

**T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YAŞAM DENGESİ ENVANTERİ'NİN ŞİZOFRENİ TANISI  
ALAN BİREYLERDE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİNİN  
İNCELENMESİ**

**ERG. SULTAN AKEL**

**Ergoterapi Programı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA  
2021**



**T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YAŞAM DENGESİ ENVANTERİ'NİN ŞİZOFRENİ TANISI  
ALAN BİREYLERDE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİNİN  
İNCELENMESİ**

**ERG. SULTAN AKEL**

**ERGOTERAPİ PROGRAMI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**

**PROF. DR. ESRA AKI**

**İKİNCİ DANIŞMAN**

**DOÇ. DR. SEVGİNAR VATAN**

**ANKARA**

**2021**

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
YAŞAM DENGESİ ENVANTERİ'NİN ŞİZOFRENİ TANISI ALAN BİREYLERDE GEÇERLİLİK  
VE GÜVENİLİRLİĞİNİN İNCELENMESİ  
Öğrenci: Sultan AKEL  
Danışman: Prof. Dr. Esra AKI  
İkinci Danışman: Doç. Dr. Sevginar VATAN

Bu tez çalışması 07.09.2021 tarihinde jürimiz tarafından Ergoterapi Programı'nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

**Jüri Başkanı:** *Prof. Dr. Ümit UĞURLU*  
*Bezmialem Vakıf Üniversitesi*

**Tez Danışmanı:** *Prof. Dr. Esra AKI*  
*Hacettepe Üniversitesi*

**Üye:** *Doç. Dr. Serkan PEKÇETİN*  
*Sağlık Bilimleri Üniversitesi*

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

09 Eylül 2021

*Prof. Dr. Diclehan Orhan*  
**Enstitü Müdürü**

## YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

o Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. (1)

Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay ertelenmiştir. (2)

o Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. (3)

07/09/2021

Sultan AKEL

-----  
1 *“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”*

(1) *Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.*

(2) *Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metodların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkânı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.*

(3) *Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir*  
*\*. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir. Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir*

*\* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.*

## ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof. Dr. Esra AKI ve Doç. Dr. Sevginar VATAN danışmanlıklarında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Sultan AKEL

## TEŞEKKÜR

Eğitim hayatımın lisans ve lisansüstü döneminde daima örnek aldığım, sadece teorik bilgileri ve deneyimleri ile değil, duruşu ve hayata bakış açısı ile de bana çok şey öğreten kıymetli tez danışmanım Prof. Dr. Esra AKI'ya,

Her durumda desteğini ve ilgisini hissettiren, verdiği tavsiyeler ile bu süreci kolaylaştıran diğer danışman hocam Doç. Dr. Sevginar VATAN'a,

Akademik ve mesleki hayatıma verdikleri katkılar için Bezmialem Vakıf Üniversitesi Ergoterapi Bölüm Başkanı Sayın Prof. Dr. Ümit UĞURLU'ya ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ergoterapi Bölüm Başkanı Sayın Doç. Dr. Serkan PEKÇETİN'e,

Bu tez çalışmasının ortaya çıkmasında en büyük katkıya sahip özel insanlara ve bana onlarla tanışma fırsatı sunduğu için Uzm. Dr. Emre Mutlu'ya,

Eğitim hayatıma verdiği kıymetli katkıları için başta Hacettepe Üniversitesi Ergoterapi Bölüm Başkanı Sayın Prof. Dr. Gonca BUMİN olmak üzere tüm hocalarıma,

Bu süreçte uzak mesafelerden de olsa desteğini esirgemeyen Dr. Fzt. Hatice ABAOĞLU ve Uzm. Erg. Sinem KARS hocalarıma,

Her anıma eşlik eden ve hep eşlik edeceklerini bildiğim, desteklerini hissetmekten gurur duyduğum biricik arkadaşlarım Uzm. Erg. Begüm Koca'ya, Erg. Rumeysa Günal'a, Erg. Duygu Pürbudak'a ve Öğr. Gör. Gülşah Zengin'e,

Lisansüstü eğitim dönemim boyunca yanımda oldukları için mesai arkadaşlarım Arş. Gör. Ayşenur Baysal'a, Öğr. Gör. Kardelen Yıldırıma'a, Öğr. Gör. Şüheda Özkan'a ve tüm sorularıma sabırla cevap verdiği için Öğr. Gör. Zeynep Çorakcı'ya,

Bu süreci en güzel şekilde tamamlayabilmem için her koşulda yanımda olan ve desteklerinin sonsuza kadar süreceğini bildiğim, bana tüm bu fırsatları sunan annem Nadire Akel, babam Hüseyin Akel ve biricik kardeşlerim Ali Akel ve Aytaç Akel'e,

Sonsuz teşekkürler.

## ÖZET

**AKEL, S., Yaşam Dengesi Envanteri'nin Şizofreni Tanısı Alan Bireylerde Geçerlilik ve Güvenilirliğinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2021.** Bu çalışma, şizofreni tanısı alan bireylerde Yaşam Dengesi Envanteri (YDE)'nin geçerlilik ve güvenilirliğini incelemek amacıyla planlandı. Çalışmaya yaşları 26-64 arasında değişen şizofreni tanısı olan 52 birey katılım gösterdi. Bireylerin psikopatoloji değerlendirmeleri Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGİ) ve Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) kullanılarak tamamlandı. Envanterin geçerliliğini incelemek için yapı geçerliliği kapsamında faktör analizi yapıldı. YDE'nin alt ölçekler ile korelasyonuna bakıldığında Sağlık alt ölçeği ile orta şiddette ( $r=0,563$ ;  $p < 0,05$ ), İlişkiler ( $r=0,727$ ;  $p < 0,05$ ) ve Kimlik ( $r=0,795$ ;  $p < 0,05$ ) alt ölçekleri ile yüksek şiddette ve Zorluk/ilgi alt ölçeği ile de ( $r=0,804$ ;  $p < 0,05$ ) çok yüksek derecede olduğu tespit edilmiştir. YDE'nin psikopatoloji değerlendirmeleri ile korelasyonları incelenmiş ve KGİ ile negatif yönlü zayıf derecede ( $r=0,405$ ;  $p < 0,05$ ) korelasyonu görülmüştür. PANSS toplam puanı ile negatif yönlü zayıf derecede ( $r=0,385$ ;  $p=0,05$ ) korelasyon görülürken PANSS Negatif Belirtiler alt parametresi ile de yine negatif yönde orta şiddette ( $r=0,456$ ;  $p < 0,05$ ) korelasyon tespit edilmiştir. YDE'nin güvenilirlik çalışması için test-tekrar test yöntemi ve iç tutarlılık analiz yöntemi kullanıldı. Her bir alt ölçek için ölçek için Cronbach alfa katsayısı hesaplandı. Sırasıyla alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları; *Sağlık* için  $\alpha=0,706$ , *İlişkiler* için  $\alpha=0,695$ , *Kimlik* için  $\alpha=0,723$ , *Zorluk/İlgi* için  $\alpha=0,656$  ve envanterin Cronbach alfa katsayısı  $\alpha =0,842$  olarak hesaplandı. Bu bulgulara göre ölçeğin iç tutarlılığı oldukça güvenilirdir. Tekrar test uygulamasında çalışmaya katılan bireylere 8-10 gün sonra ikinci değerlendirme yapıldı. İlk uygulama ve ikinci uygulamadan elde edilen veriler arasında korelasyon katsayısı 0,89 olarak tespit edildi. Bu bulgular YDE'nin iç tutarlılığının ve zamana göre değişmezliğinin yüksek olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak YDE'nin, şizofreni tanısı alan bireyleri değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu bulundu.

