,26	-0,052	0,514
Şizoid	0,069	86	0,200	0,234	0,26	-0,569	0,514
Paranoid	0,085	86	0,185	0,304	0,26	-0,930	0,514
Borderline	0,111	86	0,011	0,322	0,26	-0,864	0,514
TİDÖ – Toplam Puan	0,059	86	0,200	0,001	0,26	-0,433	0,514
İlişki ve eğlenti	0,116	86	0,006	-0,028	0,26	-0,820	0,514
Özbakım	0,090	86	0,081	-0,069	0,26	-0,506	0,514
Bağımsız yaşam	0,156	86	0,000	-0,953	0,26	1,440	0,514
İş/meslek	0,299	86	0,000	0,302	0,26	-1,638	0,514

### 3.1.4. Korelasyon Analizleri

Örneklemin yaş, toplam eğitim süresi, hastalık başlangıç yaşı, ilk atakta tedavisiz geçen süre ve toplam hastalık süresi ile elde edilen ölçek puanları arasındaki ilişki incelenmek üzere Spearman Korelasyon Analizi yapılmıştır. Analizin sonuçlarına göre, yaş ile Padua Envanteri düşüncelere kapılma alt boyut puanları ve Padua Envanteri toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, doğrusal ve negatif yönlü zayıf bir ilişki gözlenmiştir (toplam puan için  $r=-0,216$ ,  $p<0,01$ ; düşüncelere kapılma puanı için:  $r=-0,290$ ,  $p<0,01$ )(Çizelge 6). Analiz sonrası hesaplanan determinasyon katsayıları Padua Envanteri toplam puanlarının %4,6'sının, düşüncelere kapılma puanlarının %8,4'ünün yaş tarafından açıklandığını göstermektedir (toplam puan için  $R^2=0,46$ ; düşüncelere kapılma için  $R^2=0,84$ ).

**Çizelge 2.6:** Padua Envanteri ve alt boyutlarının yaş değişkeni ile korelasyon analizi sonuçları.

	Yaş	Düş.	Tem.	Kon.	Dür.	Kes.	Top.
Yaş	1						
Düş.	-,290**	1					
Tem.	-0,15	0,620**	1				
Kon.	-0,169	0,696**	0,619**	1			
Dür.	-0,158	0,713**	0,624**	0,620**	1		
Kes.	-0,052	0,489**	0,539**	0,634**	0,541**	1	
Top.	-0,216*	0,878**	0,840**	0,850**	0,825**	0,695**	1

N=86, \* $p<0,05$ ; \*\* $p<0,01$

Düş.: Düşüncelere kapılma, Tem.: Temizlik, Kon.: Kontrol, Dür.: Dürtüler, Kes.: Kesinlik, Top.: Toplam puan.

Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanları, Kişilik İnanç Ölçeği altboyut puanları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı ve doğrusal bir ilişki bulunamamıştır (Çizelge 7 ve Çizelge 8).

**Çizelge 2.7:** Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutlarının yaş değişkeni ile korelasyon analizi sonuçları.

	Yaş	Kiş.	Özb.	Bağ.	İş-m.	Top.
Yaş	1					
Kiş.	0,053	1				
Özb.	0,062	0,284**	1			
Bağ.	-0,107	0,353**	0,315**	1		
İş-m.	-0,189	0,231*	0,259*	0,223*	1	
Top.	-0,077	0,783**	0,717**	0,637**	0,446**	1

N=86, \*p<0,05; \*\*p<0,01

Kiş.: Kişiler arası ilişkiler ve eğlenti, Özb.: Özbakım, Bağ.: Bağımsız yaşam, İş-m.: İş-meslek, Top.: Toplam puan.

**Çizelge 2.8:** Kişilik İnanç Ölçeği alt boyutlarının yaş değişkeni ile korelasyon analizi sonuçları.

	Yaş	Çek.	Bağ.	Pas.	Obs.	Ant.	Nar.	His.	Şiz.	Par.	Bor.
Yaş	1										
Çek.	-,209	1									
Bağ.	,012	,66**	1								
Pas.	-,051	,74**	,67**	1							
Obs.	-,023	,72**	,75**	,67**	1						
Ant.	,027	,74**	,76**	,80**	,74**	1					
Nar.	-,017	,62**	,68**	,78**	,73**	,79**	1				
His.	-,084	,64**	,69**	,79**	,67**	,79**	,83**	1			
Şiz.	,013	,66**	,57**	,75**	,66**	,72**	,77**	,69**	1		
Par.	-,059	,70**	,68**	,77**	,67**	,76**	,66**	,74**	,65**	1	
Bor.	-,062	,68**	,88**	,65**	,68**	,70**	,59**	,63**	,59**	,72**	1

N=86, \*p<0,05; \*\*p<0,01

Çek.: Çekingen, Bağ.: Bağımlı, Pas.:Pasif agresif, Obs.: Obsesif-kompulsif, Ant.: Antisosyal, Nar.: Narsisistik, His.: Histriyonik, Şiz.:Şizoid, Par.: Paranoid, Bor.: Borderline

Toplam eğitim süresinin ölçek puanları ile değişip değişmediği korelasyon analizi ile test edilmiş, hiçbir puan ile toplam eğitim süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı, doğrusal bir ilişki bulunamamıştır (Çizelge 9-11).

**Çizelge 2.9:** Padua Envanteri ve alt boyutlarının toplam eğitim süresi ile korelasyon analizi sonuçları.

	T.e.s.	Düş.	Tem.	Kon.	Dür.	Kes.	Top.
T.e.s.	1						
Düş.	0,034	1					
Tem.	0,070	0,620**	1				
Kon.	0,014	0,696**	0,619**	1			
Dür.	0,064	0,713**	0,624**	0,620**	1		
Kes.	0,021	0,489**	0,539**	0,634**	0,541**	1	
Top.	0,043	0,878**	0,840**	0,850**	0,825**	0,695**	1

N=86, \*p<0,05; \*\*p<0,01

T.e.s.: Toplam eğitim süresi, Düş.: Düşüncelere kapılma, Tem.: Temizlik, Kon.: Kontrol, Dür.: Dürtüler, Kes.: Kesinlik, Top.: Toplam puan.

**Çizelge 2.10:** Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutlarının toplam eğitim süresi ile korelasyon analizi sonuçları.

	T.e.s.	Kiş.	Özb.	Bağ.	İş-m.	Top.
T.e.s.	1					
Kiş.	-0,059	1				
Özb.	0,051	0,284**	1			
Bağ.	0,009	0,353**	0,315**	1		
İş-m.	0,100	0,231*	0,259*	0,223*	1	
Top.	0,033	0,783**	0,717**	0,637**	0,446**	1

N=86, \*p<0,05; \*\*p<0,01

T.e.s.: Toplam eğitim süresi, Kiş.: Kişiler arası ilişkiler ve eğlenti, Özb.: Özbakım, Bağ.: Bağımsız yaşam, İş-m.: İş-meslek, Top.: Toplam puan.

**Çizelge 2.11:** Kişilik İnanç Ölçeği alt boyutlarının toplam eğitim süresi ile korelasyon analizi sonuçları.

	Eğt.	Çek.	Bağ.	Pas.	Obs.	Ant.	Nar.	His.	Şiz.	Par.	Bor.
Eğt.	1										
Çek.	-0.002	1									
Bağ.	0.083	,66**	1								
Pas.	-0.023	,74**	,67**	1							
Obs.	-0.013	,72**	,75**	,67**	1						
Ant.	0.005	,74**	,76**	,80**	,74**	1					
Nar.	-0.024	,62**	,68**	,78**	,73**	,79**	1				
His.	0.062	,64**	,69**	,79**	,67**	,79**	,83**	1			
Şiz.	0.021	,66**	,57**	,75**	,66**	,72**	,77**	,69**	1		
Par.	0.11	,70**	,68**	,77**	,67**	,76**	,66**	,74**	,65**	1	
Bor.	0.03	,68**	,88**	,65**	,68**	,70**	,59**	,63**	,59**	,72**	1

N=86, \*p<0,05; \*\*p<0,01

Eğt.: Toplam eğitim süresi, Çek.: Çekingen, Bağ.: Bağımlı, Pas.: Pasif agresif, Obs.: Obsesif-kompulsif, Ant.: Antisozyal, Nar.: Narsisistik, His.: Histriyonik, Şiz.: Şizoid, Par.: Paranoid, Bor.: Borderline

**Çizelge 2.12:** Padua Envanteri ve alt boyutlarının hastalık başlangıç yaşı ile korelasyon analizi sonuçları.

	H.b.y.	Düş.	Tem.	Kon.	Dür.	Kes.	Top.
H.b.y.	1						
Düş.	-0,198	1					
Tem.	-0.035	,620**	1				
Kon.	-0.192	,696**	,619**	1			
Dür.	-0.075	,713**	,624**	,620**	1		
Kes.	-0.107	,489**	,539**	,634**	,541**	1	
Top.	-0.147	,878**	,840**	,850**	,825**	,695**	1

N=86, \*p<0,05; \*\*p<0,01

H.b.y.: Hastalık başlangıç yaşı, Düş.: Düşüncelere kapılma, Tem.: Temizlik, Kon.: Kontrol, Dür.: Dürtüler, Kes.: Kesinlik, Top.: Toplam puan.

Ölçek puanlarının hastalık başlangıç yaşına göre değişip değişmediği korelasyon analizi ile test edilmiş, çekingen kişilik dışında diğer puanlarla hastalık başlangıç yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı, doğrusal bir ilişki bulunamamıştır (Çizelge 12-14). Analizin sonuçlarına göre, hastalık başlangıç yaşı ile çekingen kişilik puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, doğrusal ve negatif yönlü zayıf bir ilişki gözlenmiştir ( $r=-0,236$ ,  $p<0,01$ ). Analiz sonrası hesaplanan determinasyon

katsayısı çekingen kişilik puanlarının %5,6'sının, hastalık başlangıç yaşı tarafından açıklandığını göstermektedir ( $R^2=0,56$ ).

**Çizelge 2.13:** Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutlarının hastalık başlangıç yaşı ile korelasyon analizi sonuçları.

	H.b.y.	Kiş.	Özb.	Bağ.	İş-m.	Top.
H.b.y.	1					
Kiş.	0.067	1				
Özb.	-0.135	,284**	1			
Bağ.	-0.079	,353**	,315**	1		
İş-m.	-0.151	,231*	,259*	,223*	1	
Top.	-0.075	,783**	,717**	,637**	,446**	1

N=86, \*p<0,05; \*\*p<0,01

H.b.y.: Hastalık başlangıç yaşı, Kiş.: Kişiler arası ilişkiler ve eğlenti, Özb.: Özbakım, Bağ.: Bağımsız yaşam, İş-m.: İş-meslek, Top.: Toplam puan

**Çizelge 2.14:** Kişilik İnanç Ölçeği alt boyutlarının hastalık başlangıç yaşı ile korelasyon analizi sonuçları.

	H.b.y.	Çek.	Bağ.	Pas.	Obs.	Ant.	Nar.	His.	Şiz.	Par.	Bor.
H.b.y.	1										
Çek.	-.236*	1									
Bağ.	-0.138	,66**	1								
Pas.	-0.067	,74**	,67**	1							
Obs.	-0.125	,72**	,75**	,67**	1						
Ant.	-0.01	,74**	,76**	,80**	,74**	1					
Nar.	-0.105	,62**	,68**	,78**	,73**	,79**	1				
His.	-0.124	,64**	,69**	,79**	,67**	,79**	,83**	1			
Şiz.	0.031	,66**	,57**	,75**	,66**	,72**	,77**	,69**	1		
Par.	-0.098	,70**	,68**	,77**	,67**	,76**	,66**	,74**	,65**	1	
Bor.	-0.162	,68**	,88**	,65**	,68**	,70**	,59**	,63**	,59**	,72**	1

N=86, \*p<0,05; \*\*p<0,01

H.b.y.: Hastalık başlangıç yaşı, Çek.: Çekingen, Bağ.: Bağımlı, Pas.:Pasif agresif, Obs.: Obsesif-kompulsif, Ant.: Antisosyal, Nar.: Narsisistik, His.: Histriyonik, Şiz.:Şizoid, Par.: Paranoid, Bor.: Borderline

Ölçek puanlarının ilk atakta tedavisiz geçen süreye göre değişip değişmediği korelasyon analizi ile test edilmiş, hiçbir puan ile ilk atakta tedavisiz geçen süre arasında istatistiksel olarak anlamlı, doğrusal bir ilişki bulunamamıştır (Çizelge 15-17).

**Çizelge 2.15:** Padua Envanteri ve alt boyutlarının ilk atakta tedavisiz geçen süre ile korelasyon analizi sonuçları

	T.g.s.	Düş.	Tem.	Kon.	Dür.	Kes.	Top.
T.g.s.	1						
Düş.	0.017	1					
Tem.	-0.021	,620**	1				
Kon.	-0.063	,696**	,619**	1			
Dür.	0.075	,713**	,624**	,620**	1		
Kes.	-0.027	,489**	,539**	,634**	,541**	1	
Top.	-0.013	,878**	,840**	,850**	,825**	,695**	1

N=86, \*p<0,05; \*\*p<0,01

T.g.s.: Tedavisiz geçen süre, Düş.: Düşüncelere kapılma, Tem.: Temizlik, Kon.: Kontrol, Dür.: Dürtüler, Kes.: Kesinlik, Top.: Toplam puan.

**Çizelge 2.16:** Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutlarının ilk atakta tedavisiz geçen süre ile korelasyon analizi sonuçları.

	T.g.s.	Kiş.	Özb.	Bağ.	İş-m.	Top.
T.g.s.	1					
Kiş.	-0.057	1				
Özb.	0.052	,284**	1			
Bağ.	-0.045	,353**	,315**	1		
İş-m.	0.103	,231*	,259*	,223*	1	
Top.	0.005	,783**	,717**	,637**	,446**	1

N=86, \*p<0,05; \*\*p<0,01

T.g.s.: Tedavisiz geçen süre, Kiş.: Kişiler arası ilişkiler ve eğlenti, Özb.: Özbakım, Bağ.: Bağımsız yaşam, İş-m.: İş-meslek, Top.: Toplam puan

**Çizelge 2.17:** Kişilik İnanç Ölçeği alt boyutlarının ilk atakta geçen tedavisiz süre ile korelasyon analizi sonuçları.

	T.g.s.	Çek.	Bağ.	Pas.	Obs.	Ant.	Nar.	His.	Şiz.	Par.	Bor.
T.g.s.	1										
Çek.	0.112	1									
Bağ.	-0.019	,66**	1								
Pas.	0.004	,74**	,67**	1							
Obs.	0.038	,72**	,75**	,67**	1						
Ant.	-0.017	,74**	,76**	,80**	,74**	1					
Nar.	0.107	,62**	,68**	,78**	,73**	,79**	1				
His.	0.006	,64**	,69**	,79**	,67**	,79**	,83**	1			
Şiz.	0.138	,66**	,57**	,75**	,66**	,72**	,77**	,69**	1		
Par.	-0.037	,70**	,68**	,77**	,67**	,76**	,66**	,74**	,65**	1	
Bor.	-0.022	,68**	,88**	,65**	,68**	,70**	,59**	,63**	,59**	,72**	1

N=86, \*p<0,05; \*\*p<0,01

T.g.s.: Tedavisiz geçen süre, Çek.: Çekingen, Bağ.: Bağımlı, Pas.:Pasif agresif, Obs.: Obsesif-kompulsif, Ant.: Antisosyal, Nar.: Narsisistik, His.: Histriyonik, Şiz.:Şizoid, Par.: Paranoid, Bor.: Borderline

Ölçek puanlarının toplam hastalık süresine göre değişip değişmediği korelasyon analizi ile test edilmiş, hiçbir puan ile toplam hastalık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı, doğrusal bir ilişki bulunamamıştır (Çizelge 18-20).