**Anahtar Kelimeler:** Şizofreni, Yaşam dengesi, Geçerlilik, Güvenilirlik



## ABSTRACT

**AKEL, S., Examination of the Validity and Reliability of Life Balance Inventory in Individuals Diagnosed With Schizophrenia, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences, Occupational Therapy Master's Thesis, Ankara, 2021.** This study was planned to examine the validity and reliability of the Life Balance Inventory in individuals diagnosed with schizophrenia. The study involved 52 individuals with a diagnosis of schizophrenia, age from 26 to 64. Psychopathology assessments of individuals were completed using the Clinical Global Impression Scale (CGI) and the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Factor analysis was performed within the framework of structure validity to examine the validity of the inventory. When looking at correlation the LBI with the sub-scales, *Health* sub-scale with moderate ( $r=0,563$ ;  $p< 0,05$ ), *Relationships* ( $r=0,727$ ;  $p< 0,05$ ) and the *Identity* ( $r=0,795$ ;  $p< 0,05$ ) sub-scales with high intensity and *Challenge/Interest* sub-scale ( $r=0,804$ ;  $p<0,05$ ) has a very high degree of. Correlations of LBI with psychopathology assessments were examined and a negative directional weak ( $r=0,405$ ;  $p< 0,05$ ) correlation with KGI was observed. Negative directional weak correlation with PANSS total score ( $r=0,385$ ;  $p=0,05$ ) correlation was observed, while a moderate correlation ( $r=0,456$ ;  $p< 0,05$ ) was found in a negative direction with the PANSS negative symptoms sub parameter. Test-retest method and internal consistency analysis method were used for the reliability study of LBI. The Cronbach alpha coefficient for the scale was calculated for each subscale. Internal consistency coefficients of the subscales were calculated as  $\alpha=0,706$  for *Health*,  $\alpha=0,695$  for *Relationships*,  $\alpha=0,723$  for *Identity*,  $\alpha=0,656$  for *Challenge/Interest* and Cronbach alpha coefficient  $\alpha =0,842$  for inventory, respectively. According to these findings, the internal consistency of the scale is quite reliable. A second evaluation was performed after 8-10 days for the individuals who participated in the study in the retest application. The correlation coefficient between the data obtained from the first application and the second application was found to be 0,89. These findings show that the internal consistency of LBI and its invariance with time are high. As a result, LBI was found to be a valid and reliable tool for evaluating individuals diagnosed with schizophrenia.

**Keywords:** Schizophrenia, Life balance, Validity, Reliability

**İÇİNDEKİLER**

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
ŞEKİLLER	xiii
TABLolar	xiv
<b>1. GİRİŞ</b>	1
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	3
2.1. Şizofreni	3
2.1.1. Dünden Bugüne“Şizofreni”	3
2.1.2. Epidemiyoloji	5
2.1.3. Etiyoloji	6
2.1.4. Klinik Özellikler	6
2.1.5. Gidiş ve Sonlanım	7
2.1.6. Şizofreni ve İşlevsel İyileşme	9
2.2. Şizofreni ve Tedavi Yaklaşımları	9
2.2.1. Farmakolojik Tedavi Yaklaşımları	10
2.2.2. Farmakolojik Olmayan Tedavi Yaklaşımları	10
2.3. Yaşam Dengesi	12
2.3.1. Yaşam Dengesi Modeli	13
2.3.2. Şizofreni ve Yaşam Dengesi	16
2.4. Yaşam Dengesini Değerlendiren Araçlar	18
2.5. Geçerlilik ve Güvenilirlik	22

2.5.1. Geçerlilik	22
2.5.2. Güvenilirlik	24
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>26</b>
3.1. Bireyler	26
3.2. Yöntem	27
3.3. Değerlendirme	27
3.3.1. Demografik Bilgiler	27
3.3.2. Klinik Global İzlenim Ölçeği	27
3.3.3. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği	27
3.3.4. Yaşam Dengesi Envanteri	28
3.4. İstatistiksel Analiz	28
<b>4. BULGULAR</b>	<b>30</b>
4.1. Kültürel Adaptasyon Süreci	30
4.2. Bireylerin Yaşları ile İlgili Veriler	31
4.3. Bireylerin Cinsiyetleri ile İlgili Veriler	31
4.4. Bireylerin Eğitim Düzeyleri ile İlgili Veriler	31
4.5. Bireylerin Çalışma Durumu ile İlgili Veriler	32
4.6. Bireylerin Medeni Durumları ile İlgili Veriler	33
4.7. Bireylerin Aile Üyeleri ile İlgili Veriler	33
4.8. Bireylerin Klinik Global İzlenim Ölçeği Bulguları	33
4.9. Bireylerin Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) Bulguları	34
4.10. Bireylerin İlaç Kullanım Bulguları	34
4.11. Bireylerin Yaşam Dengesi Envanteri Bulguları	35
4.12. YDE'nin Geçerlilik Bulguları	40
4.13. YDE'nin Güvenilirlik Bulguları	44
4.14. Test-Tekrar Test Bulguları	44
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>45</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	<b>52</b>
<b>7. KAYNAKLAR</b>	<b>53</b>
<b>8. EKLER</b>	<b>64</b>

EK 1. Etik Kurul Karar Yazısı

EK 2. Orijinallik Raporu

EK 3. Dijital Makbuz

EK 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

EK 5. Sosyodemografik Veri Formu

EK 6. Klinik Global İzlenim Ölçeği

EK 7. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

EK 8. Yaşam Dengesi Envanteri

EK9. Yazar İzni

**9. ÖZGEÇMİŞ**

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>APA</b>	Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association)
<b>BDT</b>	Bilişsel Davranışçı Terapi
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>DSM</b>	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Kılavuzu (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
<b>ICD</b>	Hastalıklar ve İlişkili Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflaması (International Classification of Diseases)
<b>min</b>	Minimum Değer
<b>maks</b>	Maksimum Değer
<b>n</b>	Katılımcı Sayısı
<b>Ort±SS</b>	Ortalama ve Standart Sapma
<b>p</b>	İstatistiksel Anlamlılık
<b>r</b>	Korelasyon Katsayısı
<b>SPSS</b>	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı (Statistical Package for the Social Sciences)
<b>YDE</b>	Yaşam Dengesi Envanteri (LBI-Life Balance Inventory)
<b>YDM</b>	Yaşam Dengesi Modeli

**ŞEKİLLER**

<b>Şekil</b>	<b>Sayfa</b>
<b>2.1. Yaşam Dengesi Modeli</b>	15
<b>4.1. Bireylerin Meslek Dağılımları</b>	32
<b>4.2. Bireylerin YDE Alt Ölçeklerine Katılım Yüzdeleri</b>	36
<b>4.3. Sağlık Alt Ölçeği Katılım Oranları</b>	37
<b>4.4. İlişkiler Alt Ölçeği Katılım Oranları</b>	38
<b>4.5. Kimlik Alt Ölçeği Katılım Oranları</b>	39
<b>4.6. Zorluk/ilgi Alt Ölçeği Katılım Oranları</b>	40

**TABLULAR**

<b>Tablo</b>	<b>Sayfa</b>
2.1. DSM-V'e göre şizofreni tanı kriterleri	4
2.2. Yaşam dengesini değerlendiren araçlar	18
4.1.1. YDE'nin tanımlayıcı istatistik bulguları	30
4.1.2. İçerik geçerliliği analizi bulguları	30
4.2. Bireylerin yaşları ile ilgili veriler	31
4.3. Bireylerin cinsiyetleri ile ilgili veriler	31
4.4. Bireylerin eğitim düzeyleri ile ilgili veriler	32
4.5. Bireylerin çalışma durumları ile ilgili veriler	32
4.6. Bireylerin medeni durumları ile ilgili veriler	33
4.7. Bireylerin aile üyeleri ile ilgili veriler	33
4.8. Bireylerin Klinik Global İzlenim Ölçeği verileri	33
4.9. Bireylerin Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği verileri	34
4.10. Bireylerin ilaç kullanım bilgileri	35
4.11. Bireylerin Yaşam Dengesi Envanteri verileri	35
4.12. Sağlık alt ölçeği korelasyon bulguları	41
4.13. İlişkiler alt ölçeği korelasyon bulguları	41
4.14. Kimlik alt ölçeği korelasyon bulguları	42

<b>4.15.</b> Zorluk/ilgi alt ölçeği korelasyon bulguları	42
<b>4.16.</b> Yaşam Dengesi Envanteri korelasyon bulguları	43
<b>4.17.</b> Yaşam Dengesi Envanteri faktör analizinde faktör yükleri	43



## 1. GİRİŞ

Şizofreni, varsanı ve sanrılar ile birlikte, konuşmada bozulma, isteksizlik ve motivasyon düşüklüğü, kişiler arası ilişki kurmada ya da devam ettirmede güçlük ile karakterize olan ruhsal bir bozukluk olarak tanımlanmıştır (1). Hastalık sürecinde belirtilerin hastalığın yetiyitimi düzeyini belirlemesinin yanı sıra hastaların işlevsellikleriyle de ilişkili olduğu belirtilmiştir (2). Hastaların özellikle aktif belirtili dönemlerinde düşünce ve konuşmaları dağınık olmakta, gerçeklikle bağı kopmakta ve kendine bakım aktivitelerini yerine getirme becerileri bozulmaktadır (3). Bu durum hastalığın da etkisiyle eğitim, iş, kariyer ve aile içi yaşantılarını sağlıklı bir şekilde devam ettirmelerine engel olmaktadır. Hastalığın süreğen seyri, devamlı tedavi ihtiyacı ve negatif belirtiler hastaların dengeli bir yaşam sürmelerini güçleştirmektedir (4).