**Çizelge 2.18:** Padua Envanteri ve alt boyutlarının toplam hastalık süresi ile korelasyon analizi sonuçları.

	T.h.s.	Düş.	Tem.	Kon.	Dür.	Kes.	Top.
T.h.s.	1						
Düş.	-0.077	1					
Tem.	-0.103	,620**	1				
Kon.	0.063	,696**	,619**	1			
Dür.	-0.09	,713**	,624**	,620**	1		
Kes.	0.104	,489**	,539**	,634**	,541**	1	
Top.	-0.038	,878**	,840**	,850**	,825**	,695**	1

N=86, \*p<0,05; \*\*p<0,01

T.h.s.: Toplam hastalık süresi, Düş.: Düşüncelere kapılma, Tem.: Temizlik, Kon.: Kontrol, Dür.: Dürtüler, Kes.: Kesinlik, Top.: Toplam puan.

**Çizelge 2.19:** Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutlarının toplam hastalık süresi ile korelasyon analizi sonuçları

	T.h.s.	Kiş.	Özb.	Bağ.	İş-m.	Top.
T.h.s.	1					
Kiş.	-0.001	1				
Özb.	0.01	,284**	1			
Bağ.	-0.026	,353**	,315**	1		
İş-m.	-0.149	,231*	,259*	,223*	1	
Top.	-0.033	,783**	,717**	,637**	,446**	1

N=86, \*p<0,05; \*\*p<0,01

T.h.s.: Toplam hastalık süresi, Kiş.: Kişiler arası ilişkiler ve eğlenti, Özb.: Özbakım, Bağ.: Bağımsız yaşam, İş-m.: İş-meslek, Top.: Toplam puan

**Çizelge 2.20:** Kişilik İnanç Ölçeği alt boyutlarının toplam hastalık süresi ile korelasyon analizi sonuçları.

	T.h.s.	Çek.	Bağ.	Pas.	Obs.	Ant.	Nar.	His.	Şiz.	Par.	Bor.
T.h.s.	1										
Çek.	0,054	1									
Bağ.	0,148	,66**	1								
Pas.	0,078	,74**	,67**	1							
Obs.	0,119	,72**	,75**	,67**	1						
Ant.	0,066	,74**	,76**	,80**	,74**	1					
Nar.	0,09	,62**	,68**	,78**	,73**	,79**	1				
His.	0,072	,64**	,69**	,79**	,67**	,79**	,83**	1			
Şiz.	0,03	,66**	,57**	,75**	,66**	,72**	,77**	,69**	1		
Par.	0,033	,70**	,68**	,77**	,67**	,76**	,66**	,74**	,65**	1	
Bor.	0,061	,68**	,88**	,65**	,68**	,70**	,59**	,63**	,59**	,72**	1

N=86, \*p<0,05; \*\*p<0,01

T.h.s.: Toplam hastalık süresi, Çek.: Çekingen, Bağ.: Bağımlı, Pas.:Pasif agresif, Obs.: Obsesif-kompulsif, Ant.: Antisozyal, Nar.: Narsisistik, His.: Histriyonik, Şiz.:Şizoid, Par.: Paranoid, Bor.: Borderline

### 3.1.5. Mann Whitney U Testleri

Cinsiyete göre ölçek puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi için yapılan Mann Whitney U Testi sonuçlarına göre Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nin bağımsız yaşam ve iş/meslek alt boyutları dışında, diğer puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0,05) Çizelge 21). Erkeklerin bağımsız yaşam puan ortalaması ile (Me=10), kadınların bağımsız yaşam puan ortalaması (Me=9) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (U=490,5; p<0,01). Bu sonuca göre bağımsız yaşam alanında remisyondaki şizofreni hastaları örnekleminde erkeklerin kadınlara göre daha yüksek işlevsellik sergilediği söylenebilir. İş/meslek puanlarına bakıldığında erkeklerin puan ortalamasının (Me=1), kadınların puan ortalamasından (Me=2) istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaştığı görülmüştür (U=465; p<0,01). Bu sonuca göre kadınların iş/meslek alanında erkeklere göre daha işlevsel olduğu söylenebilir.

**Çizelge 2.21:** Ölçek puanlarının cinsiyet açısından Mann Withney U testi ile karşılaştırılması.

Puanlar	Cin- siyet	n	Sıralar Ort.	Sıralar Toplamı	Me	U	Z	p
PE-KF	Kadın	25	38.48	962	36,00	637	-1.194	0.233
Toplam Puan	Erkek	61	45.56	2779	37,00			
Düşüncelere kapılma	Kadın	25	39.7	992.5	7,00	667.5	-0.905	0.365
	Erkek	61	45.06	2748.5	12,00			
Temizlik	Kadın	25	36.34	908.5	3,00	583.5	-1.707	0.088
	Erkek	61	46.43	2832.5	7,00			
Kontrol	Kadın	25	38.8	970	5,00	645	-1.119	0.263
	Erkek	61	45.43	2771	9,00			
Dürtüler	Kadın	25	41.4	1035	3,00	710	-0.503	0.615
	Erkek	61	44.36	2706	4,00			
Kesinlik	Kadın	25	38.28	957	2,00	632	-1.265	0.206
	Erkek	61	45.64	2784	3,00			
Çekingen	Kadın	25	39.2	980	14,00	655	-1.024	0.306
	Erkek	61	45.26	2761	16,00			
Bağımlı	Kadın	25	46.4	1160	12,00	690	-0.69	0.49
	Erkek	61	42.31	2581	12,00			
Pasif agresif	Kadın	25	42.14	1053.5	9,00	728.5	-0.324	0.746
	Erkek	61	44.06	2687.5	8,00			
Obsesif kompülsif	Kadın	25	40.5	1012.5	12,00	687.5	-0.714	0.475
	Erkek	61	44.73	2728.5	13,00			
Antisosyal	Kadın	25	42.74	1068.5	7,00	743.5	-0.181	0.856
	Erkek	61	43.81	2672.5	9,00			
Narsisistik	Kadın	25	44.72	1118	7,00	732	-0.291	0.771
	Erkek	61	43	2623	6,00			
Histriyonik	Kadın	25	40.34	1008.5	4,00	683.5	-0.755	0.45
	Erkek	61	44.8	2732.5	7,00			
Şizoid	Kadın	25	43.88	1097	14,00	753	-0.09	0.928
	Erkek	61	43.34	2644	11,00			
Paranoid	Kadın	25	41.56	1039	10,00	714	-0.462	0.644
	Erkek	61	44.3	2702	11,00			
Borderline	Kadın	25	43.06	1076.5	9,00	751.5	-0.105	0.917
	Erkek	61	43.68	2664.5	12,00			
TİDÖ - Toplam puan	Kadın	25	42.98	1074.5	42,00	749.5	-0.124	0.901
	Erkek	61	43.71	2666.5	42,00			
Kiş. İlişki ve Eğlenti	Kadın	25	41.68	1042	15,00	717	-0.435	0.663
	Erkek	61	44.25	2699	14,00			
Öz bakım	Kadın	25	47.98	1199.5	16,00	650.5	-1.072	0.284
	Erkek	61	41.66	2541.5	15,00			
Bağımsız Yaşam	Kadın	25	32.62	815.5	9,00	490.5	-2.638	0.008
	Erkek	61	47.96	2925.5	10,00			
İş/Meslek	Kadın	25	55.4	1385	2,00	465	-3.055	0.002
	Erkek	61	38.62	2356	1,00			

Padua Envanteri Kısa Formu toplam puanı ve alt boyut puanlarında intihar girişimi öyküsünün varlığına göre farklılık olup olmadığını incelemek için yapılan Mann Whitney U Testi sonuçlarına göre temizlik ve kesinlik puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir ( $p>0,05$ )(Çizelge 22). Ölçeğin toplam puanı için intihar öyküsü olanların puan ortalaması ( $Me=49,50$ ) ile intihar öyküsü bulunmayanların puan ortalaması ( $Me=29,00$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $U=433,5$ ;  $p<0,01$ ). Ölçeğin düşüncelere kapılma alt boyut puanları incelendiğinde intihar öyküsü olan grubun puan ortalaması ( $Me=19,00$ ) ve intihar öyküsü olmayan grubun puan ortalaması ( $Me=8,00$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $U=360,0$ ;  $p<0,01$ ). Ölçeğin kontrol alt boyutuna bakıldığında intihar girişimi olanların puan ortalamasının ( $Me=11,50$ ) intihar girişimi olmayan grubun puan ortalamasından ( $Me=6,00$ ) istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaştığı görülmektedir ( $U=466,5$ ,  $p<0,05$ ). Ayrıca intihar öyküsü bulunan grubun dürtü puan ortalamasının ( $Me=6,50$ ), intihar öyküsü bulunmayan grubun dürtü puan ortalamasından ( $Me=3,00$ ) anlamlı derecede farklılaştığı bulgulanmıştır ( $U=408$ ,  $p<0,01$ ). Bu sonuçlara göre intihar öyküsü bulunan remisyondaki şizofreni hastalarının, intihar öyküsü bulunmayanlara göre daha fazla obsesif kompulsif belirti gösterdiği, tekrarlayan girici düşüncelerden duydukları rahatsızlığın daha yüksek olduğu, günlük aktivitelerinde bir şeyleri yapıp yapmadıklarına dair daha fazla zihinsel meşguliyet yaşadıkları ve bunun üstesinden gelmek için daha fazla sayma davranışı sergiledikleri, kendisine ya da diğer insanlara istemeden zarar vereceğine ve kontrolünü kaybedeceğine ilişkin daha fazla kaygı yaşadıkları söylenebilir.

**Çizelge 2.22:** Ölçek puanlarının intihar girişimi öyküsü varlığı açısından karşılaştırılması.

	İntihar öyküsü	N	Sıralar Ortalaması	Sıralar Toplamı	Medyan	U	Z	p
PE-KF Toplam Puan	Var	22	55.80	1227.50	49,50	433,	-2.678	0.007
	Yok	64	39.27	2513.50	29,00			
Düşüncelere kapılma	Var	22	59.14	1301.00	19,00	360,	-3.411	0.000
	Yok	64	38.13	2440.00	8,00			
Temizlik	Var	22	47.68	1049.00	10,00	612,	-0.913	0.361
	Yok	64	42.06	2692.00	6,00			
Kontrol	Var	22	54.30	1194.50	11,50	466,	-2.354	0.019
	Yok	64	39.79	2546.50	6,00			
Dürtüler	Var	22	56.95	1253.00	6,50	408,	-2.953	0.003
	Yok	64	38.88	2488.00	3,00			
Kesinlik	Var	22	47.09	1036.00	4,00	625,	-0.797	0.426
	Yok	64	42.27	2705.00	2,50			
Çekingen	Var	22	49.95	1099.00	16,00	562,	-1.407	0.159
	Yok	64	41.28	2642.00	14,00			
Bağımlı	Var	22	52.77	1161.00	15,00	500,	-2.022	0.043
	Yok	64	40.31	2580.00	9,00			
Pasif agresif	Var	22	52.70	1159.50	10,00	501,	-2.009	0.045
	Yok	64	40.34	2581.50	8,00			
Obsesif-kompulsif	Var	22	52.55	1156.00	13,50	505,	-1.972	0.049
	Yok	64	40.39	2585.00	12,00			
Antisosyal	Var	22	50.16	1103.50	11,00	557,	-1.454	0.146
	Yok	64	41.21	2637.50	7,00			
Narsisistik	Var	22	52.61	1157.50	11,00	503,	-1.990	0.047
	Yok	64	40.37	2583.50	6,00			
Histriyonik	Var	22	52.50	1155.00	8,00	506,	-1.969	0.049
	Yok	64	40.41	2586.00	4,00			
Şizoid	Var	22	50.93	1120.50	13,00	540,	-1.621	0.105
	Yok	64	40.95	2620.50	11,50			
Paranoid	Var	22	51.73	1138.00	14,50	523,	-1.794	0.073
	Yok	64	40.67	2603.00	10,00			
Borderline	Var	22	52.52	1155.50	15,00	505,	-1.967	0.049
	Yok	64	40.40	2585.50	9,00			
TİDÖ - Toplam	Var	22	39.80	875.50	41,50	622,	-0.808	0.419
	Yok	64	44.77	2865.50	42,00			
Kişilerarası ilişki ve eğlenti	Var	22	36.05	793.00	13,50	540,	-1.633	0.103
	Yok	64	46.06	2948.00	15,00			
Öz bakım	Var	22	46.16	1015.50	16,00	645,	-0.583	0.560
	Yok	64	42.59	2725.50	15,50			
Bağımsız yaşam	Var	22	37.11	816.50	9,50	563,	-1.418	0.156
	Yok	64	45.70	2924.50	10,00			
İş/meslek	Var	22	40.18	884.00	1,00	631,	-0.780	0.435
	Yok	64	44.64	2857.00	2,00			

Kişilik İnanç Ölçeği Kısa Formu alt boyut puanları incelendiğinde intihar girişimi olan ve olmayan gruplar arasında çekingen, antisosyal, şizoid ve paranoid puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ). Bağımlı puanlarına bakıldığında intihar öyküsü bulunan grubun puan ortalamasının ( $Me=15,00$ ), intihar öyküsü olmayan grubun puan ortalamasından ( $Me=9,00$ ) anlamlı derecede farklılaştığı bulgulanmıştır ( $U=500,0$ ;  $p<0,05$ ). Pasif-agresif puanlarına bakıldığında intihar öyküsü bulunan grubun puan ortalamasının ( $Me=10,00$ ), intihar öyküsü olmayan grubun puan ortalamasından ( $Me=8,00$ ) anlamlı derecede farklılaştığı bulgulanmıştır ( $U=501,5$ ;  $p<0,05$ ). Obsesif-kompulsif puanlarına bakıldığında intihar öyküsü bulunan grubun puan ortalamasının ( $Me=13,50$ ), intihar öyküsü olmayan grubun puan ortalamasından ( $Me=12,00$ ) anlamlı derecede farklılaştığı bulgulanmıştır ( $U=505,0$ ;  $p<0,05$ ). Narsisistik puanlarına bakıldığında intihar öyküsü bulunan grubun puan ortalamasının ( $Me=11,00$ ), intihar öyküsü olmayan grubun puan ortalamasından ( $Me=6,00$ ) anlamlı derecede farklılaştığı bulgulanmıştır ( $U=503,5$ ;  $p<0,05$ ). Histriyonik puanlarına bakıldığında intihar öyküsü bulunan grubun puan ortalamasının ( $Me=8,00$ ), intihar öyküsü olmayan grubun puan ortalamasından ( $Me=4,00$ ) anlamlı derecede farklılaştığı bulgulanmıştır ( $U=506,0$ ;  $p<0,05$ ). Son olarak borderline puanlarına bakıldığında intihar öyküsü bulunan grubun puan ortalamasının ( $Me=15,00$ ), intihar öyküsü olmayan grubun puan ortalamasından ( $Me=9,00$ ) anlamlı derecede farklılaştığı bulgulanmıştır ( $U=500,5$ ;  $p<0,05$ ).

Örneklemin ölçek puanlarının ailede psikiatrik öykünün olup olmasına göre farklılaşp farklılaşmadığını incelemek üzere yapılan Mann Withney U Testlerinin sonucunda iki grubun hiçbir ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir ( $p>0,05$ )(Çizelge 23).

**Çizelge 2.23:** Ölçek puanlarının ailede psikiyatrik öykü varlığı açısından karşılaştırılması

	Psikiyatrik öykü	N	Sıralar Ort.	Sıralar Toplamı	Me	U	Z	p
PE-KF Toplam	Var	38	45.16	1716,00	33,00	849,00	-0,548	0,583
	Yok	48	42.19	2025,00	38,00			
Düşüncelere kapılma	Var	38	46.22	1756,50	11,00	808,50	-0,901	0,367
	Yok	48	41.34	1984,50	11,00			
Temizlik	Var	38	44.33	1684,50	7,50	880,50	-0,275	0,784
	Yok	48	42.84	2056,50	6,00			
Kontrol	Var	38	44.89	1706,00	7,00	859,00	-0,462	0,644
	Yok	48	42.40	2035,00	8,50			
Dürtüler	Var	38	45.97	1747,00	4,00	818,00	-0,824	0,410
	Yok	48	41.54	1994,00	3,50			
Kesinlik	Var	38	42.01	1596,50	2,50	855,50	-0,501	0,617
	Yok	48	44.68	2144,50	3,00			
Çekingem	Var	38	43.89	1668,00	14,50	897,00	-0,131	0,896
	Yok	48	43.19	2073,00	14,50			
Bağımlı	Var	38	43.39	1649,00	10,00	908,00	-0,039	0,972
	Yok	48	43.58	2092,00	12,50			
Pasif agresif	Var	38	40.72	1547,50	8,00	806,50	-0,920	0,358
	Yok	48	45.70	2193,50	9,50			
Obsesif- kompulsif	Var	38	39.28	1492,50	11,50	751,50	-1,397	0,162
	Yok	48	46.84	2248,50	13,50			
Antisosyal	Var	38	43.49	1652,50	7,50	911,50	-0,004	0,997
	Yok	48	43.51	2088,50	8,50			
Narsisistik	Var	38	40.51	1539,50	5,50	798,50	-0,990	0,322
	Yok	48	45.86	2201,50	7,50			
Histriyonik	Var	38	42.50	1615,00	5,00	874,00	-0,332	0,740
	Yok	48	44.29	2126,00	6,00			
Şizoid	Var	38	42.17	1602,50	12,00	861,50	-0,440	0,660
	Yok	48	44.55	2138,50	12,00			
Paranoid	Var	38	42.46	1613,50	10,00	872,50	-0,344	0,731
	Yok	48	44.32	2127,50	11,50			
Borderline	Var	38	44.61	1695,00	11,50	870,00	-0,366	0,715
	Yok	48	42.63	2046,00	11,50			
TİDÖ - Toplam	Var	38	45.54	1730,50	42,00	834,50	-0,675	0,500
	Yok	48	41.89	2010,50	41,00			
Kiş. ilişki ve eğlenti	Var	38	49.21	1870,00	15,00	695,00	-1,898	0,058
	Yok	48	38.98	1871,00	13,50			
Öz bakım	Var	38	40.37	1534,00	15,50	793,00	-1,041	0,298
	Yok	48	45.98	2207,00	16,00			
Bağımsız yaşam	Var	38	45.96	1746,50	10,00	818,50	-0,829	0,407
	Yok	48	41.55	1994,50	10,00			
İş/meslek	Var	38	42.68	1622,00	2,00	881,00	-0,291	0,771
	Yok	48	44.15	2119,00	2,00			

### 3.1.6. Kruskal Wallis Testleri

Veriler ölçek puanlarının psikiyatrik tanı nedeniyle medeni durum, hastaneye yatış sayısı ve mezuniyet durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi için Kruskal Wallis Testleri uygulanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunan puanlar için, farkın hangi gruplar arasındaki anlamlı farktan kaynaklandığını anlamak için Benferroni Düzeltmeli Mann Withney U Testleri yapılmıştır.

Medeni duruma göre ölçek puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığına bakıldığında hiçbir puan için evli, bekar ve dul/boşanmış olan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir ( $p>0,05$ )(Çizelge 24).

**Çizelge 2.24:** Ölçek Puanlarının Medeni Duruma göre Karşılaştırılması

	Medeni Durum	N	Sıra Ortalaması	Me	df	$\chi^2$	p
PE-KF Toplam	Bekar	55	43.75	37.00	2	0.160	0.923
	Evli	17	44.62	35.00			
	Boşanmış / Dul	14	41.18	36.00			
Düşüncelere kapılma	Bekar	55	44.90	12.00	2	0.804	0.669
	Evli	17	43.32	11.00			
	Boşanmış / Dul	14	38.21	10.50			
Temizlik	Bekar	55	45.17	6.00	2	1.266	0.531
	Evli	17	43.62	11.00			
	Boşanmış / Dul	14	36.79	5.00			
Kontrol	Bekar	55	42.71	7.00	2	0.308	0.857
	Evli	17	46.50	8.00			
	Boşanmış / Dul	14	42.96	7.50			
Dürtüler	Bekar	55	42.35	4.00	2	0.958	0.620
	Evli	17	42.35	3.00			
	Boşanmış / Dul	14	49.43	5.00			
Kesinlik	Bekar	55	42.69	3.00	2	0.383	0.826
	Evli	17	46.79	3.00			
	Boşanmış / Dul	14	42.68	3.00			
Çekingen	Bekar	55	43.74	14.00	2	0.066	0.967
	Evli	17	42.15	15.00			
	Boşanmış / Dul	14	44.21	15.00			
Bağımlı	Bekar	55	42.11	11.00	2	0.656	0.720
	Evli	17	44.24	12.00			
	Boşanmış / Dul	14	48.07	13.50			
Pasif agresif	Bekar	55	44.37	9.00	2	0.199	0.906
	Evli	17	42.38	10.00			
	Boşanmış / Dul	14	41.43	7.50			
Obsesif-kompulsif	Bekar	55	43.48	12.00	2	0.215	0.898
	Evli	17	41.65	14.00			
	Boşanmış / Dul	14	45.82	17.00			
Antisosyal	Bekar	55	40.76	7.00	2	3.138	0.208
	Evli	17	43.74	8.00			
	Boşanmış / Dul	14	53.96	14.00			
Narsisistik	Bekar	55	43.20	7.00	2	0.034	0.983
	Evli	17	43.59	7.00			
	Boşanmış / Dul	14	44.57	7.00			

Histriyonik	Bekar	55	44.13	6,00	2	0.125	0.940
	Evli	17	43.06	6,00			
	Boşanmış / Dul	14	41.57	5,00			
Şizoid	Bekar	55	43.86	12,00	2	1.547	0.461
	Evli	17	37.85	11,00			
	Boşanmış / Dul	14	48.93	14,50			
Paranoid	Bekar	55	42.82	10,00	2	0.116	0.944
	Evli	17	44.53	11,00			
	Boşanmış / Dul	14	44.93	11,00			
Borderline	Bekar	55	43.50	12,00	2	0.057	0.972
	Evli	17	42.53	9,00			
	Boşanmış / Dul	14	44.68	11,00			
Toplam	Bekar	55	44.00	42,00	2	1.019	0.601
	Evli	17	46.59	43,00			
	Boşanmış / Dul	14	37.79	39,50			
Kişilerarası ilişli ve eğlenti	Bekar	55	43.97	14,00	2	2.374	0.305
	Evli	17	48.82	16,00			
	Boşanmış / Dul	14	35.18	14,00			
Öz bakım	Bekar	55	43.65	15,00	2	0.030	0.985
	Evli	17	42.59	16,00			
	Boşanmış / Dul	14	44.00	16,00			
Bağımsız yaşam	Bekar	55	44.57	10,00	2	0.312	0.856
	Evli	17	42.15	10,00			
	Boşanmış / Dul	14	40.93	9,50			
İş/meslek	Bekar	55	42.63	2,00	2	0.230	0.891
	Evli	17	44.62	2,00			
	Boşanmış / Dul	14	45.57	2,00			

Ölçek puanlarının psikiyatrik tanı nedeniyle hastaneye yatış sayısına göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için yürütülen Kruskal Wallis Test sonuçlarına göre Padua Envanteri Kısa Formu'nun düşüncelere kapılma alt boyutu dışında diğer ölçekler için gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ )(Çizelge 25). Düşüncelere kapılma alt boyut puanlarına bakıldığında hiç hastane yatışı olmayan grubun puan ortalaması ( $Me=19,00$ ), 1 kere hastane yatışı olan grubun puan ortalaması ( $Me=5,50$ ), 2 kere hastane yatışı olan grubun puan ortalaması ( $Me=10,00$ ), 3 kere hastane yatışı olan grubun puan ortalaması ( $Me=6$ ) ve 4 ve üzeri hastane yatışı olan grubun puan ortalaması ( $Me=13,00$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmektedir ( $\chi^2=10,342$ ;  $p<0,05$ ). Mann Withney U Testi ile yapılan Benferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farkın hiç hastane yatışı olmayan-1 kere hastane yatışı olan kişilerden kaynaklandığı söylenebilir.

**Çizelge 2.25:** Ölçek Puanlarının Psikiyatrik Tam Nedeniyle Hastaneye Yatış Sayısına göre Kruskal Wallis Testi ile Karşılaştırılması

	Hastaneye yatış sayısı	N	Sıra Ort.	Me	df	$\chi^2$	p
Padua - Düşüncelere Kapılma	0	15	58.00	19.00	4	10.342	0.035
	1	16	31.97	5,50			
	2	15	40.70	10,00			
	3	9	34.33	6,00			
	4 ve üzeri	31	46.45	13,00			
Padua - Temizlik	0	15	43.70	6.00	4	2.357	0.670
	1	16	38.75	2,50			
	2	15	49.20	9,00			
	3	9	35.94	4,00			
	4 ve üzeri	31	45.29	6,00			
Padua - Kontrol	0	15	51.97	11.00	4	6.157	0.188
	1	16	32.44	3,50			
	2	15	41.73	8,00			
	3	9	38.22	4,00			
	4 ve üzeri	31	47.50	9,00			
Padua - Dürtüler	0	15	47.80	4.00	4	4.746	0.314
	1	16	40.84	3,50			
	2	15	44.17	5,00			
	3	9	28.06	1,00			
	4 ve üzeri	31	46.95	4,00			
Padua - Kesinlik	0	15	48.17	4.00	4	2.254	0.689
	1	16	36.63	1,00			
	2	15	46.47	6,00			
	3	9	39.94	1,00			
	4 ve üzeri	31	44.39	3,00			
Padua - TOPLAM	0	15	51.63	44.00	4	5.990	0.200
	1	16	33.97	26,00			
	2	15	45.20	41,00			
	3	9	33.28	13,00			
	4 ve üzeri	31	46.63	37,00			
KİÖ - Çekingen	0	15	47.17	17.00	4	2.259	0.688
	1	16	38.22	11,50			
	2	15	39.13	14,00			
	3	9	41.28	12,00			
	4 ve üzeri	31	47.21	18,00			
KİÖ - Bağımlı	0	15	50.60	14.00	4	2.868	0.580
	1	16	40.84	9,50			
	2	15	35.97	9,00			
	3	9	45.28	12,00			
	4 ve üzeri	31	44.56	12,00			
KİÖ - Pasif agresif	0	15	37.93	10.00	4	3.048	0.549
	1	16	38.00	6,50			
	2	15	43.13	8,00			
	3	9	51.61	12,00			
	4 ve üzeri	31	46.85	9,00			
KİÖ - Obsesif- kompulsif	0	15	42.77	12.00	4	0.605	0.963
	1	16	40.09	10,00			
	2	15	43.20	12,00			
	3	9	43.00	11,00			
	4 ve üzeri	31	45.90	13,00			
KİÖ - Antisosyal	0	15	40.93	10.00	4	1.366	0.850

	1	16	41.00	6,50			
	2	15	39.97	7,00			
	3	9	45.22	11,00			
	4 ve üzeri	31	47.24	11,00			
KİÖ - Narsistik	0	15	39.67	7,00	4	1.651	0.800
	1	16	43.25	7,50			
	2	15	46.23	9,00			
	3	9	51.67	9,00			
	4 ve üzeri	31	41.79	6,00			
KİÖ - Histriyonik	0	15	40.87	6,00	4	1.597	0.809
	1	16	38.75	4,00			
	2	15	42.23	7,00			
	3	9	48.83	8,00			
	4 ve üzeri	31	46.29	8,00			
KİÖ - Şizoid	0	15	37.90	12,00	4	4.345	0.361
	1	16	37.81	13,00			
	2	15	40.63	10,00			
	3	9	54.83	16,00			
	4 ve üzeri	31	47.24	12,00			
KİÖ - Paranoid	0	15	41.93	9,00	4	4.760	0.313
	1	16	42.16	10,50			
	2	15	32.77	8,00			
	3	9	51.67	15,00			
	4 ve üzeri	31	47.77	12,00			
KİÖ - Borderline	0	15	48.10	13,00	4	4.823	0.306
	1	16	42.84	9,00			
	2	15	31.33	8,00			
	3	9	49.06	12,00			
	4 ve üzeri	31	45.89	13,00			
TİDÖ - Kişilerarası ilişli ve eğlenti	0	15	44.23	14,00	4	2.549	0.636
	1	16	37.22	13,50			
	2	15	51.30	15,00			
	3	9	43.00	15,00			
	4 ve üzeri	31	42.76	14,00			
TİDÖ - Özbakım	0	15	46.20	16,00	4	3.214	0.523
	1	16	36.50	14,50			
	2	15	38.47	14,00			
	3	9	50.94	17,00			
	4 ve üzeri	31	46.08	16,00			
TİDÖ - Bağımsız yaşam	0	15	50.97	10,00	4	6.177	0.186
	1	16	31.63	9,00			
	2	15	49.83	10,00			
	3	9	43.44	10,00			
	4 ve üzeri	31	42.97	10,00			
TİDÖ - İş/meslek	0	15	57.90	3,00	4	11.591	0.021
	1	16	47.97	2,00			
	2	15	39.97	1,00			
	3	9	47.83	2,00			
	4 ve üzeri	31	34.68	1,00			
TİDÖ - Toplam	0	15	50.57	43,00	4	4.697	0.320
	1	16	32.47	40,00			
	2	15	45.20	41,00			
	3	9	47.94	46,00			
	4 ve üzeri	31	43.66	42,00			

**Çizelge 2.26: Ölçek Puanlarının Mezuniyet Duruma Göre Karşılaştırılması**

	Mezuniyet durumu	N	Sıra Ort.	Me	df	$\chi^2$	p
Padua - Düşüncelere Kapılma	Okul bitirmemis	5	32.60	4.00	4	4.372	0.358
	İlkokul mezunu	35	42.27	11.00			
	Ortaokul	18	38.89	11.00			
	Lise mezunu	19	52.92	13.00			
	Üniversite	9	43.67	12.00			
Padua - Temizlik	Okul bitirmemis	5	21.00	2.00	4	6.200	0.185
	İlkokul mezunu	35	44.77	5.00			
	Ortaokul mezunu	18	38.97	6.00			
	Lise mezunu	19	50.08	10.00			
	Üniversite	9	46.22	6.00			
Padua - Kontrol	Okul bitirmemis	5	23.40	3.00	4	4.479	0.345
	İlkokul mezunu	35	43.91	7.00			
	Ortaokul mezunu	18	40.94	9.00			
	Lise mezunu	19	48.76	10.00			
	Üniversite	9	47.06	8.00			
Padua - Dürtüler	Okul bitirmemis	5	30.00	1.00	4	4.359	0.360
	İlkokul mezunu	35	44.83	4.00			
	Ortaokul mezunu	18	38.08	6.00			
	Lise mezunu	19	51.11	6.00			
	Üniversite	9	40.61	4.00			
Padua - Kesinlik	Okul bitirmemis	5	18.00	0.00	4	9.374	0.052
	İlkokul mezunu	35	42.41	3.00			
	Ortaokul mezunu	18	39.44	1.50			
	Lise mezunu	19	52.37	4.00			
	Üniversite	9	51.28	5.00			
Padua - TOPLAM	Okul bitirmemis	5	21.10	10.00	4	7.317	0.120
	İlkokul mezunu	35	44.09	35.00			
	Ortaokul mezunu	18	38.47	33.00			
	Lise mezunu	19	52.61	44.00			
	Üniversite	9	44.50	44.00			
KİÖ - Çekingen	Okul bitirmemis	5	24.90	10.00	4	5.586	0.232
	İlkokul mezunu	35	44.51	16.00			
	Ortaokul mezunu	18	37.33	13.00			
	Lise mezunu	19	49.11	17.00			
	Üniversite	9	50.39	18.00			
KİÖ - Bağımlı	Okul bitirmemis	5	27.00	5.00	4	3.089	0.543
	İlkokul mezunu	35	45.74	13.00			
	Ortaokul mezunu	18	40.03	9.00			
	Lise mezunu	19	46.26	14.00			
	Üniversite	9	45.06	11.00			
KİÖ - Pasif agresif	Okul bitirmemis	5	25.30	4.00	4	3.906	0.419
	İlkokul mezunu	35	46.17	10.00			
	Ortaokul mezunu	18	39.58	8.00			
	Lise mezunu	19	44.79	9.00			
	Üniversite	9	48.33	12.00			
KİÖ - Obsesif- kompulsif	Okul bitirmemis	5	18.30	4.00	4	7.077	0.132
	İlkokul mezunu	35	47.13	15.00			
	Ortaokul mezunu	18	38.39	11.50			
	Lise mezunu	19	46.79	12.00			
	Üniversite	9	46.67	11.00			
KİÖ - Antisosyal	Okul bitirmemis	5	15.40	2.00	4	9.824	0.043
	İlkokul mezunu	35	49.31	13.00			
	Ortaokul mezunu	18	37.17	5.00			
	Lise mezunu	19	46.89	10.00			