Yaşam dengesi; yaşamdan en fazla memnuniyeti sağlayan dengeli bir yaşam tarzı karışımından mutluluk (5); aktivite deneyimlerine tatmin edici katılım (6); kişisel değerler ve güçlerle uyumlu bir şekilde yaşamak (7); temel aktiviteleri yerine getirme, aktivitelere harcanan zamandan memnuniyet; (8) gibi pek çok farklı şekilde tanımlanmıştır. Diğer bir deyişle “bireyin yaşam koşulları çerçevesinde sağlıklı, anlamlı ve sürdürülebilir günlük aktivitelerinin tatmin edici bir şekilde gerçekleşmesi” olarak ifade edilmiştir (9).

Ergoterapistler, kişisel bakım, üretkenlik ve serbest zaman aktivitelerinin aktivite performans alanları arasında aktivite dengesi olarak tatmin edici bir istikrara işaret etmektedir. Geçtiğimiz birkaç yıl boyunca, farklı aktivite türleri arasındaki denge artan bir ilgi kazanmıştır ve dengeli bir aktivite düzeninin daha iyi bir refah sağlayabileceği varsayılmıştır (10). Şizofreni tedavi ve rehabilitasyonunda amaç; şizofreninin negatif ve pozitif semptomlarını iyileştirmek, tekrarları önlemek ya da geciktirmek, aile ve toplum için zorlayıcı olan davranışları ortadan kaldırmak ya da azaltmak, aile üyelerinin, bakım verenlerin ve diğer bireylerin baş etme becerilerini ve kapasitelerini güçlendirmek, semptomlardaki süreklilik ve oluşan yeti kayıplarına rağmen optimal bireysel işlevselliğe olanak sağlayan sosyal hizmet ve toplumsal desteği sağlamaktır (11).

Yaşam dengesi, disiplinler arası literatürde ilgi çeken bir kavramdır ve geliştirilen pek çok araç ile değerlendirilmektedir. Günlük aktivitelerde zaman kullanımı algısı (12), okupasyonel denge (13), iş-sosyal yaşam dengesi (14) gibi çerçeveler ile günlük yaşamdaki dengeyi değerlendiren araçlar mevcuttur. Bu araçlardan Türk kültürüne uyarlanıp şizofreni tanısında geçerli ve güvenilir olanlar bulunmamaktadır. Ergoterapistlerin klinikte kullanabilmeleri için pratik ve kapsamlı değerlendirme araçlarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Yaşam Dengesi Envanteri (YDE), günlük rutinde yer alan 53 farklı aktivite ile bireylerin aktivitelere ayırdıkları zamandan memnuniyetlerini değerlendiren bir envanterdir. *Sağlık, İlişkiler, Kimlik ve Zorluk/İlgi* alt ölçeklerinden oluşan envanter, insanların günlük aktivitelerde harcanan zaman ile istenen zaman arasındaki ilişkiden ne kadar memnun kaldıklarına dair algılanan dengeyi yansıtır. Günlük yaşam dengesi ile ilgili bilgi veren envanterin geçerli ve güvenilir olduğu sunulmuştur (15). Tüm aktivite performans alanlarında çeşitli aktivite örnekleri ile değerlendirme fırsatı sunduğu için şizofreni tanısı için kullanılması faydalı olacaktır.

Bu bilgiler doğrultusunda çalışmamızda YDE'nin şizofreni tanısı için geçerlilik ve güvenilirliğini incelemek amaçlanmıştır.

Çalışmamızın hipotezi;

Yaşam Dengesi Envanteri, şizofreni tanısı olan bireylerde geçerli ve güvenilir bir araç değildir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Şizofreni

Şizofreni milyonlarca insanı etkileyen kronik bir psikiyatrik hastalıktır (16). Düşünce, algı ve davranış yapısında ve içeriğinde belirgin bir bozulma ve sosyal geri çekilme varlığı ile karakterize klinik bir sendromdur. Kişinin gerçeği değerlendirme kabiliyeti bozulur ve kendi yarattığı dünyada yaşar (17).

#### 2.1.1. Dünden Bugüne Şizofreni

Yıllardır var olan bu hastalığın tarihi sağlık profesyonellerini yakından ilgilendirmektedir. Ortaçağ döneminde batıl inançlarla karıştırılan şizofreni terimi 19.yüzyılın sonlarında bilimsel olarak araştırılmaya başlanmıştır. Benedict Morel (1809-1873), ergenlikte başlayan bu hastalığı yıkımla sonuçlandığı için Demans Paracoxa olarak isimlendirmiştir. Karl Kahlbaum (1829-1899) buna ek olarak katatonik şizofreniyi tanımlamıştır. Ewald Hecker (1843-1909) ise garip davranışlarla kendini gösteren dezorganize (hebefrenik) şizofreniyi açıklamıştır (18, 19). Emil Kraepelin, bilişsel süreci ‘Demans’, erken başlangıcı ise ‘Paracoxa’ olarak vurgulayarak uzun dönemde olumsuz seyreden hastalıklar için bu terimi kullanmıştır. Bütün şizofreni hastalarında yıkım olmayacağını söyleyerek düşünce, davranış ve duyguda yarıлма olduğunu açıklamıştır (20). Eugen Bleuler literatürde “demans paracox” yerine “şizofreni” terimini ilk kez kullanmıştır. Bleuler, şizofreninin kişilerin ruhsal hayatında yarılmaya neden olduğunu düşündüğünden, Yunanca kökeni olan ‘schizen’ (yarılma, ayrılma) ve ‘phren’ (akıl, zihin) kelimelerinin birleşimi ile oluşan ‘şizofreni’ yani “zihin yarılmaması” ifadesini kullanmıştır (21). Kraepelin ve Bleuler’in tanımlarının ardından son yüzyılda şizofrenisi tanısı pek çok değişime uğramıştır. Bu terim DSM-5’te de kullanılmaya devam etmiş ancak tanı ölçütleri açısından kayda değer değişiklikler olmuştur (22). Tanısal sistemlerdeki değişimler, belirli bir zaman periyodunda hastalığın tedavisindeki öncelikleri, olanakları ve farklı bakış açılarını yansıtmaktadır (23). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)’nin Tanısal ve İstatistiksel Kılavuzu (DSM) ile DSÖ’nün Hastalıklar ve İlişkili Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflaması (International Classification of Diseases and Related Health Problems-ICD 10) gibi tanısal sistemler mevcuttur. Bu sistemler

klinsiyenler için hastaların tedavi süreçlerini planlama, sürdürme ve ne zaman sonlandırılacağına karar verme için rehber niteliği taşımaktadır. Günümüzde bir insanın şizofreni tanısı alması için gerekli kriterler APA'nın 2013 yılında yayınladığı Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Kılavuzu 5. Sürümü'nde sunulmuştur (24):

**Tablo 2.1:** DSM-V'e göre şizofreni tanı kriterleri

Semptomatoloji
A. Aşağıdaki belirtilerden ikisi (ya da daha fazla) her biri, bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kısmında görülür. Bu belirtilerden en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.
1. Sanrılar
2. Varsanılar
3. Darmadağın konuşma (örn. Sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma).
4. İleri derecede dezorganize davranış ya da katatonik davranış
5. Negatif belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da avolisyon)
Sosyal/mesleki işlevsellikte bozulma
B. Kişilerde bozulmanın başlangıcıyla beraber mesleki, insanlarla ilişkiler ve kendine bakım gibi alanların bir veya daha fazlasının işlevsellik seviyesi, bozukluk öncesi dönemin belirgin düzeyde altındadır. Eğer bozukluk daha erken başlamışsa (çocukluk, ergenlik) işlevsellik düzeyi hedeflenen seviyeye ulaşamaz.
Süre
C. Bozukluğun süregelen bulguları en az altı ay devam eder. Bu altı aylık evrenin en az bir ayı (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süre), A tanı ölçütünü (örn. açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve prodromal ya da rezidüel belirti evrelerini içerebilir. Bu bozukluk, prodromal ya da rezidüel evreleri sırasında, yalnızca negatif belirtilerle bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşikaltı biçimde görülmesi ile (örn. olağandışı aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) ortaya çıkabilir.
Dahil etmeme

**Tablo 2.1:** DSM-V'e göre şizofreni tanı kriterleri (Devam)

---

D. Şizoaffektif bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da bipolar bozukluk dışlanır, çünkü ya 1) açık evre belirtilerle eşzamanlı olarak majör depresyon ya da mani dönemleri görülmemiştir ya da 2) açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygudurum değişikliği dönemleri ortaya çıkmış olsa bile, bunlar hastalığın açık ve rezidüel dönemlerinin toplam süresinin küçük bir kısmında bulunmuştur.