	Üniversite	9	42.00	7,00			
KİÖ -	Okul bitirmemis	5	20.30	0,00	4	6.269	0.180
Narsisistik	İlkokul mezunu	35	43.99	7,00			
	Ortaokul mezunu	18	41.00	6,50			
	Lise mezunu	19	51.03	11,00			
	Üniversite	9	43.61	6,00			
KİÖ -	Okul bitirmemis	5	28.30	3,00	4	3.109	0.540
Histriyonik	İlkokul mezunu	35	42.09	4,00			
	Ortaokul mezunu	18	43.08	7,00			
	Lise mezunu	19	49.26	8,00			
	Üniversite	9	46.11	6,00			
KİÖ - Şizoid	Okul bitirmemis	5	23.70	8,00	4	6.976	0.137
	İlkokul mezunu	35	47.74	14,00			
	Ortaokul mezunu	18	35.44	10,50			
	Lise mezunu	19	44.84	12,00			
	Üniversite	9	51.28	16,00			
KİÖ - Paranoid	Okul bitirmemis	5	31.80	5,00	4	3.243	0.518
	İlkokul mezunu	35	46.09	12,00			
	Ortaokul mezunu	18	40.47	9,50			
	Lise mezunu	19	40.37	10,00			
	Üniversite	9	52.61	12,00			
KİÖ -	Okul bitirmemis	5	32.50	8,00	4	1.922	0.750
Borderline	İlkokul mezunu	35	44.71	12,00			
	Ortaokul mezunu	18	42.39	11,50			
	Lise mezunu	19	41.82	9,00			
	Üniversite	9	50.67	16,00			
TİDÖ -	Okul bitirmemis	5	41.50	15,00	4	5.147	0.272
Kişilerarası	İlkokul mezunu	35	36.59	13,00			
ilişli ve eğlenti	Ortaokul mezunu	18	50.81	15,50			
	Lise mezunu	19	47.89	16,00			
	Üniversite	9	47.61	16,00			
TİDÖ -	Okul bitirmemis	5	36.80	15,00	4	1.679	0.795
Öz bakım	İlkokul mezunu	35	41.29	15,00			
	Ortaokul mezunu	18	42.56	15,50			
	Lise mezunu	19	47.29	16,00			
	Üniversite	9	49.72	16,00			
TİDÖ -	Okul bitirmemis	5	37.60	10,00	4	6.571	0.160
Bağımsız	İlkokul mezunu	35	37.30	10,00			
yaşam	Ortaokul mezunu	18	43.00	10,00			
	Lise mezunu	19	53.82	11,00			
	Üniversite	9	50.11	10,00			
TİDÖ -	Okul bitirmemis	5	53.30	2,00	4	6.805	0.147
İş/meslek	İlkokul mezunu	35	37.09	1,00			
	Ortaokul mezunu	18	41.64	1,50			
	Lise mezunu	19	49.68	3,00			
	Üniversite	9	53.67	2,00			
TİDÖ - Toplam	Okul bitirmemis	5	40.30	42,00	4	7.807	0.098
	İlkokul mezunu	35	35.19	39,00			
	Ortaokul mezunu	18	46.83	41,50			
	Lise mezunu	19	52.24	45,00			
	Üniversite	9	52.50	44,00			

Ölçek puanlarının mezuniyet durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için yürütülen Kruskal Wallis Test sonuçlarına göre Kişilik İnanç Ölçeği Kısa Formu'nun antisosyal kişilik alt boyutu dışında diğer ölçekler için gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ )(Çizelge 26). Antisosyal kişilik alt boyut puanlarına bakıldığında okul bitirmemiş grubun puan ortalaması ( $Me=2,00$ ), ilkokul mezunu grubun puan ortalaması ( $Me=13,00$ ), ortaokul mezunu grubun puan ortalaması ( $Me=5,00$ ), lise mezunu grubun puan ortalaması ( $Me=10$ ) ve üniversite mezunu grubun puan ortalaması ( $Me=7,00$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmektedir ( $\chi^2=9,824$ ;  $p<0,05$ ). Mann Withney U Testi ile yapılan Benferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farkın hiç okul bitirmemiş-ilkokul mezunu kişilerden kaynaklandığı söylenebilir.

Ölçek puanlarının çalışma durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için yürütülen Kruskal Wallis Test sonuçlarına göre Padua Envantero Kısa Formu toplam puanı ve alt boyut puanları ile Kişilik İnanç Ölçeği'nin alt boyut puanları için gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ )(Çizelge 27).

TİDÖ toplam puanlarına bakıldığında işsiz grubun puan ortalaması ( $Me=39,00$ ), ev hanımı grubun puan ortalaması ( $Me=40,50$ ), çalışan grubun puan ortalaması ( $Me=47,50$ ) ve emekli grubun puan ortalaması ( $Me=42$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmektedir ( $\chi^2=26,385$ ;  $p<0,01$ ). Mann Withney U Testi ile yapılan Benferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farkın işsiz-çalışan, ev hanımı-çalışan ve çalışan-emekli gruplarından kaynaklandığı söylenebilir.

Kişiler arası ilişki ve eğlenti puanlarına bakıldığında işsiz grubun puan ortalaması ( $Me=13,00$ ), ev hanımı grubun puan ortalaması ( $Me=12,00$ ), çalışan grubun puan ortalaması ( $Me=16,00$ ) ve emekli grubun puan ortalaması ( $Me=15,50$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmektedir ( $\chi^2=13,624$ ;  $p<0,01$ ). Mann Withney U Testi ile yapılan Benferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farkın işsiz-çalışan ve ev hanımı-çalışan gruplarından kaynaklandığı söylenebilir.

**Çizelge 2.27:** Ölçek Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Kruskal Wallis Testi ile Karşılaştırılması

	Çalışma durumu	N	Sıra Ort.	Me	df	$\chi^2$	p
Padua - Düşüncelere Kapılma	İşsiz	29	48,23	13,00	3	6,770	0,080
	Ev hanımı	14	27,82	4,00			
	Çalışıyor	24	44,19	11,50			
	Emekli	18	44,81	13,00			
Padua - Temizlik	İşsiz	29	46,62	8,00	3	4,997	0,172
	Ev hanımı	14	29,82	2,00			
	Çalışıyor	24	45,98	8,00			
	Emekli	18	43,44	5,00			
Padua - Kontrol	İşsiz	29	47,52	9,00	3	4,958	0,175
	Ev hanımı	14	30,50	3,50			
	Çalışıyor	24	42,23	6,00			
	Emekli	18	46,47	8,50			
Padua - Dürtüler	İşsiz	29	44,86	4,00	3	1,238	0,744
	Ev hanımı	14	36,96	2,00			
	Çalışıyor	24	45,13	4,50			
	Emekli	18	41,86	3,00			
Padua - Kesinlik	İşsiz	29	41,40	2,00	3	2,627	0,453
	Ev hanımı	14	35,68	1,50			
	Çalışıyor	24	44,73	3,00			
	Emekli	18	48,97	4,00			
Padua - TOPLAM	İşsiz	29	47,50	41,00	3	5,755	0,124
	Ev hanımı	14	28,86	11,00			
	Çalışıyor	24	44,98	43,00			
	Emekli	18	44,11	32,00			
KİÖ - Çekingen	İşsiz	29	44,09	14,00	3	2,206	0,531
	Ev hanımı	14	34,18	11,50			
	Çalışıyor	24	45,71	16,50			
	Emekli	18	44,50	17,00			
KİÖ - Bağımlı	İşsiz	29	39,72	10,00	3	1,064	0,786
	Ev hanımı	14	42,11	11,00			
	Çalışıyor	24	44,63	14,00			
	Emekli	18	46,81	12,50			
KİÖ - Pasif agresif	İşsiz	29	46,52	10,00	3	2,262	0,520
	Ev hanımı	14	34,68	6,50			
	Çalışıyor	24	42,52	9,50			
	Emekli	18	44,44	8,00			
KİÖ - Obsesif- kompulsif	İşsiz	29	43,10	12,00	3	0,633	0,889
	Ev hanımı	14	39,54	12,00			
	Çalışıyor	24	42,35	12,00			
	Emekli	18	46,39	14,00			
KİÖ -	İşsiz	29	45,05	9,00	3	1,140	0,767

Antisosyal	Ev hanımı	14	36,79	5,00			
	Çalışıyor	24	43,23	9,50			
	Emekli	18	44,22	8,00			
KİÖ - Narsisistik	İşsiz	29	44,55	6,00	3	0,617	0,893
	Ev hanımı	14	38,54	6,50			
	Çalışıyor	24	42,85	7,50			
KİÖ - Histriyonik	Emekli	18	44,17	5,50			
	İşsiz	29	43,55	5,00	3	4,247	0,236
	Ev hanımı	14	31,25	2,50			
KİÖ - Şizoid	Çalışıyor	24	45,23	8,00			
	Emekli	18	48,28	7,00			
	İşsiz	29	47,21	12,00	3	3,954	0,266
KİÖ - Paranoid	Ev hanımı	14	32,29	8,00			
	Çalışıyor	24	41,50	11,50			
	Emekli	18	46,56	12,00			
KİÖ - Borderline	İşsiz	29	45,55	11,00	3	1,264	0,738
	Ev hanımı	14	36,64	9,00			
	Çalışıyor	24	42,98	11,00			
TİDÖ - Kişilerarası ilişki ve eğlenti	Emekli	18	42,86	10,50			
	İşsiz	29	41,74	11,00	3	0,174	0,982
	Ev hanımı	14	42,32	9,00			
TİDÖ - Özbakım	Çalışıyor	24	43,85	12,50			
	Emekli	18	44,42	13,00			
	İşsiz	29	34,67	13,00	3	13,62	0,003
TİDÖ - Bağımsız yaşam	Ev hanımı	14	31,75	12,00			
	Çalışıyor	24	55,85	16,00			
	Emekli	18	48,03	15,50			
TİDÖ - İş/meslek	İşsiz	29	36,14	15,00	3	8,887	0,031
	Ev hanımı	14	47,96	16,00			
	Çalışıyor	24	53,69	16,50			
TİDÖ - Toplam	Emekli	18	35,94	14,50			
	İşsiz	29	35,36	9,00	3	32,95	0,000
	Ev hanımı	14	21,86	9,00			
TİDÖ - Toplam	Çalışıyor	24	64,75	11,50			
	Emekli	18	42,75	10,00			
	İşsiz	29	29,17	1,00	3	58,47	0,000
TİDÖ - Toplam	Ev hanımı	14	55,93	2,00			
	Çalışıyor	24	67,81	3,00			
	Emekli	18	22,14	1,00			
TİDÖ - Toplam	İşsiz	29	31,62	39,00	3	26,38	0,000
	Ev hanımı	14	34,11	40,50			
	Çalışıyor	24	64,38	47,50			
TİDÖ - Toplam	Emekli	18	39,75	42,00			

Özbakım puanlarına bakıldığında işsiz grubun puan ortalaması (Me=15,00), ev hanımı grubun puan ortalaması (Me=16,00), çalışan grubun puan ortalaması (Me=16,50) ve emekli grubun puan ortalaması (Me=14,50) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmektedir ( $\chi^2=8,887$ ;  $p<0,05$ ). Mann Withney U Testi ile yapılan Benferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farkın işsiz-çalışan grubundan kaynaklandığı söylenebilir.

Bağımsız yaşam puanlarına bakıldığında işsiz grubun puan ortalaması (Me=9,00), ev hanımı grubun puan ortalaması (Me=9,00), çalışan grubun puan ortalaması (Me=11,50) ve emekli grubun puan ortalaması (Me=10) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmektedir ( $\chi^2=32,958$ ;  $p<0,01$ ). Mann Withney U Testi ile yapılan Benferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farkın işsiz-çalışan, ev hanımı-çalışan, ev hanımı-emekli ve çalışan-emekli gruplarından kaynaklandığı söylenebilir.

İş/meslek puanlarına bakıldığında işsiz grubun puan ortalaması (Me=1,00), ev hanımı grubun puan ortalaması (Me=2,00), çalışan grubun puan ortalaması (Me=3,00) ve emekli grubun puan ortalaması (Me=1,00) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmektedir ( $\chi^2=58,472$ ;  $p<0,01$ ). Mann Withney U Testi ile yapılan Benferroni Düzeltmeli çoklu karşılaştırma testleri sonucu anlamlı farkın işsiz-ev hanımı, işsiz-çalışan, ev hanımı-çalışan, ev hanımı-emekli ve çalışan-emekli gruplarından kaynaklandığı söylenebilir.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### 4. TARTIŞMA

Bu çalışmada remisyondaki şizofreni hastalarının obsesif kompülsif belirtileri, kişilik inançları ve toplumsal işlevselliklerinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda toplanan ölçek puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığına Korelasyon Analizi, Mann Withney U Testi ve Kruskal Wallis Testi kullanılarak bakılmıştır.

#### 4.1. OBSESİF KOMPÜLSİF BELİRTİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Alanyazında obsesif-kompülsif belirti ifadelerinin kişiden kişiye farklılaştığına dair çalışmalar OKB'nin heterojen bir bozukluk olduğunu düşündürmektedir. Bu nedenle daha homojen alt gruplara ulaşmak amacıyla hastalığın demografik değişkenlere göre nasıl bir görünümünün olduğunu inceleyen araştırmalar önem kazanmıştır (Raines vd., 2018).

Cinsiyete göre obsesif-kompülsif belirtilerin farklılaşıp farklılaşmadığını inceleyen araştırmaların bir kısmı kadınların erkeklere göre daha fazla kirlenme endişesi taşıdığını ortaya koymaktadır (Labad vd., 2007; Olatunji vd., 2005, Prabhu vd., 2013). Bununla birlikte belirti boyutlarının cinsiyete göre farklılaşmadığını ortaya koyan bir çalışmalar da mevcuttur (Raines vd., 2018). Bu çalışmanın örneklemini için ise obsesif-kompülsif belirtilerin cinsiyete göre farklılık göstermediği bulgulanmıştır.

Alanyazında yaş ile obsesif-kompülsif belirtilerin korelasyonuna ilişkin doğrudan bilgi veren çalışma bulunamamıştır. Ancak çocuk-ergen, yetişkin ve yaşlı popülasyonlarda OKB'nin klinik özelliklerini karşılaştıran az sayıda çalışma bulunmaktadır (Geller vd., 2001; Mancebo vd., 2008). Bu çalışmalara göre çocuk-ergen grubunun, yetişkinlere göre daha fazla belirti yaşadığı; daha yoğun saldırganlık içerikli obsesyonları olduğu ve daha fazla biriktirme kompülsiyonu sergiledikleri raporlanmıştır. Mevcut çalışmanın örneklemini yaş ve PE-KF toplam puanı ve

düşüncelere kapılma alt boyutu arasında negatif yönde zayıf bir korelasyon sergilemiştir. Yaş arttıkça zihinsel uğraşlarda ve genel olarak obsesif kompulsif belirtilerde azalma olduğu bulgulanmıştır.

İkiz çocuk-ergenlerle yapılan bir araştırmada (Krebs vd., 2021), depresyon ve kaygı puanları kontrol edildiğinde bile obsesif kompulsif belirtilerin toplam puanı ve cinsel ve saldırgan düşünce içerikli belirtilerin intihar girişimi ile güçlü bir pozitif ilişkisi olduğu ve bunda genetik ve çevresel etmenlerin ortak rol oynadığı raporlanmıştır. Mevcut örnekleme PE-KF açısından en fazla farklılık intihar öyküsü olan ve olmayan gruplar arasında görülmüştür. Toplam puan, düşüncelere kapılma, kontrol ve dürtü puanları intihar girişimi olan grupta daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuç, intihar öyküsü olan grubun obsesif-kompulsif belirtilerden daha fazla etkilendiğini ve kontrollerini kaybederek kendisine ya da başkalarına zarar vereceğine dair daha fazla kaygı taşıdıklarını göstermesi açısından literatürü desteklemektedir. Remisyondaki şizofreni hastalarından intihar girişimi öyküsü olanların diğerlerine göre günlük işlerle ilgili (para sayma, ocağı/kapıyı kontrol etme gibi) daha fazla tekrarlayıcı davranış sergilediklerini ve zihinsel meşguliyet yaşadıklarını, basit kararları verme veya hoşla gitmeyen düşünceleri zihinden uzaklaştırmada daha fazla zorlandıkları söylenebilir.

Çalışmada psikiyatrik tanı nedeniyle hiç hastaneye yatışı olmayan grubun, 1 kez hastane yatışı olan gruba göre daha fazla düşüncelere kapılma puanı aldıkları bulunmuştur. Bu ilişkinin literatürde herhangi bir karşılığına rastlanmamıştır.

#### 4.2. KİŞİLİK İNANÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Analiz sonuçlarına göre örneklemin kişilik inançları bakımından farklılaştığı değişken intihar öyküsüdür. Bu bulgu, kişilik bozukluklarının intihar açısından önemli bir risk taşıyor olmasıyla uyumlu bir bulgudur (Pompili vd., 2004). Mevcut örnekleme intihar girişimi olan bireylerin intihar öyküsü olmayanlara göre bağımlı, pasif agresif, obsesif-kompulsif, narsisistik, histriyonik ve borderline kişiliğe ilişkin inançlarının daha fazla olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar genel kişilik profilleri ile intihar riski arasındaki ilişkiyi araştıran literatürle uyumludur (Chioqueta ve Stiles, 2004; Pompili vd., 2004; Shafiee-Kandjani vd., 2014; Van Veen vd., 2019). Ancak şizofreni tanılı bireylerde kişilik özellikleri ve intihar riskini inceleyen çalışmalar

üzerine yapılan bir meta-analiz çalışmasının zarardan kaçınma, bağımlı, şizoid ve şizotipal kişilik özelliklerinin intihar riskini artırdığı yönündeki bulgusuyla uyuşmamaktadır (Canal-Rivero vd., 2012)

Analiz sonuçlarına göre yalnızca çekingen kişiliğe ilişkin inançlar ile hastalık başlangıç yaşı negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Her ne kadar kişilik bozukluklarının şizofreninin ortaya çıkışı ve seyri üzerindeki olumsuz etkisi bilinse de (Bayotte vd., 2013; Karslıoğlu vd., 2012), hastalık başlangıç yaşı ile kişilik bozuklukları arasında güçlü bir korelasyon görülmemektedir Skokou ve Gourzis, 2014). Bununla birlikte çekingen kişiliğin şizofreni gelişimi açısından risk faktörlerinden olduğu düşünülmektedir (Simonsen & Newton-Howes, 2018).

#### 4.3. TOPLUMSAL İŞLEVSELLİĞİN DEĞERLENDİRİLMESİ

TİDÖ puanları incelendiğinde erkeklerin kadınlardan bağımsız yaşam puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgu şizofreni örnekleminde, kişisel hijyen, ev işleri ve para yönetimi konularında erkeklerin kadınlara göre daha fazla desteğe ihtiyaç duyduklarını ortaya koyan bir araştırmanın sonuçları ile uyuşmamaktadır (Hintikka vd., 1999). Ancak Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği'nin bağımsız yaşam maddelerinin bağımsız bir şekilde evden çıkabilme, toplu taşıma kullanabilme, alışveriş yapabilme ve para yönetiminden oluştuğu, kişisel hijyenle ilgili maddelerin özbakım alt boyutunda yer aldığı ve ev işlerini yapabilme becerilerinin sadece tek maddelik iş/meslek alt boyutunun ev hanımları için sunulan seçenekli sorulardan biri olduğu ve özbakım puanlarının cinsiyete göre farklılaşmadığı, iş/meslek puanlarının da kadınlarda daha yüksek olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

İş/meslek puanlarının kadınlarda anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulgulanmış olsa da yukarıda değinildiği gibi iş/meslek alt boyutunda her bir örneklem için seçenekli sorulardan tek bir sorunun puanlanıyor olduğu gözden kaçmamalıdır. Seçenekli sorular öğrenciler için derslere düzenli katılma durumu, ev hanımları için ev işlerini yardımsız yapma durumu ve geri kalan bireyler için destekli veya sürekli bir işte çalışma durumunun puanlanmasını gerektirmektedir. Bu nedenle çalışmayan ev hanımı grubunun ev işlerini yapamıyorum/destekle yapabiliyorum/kendim yapabiliyorum” olmak üzere üç seçeneği de işaretleme

olasılığı varken, çalışmayan erkekler için sadece çalışma durumuyla ilgili seçeneği “çalışmıyorum” olarak işaretleme imkânı bulunmaktadır. Bu durum TİDÖ’nün, her ne kadar ev işlerinin de bir iş ve meslek gibi değerlendirilmesine olanak sağlasa da ev işleriyle ilgili becerileri sadece kadınlar üzerinden değerlendiren yapısının etkili olduğu düşünülebilir.

Son olarak TİDÖ’nün toplam puan ve tüm alt boyut puanlarının çalışma durumuna göre değiştiği bulunmaktadır. Bu durum hastalığın ağır yeti yitimiyle seyrettiği kötü prognozlu bireylerde düzenli bir işte çalışma ihtimallerinin azalmasıyla ilişkili görülmektedir.

Toplam puan için çalışan grubun, ev hanımı ve emekli grubuna göre daha işlevsel olduğu görülmüştür. Bu durum çalışabilmenin iletişim becerileri ve bağımsız yaşam becerileri de dahil olmak üzere birçok işlevsellik alanında daha iyi bir durumda olmayı gerektirdiğiyle açıklanabilir. Emekli grubun çoğunlukla şizofreni tanıları nedeniyle malulen emekli olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Kişiler arası ilişki ve eğlenti, özbakım ve bağımsız yaşam puanlarındaki gruplar arası farkın da çalışan grubun daha yüksek puan almasıyla ilişkili olması, özbakım, bağımsız yaşam, boş vakit değerlendirme ve iletişim becerilerinin çalışma hayatına dahil olabilmeyeyle ilişkisini ortaya koymaktadır. Bu gösterge iş hayatına kazandırılmak istenen şizofreni tanılı bireylerin rehabilitasyonunda istihdamdan önce bu beceri alanlarına odaklanılabileceğini göstermesi açısından önemlidir.

## SONUÇ

Obsesif-kompulsif belirti ve kişiliğin şizofreni hastalığı ile ilişkisi niteliği tam olarak açıklanamasa da, varlığı kabul edilmektedir. Bireyselleştirilmiş müdahalelere yön gösterici olabilme umuduyla bu çalışmada şizofreni hastalarının obsesif-kompulsif belirti, kişilik inançları ve toplumsal işlevselliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda remisyon kriterini karşılayan 86 şizofreni tanıılı bireyden toplanan veriler analiz edilmiştir.

İntihar öyküsü olan ve olmayan bireylerde hem obsesif-kompulsif belirtilerin hem de kişilik inançlarının çoğu boyutunda anlamlı derecede fark olması ve farkın intihar öyküsü olan bireylerin aldığı yüksek puanlardan kaynaklanması şizofrenide intihar riski değerlendirmesi yapılırken obsesif-kompulsif belirtilerin varlığı ve şiddeti ile kişiliğin göz önünde bulundurulması gereken faktörler olduğunu göstermektedir. Tedavinin önemli bir amacı olarak işlevselliğin iyileştirilmesi söz konusu olduğunda çalışan grubun dışında ev hanımı, emekli ve işsiz gruplara karşı uygulanacak müdahalelerin önemi görülmektedir.

Araştırmanın kısıtlılıkları arasında, örneklemin cinsiyet ve çalışma durumu açısından denk dağılmaması, erkeklerin sayısının kadınlara göre daha fazla olması ve sadece bir tane öğrencinin olması sayılabilir. Ayrıca popülasyonun içgörü ve bilişsel kısıtlılıklar gibi özellikleri dikkate alındığında, verilerin özbildirim ölçekleri ile yürütülmüş olması, sonuçlar üzerinde etkili olmuş olabilir. Özbildirim ölçeklerinin yanısıra ailenin gözlemlerine başvurulması veya klinik değerlendirmeler daha güvenilir sonuçlar elde etmeyi kolaylaştırabilir.

Araştırmanın çoğunlukla Zeytinburnu, Esenler, Bağcılar ve Güngören ilçelerinde oturan bireyler ile yürütüldüğü göz önünde bulundurulduğunda, bu ilçelerin çoğunlukla benzer sosyokültürel özelliklere sahip nüfusu nedeniyle örneklem sonuçlarının genellenebilirliği üzerinde temkinli olunmalıdır. Sosyokültürel ve ekonomik koşulların ruhsal hastalıklarla ilgili farkındalık, tedaviye başvuru, erken dönemde destekleyici unsurlara erişebilme açısından hastalığın

seyrini etkileyebileceği düşünöldüğünde benzer çalışmaların daha homojen gruplarla yürütölmesi daha iyi olabilir.

## KAYNAKÇA

- Amerikan Psikiyatri Birliği.** (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı: DSM-5* (E. Korođlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Andreasen, N. C., Carpenter Jr, W. T., Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R., & Weinberger, D. R.** (2005). Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry, 162*(3), 441-449.
- Ang, M. S., Rekhi, G., & Lee, J.** (2021). Associations of living arrangements with symptoms and functioning in schizophrenia. *BMC Psychiatry, 21*, 1-12
- Ashok, A. H., Baugh, J., & Yeragani, V. K.** (2012). Paul Eugen Bleuler and the origin of the term schizophrenia (Schizopreniegruppe). *Indian Journal of Psychiatry, 54*, 95-96.
- Beck, A. T., Butler, A. C., Brown, G. K., Dahlsgaard, K. K., Newman, C. F., & Beck, J. S.** (2001). Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders. *Behaviour Research and Therapy, 39*(10), 1213-1225.
- Bhar, S. S., Beck, A. T., & Butler, A. C.** (2011). Beliefs and personality disorders: An overview of the personality beliefs questionnaire. *Journal of Clinical Psychology, 68*(1), 88–100. doi:10.1002/jclp.20856
- Bilge, Y., & Bilge, Y.** (2019). Kişilik İnanç Ölçeği Kısa Formunun Türk toplum örnekleminde geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi, 8*(1), 7-15.
- Bouwman, C. A., de Sonnevile, C., Mulder, C. L., & Hakkaart-van Roijen, L.** (2015). Employment and the associated impact on quality of life in people diagnosed with schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 11*, 2125 - 2142.
- Butler, A. C., Beck, A. T., & Cohen, L. H.** (2006). The Personality Belief Questionnaire-Short Form: Development and preliminary findings. *Cognitive Therapy and Research, 31*(3), 357–370. doi:10.1007/s10608-006-9041-x

- Butler, A. C., Brown, G. K., & Beck, A. T.** (2002). Grisham assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *40*(10), 1231-1240.
- Canal-Rivero, M., Ayesa-Arriola, R., Setién-Suero, E., Crespo-Facorro, B., Arango, C., Dutta, R., & Lopez-Morinigo, J. D.** (2021). Understanding the influence of personality traits on risk of suicidal behaviour in schizophrenia spectrum disorders: A systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, *10*(19), 4604.  
<https://doi.org/10.3390/jcm10194604>
- Chan S. W.** (2011). Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing*, *25*(5), 339–349.  
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2011.03.008>
- Chioqueta, A. P., & Stiles, T. C.** (2004). Assessing suicide risk in cluster C personality disorders. *Crisis*, *25*(3), 128–133.  
<https://doi.org/10.1027/0227-5910.25.3.128>
- Coffey, I.** (1994). Options for the treatment of negative symptoms of schizophrenia. *CNS Drugs*, *1*(2), 107–118. doi:10.2165/00023210-199401020-00003
- Compton, M. T., Bakeman, R., Alolayan, Y., Balducci, P. M., Bernardini, F., Broussard, B., & Wan, C. R.** (2015). Personality domains, duration of untreated psychosis, functioning, and symptom severity in first-episode psychosis. *Schizophrenia research*, *168*(1-2), 113-119.  
10.1016/j.schres.2015.06.028
- Cornblatt, B., Obuchowski, M., Schnur, D. B., & O'Brien, J. D.** (1997). Attention and clinical symptoms in schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, *68*(4), 343–359. doi:10.1023/a:1025495030997
- Çiçekoğlu, P., & Duran, S.** (2018). Dünyada ve Türkiye'de toplum temelli koruyucu ruh sağlığı hizmetleri. İçinde Ü. Barlas (Ed.), *Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği, 1. Baskı*, (s. 8-14). Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Davis, L., Fulginiti, A., Kriegel, L., & Brekke, J. S.** (2012). Deinstitutionalization? Where have all the people gone? *Current Psychiatry Reports*, *14*(3), 259–269. doi:10.1007/s11920-012-0271-1
- Degmečić, D., Pozgain, I., & Filaković, P.** (2007). Psychoeducation and compliance in the treatment of patients with schizophrenia. *Collegium antropologicum*, *31*(4), 1111–1115.
- Demir, V., & Hızlı, G.** (2024). Şizofreni hastalarında sanat terapisi programının hastalık belirti düzeylerine etkisi. *Ayna Klinik Psikoloji Dergisi*, *11*(1), 52-72.