---

E. Maddenin/genel tıbbi durumların etkisi dahil edilmez: Bozulma, tıbbi bir hastalığın veya ilaç kullanımının fizyolojik etkilerine ve maddenin kötüye kullanımına bağlı etkilere dayandırılmaz.

---

F. Yaygın gelişimsel bozuklukla ilişkisi: Bireyde otizm spektrum bozukluğu ya da çocukluktan bu yana yaşadığı iletişim güçlüğü hikayesi varsa ve şizofreni tanısı alabilmesi için belirgin sanrılar, varsanılar ve gerekli belirtilerinin olması gerekir. Bu belirtiler en az 1 ay var ise kişiye ayrıca şizofreni tanısı da konur.

---

### 2.1.2. Epidemiyoloji

Dünya nüfusunun yaklaşık %1'ini etkileyen şizofreni, bütün toplumlarda sık görülen bir ruhsal bozukluktur (25). Türk toplumunda yapılan sistematik bir çalışma sonucunda şizofreninin yaşam boyu yaygınlığının 1000 kişide 8,9 olduğu tespit edilmiştir (26). Epidemiyolojik çalışmalar, şizofreninin görülme sıklığının erkeklerde kadınlara oranla bir buçuk kat fazla olduğunu belirtmektedir (27). Başlama yaşı ise genel olarak erkeklerde 15-25, kadınlarda ise 25-35 arasında değişiklik göstermektedir (28). Nadiren erken (10 yaşından önce) veya geç başlangıçlı (45 yaşından sonra) görülebilmektedir (29). Şizofreni hastası erkekler kadınlara göre daha düşük sosyal işlevsellik ve negatif belirtilere yatkınlık göstermektedir. Bu durumun hastalığın erkeklerde kadınlara göre daha erken yaşta başlaması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (30).

Şizofrenide medeni hali bekar olanların, evli hastalara oranı 2,6-7,6 aralığındadır. Şizofreni, hiç evlenmemiş bireylerde daha ağır seyretmektedir. Bekâr kalmanın hastalık riskini arttırdığı ancak hastalığın sebep olduğu zorluklar nedeniyle

de kişilerin aile kurmakta güçlük çektiği belirtilmektedir (31). Yapılan çalışmalar, ekonomik durumu düşük olarak tanımlanan kişilerde, hükümlülerde, üniversite öğrencilerinde ve sokakta yaşayan insanlarda hastalığın görülme sıklığının daha fazla olduğunu göstermektedir (32).

### **2.1.3. Etiyoloji**

Şizofreni, kesin patogenezi bilinmemekle birlikte etiyojisinde pek çok faktörü barındırmaktadır. Tek bir nedene bağlı olarak kendini gösteren homojen bir hastalık olmadığı, genetik yatkınlık, biyokimyasal, nörogelişimsel, çevresel ve psikososyal faktörlerin birleşimi ile ortaya çıktığı savunulmaktadır (33). Şizofreni etiyojisinde genetik faktörler önemli bir rol oynamaktadır. Yapılan genetik araştırmalarda, şizofreni hastalarının biyolojik akrabalarında hastalığın gelişme riskinin arttığı tespit edilmiştir. Her iki ebeveyni de şizofreni hastalığına sahip olan çocukların bu hastalığa sahip olma olasılığı % 40'tır. İkiz çalışmalarında ise çift yumurta ikizlerine oranla tek yumurta ikizleri şizofreniye daha yatkındır (34, 35).

Genetik faktörler haricinde gebelik ve doğum komplikasyonlarının da şizofreni görülme olasılığına etki edebileceği öne sürülmüştür. Gebelikte geçirilen viral enfeksiyonlar, kanama, gebelik diyabeti, yetersiz beslenme, perinatal dönemdeki olumsuz çevresel risklerin şizofreni gelişimi üzerinde etkisi olabileceği belirtilmiştir. Ayrıca annenin madde kullanım öyküsü de şizofreni görülme ihtimalini arttırmaktadır (36).

### **2.1.4. Klinik Özellikler**

Şizofreni psikopatolojisi hastalık süreci boyunca farklı biçimlerde ifade edilirken negatif belirtiler, pozitif belirtiler, bilişsel belirtiler, duygudurum, dezorganizasyon, ve motor bulgular olarak sınıflandırılabilir. Bu boyutlar hastalık seyri ve tedaviye cevap konusunda anlamlı etki gösterirler (37).

Negatif belirtiler işlevsellikte azalmayı içermektedir ve motivasyon, ilgi ve duyguların kaybı olarak tanımlanmaktadır. Anhedoni (zevk alamama), alogia (konuşma veya konuşma içeriğinde önemli derecede yoksunluk), duygulanımda küntleşme (duygusal ifadede azalma), avolisyon (motivasyon eksikliği), sosyal geri çekilme ve apati (genel ilgisizlik) gibi negatif belirtiler uzun süreli yatış ve

işlevsellikte azalma ile ilişkilidir (38, 39).

Pozitif belirtiler, gerçeği değerlendirmek yetisinde bozukluk; varsanı ve sanrılar olarak ifade edilmektedir.

**Varsanı:** Herhangi bir uyarın varlığı olmaksızın algılamanın olmasıdır. İşitme, görme, dokunma ve koku varsanılarını gözlenebilmekle birlikte sıklıkla karşılaşılan işitsel varsanılardır.

**Sanrılar:** Dış dünyadaki gerçeklik ile ilgili yanlış çıkarımlara dayanmaktadır, kültürel özelliklerle açıklanamaz. Sanrılar farklı biçimlerde gözlenebilirler ve değişebilen boyutlarda kalıcı ve sistematik olabilirler. Kişinin yaşantısını farklı derecelerde etkileyebilirler. Sıklıkla görülen persekütif ve referansiyel sanrılarla birlikte düşünce sokulması, çekilmesi, kontrol edilme şizofreni ile ilişkili bilindik sanrılardır (40).

Dezorganizasyon belirtileri; biçimsel düşünce bozukluğu, uygunsuz duygulanım, katatonik ve tuhaf davranış, dikkat bozukluğunu içermektedir. Şizofrenideki biçimsel düşünce bozuklukları teğetsellik, raydan çıkma, çevresel konuşma, mantıksızlık ve perseverasyondur (41).

Şizofrenide bilişsel belirtiler, bozulmuş dikkat ile sözel akıcılık bozukluğu olarak görülen bilgi işleme güçlükleri, yürütücü işlevlerde bozulma ve öğrenme güçlükleri olarak görülür (42).

### **2.1.5. Gidiş ve Sonlanım**

Şizofreni yeti yitimine yol açan, genellikle süregelen ve değişken gidiş ve sonlanım gösteren bir hastalıktır. Şizofreninin belirtileri gibi gidiş özellikleri de değişkenlik gösterir (43). Şizofreni alevlenmelerin ve remisyonların görüldüğü kronik bir hastalıktır ve geçirilen her alevlenme döneminde hastanın işlevselliği olumsuz yönde etkilenir (44). Hastalığın seyri açısından hastalar arasında önemli farklılıklar görülür. Bu farklılık, hastalığın ilk beş yılı içinde daha belirgindir ve hastalığın prognozu açısından önemli bilgi verir (45, 46). Hasta grupları uzun süreli izlendiğinde yaklaşık %60'nın belirgin oranda ya da tam olarak iyileştiği, kalan bölümünün ise anlamlı bir iyileşme gösteremediği bildirilmektedir. Normal popülasyona oranla şizofreni fiziksel hastalığa yatkınlık ve öz kıyım nedeniyle 12-15

yıl kadar erken ölüme neden olur. Ölümlerin büyük kısmının sebebi intihar iken pek çoğu da fakir diyet, obezite ve sigara içme ve hareketsizliğe bağlı gelişir (47).