- De Sousa, A., Kurvey, A., & Sonavane, S.** (2012). Family psychoeducation for schizophrenia: a clinical review. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 21(2), 61-72.
- Ellenbroek, B. A.** (2005). Dopamine and schizophrenia. İçinde W. J. Schmidt & M. E. A. Reith (Eds), *Dopamine and Glutamate in Psychiatric Disorders*, (s.153-168). Humana Press.
- Ellis, A., Abrams, M., & Abrams, L.** (2009). Freud's followers. İçinde *Personality theories: Critical perspectives* (ss. 141-164). SAGE Publications, Inc.
- Erol, A., Keleş Ünal, E., Tun Aydın, E., & Mete, L.** (2009). Şizofrenide Sosyal İşlevselliği Yordayan Etmenler. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 20(4).
- Evans, K., McGrath, J., & Milns, R.** (2003). Searching for schizophrenia in ancient Greek and Roman literature: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(5), 323-330. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00053.x>
- Fénelon, G., & Hamdani, N.** (2010). Hallucinations in neuropsychiatry and drug abuse: from phenomenology to pathophysiology. İçinde G. F. Koob, M. Le Moal, & R. F. Thompson (Eds), *Encyclopedia of Behavioral Neurosciencess*. (s. 6-11). Academic Press. ISBN 9780080453965.
- Fineberg, N. A., Hengartner, M. P., Bergbaum, C. E., Gale, T. M., Gamma, A., Ajdacic-Gross, V., Rössler, W., & Angst, J.** (2013). A prospective population-based cohort study of the prevalence, incidence and impact of obsessive-compulsive symptomatology. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 17(3), 170–178. <https://doi.org/10.3109/13651501.2012.755206>
- Fusar-Poli, P., & Politi, P.** (2008). Paul Eugen Bleuler and the birth of schizophrenia (1908). *The American journal of psychiatry*, 165(11), 1407-1407.
- Gelegen, V., & Tamam, L.** (2013). Şizo-obsesif bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(2), 204-219.
- Geller, D. A., Biederman, J., Faraone, S., Agranat, A., Craddock, K., Hagermoser, L., Kim, G., Frazier, J., & Coffey, B. J.** (2001). Developmental aspects of obsessive-compulsive disorder: Findings in children, adolescents, and adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(7), 471-477.
- Graham-Schmidt, K. T., Martin-Iverson, M. T., & Waters, F. A.** (2018). Self-and other-agency in people with passivity (first rank) symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 192, 75-81.

- Günay, C.** (2017). *Şizofreni hastalarında sanat terapi uygulamasının pozitif ve negatif belirtiler ile aleksitimi düzeyine etkisi* (Yüksek lisans tezi). Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Harrison, G., Croudace, T., Mason, P., Glazebrook, C., & Medley, I.** (1996). Predicting the long-term outcome of schizophrenia. *Psychological Medicine*, 26(4), 697-705.
- Häfner, H. & Heiden, W.** (1997). Epidemiology of schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 42(2), 139-151.  
doi:10.1177/070674379704200204
- Herron, W. G., & Kantor, R. E.** (1968). Loss of affect. *The Journal of Psychology*, 70(1), 35–49. doi:10.1080/00223980.1968.1054
- Hine, F. R., Maddox, G. L., Williams, R. B., & Carson, R. C.** (2014). The nature of personality. İçinde F. R. Hine, R. C. Carson, G. L. Maddox, R. J. Thompson, & R. B. Williams (Ed.), *Introduction to behavioral science in medicine* (ss. 201-222). Springer Science & Business Media.
- Hintikka, J., Saarinen, P., Tanskanen, A., Koivumaa-Honkanen, H., & Viinamäki, H.** (1999). Gender differences in living skills and global assessment of functioning among outpatients with schizophrenia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(2), 226–231.  
doi:10.1046/j.1440-1614.1999.00538.x
- Hirvonen, V.** (2018). Late medieval philosophical and theological discussions of mental disorders: Witelo, Oresme, Gerson. *History of Psychiatry*, 29(2), 165–186. doi:10.1177/0957154x17748312
- Hosak, L., & Hosakova, J.** (2015). The complex etiology of schizophrenia—general state of the art. *Neuroendocrinology Letters*, 36(7), 631-637.
- Huber, G.** (2002). The psychopathology of K. Jaspers and K. Schneider as a fundamental method for psychiatry. *The World Journal of Biological*
- Kane, J.M.** (1987). Treatment of schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 13(1), 133-56.
- Kane, J.M.** (1997). Update on treatment strategies. *International Review of Psychiatry*, 9, 419-428.
- Kane, J. M.** (1999). Pharmacologic treatment of schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 46(10), 1396–1408. doi:10.1016/s0006-3223(99)00059-1
- Kaplan, R. M.** (2008). Being Bleuler: the second century of schizophrenia. *Australasian psychiatry* 16(5), 305–311.  
<https://doi.org/10.1080/10398560802302176>

- Karakuş, G., Kocal, Y., & Sert, D.** (2017). Şizofreni: Etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(2), 251-267.
- Karşlıoğlu, E. H., Kaymak, S. U., Soygür, H., Erkek, B. M., Koçbıyık, S., Açık, C. H., Özalp, E. & Cankurtaran, E. Ş.** (2012). Şizofreniye eşlik eden kişilik bozuklukları: 75 hastadan oluşan bir örneklemin analizi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 22(1), 59-70.
- Karson, C. N.** (1980). A new look at delusions of grandeur. *Comprehensive Psychiatry*, 21(1), 62–69. doi:10.1016/0010-440x(80)90065-6
- Kayahan, B., Öztürk, Ö., & Veznedaroğlu, B.** (2005). Şizofrenide obsesif kompulsif belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(3), 205-215.
- Kohl, F.** (1999). The beginning of Emil Kraepelin's classification of psychoses. A historical-methodological reflection on the occasion of the 100th anniversary of his "Heidelberg Address" 27 November 1898 on "nosologic dichotomy" of endogenous psychoses. *Psychiatrische Praxis*, 26(3), 105-11.
- Krebs, G., Mataix-Cols, D., Rijdsdijk, F., Rück, C., Lichtenstein, P., Lundström, S., Larsson, H., Eley, T. C., & Fernández de la Cruz, L.** (2021). Concurrent and prospective associations of obsessive-compulsive symptoms with suicidality in young adults: A genetically-informative study. *Journal of affective disorders*, 281, 422–430. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.065>
- Kuğu, N., Akyüz, G., & Bolayır, E.** (2002). Şizofreni, dil işlevleri ve N400 [Language functions in schizophrenia and N400]. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni / Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 12(1), 49–56.
- Kuhn, R., & Cahn, C.H.** (2004). Eugen Bleuler's concepts of psychopathology. *History of Psychiatry*, 15, 361 - 366.
- Kyziroidis, T. C.** (2005). Notes on the history of schizophrenia. *German Journal of Psychiatry*, 8(3), 42–48.
- Labad, J., Menchon, J. M., Alonso, P., Segalas, C., Jimenez, S., Jaurrieta, N., Leckman, J. F., Vallejo, J.** (2008). Gender differences in obsessive-compulsive symptom dimensions. *Depression and Anxiety*, 25(10), 832–838. doi:10.1002/da.20332
- Lavretsky, H.** (2008). History of schizophrenia as a psychiatric disorder. İçinde K. T. Mueser & D. V. Jeste (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia*, (s. 3–13). The Guilford Press.

- Liddle, P. F.** (1987). The symptoms of chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, *151*(02), 145–151. doi:10.1192/bjp.151.2.145
- Liu, A.** (2017). Persecutory delusions: A discussion on etiology, treatment, and possible link to post-traumatic stress disorder: A Case Report. *University of Arizona Journal of Medicine*, *1*(2), 12-14.
- Olatunji, B. O., Sawchuk, C. N., Arrindell, W. A., & Lohr, J. M.** (2005). Disgust sensitivity as a mediator of the sex differences in contamination fears. *Personality and Individual Differences*, *38*(3), 713–722. doi:10.1016/j.paid.2004.05.025
- Madrigal, C., Bower, E.H., Simons, K.V., Gillespie, S.M., Van Orden, K.A., & Mills, W.L.** (2021). Assessing social functioning during COVID-19 and beyond: Tools and considerations for nursing home staff. *Journal of the American Medical Directors Association*, *22*, 1989 - 1997.
- Mancebo, M. C., Garcia, A. M., Pinto, A., Freeman, J. B., Przeworski, A., Stout, R., ... Rasmussen, S. A.** (2008). Juvenile-onset OCD: clinical features in children, adolescents and adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *118*(2), 149–159. doi:10.1111/j.1600-0447.2008.01224.x
- Matz, S., Chan, Y.W.F. ve Kosinski, M.** (2016). Models of personality. İçinde Tkalčič, M., De Carolis, B., de Gemmis, M., Odić, A., Košir, A. (Editörler), *Emotions and Personality in Personalized Services*, (s.35-54). Springer.
- McEnany, G. P.** (2007). Psychopharmacologic strategies and associated challenges in the long-term treatment of schizophrenia. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, *13*(5), 6-15. doi:10.1177/1078390307304078
- McGorry, P. D.** (1995). Psychoeducation in first-episode psychosis: A therapeutic process. *Psychiatry*, *58*(4), 313–328. doi:10.1080/00332747.1995.11024736
- McGurk, S. R., Mueser, K. T., Walling, D., Harvey, P. D., & Meltzer, H. Y.** (2004). Cognitive functioning predicts outpatient service utilization in schizophrenia. *Mental Health Services Research*, *6*(3), 185–188. doi:10.1023/b:mhsr.0000036491
- Mäkinen, J., Miettunen, J., Isohanni, M., & Koponen, H.** (2008). Negative symptoms in schizophrenia—A review. *Nordic Journal of Psychiatry*, *62*(5), 334–341. doi:10.1080/08039480801959307

- Moritz, S., Kerstan, A., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., Schmidt, C., Heise, M. & Woodward, T. S.** (2011). Further evidence for the efficacy of a metacognitive group training in schizophrenia. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 151–157. doi:10.1016/j.brat.2010.11.010
- Mueser, K. T., & McGurk, S. R.** (2004). Schizophrenia. *The Lancet*, 363(9426), 2063–2072. doi:10.1016/s0140-6736(04)16458-1
- Nenadović, M. M.** (2011). Development of hospital treatment of persons with mental disorders. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo*, 139(1), 6-9.
- Novick, D., Haro, J. M., Suarez, D., Vieta, E., & Naber, D.** (2009). Recovery in the outpatient setting: 36-month results from the Schizophrenia Outpatients Health Outcomes (SOHO) study. *Schizophrenia research*, 108(1-3), 223–230. https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.11.007
- Özdel, K.** (2015). Düünden bugüne bilişsel davranışçı terapiler: Teori ve uygulama. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 8(2), 10-20.
- Özkan, B., Erdem, E., Demirel Özsoy, S., & Zararsız, G.** (2013). Şizofreni hastalarına verilen ruhsal eğitim ve telepsikiyatrik izlemenin hasta işlevselliği ve ilaç uyumuna etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(3), 192-199.
- Pompili, M., Ruberto, A., Girardi, P., & Tatarelli, R.** (2004). Suicidality in DSM IV cluster B personality disorders. An overview. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 40(4), 475–483.
- Potocky, M.** (1993). An art therapy group for clients with chronic schizophrenia. *Social Work With Groups*, 16, 73-82.
- Prabhu, L., Cherian, A. V., Viswanath, B., Kandavel, T., Bada Math, S., & Janardhan Reddy, Y. C.** (2013). Symptom dimensions in OCD and their association with clinical characteristics and comorbid disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(1), 14–21. doi:10.1016/j.jocrd.2012.10.002
- Raines, A. M., Oglesby, M. E., Allan, N. P., Mathes, B. M., Sutton, C. A., & Schmidt, N. B.** (2018). Examining the role of sex differences in obsessive-compulsive symptom dimensions. *Psychiatry Research*, 259, 265–269. doi:10.1016/j.psychres.2017.10
- Richardson, P., Jones, K., Evans, C., Stevens, P.A., & Rowe, A.L.** (2007). Exploratory RCT of art therapy as an adjunctive treatment in schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 16, 483 - 491.

- Riedel, M., Spellmann, I., Müller, N., & Möller, H.** (2007). Schizophrenic patients in the family practice. *MMW Fortschritte der Medizin*, 149(2), 98-101.
- Sanavio, E.** (1988). Obsessions and compulsions: the Padua Inventory. *Behaviour research and therapy*, 26(2), 169-17.
- Sarandöl, A., Akkaya, C., Eracar, N., & Kırılı, S.** (2013). Şizofreni hastaları ve yakınlarıyla yapılan sanatla terapinin hastalık belirtileri, bireysel ve toplumsal beceriler üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(4), 333-339.
- Sedman, G.** (1966). "Inner voices": Phenomenological and clinical aspects. *British Journal of Psychiatry*, 112(486), 485-490.  
doi:10.1192/bjp.112.486.485
- Shafiee-Kandjani, A. R., Amiri, S., Arfaie, A., Ahmadi, A., & Farvareshi, M.** (2014). Relationship between Personality Profiles and Suicide Attempt via Medicine Poisoning among Hospitalized Patients: A Case-Control Study. *International scholarly research notices*, 2014, 675480. <https://doi.org/10.1155/2014/675480>
- Shirae, E.** (2016). The psychoanalytic tradition. *Personality Theories: A Global View* (ss. 102-135) içinde. SAGE Publications, Inc.
- Simonsen, E., & Newton-Howes, G.** (2018). Personality Pathology and Schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 44(6), 1180-1184.  
<https://doi.org/10.1093/schbul/sby053>
- Skokou, M., & Gourzis, P.** (2014). Demographic features and premorbid personality disorder traits in relation to age of onset and sex in paranoid schizophrenia. *Psychiatry research*, 215(3), 554-559.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.018>
- Soygür, H., & Erkoç, Ş.** (2007). Şizofreni kavramına tarihsel bir bakış. İçinde H. Soygür, K. Alptekin, E. C. Atbaşoğlu, & H. Herken (Edl.), *Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar*, (s.1-12). Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Soares-Weiser, K., Maayan, N., Bergman, H., Davenport, C., Kirkham, A. J., Grabowski, S., & Adams, C. E.** (2015). First rank symptoms for schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1(1), CD010653. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010653.pub2>
- Sonğur, C., Saylavcı, E., & Kıran, Ş.** (2017). Avrupa'da ve Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi. *Social Sciences Studies Journal (SSSJJournal)*, 3(13), 276-289.

- Starkstein, S. E.** (2000). Apathy and withdrawal. *International Psychogeriatrics*, 12(S1), 135–137. doi:10.1017/s1041610200006918
- Stephens, J. H., Richard, P., & Mchugh, P. R.** (1997). Long-term follow-up of patients hospitalized for schizophrenia, 1913 to 1940. *The Journal of nervous and mental disease*, 185(12), 715-721.
- Suttajit, S., Arunpongpaisal, S., Srisurapanont, M., Thavichachart, N., Kongsakon, R., Chantakarn, S., Chantarasak, V., Jariyavilas, A., Jaroensook, P., Kittiwattanagul, K., & Nerapusee, O.** (2015). Psychosocial functioning in schizophrenia: are some symptoms or demographic characteristics predictors across the functioning domains?. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 2471–2477. <https://doi.org/10.2147/NDT.S88085>
- Swets, M., Dekker, J., van Emmerik-van Oortmerssen, K., Smid, G. E., Smit, F., de Haan, L., & Schoevers, R. A.** (2014). The obsessive compulsive spectrum in schizophrenia, a meta-analysis and meta-regression exploring prevalence rates. *Schizophrenia Research*, 152(2-3), 458-468.
- Taymur, İ., Türkçapar, M. H., Örsel, S., Sargın, E., & Akkoyunlu, S.** (2011). Kişilik inanç ölçeği-kısa formunun (KİÖ-KTF) Türkçe çevirisinin üniversite öğrencilerinde geçerlilik, güvenilirliği. *Klinik Psikiyatri*, 14, 199-209.
- Tezenas du Montcel, C., Pelissolo, A., Schürhoff, F., & Pignon, B.** (2019). Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: An up-to-date review of literature. *Current Psychiatry Reports*, 21, 1-8.
- Thompson, J. W.** (1994). Trends in the development of psychiatric services, 1844-1994. *Psychiatric Services*, 45(10), 987-992.
- Tonna, M., Ottoni, R., Affaticati, A., Ferrari, L., Monici, A., Ossola, P., De Panfilis, C., & Marchesi, C.** (2015). The impact of obsessive dimension on symptoms and functioning in schizophrenia. *Psychiatry research*, 230(2), 581–584. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.10.007>
- Tripathi, M.** (2017). Delusions and hallucinations in schizophrenia. *Schizophrenia Research: Open Access*, 6(1), 1-10.
- Ulaş, H., Yalınçetin, B., Binbay, İ. T., Kıvırcık, B. B., Polat, S., Özbay, D., Var, L. & Alptekin, K.** (2015). Şizofreni hastalarında düşünce ve dil bozukluğunun Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(5), 307-313.

- Van Dongen, J. D. M., Buck, N. M. L., & Van Marle, H. J. C.** (2012). Delusional distress partly explains the relation between persecutory ideations and inpatient aggression on the ward. *Psychiatry Research*, *200*(2-3), 779-783.
- Van Veen, M., Wierdsma, A. I., van Boeijen, C., Dekker, J., Zoeteman, J., Koekkoek, B., & Mulder, C. L.** (2019). Suicide risk, personality disorder and hospital admission after assessment by psychiatric emergency services. *BMC psychiatry*, *19*(1), 157. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2145-0>
- Ved, H. S., & Doshi, G. M.** (2020). A Review on emerging drug targets in treatment of schizophrenia. *Current drug targets*, *21*(15), 1593–1605. <https://doi.org/10.2174/1389450121666200615150429>
- Velligan, D. I., & Alphas, L. D.** (2008). Negative symptoms in schizophrenia: the importance of identification and treatment. *Psychiatric Times*, *25*(3), 39-39.
- Walker, E., Kestler, L., Bollini, A., & Hochman, K. M.** (2004). Schizophrenia: Etiology and course. *Annual Review of Psychology*, *55*(1), 401–430. doi:10.1146/annurev.psych.55.090902.141950
- Watson, J. E., & Singh, N. N.** (1985). Social skills training for schizophrenic patients. *Behaviour Change*, *2*(2), 94–101. doi:10.1017/S0813483900008901
- Wehman, P.** (2012). Supported employment: What is it? *Journal of Vocational Rehabilitation*, *37*(1), 139–142. <https://doi.org/10.3233/JVR-2012-0607>
- Weissman, M.M.** (2000). Social functioning and the treatment of depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *61*(1), 33-38 .
- Wing, J. K.** (1987). Epidemiology of schizophrenia. *Journal of the Royal Society of Medicine*. *80*(3), 134-135. doi:10.1177/014107688708000302
- Wolter, A., Wolfgang Preuss, U., Richard Krischke, N., Mooi Wong, W., & Zimmermann, J.** (2010). Remission, prediction and stability of symptoms in schizophrenia: A naturalistic 12-month follow-up study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *14*(3), 160–167. doi:10.3109/13651500903531365
- Yavuzer, Y., & Karataş, Z.** (2012). Ergenlerde otomatik düşünceler ile fiziksel saldırganlık arasındaki ilişkide öfkenin aracı rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *24*, 1-7.

**Yıldız, M., Özaslan, Z., İncedere, A., Kırçalı, A., Kıraş, F., & İpçi, K. (2019).**  
Şizofrenide ruhsal toplumsal beceri eğitimi ve üstbilmiş eğitiminin toplumsal ve bilişsel işlevsellik üzerine etkisi. *Arch Neuropsychiatry*, 56, 139-143.

# EKLER

## EK 1. ETİK KURUL ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 03.04.2024-448



FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ  
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU KARARI

Karar Tarihi	07/03/2024	Karar Sayısı	33/08
--------------	------------	--------------	-------

### KURUL ÜYELERİ

Prof. Dr. Fahmeddin BAŞAR /- Başkan  
Prof. Dr. Erol KILIÇ / Güzel Sanatlar Fakültesi - Dekan - Üye  
Prof. Dr. Esra AKGÜL / MYO – Üye  
Prof. Dr. Ayşe Pınar VURAL / İnsan ve Toplum Bil. Fak. - Üye

Prof. Dr. İbrahim KOCABAŞ / Eğitim Fakültesi – Dekan - Üye  
Prof. Dr. Şaban SAĞLIK / Eğitim Fakültesi - Üye  
Prof. Dr. Sefa SAYGILI / İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi - Üye  
Dr. Öğr. Üyesi Bünyamin GÖRÜNAR / Hukuk Müşaviri v. -Raportör

Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu 07.03.2024 tarihinde saat 14:00'de toplanmış ve aşağıdaki karar alınmıştır.

### KARAR

**KARAR NO 2024-33/08** Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Zehra Betül KOÇAK GÜRBÜZ'ün "Remisyonadaki Şizofreni Hastalarının Obsesif-Kompulsif Belirtileri, Kişilik İnançları ve Toplumsal İşlevsellikleri Bakımından İncelenmesi" isimli araştırmasında kullanacağı anket ve ölçeklerinin etik yönden uygunluğuna,

Toplantıya katılan Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu üyelerinin oy birliği ile karar verildi.

*e-İmzalıdır*

Prof. Dr. Fahmeddin BAŞAR  
Başkan

*e-İmzalıdır*

Prof. Dr. Şaban SAĞLIK  
Üye

*e-İmzalıdır*

Prof. Dr. Erol KILIÇ  
Üye

*e-İmzalıdır*

Prof. Dr. Sefa SAYGILI  
Üye

*Katılmadı*

Prof. Dr. İbrahim KOCABAŞ  
Üye

*e-İmzalıdır*

Prof. Dr. Esra AKGÜL  
Üye

*e-İmzalıdır*

Prof. Dr. Ayşe Pınar VURAL  
Üye

## EK 2. EĞİTİM PLANLAMA KURULU KARARI

	<p>T.C. İSTANBUL VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Rah Sağlık ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi</p>			
<b>EĞİTİM PLANLAMA KURULU (EPK) KARARI FORMU</b>				
KOD: EY.FR.0020	YAYIN TARİHİ: 02.10.2023	REVİZYON NO: 00	REVİZYON TARİHİ: 0	SAYFA NO: 1/1

Toplantının Tarihi ve Saati	28.03.2024 14.00				
Toplantının Yeri	Başhekimlik Binası Toplantı Salonu	Protokol No : 943			
Toplantının Sekreteryası	Hayel ENGİN	İmzası			
<b>EĞİTİM PLANLAMA KURULU KARARI (E.P.K)</b>					
İlgi : 11.03.2024 tarih ve 238985488 sayılı dilekçe.					
Hastanemizin Eğitim Planlama Kurulu (E.P.K) Başkanı Başhekim Prof. Dr. Murat ERKIRAN, Hastane Eğitim Koordinatörü Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU, Prof. Dr. H. Dilek ATAKLI ve Prof. Dr. Gül KARAÇETİN'in değerlendirmeleri neticesinde;					
Hastanemizde Psikolog olarak görev yapmakta olan Zehra Betül KOÇAK GÜRBÜZ, Uz. Dr. Neşe ÜSTÜN ve Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi'nde görevli Prof. Dr. Gaye SALTUKOĞLU tarafından ortak yürütülmesi planlanan "Remisyonadaki Şizofreni Hastalarının Obsesif-Kompulsif Belirtileri, Kişilik İnançları ve Toplumsal İşlevsellikleri Bakımından İncelenmesi" başlıklı araştırmayı hastanemizde uygulama talepleri (Etik Kurul onayı kurumumuza sunulduğu tarihten itibaren) oy birliği ile uygun görülmüştür.					
<b>KATILIMCILAR</b>					
Adı Soyadı - Ünvanı	Görevi	EPK Görevi	Karar	Katılım	İmza
Prof. Dr. Murat ERKIRAN	Psikiyatri Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu Başhekim	Başkan	Onay	<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU	Eğitim Koordinatörü	Üye	Onay	<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Prof. Dr. Erhan EMEL	Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu	Üye	Onay	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof. Dr. H. Dilek ATAKLI	Nöroloji Kliniği Eğitim Sorumlusu	Üye	Onay	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	
Prof. Dr. Gül KARAÇETİN	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu	Üye	Onay	<input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır	

### **EK 3. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

Sayın katılımcı, sizden bu çalışmaya katılımcı olarak katkı sunmayı düşünmeniz sebebiyle aşağıdaki bilgilendirilmiş onam formunu dikkatlice okumanız ve ardından isteğiniz doğrultusunda katılımcı olup olmamaya karar vermeniz beklenmektedir. Bu form, çalışmanın amacını, sürecini, potansiyel risk ve faydalarını ve gizlilik politikalarını açıklamaktadır.

**Araştırmanın Amacı:** Bu çalışma Psk. Zehra Betül Koçak Gürbüz tarafından Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı kapsamında, Prof. Dr. Gaye Saltukoğlu danışmanlığında yürütülmektedir. Araştırma kapsamında ruhsal hastalığı olan bireylerin takıntılı düşünce ve zorlantılı davranışları, kişilik inançları ve toplumsal işlevselliği arasındaki ilişkiler incelenecektir.

**Süreç:** Araştırma bir ruh sağlığı uzmanı ile yapacağınız bir görüşme için ortalama 15 dakikanızı ve ekte yer alan formları doldurmanız için yaklaşık 20-30 dakikanızı alacaktır. Soruları dikkatle okuyup eksiksiz cevaplamanız beklenmektedir. İhtiyaç halinde araştırmacıdan sorularla ilgili ek açıklama isteyebilirsiniz.

**Potansiyel Riskler ve Faydalar:** Araştırmaya katılmakta öngörülen belirli bir risk bulunmamaktadır. Ancak araştırmanın doğası gereği duygusal rahatsızlığınızın tetiklendiğini hissederseniz araştırmayı yürüten ruh sağlığı uzmanından destek talep edebilirsiniz ve çalışmayı tamamlamamayı tercih edebilirsiniz. Bununla birlikte, çalışmanın sonuçları klinik psikoloji pratiği ve araştırması alanındaki bilgiyi artırabilir.

**Gizlilik Politikası:** Katılımcıların gizliliği önemlidir. Veriler sadece araştırmacılar tarafından erişilebilir olacak ve katılımcıların kimlikleri gizli tutulacaktır.

Araştırmaya katılmayı reddetmeyi tercih ederseniz, bu size hiçbir şekilde zarar vermeyecektir. Eğer sorularınız varsa veya daha fazla bilgi istiyorsanız [zehrabetul.kocak@gmail.com](mailto:zehrabetul.kocak@gmail.com) e-posta adresi üzerinden araştırmacı işe iletişime geçebilirsiniz.

Araştırmaya katılmak istiyorsanız bu formu okuduğunuzu ve anladığınızı onaylamak için aşağıdaki kısmı imzalayınız:

İmza:

Tarih:

#### EK 4. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Ad-Soyad: \_\_\_\_\_

Yaş: \_\_\_\_\_

Cinsiyet:

Kadın

Erkek

Çocuk sayısı: \_\_\_\_\_

Birlikte yaşadığı kişiler: \_\_\_\_\_

Eğitim durumu (en son mezun olduğu okul):

Okur-yazar değil

Önlisans

Okur-yazar

Lisans

İlkokul

Yüksek lisans

Ortaokul

Doktora

Lise

Toplam eğitim süresi (yıl olarak): \_\_\_\_\_

Medeni durum:

Bekar

Boşanmış

Evli

Dul

Mesleki durum:

İşsiz

İşçi

Öğrenci

Serbest meslek

Ev hanımı

Emekli (malulen)

Memur

Emekli (normal)

Gelir düzeyi:

Düşük

Orta

Yüksek

Hastalık / tanı: \_\_\_\_\_

Varsa eşlik eden diğer psikiyatrik tanılar: \_\_\_\_\_

Hastalık başlangıç yaşı: \_\_\_\_\_

Hastalık başlangıcından ilk tedaviye kadar geçen süre: \_\_\_\_\_

Hastalığın başlangıcından bu yana geçen süre (yıl olarak): \_\_\_\_\_

Psikiyatrik tanı nedeniyle hastaneye yatış sayısı: \_\_\_\_\_

Ailede psikiyatrik hastalık:

Yok

Var

Ailede psikiyatrik hastalık varsa yakınlık derecesi ve

tanısı: \_\_\_\_\_

İntihar girişimi:

Yok

Var

Sayısı:

\_\_\_\_\_

En son ne zaman (yıl olarak): \_\_\_\_\_

## EK 5. POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PANSS)

1 = Yok 2 = Çok hafif 3 = Hafif 4 = Orta 5 = Orta/Ağır 6 = Ağır 7 = Çok ağır

POZİTİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ								
P1	Sanrılar	1	2	3	4	5	6	7
P2	Düşünce dağınıklığı	1	2	3	4	5	6	7
P3	Varsanılar	1	2	3	4	5	6	7
P4	Taşkınlık	1	2	3	4	5	6	7
P5	Büyüklik duyguları	1	2	3	4	5	6	7
P6	Şüphecilik / kötülük görme	1	2	3	4	5	6	7
P7	Düşmanca tutum	1	2	3	4	5	6	7
NEGATİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ								
N1	Duygulanımda küntlük	1	2	3	4	5	6	7
N2	Duygusal içecekilme	1	2	3	4	5	6	7
N3	İlişki kurmada güçlük	1	2	3	4	5	6	7
N4	Pasif/kayıtsız biçimde kendini toplumdandan çekme	1	2	3	4	5	6	7
N5	Soyut düşünme güçlüğü	1	2	3	4	5	6	7
N6	Konuşmanın kendiliğinden ve akıcı olmasının kaybı	1	2	3	4	5	6	7
N7	Stereotipik düşünme	1	2	3	4	5	6	7
GENEL PSİKOPATOLOJİ ÖLÇEĞİ								
G1	Bedensel kaygı	1	2	3	4	5	6	7
G2	Anksiyete	1	2	3	4	5	6	7
G3	Suçluluk duyguları	1	2	3	4	5	6	7
G4	Gerginlik	1	2	3	4	5	6	7
G5	Manyerizm ve vücut duruşu	1	2	3	4	5	6	7
G6	Depresyon	1	2	3	4	5	6	7
G7	Motor yavaşlama	1	2	3	4	5	6	7
G8	İşbirliği kuramama	1	2	3	4	5	6	7
G9	Olağandışı düşünce içeriği	1	2	3	4	5	6	7
G10	Yönelim bozukluğu	1	2	3	4	5	6	7
G11	Dikkat azalması	1	2	3	4	5	6	7
G12	Yargılama ve içgörü eksikliği	1	2	3	4	5	6	7
G13	İrade bozukluğu	1	2	3	4	5	6	7
G14	Dürtü kontrolsüzlüğü	1	2	3	4	5	6	7
G15	Zihinsel aşırı uğraşı	1	2	3	4	5	6	7
G16	Aktif biçimde sosyal kaçınma	1	2	3	4	5	6	7

## EK 6. PADUA ENVANTERİ KISA FORMU

Aşağıdaki ifadeler hemen herkesin günlük yaşamında karşılaştığı düşünce ve davranışları tanımlamaktadır. Lütfen her bir ifade için size en uygun görünen ve bu tür davranış ya da düşüncelerin oluşturabileceği rahatsızlık derecesine en uygun olan tek bir seçeneği işaretleyiniz.