Şizofreni hastalığının gidişini belirleyen olumsuz ve olumlu faktörlerden söz edilmektedir (48, 49):

#### Olumlu Gidiş

- ❖ Hastalık öncesi kişilik özelliklerinin sağlıklı, zeka düzeyinin normal olması
- ❖ Hastanın kadın, medeni halinin evli olması
- ❖ Hastanın prenatal komplikasyon öyküsünün olmaması
- ❖ Ailede şizofreni öyküsü bulunmaması
- ❖ Hastalığın geç yaşta ve aniden başlaması
- ❖ Hastalığa neden olan faktörlerin stres kaynaklı olması
- ❖ Hastalık seyrinde negatif ve bilişsel belirtiler olmaması
- ❖ Sanrı ve varsanılarının baskın olması
- ❖ İçgörünün yüksek olması
- ❖ Aile ve sosyal desteğin yüksek olması

#### Olumsuz Gidiş

- ❖ Hastalığın erken yaşta ve sinsi başlaması
- ❖ Hastanın erkek, medeni halinin bekâr olması
- ❖ Ailede şizofreni öyküsü olması
- ❖ Hastalık öncesi kişilik özelliklerinin obsesif kompulsif, şizoid ya da şizotipal olması
- ❖ Zeka düzeyinin düşük olması
- ❖ Hastalık öncesi ve sırasında alkol-madde kullanımı olması
- ❖ Tedaviye geç başlanması
- ❖ Sık ve uzun süre hastane yatışlarının olması
- ❖ Hastalık belirtilerinin negatif olması
- ❖ Komorbid psikiyatrik tanılarının bulunması
- ❖ Aile ve sosyal çevre desteğinin yetersizliği



### 2.1.6. Şizofreni ve İşlevsel İyileşme

İşlevsel iyileşme, hastanın tedavi ve sağlık hakkında iç gözü kazanması, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız gerçekleştirebilmesi, kişiler arası ilişkileri yürütebilmesi, iş, aile ve okul hayatındaki rollerine katılım gösterebilmesi ve sosyal hayata adaptasyonu için gerekli fonksiyonların kazanımını ifade eder (50). Şizofreni yeti yitimine neden olan kronik bir hastalıktır ve hastalar günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmekte güçlük çekerler. Toplumsal adaptasyonda ve okul ve işteki rollerini gerçekleştirmekte ciddi problemler yaşarlar. Şizofreni tedavisinin en önemli hedeflerden biri yaşamın pek çok alanında işlevselliğini kaybetmiş hastaların işlevselliğini yeniden kazanmasıdır (51, 52).

Şizofreni hastalarında işlevsellik; duygudurum, pozitif ve negatif belirtiler ve içinde bulunduğu çevresel faktörlerden etkilenmektedir (53). Hastaların remisyon döneminde olması ile birlikte çevresel koşulların iyileştirilmesi hastaların işlevselliklerinde düzelmeye sağlayabilmektedir (54). Bu kapsamda hastaların tedavisinde, ilaç tedavisi ile birlikte uygulanan aile eğitimi, ruhsal eğitim, sosyal beceri eğitimi ve bilişsel davranışçı tedaviler gibi psikososyal girişimlerin, görülen belirtilerin iyileşmesine ve hastaların işlevselliğinin artmasına katkı sağladığı yapılan çalışmalarda vurgulanmıştır (55-57). Şizofrenide işlevselliğinin artması ile hastaların günlük yaşam aktivitelerine, iş ve üretici aktivitelerine ve serbest zaman aktivitelerine katılım sağlaması, hastalıkla ilişkili iç görünümün sağlanması, ev idaresinin sağlanması, sosyal becerilerinin gelişimi, fiziksel aktiviteye katılım ve yan etkilerle baş etme becerilerinin gelişimi gibi alanlarda iyileşme sağlanması hedeflenmektedir (58, 59).

### 2.2. Şizofreni ve Tedavi Yaklaşımları

Yıkıcı etkileri olmasına rağmen şizofreni hastalığı tedavi edilebilmektedir (DSÖ, 2017). Şizofreni tedavisi, nüksetmeyi önlemek, semptomları yönetmek, işlevselliği artırmak ve bununla birlikte kişinin topluma yeniden katılımını sağlamayı hedeflemektedir. Uzun dönemde sonuçları iyileştirmek için farmakolojik ve farmakolojik olmayan davranışsal, bilişsel, psikososyal ve mesleki müdahalelerin birlikte kullanımı gerekmektedir (60).

### 2.2.1. Farmakolojik Tedavi Yaklaşımları

Şizofrenide farmakolojik tedavi yaklaşımlarının uygulanmaya başlaması tıp tarihindeki en önemli gelişmelerinden biridir. Sanrıları, tuhaf davranışları ve anormal düşünceleri baskılayabilen ilaçların keşfi, şizofreni gibi hastalıklar için etiketlenmenin azalmasına ve hastalığın daha iyi anlaşılmasına yardımcı olmuştur (61). Antipsikotik ilaçlar ile belirtiler tedavi edilerek hastalığın kontrol altına alınması ve nüks etmesini önlemek ve işlevselliğini arttırmak amaçlanmaktadır. Antipsikotik ilaçların kullanımı ile pek çok hastanın klinik belirtilerinin azaldığı ve hastanın topluma uyumunun arttığı kabul edilir (32). Farmakolojik tedaviler hastalık belirtilerini hafifleterek hastaneye yatışları ve bireydeki yeti kaybını en aza indirirken, sosyal iyileşme üzerinde de etkilidir (62, 63). Antipsikotiklere verilen yanıtlar, duyarlılık, yan etkiler ve ilaçların etki süresinin kişilerde farklılık göstermesi ile farmakolojik tedaviye ek olarak psikososyal yaklaşımlar uygulanmaya başlanmıştır. Birlikte yürütülen bu müdahalelerin kişilerin iyileşmelerine katkı sağladığı kanıt temelli çalışmalarla sunulmuştur (64-66).

### 2.2.2. Farmakolojik Olmayan Tedavi Yaklaşımları

Şizofreni hastalığının tedavisinde yalnızca ilaç ve hastane tedavileri, mesleki ve sosyal işlevsellik açısından tamamen iyileşme için yeterli olmamaktadır. Bu nedenle bireyler, rehabilitasyon çalışmaları ve psikososyal tedaviler ile de desteklenmelidir (67). Psikososyal rehabilitasyon; hastane dışında tedavi süreci devam eden kişinin desteklenmesi ve tedaviye uyumunun sürdürülmesi, kişisel gereksinimlerin karşılanması, beceri geliştirilmesi, toplumsal katılımının sağlanması ve yaşam doyumunun optimal seviyeye getirilmesini hedefler (68, 69). Bu tür tedavi yaklaşımları, şizofrenide kullanılan bireysel yaklaşımların grup halinde gerçekleştirilmesine olanak sağlar. Grup tedavileri ile kişilerin sosyal kaygıları azalmakta, iletişim becerileri artmakta, beceri kazanımında olumlu etkileri bulunmaktadır ve dolayısıyla tedavinin etkinliğini arttırmaktadır (70, 71).

Yapılan çalışmalar psikososyal tedavi yaklaşımları uygulanan hastalarda; tekrarlayan hastaneye yatış sayısının azaldığını, belirtilerin daha fazla iyileştiğini, yeti yitiminde azalma olduğunu, bireyin sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesinin

arttığını göstermektedir (72-75). Şizofreni tanılı bireylerde uygulanan farmakolojik olmayan tedavi yaklaşımlarından en sık tercih edilenlerden bazıları şu şekildedir:

*Psiko-eğitim:* Kişilerin hastalık ile mücadele etme, günlük yaşam sorunlarını çözme ve topluma katılımları açısından büyük önem arz eden sistematik ve yapılandırılmış uygulamalardır (76, 77). Bu uygulamalarının amacı, kişinin hastalığını kabullenmesi ve fark etmesine yardımcı olmak, kişinin iç motivasyonunu oluşturmak, hastalığın yönetiminde hem kişiyi hem de aileyi güçlendirerek benlik saygısını arttırmaktır (78, 79). Şizofreniye yönelik uygulanan psiko-eğitim müdahaleleri; hastalığın belirti ve bulguları, tanı koyma, tedavi seçenekleri, yaşam tarzı değişimleri, tedavide kullanılan ilaçlar ile yan etkileri, stresle baş etme, iletişim, günlük yaşam problemleri, sosyal destek, öfke ve kriz yönetimi, problem çözme becerilerinin gelişimi gibi konuları içermektedir (80).

*Sosyal Beceri Eğitimi:* Şizofreni tanılı hastalarda işlevselliğin, sahip olunan becerilerle doğrudan ilgisi vardır ve beceri geliştirmeye odaklı programlardan biri de sosyal beceri eğitimidir (55). Sosyal beceri eğitimi, bireylere duygularını ve isteklerini nasıl ifade edeceklerini öğretmek için davranış terapisi prensiplerini ve tekniklerini kullanır, böylece bireylerin hedeflerine ulaşma ve bağımsız yaşam için gerekli olan ilişkiler ve rollerine olan ihtiyaçlarını karşılama olasılıkları daha yüksektir. Beceri eğitimi bireysel veya grup olarak yapılabilir ve her birinin ayrı avantajları vardır (81).