0 = Hiç 1 = Çok az 2 = Çok 3 = Epeyce çok 4= Aşırı

		Hiç	Çok az	Çok	Epeyce çok	Aşırı
1	Paraya dokunduğum zaman ellerimin kirlendiğini hissedirim.	0	1	2	3	4
2	Vücut salguları ile ( ter, tükürük, idrar , v.b. gibi) Hafif bir temasla bile giysilerim kirlenebileceğini veya bir şekilde zarar görebileceğimi düşünürüm	0	1	2	3	4
3	Yabancıların veya belirli insanların dokunduğunu biliyorsam, bir nesneye dokunmakta zorlanırım.	0	1	2	3	4
4	Çöpe veya kirli şeylere dokunmakta zorlanırım.	0	1	2	3	4
5	Mikrop kapmaktan ve hastalıklardan korktuğum için umumi tuvaletleri kullanmaktan kaçınırım.	0	1	2	3	4
6	Bulaşıcı hastalıktan korktuğum için halka açık telefonları kullanmaktan kaçınırım.	0	1	2	3	4
7	Ellerimi gereğinden daha sık ve daha uzun süre yıkarım.	0	1	2	3	4
8	Bazen sadece kirlendiğim ya da mikrop kapığımı düşünerek derhal yıkanır veya temizlenirim.	0	1	2	3	4
9	Bir şeye dokunduğumda “mikrop kapığımı” düşünerek, derhal yıkanır veya temizlenirim.	0	1	2	3	4
10	Bir hayvanın bana dokunması halinde, kendimi kirli hisseder ve derhal yıkanmam veya üstümdeki giysileri değiştirmem gerekir.	0	1	2	3	4
11	Kaygılar ve üzüntüler aklıma geldiğinde, onlar hakkında güvенеbildiğim birisiyle konuşmadan rahat edemem.	0	1	2	3	4
12	Giyinirken, soyunurken ve yıkanırken, özel bir sırayı takip etme zorunluluğu hissedirim.	0	1	2	3	4
13	Yatmadan önce belirli şeyleri belirli bir sırayla yapmak zorundayım.	0	1	2	3	4

14	Yatmadan önce giysilerimi özel bir şekilde asmak veya katlamak zorundayım.	0	1	2	3	4
15	Belirli sayıları nedensiz yere tekrarlama zorunluluğu hissedirim.	0	1	2	3	4
16	Bir şeyleri doğru olarak yapıldığından emin olana kadar, birkaç kez tekrarlamak zorundayım.	0	1	2	3	4
17	Bir şeyleri gereğinden daha sık kontrol etme eğilimindeyim.	0	1	2	3	4
18	Ocağı, muslukları ve elektrik düğmelerini kapattıktan sonra tekrar tekrar kontrol ederim	0	1	2	3	4
19	Tam olarak kapalı olduğundan emin olmak için, kapıları, pencereleri, çekmeceleri kontrol etmek uğruna eve geri dönerim.	0	1	2	3	4
20	Doğru bir şekilde doldurduğumdan emin olmak için formların, evrakların veya çeklerin ayrıntılarını sürekli kontrol ederim.	0	1	2	3	4
21	Sigara, kibrit gibi yanan cisimlerin tam olarak söndüğünden emin olana kadar geri dönüp bakarım.	0	1	2	3	4
22	Elime para aldığım zaman, üst üste birkaç kez sayarım.	0	1	2	3	4
23	Mektupları postalamadan önce pek çok kez dikkatle kontrol ederim.	0	1	2	3	4
24	Önemsiz meselelerde bile, karar vermeyi zor bulurum.	0	1	2	3	4
25	Özellikle benimle ilgili önemli konular konuşulurken, bir şeyleri hiçbir zaman tam olarak ifade edemeyeceğim izlenimine kapılırım.	0	1	2	3	4
26	Bir şeyleri özenli bir şekilde yapsam bile, hala yaptığım işi kötü yaptığım veya eksik bıraktığım izlenimini içimde taşıyorum.	0	1	2	3	4
27	Yaptığım şeylerin pek çoğuna ilişkin kaygılar ve problemler üretirim.	0	1	2	3	4
28	Belirli şeyler üzerinde düşünmeye başladığımda, onlara takılıp kalırım.	0	1	2	3	4
29	Kendi isteğim dışında, hoş gitmeyen düşünceler aklıma gelir ve onlardan kurtulamam.	0	1	2	3	4
30	Beynim sürekli olarak kendi bildiğini yapıyor ve ben çevremde olup bitene ayak uydurmakta güçlük çekiyorum	0	1	2	3	4

31	Dalgınlığının veya yaptığın küçük hataların felaket sonuçlar doğuracağını düşünürüm.	0	1	2	3	4
32	Bazen hiç nedeni yokken nesnelere saymaya başlarım.	0	1	2	3	4
33	Önemsiz sayıları tamamıyla hatırlamam gerektiği hissine kapılırım.	0	1	2	3	4
34	Bir düşünce veya şüphe aklıma takıldığı zaman, onu bütün yönleriyle gözden geçirmem gerekir ve bu şekilde yapana kadar rahat edemem.	0	1	2	3	4
35	Belirli durumlarda, kontrolümü kaybetmekten ve utanç verici şeyler yapmaktan korkarım.	0	1	2	3	4
36	Bir köprüden veya yüksek bir pencereden aşağıya baktığım zaman, kendimi boşluğa bırakacakmış gibi hissederim.	0	1	2	3	4
37	Yaklaşan bir tren gördüğüm zaman, bazen kendimi onun altına atabileceğimi düşünürüm.	0	1	2	3	4
38	Araba sürerken bazen içimden bir his arabayı birilerinin üstüne veya bir şeylere doğru sürmeye zorlar.	0	1	2	3	4
39	Silahlara bakmak beni heyecanlandırır ve şiddet içeren düşüncelere sürükler.	0	1	2	3	4
40	Bıçakların, kamaların ve diğer kesici aletlerin keskin tarafından rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
41	Bazen sebepsiz yere bir şeyleri kırmak veya hasar vermek ihtiyacı hissederim.	0	1	2	3	4

## EK 7. KİŞİLİK İNANÇ ÖLÇEĞİ – KISA FORM (KİÖ-KF)

### PBQ-S1

Kişilik İnanç Ölçeği-Kısa Form-V.1

Adı-Soyadı: \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_\_

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuyunuz ve HER BİRİNE NE KADAR İNANDIĞINIZI belirtiniz. Her bir ifadeyle ilgili olarak ÇOĞU ZAMAN nasıl hissettiğinize göre karar veriniz.

4	3	2	1	0
Tümüyle inanyorum	Çok fazla inanyorum	Orta derecede inanyorum	Biraz inanyorum	Hiç inanyorum

#### Örnek

1. Dünya tehlikeli bir yerdir.  
(Lütfen daire içine alınız.)

#### NE KADAR İNANIYORSUNUZ?

4	3	2	1	0
Tümüyle	Çok Fazla	Orta Derecede	Biraz	Hiç
	Fazla	Derecede		

#### NE KADAR İNANIYORSUNUZ?

	4	3	2	1	0
	Tümüyle inanyorum	Çok fazla inanyorum	Orta derecede inanyorum	Biraz inanyorum	Hiç inanyorum
1. Aşağılanma veya yetersizlikle karşılaşmak katlanılmaz bir şeydir.	4	3	2	1	0
2. Ne pahasına olursa olsun rahatsızlık verici durumlardan kaçınmalıyım.	4	3	2	1	0
3. Eğer insanlar dostça davranıyorlarsa beni kullanmaya ya da sömürmeye çalışıyor olabilirler.	4	3	2	1	0
4. Bir yandan yetkili kişilerin hakimiyetine karşı direnmeli ama aynı zamanda takdir ve benimsemelerini sağlamalıyım.	4	3	2	1	0
5. Rahatsızlık verici duygulara katlanamam.	4	3	2	1	0
6. Kusurlar, eksikler ya da yanlışlar hoş görülemez.	4	3	2	1	0
7. Diğer insanlar sıklıkla çok şey isterler.	4	3	2	1	0
8. İlgilim olmalıyım.	4	3	2	1	0

**NE KADAR İNANIYORSUNUZ?**

	4	3	2	1	0
	Titizlikle inanıyorsun	Çok fazla inanıyorsun	Orta derecede inanıyorsun	İnanıyorsun	Hiç inanıyorsun
9. Eğer bir sistemim olmazsa herşey darmadağın olur.	4	3	2	1	0
10. Hak ettiğim saygının gösterilmemesi veya hakkım olanı alamamak katlanılmaz bir durumdur.	4	3	2	1	0
11. Her şeyde kusursuz iş çıkarmak önemlidir.	4	3	2	1	0
12. Diğer insanlarla birlikte bir şeyler yapmaktansa kendi başıma yapmaktan daha çok hoşlanırım	4	3	2	1	0
13. Eğer dikkat etmezsem başkaları beni kullanmaya ya da yönlendirmeye çalışır.	4	3	2	1	0
14. Diğer insanların gizli amaçları vardır.	4	3	2	1	0
15. Olabilecek en kötü şey terk edilmektir.	4	3	2	1	0
16. Diğer insanlar ne kadar özel biri olduğumu fark etmelidirler.	4	3	2	1	0
17. Diğer insanlar bilerek beni aşağılıyorlar.	4	3	2	1	0
18. Karar verirken diğer insanların yardımına ya da bana ne yapacağımı söylemelerine gereksinim duyarım.	4	3	2	1	0
19. Ayrıntılar son derece önemlidir.	4	3	2	1	0
20. İnsanlar çok fazla patronluk tasarlarsa onların isteklerini dikkate almamaya hakkım vardır.	4	3	2	1	0
21. Yetkili kişiler sınırlarını bilmeyen, sürekli iş isteyen, müdahaleci ve denetleyicidirler.	4	3	2	1	0
22. İstedığımı almanın yolu, insanları etkilemek ya da eğlendirmektir.	4	3	2	1	0
23. Kârlı çıkabilmek için elimden gelen her şeyi yapmalıyım.	4	3	2	1	0

Personality Belief Questionnaire (PBQ)-S, ©1995 by Aaron T. Beck, M.D. , Judith S. Beck, Ph.D. Türkçe Versiyon:  
©M. H. Türkçapar & Samet Köse 2003

**NE KADAR İNANIYORSUNUZ?**

	4	3	2	1	0
	Hiçlikle inanıyorum	Çok fazla inanıyorum	Orta düzeyde inanıyorum	Hüsu inanıyorum	Hiç inanmıyorum
24. Eğer insanlar benimle ilgili bir şeyler açığa çıkarırlarsa, bunu bana karşı kullanacaklardır.	4	3	2	1	0
25. İnsan ilişkileri karışıktır ve özgürlüğe engeldir.	4	3	2	1	0
26. Beni ancak benim gibi zeki insanlar anlayabilirler.	4	3	2	1	0
27. Çok üstün biri olduğum için özel muamele ve ayrıcalıkları hak ediyorum.	4	3	2	1	0
28. Benim için başkalarından bağımsız ve özgür olmak önemlidir.	4	3	2	1	0
29. Çoğu durumda yalnız başıma kaldığımda kendimi daha iyi hissedirim.	4	3	2	1	0
30. Her zaman en yüksek standartlara ulaşmaya çalışmak gereklidir yoksa her şey darmadağın olur.	4	3	2	1	0
31. Rahatsız edici duygular giderek artar ve kontrolden çıkar.	4	3	2	1	0
32. Vahşi bir ortamda yaşıyoruz ve güçlü olan hayatta kalır.	4	3	2	1	0
33. Başkalarının dikkatini çektiğim durumlardan kaçınmalı ve mümkün olduğunca göze çarpmamalıyım.	4	3	2	1	0
34. Başkalarının bana olan ilgilerini sürdürmezsem benden hoşlanmazlar.	4	3	2	1	0
35. Eğer bir şey istiyorsam onu elde etmek için ne gerekirse yapmalıyım.	4	3	2	1	0
36. Diğer bir insana "bağlanıp" kalmaktansa yalnız olmak daha iyidir.	4	3	2	1	0
37. İnsanları eğlendirmedikçe ya da etkilemedikçe bir hiçim.	4	3	2	1	0

**NE KADAR İNANIYORSUNUZ?**

	4	3	2	1	0
	Yüksek inanıyor	Çok fazla inanıyor	Orta düzeyde inanıyor	Dünya inanıyor	Hiç inanmıyor
38. Eğer ilk önce harekete geçip üstünlük kurmazsam karşımdaki bana üstünlük kurar.	4	3	2	1	0
39. İnsanlarla ilişkilerimde herhangi bir gerginlik işareti bu ilişkinin kötüye gideceğini gösterir bu nedenle o ilişkiyi bitirmeliyim.	4	3	2	1	0
40. Eğer en yüksek düzeyde iş yapmıyorsam başarısız olurum.	4	3	2	1	0
41. Zaman sınırlarına uymak, istenene itaat etmek ve uyumlu olmak onuruma ve kendi yeterliliğime doğrudan bir darbedir.	4	3	2	1	0
42. Genellikle bana haksız davranılıyor. Bu nedenle ne şekilde olursa olsun payımı almak hakkımdır.	4	3	2	1	0
43. İnsanlar bana yakınlaşırlarsa benim "gerçekten" ne olduğum ortaya çıkar ve benden uzaklaşırlar.	4	3	2	1	0
44. Muhtaç ve zayıfım.	4	3	2	1	0
45. Yalnız başıma bırakıldığımda çaresizim.	4	3	2	1	0
46. Diğer insanlar benim ihtiyaçlarımı gidermelidir.	4	3	2	1	0
47. İnsanların beklediği şekilde kurallara uyarsam bu benim davranış özgürlüğüme engel olacaktır.	4	3	2	1	0
48. Eğer fırsat veririm insanlar beni kullanırlar.	4	3	2	1	0
49. Her zaman hazırlıklı olmalıyım.	4	3	2	1	0
50. Özel hayatım insanlara yakın olmaktan çok daha fazla önemlidir.	4	3	2	1	0
51. Kurallar keyfidir ve beni sıkır.	4	3	2	1	0

**NE KADAR İNANIYORSUNUZ?**

	4	3	2	1	0
	Tamıyla inanıyorum	Çok fazla inanıyorum	Orta düzeyde inanıyorum	Hiç inanıyorum	Hiç inanmıyorum
52. İnsanların beni görmezden gelmeleri berbat bir durumdur.	4	3	2	1	0
53. İnsanların ne düşündüğünü önemsemem.	4	3	2	1	0
54. Mutlu olabilmek için diğer insanların dikkatini çekmeye ihtiyacım var.	4	3	2	1	0
55. Eğer insanları eğlendirirsem benim güçsüzlüğümü farketmezler.	4	3	2	1	0
56. İşimi yaparken ya da kötü bir durumla karşılaştığımda bana yardım etmesi için her zaman yanımda birilerinin olmasına gereksinim duyarım.	4	3	2	1	0
57. Yaptığım bir işte herhangi bir hata ya da kusur felakete yol açabilir.	4	3	2	1	0
58. Çok yetenekli olduğum için mesleğimde ilerlerken insanlar benim yolumdan çekilmelidir.	4	3	2	1	0
59. Eğer başkalarını ben sıkıştırmazsam, onlar beni boyun eğmeye zorlar.	4	3	2	1	0
60. Diğer insanlara uygulanan kurallara uymak zorunda değilim.	4	3	2	1	0
61. Bir şeyi yapmanın en iyi yolu zor kullanmak ve kurnazlıktır.	4	3	2	1	0
62. Her zaman birilerine ulaşabilecek durumda olmalıyım.	4	3	2	1	0
63. Temelde yalnızım- kendimi daha güçlü bir kişiye bağlayamadığım müddetçe.	4	3	2	1	0
64. Diğer insanlara güvenemem.	4	3	2	1	0
65. Diğer insanlar kadar mücadele gücüm yok.	4	3	2	1	0

## EK 8. TOPLUMSAL İŞLEVSELLİĞİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

### TOPLUMSAL İŞLEVSELLİĞİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (TİDÖ)

Adı Soyadı: .....

Tarih: ..... / ..... / .....

Bireylerin özbakım alışkanlıkları, aile/çevre ile ilişkileri, toplumsal davranış özellikleri ve çalışma durumunu değerlendiren bu ölçeği doldururken **son birkaç aydaki** durumunuzu en iyi şekilde yansıtan seçenekleri işaretleyiniz.

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

Kaynak: Yıldız M, Kiras F, İncedere A, Esen D, Gürçan MB, Abut B, İpçi K, Tural Ü. Development of Social Functioning Assessment Scale (SFAS) for People with Schizophrenia: Validity and Reliability Study. Anadolu Psikiyatri Derg. 2018; 19(Suppl 2):29-38