*Aile Eğitimleri:* Şizofreni, bireylerle birlikte ailelerini de hem duygusal hem de maddi olarak etkilemektedir. Bu nedenle bireyler ile birlikte aile üyelerine ve diğer bakımverenlere de eğitimler verilmelidir (82). Şizofreni tanılı bireylerin tedavi programlarına aile eğitimleri eklendiğinde daha iyi sosyal ilişkiler geliştirdikleri, yeni beceriler kazanırken daha iyi gelişim gösterdikleri ve nöksler arasında geçen sürenin arttığı tespit edilmiştir (83). Problem çözme becerileri, kriz yönetimi, baş etme becerileri, aile desteği gibi konuları içeren eğitim programları bireyin tedavi programına eklendiğinde yeniden hastaneye yatışların azaldığı gözlemlenmiştir (84). Aile ve bakımveren eğitimlerinin, bakım yükünü azalttığı ve işlevselliği arttığı belirtilmektedir (85).

*Fiziksel Aktivite:* Şizofreni ile birlikte değişen yaşam tarzı bireyin fiziksel aktivite düzeyini de etkileyebilmektedir (86). Daha düşük fiziksel aktivite katılımı daha büyük olumsuz belirtilerle ilişkilendirilmiş ve azalmış fonksiyonel aktivite kapasitesi daha zayıf fonksiyonel sonuç ve daha ciddi negatif, depresif ve bilişsel belirtilerle ilişkilendirilmiştir (87). Fiziksel aktivite içeren müdahale programlarının ruh sağlığı ve iyi olma ile ilgili davranışlar üzerinde olumlu etkileri olduğu belirtilmiştir (88).

*Mesleki Rehabilitasyon:* Şizofreni tanılı bireyleri toplum içerisinde daha işlevsel kılmak ve bağımsızlıklarını arttırmak amacıyla, bireylerin iş bulmalarına yardımcı olacak programlar uygulanmaktadır. Geleneksel mesleki rehabilitasyonun (geçişli veya korumalı istihdam gibi) ötesinde desteklenen istihdam ile rekabetçi istihdam fırsatlarının geliştirilmesi amaçlanmaktadır (89). Desteklenen istihdam ile bireylerin çalışma ve işe hazırlık becerilerinin geliştirilmesi, iş sahibi olma ve işi sürdürebilmeleri, istihdam edilebilirliklerinin arttırılması hedeflenmektedir (90).

*Bilişsel Davranışçı Terapi:* Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ile şizofreni tanısı olan bireylere sahip oldukları belirtiler ve bu belirtilere tepkileri ve davranışları ile ilgili farkındalık kazandırarak belirti şiddetini azaltmak ve fonksiyonel kapasitelerini arttırmak hedeflenir. Gerçeği test etme, çevresel sorgulama gibi teknikler kullanılarak bireylerin düşünce yapıları üzerinde durulur ve sahip oldukları belirtiler için alternatif düşünce kalıpları geliştirilmeye çalışılır (91).

### **2.3. Yaşam Dengesi**

Yaşam dengesi, son zamanlardaki literatürde çeşitli şekillerde kavramsallaştırılmıştır. Yaşam dengesi, rol dengesi (92) ; bir bütün olarak yaşamdan en fazla tatmini sağlayan dengeli bir yaşam tarzından gelen mutluluk (5); dengeli ihtiyaç tatmini (93, 94); aktivite deneyimlerine tatmin edici katılım (6); kişisel değerler ve güçlü yönlerle uyum içinde yaşamak (7); temel okupasyonları yapabilmek, okupasyonlara harcanan zaman ve günün başarılarından duyulan memnuniyet (8) kendine bakım, serbest zaman aktiviteleri, ilgi ve zorluklar, başkalarını önemseme gibi aktivitelerin anlamlılığı arasındaki denge (95) ve günlük yaşamı, okupasyonel repertuarı ve okupasyonel deneyimleri yönetme ve kontrol etme stratejileri de dahil olmak üzere kişinin okupasyonel benlik imajına göre denge kurması olarak görülmüştür (96).

Yaşam dengesi ile ilgili ergoterapi görüşü, rollerin uzlaşmasına (örneğin, rollerin miktarı veya roller arasındaki çatışmalar) (97) veya iş-aile dengesine kıyasla zaman kullanımına ve yürütülen aktivitelere daha çok odaklanır (9, 98). Wagman, Hakansson ve Björklund (2012) tarafından kavramın titiz bir ergoterapi analizine göre, yaşam dengesi aktivitelerde doğru miktarda ve doğru dereceye sahip olma algısıdır (99).

Yaşam dengesi kavramı, aktivite yapılandırılmasında denklik ve uyumu esas alan ergoterapi bakış açısına sahiptir. Bu nedenle, daha iyi bir yaşam dengesi elde etmek için, kişinin aktivite yapılandırması içerisinde günlük ihtiyaçlarını karşılayan aktivitelere fiilen ayrılan zamandan tatmin olması gerekir. Bu dengenin, stresin azalması, ihtiyaçların karşılanmasında ve öznel iyi oluşun artmasıyla bağlantılı olduğu ve dolayısıyla zihinsel ve fiziksel sağlık üzerinde olumlu etkileri olacağı düşünülmektedir (15, 100).

### **2.3.1. Yaşam Dengesi Modeli**

Yaşam Dengesi Modeli (YDM), iyilik hali için önemli olduğu düşünülen fizyolojik ve psikolojik nitelikler hakkında disiplinler arası araştırmalara dayanır ve günlük aktivite yapılandırmalarının temel ihtiyaçları nasıl karşıladığını temel alır ve bu şekilde yaşam dengesini bir kavram olarak ifade eder. Bu modeldeki yaşam dengesi tanımı 'birey için mevcut yaşam koşulları bağlamında sağlıklı, anlamlı ve sürdürülebilir olan tatmin edici bir günlük aktivite modeli' olarak sunulmuştur (9). Bu tanımdaki tatmin edici terimi, bir kişinin aktivitelere katılmak için gerçekten harcadığı zaman miktarı ile aktivitelere katılmak için harcamak istediği zaman miktarı arasındaki uyum anlamına gelir. Sağlıklı; aktivite yapılandırmalarının hem fizyolojik hem de zihinsel sağlığa katkıda bulunduğu anlamına gelir, anlamlı, kişi için anlamlı olduğunu ifade eder ve sürdürülebilir kavramı ise aktivite yapılandırmalarının uzun vadede korunabileceği anlamına gelir.

Matuska (2012a), aktivitelerin yapılandırılmasını temsil eden iki ana ilkeyi, uyum ve denkliği içeren bir ergoterapi kavramsal yaşam dengesi modelini önermiştir (15). Uyum, harcanmak istenen zaman ile aktiviteler için fiilen harcanan zaman arasındaki oran iken, denklik, şu dört temel ihtiyacı karşılamak amacıyla aktiviteler için harcanan zamandan duyulan memnuniyettir: (1) sağlık ve fiziksel refah, (2)

kişilerarası ilişkiler, (3) bağıllık ve yeterlilik ile (4) yaşam duygusu ve kimlik. Model, insanların tüm bu ihtiyaç boyutlarına hitap eden aktivite yapılandırmalarına sahip oldukları ölçüde, hayatlarını daha tatmin edici, daha az stresli ve daha anlamlı veya daha dengeli algılayacaklarını önerir.

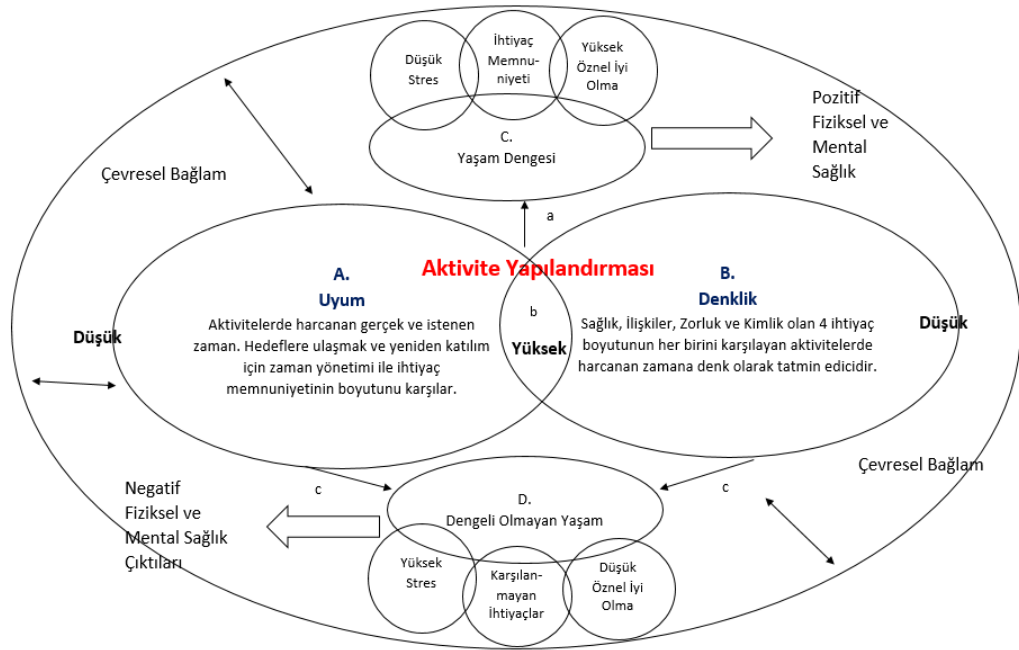
Model, değişkenlerin nasıl etkileşime girdiğini anlatır. Farklı aktivite türleri için harcanan zamanın yaşam dengesi ile nasıl uyumlu olduğunu açıklar. Yaşam dengesi modeli, aktivite repertuarı, çevre ve yaşam dengesi/ düşük yaşam dengesi, kişisel refah, ihtiyaç memnuniyeti ve diğer zihinsel veya fiziksel sonuçlar gibi ilişkili yaşam sonuçları arasında istenen ilişkileri göstermektedir. Modelde, bireylerin katılımı ile gerçekleşen aktivite repertuarı merkezde iki büyük oval ile tasarlanmıştır. Matuska'ya (2012) göre, bireylerin farklı kişilikleri, değerleri ve ilgi alanları olduğu için aktivite yapılandırmalarının insanlar arasında değişmesi beklenmektedir. Ayrıca, insanların farklı durumlarda benzersiz rollere ve rol gereksinimlerine sahip olması nedeniyle, aktivite yapılandırmalarının bireyler için durumlar ve zaman içinde değişmesi beklenir. Modelin A Oval kısmı, aktivite repertuarının uyumluluğunu temsil eder, bu da kişinin günlük yaşamdaki gerçek aktivite repertuarı ile kişinin gerçekleştirmek istediği aktivitelerin eşleştiği anlamına gelir. Modelin B Oval kısmı, aktivite repertuarının denkliliğini temsil eder. YDM, dengeli bir yaşamın ikinci bileşeninin, bireylerin modelde tanımlanan dört ihtiyaç boyutunu karşılmasına izin veren aktivite yapılandırmalarını içermesi gerektiğini önermektedir.

Zaman ve enerji, YDM'de kilit noktalar olarak görülmektedir, çünkü yaşam dengesi anlayışının kavranması, aktivitelerin nasıl ve ne zaman deneyimlendiği, rollerin düzenlenmesi ve anlamlılık derecesi ile ilişkilidir. Öngörülen bir süreyi çeşitli

Bu model, dış bağlamın etkisini de hesaba katar. Nitekim bazı durumlarda bireyler fiziksel ve sosyal çevrelerinin etkisinden dolayı kötü bir yaşam dengesine sahip olabilirler (4). Modelin yaşam dengesini kavramsallaştırma yaklaşımı, günlük aktivite kalıplarının temel insan ihtiyaçlarını nasıl karşıladığına dayanmaktadır. İnsanların farklı günlük aktivitelere katılım yoluyla aynı ihtiyaçları karşılayabileceğini kabul ediyoruz ve bu nedenle model, bireysel farklılıklara ve kültürel ve çevresel etkilere dayalı aktivite yapılandırılmasında değişkenliğe izin

veriyor. O halde denge, bir bireyin aktivite kalıplarının (bağlam içinde) süreklilik, esenlik ve yaşam kalitesinin karşılanması için gerekli olan ihtiyaçları ne ölçüde sağladığı olarak yorumlanır.

Mevcut model, yaşam tarzı dengesinin en iyi, dayanak noktasında belirlenmiş bir noktadan ziyade, çeşitli tatmin edici durumlara sahip yaşam boyunca devam eden okupasyonel kalıplarla temsil edildiğini önermektedir. Statik veya ideal bir denge durumu önermekten ziyade, model çevre ile günlük aktivite kalıpları arasında, bu aktivitelerin önemli ihtiyaçları nasıl karşıladığı ve zaman içinde insanların değerleriyle nasıl uyumlu olduğu konusunda değişen derecelerde memnuniyet ve sürdürülebilirlikle dinamik bir etkileşim önermektedir (100).



**Şekil 2.1:** Yaşam Dengesi Modeli

İnsanların modelde özetlenen önerilen ihtiyaç boyutlarından bir veya ikisini karşılamak için çok az şey yapmaları, ancak hayatlarını tatmin edici olarak algulamaları ve/veya çok az stres yaşamaları mümkündür. YDM'nin insanlar için evrensel olan ve çevrelerinden etkilenen dört ihtiyaç boyutunu yansıttığı da öne sürülmüştür. Başka bir deyişle, insanların yaşamdan en iyi şekilde tatmin olma, ihtiyaç tatmini ve daha düşük stres için bu ihtiyaç boyutlarını karşılayan kültürel

olarak ilgili aktivitelerde bulunmaları gerekir. Çevresel kısıtlamalar (yoksulluk, baskı, hastalık vb.) nedeniyle bunu yapamadıklarında, yaşam dengesini deneyimleyemeyecekler ve yaşamdan daha düşük memnuniyet, daha yüksek stres ve daha düşük ihtiyaç tatmini algılayabilirler.

YDM'nin önemli bir farkı, yaşam dengesi için önemli olan belirli aktiviteleri veya belirli aktivitelerde harcanan süreyi belirtmemesidir. Aksine, gerçekleştirilen aktivitelerin fizyolojik sağlık, tatmin edici ilişkiler, kimlik ve zorluklar veya ilgi ihtiyaçlarını karşılama önerir. Örneğin, 15 saatlik çalışma sırasında, bir kişinin işin çok anlamlı olduğunu hissetmesi, zorluklar hissetmesi ve yeterli sosyal etkileşimlere ve arkadaşlıklara sahip olması mümkündür. Bu durumda birey, uyum (istenilen ve gerçek zamana karşı ve çeşitli ihtiyaç boyutlarıyla ilgili aktivitelerde harcanan zamanla ilgili memnuniyet) belirtebilir ve ayrıca belirli bir miktarda eşdeğerlik gösterebilir (YDM'nin dört ihtiyaca dayalı boyutundan 3'ünü karşılar). Bu varsayımına göre bireyin aktivite yapılandırması, yalnızca zaman kullanımına (yani çalışma saatlerine) göre karar vermektense ihtiyaç tatmini üzerinden bakıldığında daha dengeli görünebilir.

### **2.3.2. Şizofreni ve Yaşam Dengesi**

Mental bozukluğa sahip olan insanlar için önemli bir problem alanı, anlamlı günlük aktiviteleri gerçekleştirirkenin güç hale gelmesidir. Bu nedenle ergoterapistlerin temel amacı, onları bu tür aktivitelere yeniden katılmaları veya zamanlarını verimli geçirmenin yeni yollarını bulmaları konusunda desteklemektir (101, 102). Okupasyonel katılımı ilgili araştırmalar, şizofreni gibi ciddi mental bozuklukları olan kişilerin günlük rutinlerini sürdürmekte zorlandıklarını göstermektedir. Zamanlarının çoğunu evde yalnız geçirirler ve aktivite repertuarları uyumak, yemek yemek, kendine bakım ve çok az anlam duygusuyla izole aktiviteler yapmakla sınırlandırılabilir (102, 103). Okupasyonel katılımın yaşam boyu arttığı veya azaldığı görülmektedir ve katılım seviyesi; dengeli bir aktivite rutini, anlamlı aktivitelerin çeşitliliği, işlevsel rutinler, sosyal etkileşim ve toplumda aktif olma kapsamına bağlıdır (104, 105).

Şizofreni tanısı, ciddi bir sosyal ve okupasyonel işlevsellik kaybına neden olur. Bozukluğun günlük yaşam üzerindeki etkisinin mental sağlığın önemli bir



yönünü oluşturduğu yaygın olarak kabul edilmektedir. Şizofreni, kişinin katılımını ve günlük okupasyonlar ile ne derece meşgul olduğunu etkileyebilir (103, 106). Şizofreni hastaları genellikle günlük okupasyonların organizasyonu ile ilgili problem yaşarlar ve bu da zamanı karmaşık bir şekilde kullanmaya yol açar (107). Sağlıklı bir popülasyona kıyasla, şizofreni hastalarının pasif okupasyonlarda daha fazla zaman geçirdiğini ve sosyal aktivitelerin çoğunlukla dışarıdan planlandığını ve başlatıldığını göstermiştir (108, 109). Şizofreni hastaları için okupasyonel değerlendirme yapabilmek için tüm bağlamsal faktörler ile birlikte ele alınmalıdır. Bu, okupasyona ilişkin dinamik bir bakış açısı anlamına gelir. Okupasyonel performansı tam olarak anlayabilmek için kişisel ve çevresel faktörler ile birlikte zaman ile ilgili de bir bakış açısına sahip olmak gereklidir (108, 110). Zaman kullanım perspektifine sahip olmak, şizofreni tanısına sahip bireylerin günlük okupasyonlarını nasıl gerçekleştirdiklerinin anlaşılmasını sağlar ve mümkün olduğunca gerçekçi bir resmini yansıtmak anlamına gelir (111). Günlük okupasyonlardan memnuniyet gibi okupasyonel faktörlerin, şizofreni hastaları arasında yaşam kalitesi ve refahın diğer yönleriyle güçlü bir şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir (112).

Mental bozukluğa sahip bireyler için refah büyük oranda günlük okupasyonlarla-özellikle okupasyonlarıyla bağlantılı anlamı (113, 114), değeri (115) ve memnuniyeti (112) nasıl algıladıkları ile ilişkilidir. Okupasyonların bu yönlerinin her biri bireysel algılar içerir ve bu algılar yaşam kalitesi ile doğrudan bağlantılıdır (115). Ergoterapistler ve araştırmacılar için okupasyonel denge, refah için önemli olabilecek okupasyonların farklı özelliklerini keşfetme sürecinde bireysel özelliklerden biridir. Okupasyonel denge, bireysel olarak günlük okupasyonların tatmin edici bir modeli olarak tanımlanır (116). Ergoterapi literatüründe denge kavramı; okupasyonlarla uyum içerisinde meşgul olmak, çeşitli okupasyonlar için vakit ayırmak, bireysel değerler ve ilgiler ile uyumlu olmak ve okupasyon ve roller için gereklilikleri karşılayabilecek yetkinlikte olmak şeklinde dört farklı teori ile tanımlanmıştır (117). Denge kavramı ile zaman kullanımı ve değerli ve tatmin edici okupasyonlara sahip olmak arasında açık bir bağlantı vardır (115). Mental bozukluğa sahip bireyler için okupasyonlar arasındaki iyi bir denge, günlük yaşamındaki performans düzeyini optimize ederek yaşam dengesini daha iyi bir hale getirebilir. Okupasyonel katılımın sürekli hale gelmesi, okupasyonel deneyimlerin kişi için

anlamli olması, daha iyi bir öz-benlik ve iyi olma hali için önemli yere sahiptir (118). Belirli bir okupasyonel katılım seviyesinin sağlıklı bir okupasyonel denge ile ilişkisi vurgulanmıştır (104). Bu nedenle mental zihinsel sağlığı geliştirmek için aktivite yapılandırmasının önemli olduğu, şizofreni tanısı olan bireylerin okupasyonlara harcadıkları zamanın incelenmesi gerektiği belirtilmiştir (119, 120).

Mental bozukluğu olan insanlar, sağlık, ekonomi, ve barınma dâhil olmak üzere, yaşamın birçok alanında ayrıcalıklı bir grup oluşturur. Varsayımsal olarak, günlük okupasyonlar arasındaki iyi bir denge, bireyin günlük yaşamdaki eylem potansiyelini optimize ederek bu faktörleri olumlu yönde etkileyebilir. Okupasyonel denge, bu nedenle, mental bozukluğu olan kişilerde daha fazla araştırılması gereken bir konudur. Şimdiye kadar, zihinsel hastalığı olan insanlar arasındaki okupasyonel denge esas olarak zaman kullanımı günlükleri ve / veya görüşmelerle ele alınmıştır (105, 121).

#### 2.4.Yaşam Dengesini Değerlendiren Araçlar

Yaşam dengesi kavramının ortaya çıkışından sonra nasıl değerlendirileceği konusunda pek çok araç geliştirilmiştir. Bu araçların bir kısmı henüz geçerlilik ve güvenilirliğini tamamlamamış olup, geçerli ve/veya güvenilir olan araç örnekleri Tablo 2.2’de sunulmuştur.

**Tablo 2.2:** Yaşam dengesini değerlendiren araçlar

Araç	Hedef	Ölçüm yöntemi	Geçerlilik
<b>Occupational Questionnaire (OQ) (Smith, Kielhofner ve Watts, 1986)</b>	Zaman kullanımı; aktivitelerin gerçekleştirilmesi konusunda algılanan ilgi, önem ve yetkinlik	Katılımcının 24 saatlik bir süre içinde gerçekleştirilen tüm aktiviteleri kaydettiği program günlüğüdür. Algılanan önem derecesini ölçmek için 1-5 aralığında (çok önemli-hiç önemli değil) puan verilerek değerlendirilir.	Test-tekrar test (Smith ve diğerleri, 1986)

**Tablo 2.2:** Yaşam dengesini değerlendiren araçlar (Devam)

<b>Work-Family Conflict and Family-Work Conflict Scales (Netemeyer, Boles ve McMurriam, 1996)</b>	İş-aile hayatı	Aşırı iş yükü ve sınırlı zaman nedeniyle iş ve kişisel yaşam arasında algılanan uyumsuzluğu ölçer. On madde (örneğin, "işimin gerektirdikleri aile yaşantımı etkiliyor"), 1'den (kesinlikle katılmıyorum) 7'ye (kesinlikle katılıyorum) kadar Likert ölçek ile değerlendirilir.	Yapı geçerliliği ve iç tutarlılık (Netemeyer ve diğerleri, 1996)
<b>Engagement in patterns of Daily occupations (Hakansson, Lissner, Björkelund ve Sonn, 2009)</b>	Okupasyonel denge	4 alt ölçek (okupasyonel denge, anlam, yetkinlik, katılma) ile dört seviyeli derecelendirme (kesinlikle katılıyorum ...katılmıyorum) ile değerlendirilir.	Test-tekrar test (Hakansson ve diğerleri, 2009)
<b>Work life balance scale (Gröpel, 2006; Gröpel ve Kuhl, 2009)</b>	İş-sosyal hayat	İş ve sosyal yaşam için yeterli zamana sahip olma algısını ölçer. Altı madde (örneğin, "Arkadaşlarımı ve tanıdıklarımı sık sık ziyaret ederim") 1'den (kesinlikle katılıyorum) 6'ya (katılmıyorum) kadar Likert ölçek ile değerlendirilir.	Yapı geçerliliği ve iç tutarlılık (Gröpel, 2006)

**Tablo 2.2:** Yaşam dengesini değerlendiren araçlar (Devam)

<b>Life Balance Inventory (LBI) (Matuska, 2012)</b>	Yaşam dengesi	53 aktivite için harcanan zamana karşı harcanmak istenen zamanı ölçer; Algılanan dengenin derecesini ölçer. Dengeyi/dengenin yokluğunu dört boyutta (sağlık, kimlik, ilişkiler, zorluk/ilgi) ölçer.	İç tutarlılık (Matuska, 2012)
<b>Occupational Balance Questionnaire (Wagman ve Hakansson, 2014)</b>	Okupasyonel denge	11 okupasyon için niceliği ve okupasyonel çeşitlilikten memnuniyeti ölçer (örneğin, bir şeyleri kendin yapma/başkaları için yapma arasındaki algılanan denge; rutin bir haftadaki okupasyon sayısından memnuniyet) Puanlama 0'dan (kesinlikle katılmıyorum) 5'e (kesinlikle katılıyorum) kadar Likert sistem ile yapılır.	Test-tekrar test ve iç tutarlılık (Wagman ve Hakansson, 2014)  Türkçe geçerlilik güvenilirlik (Günel ve diğerleri, 2019)
<b>Juhnke–Balkin Life Balance Inventory (Davis, Balkin ve Juhnke, 2014)</b>	Yaşam dengesi	91 madde ile bireylerin duygularını ifade etmesi aracılığıyla günlük yaşam dengesi hakkında bilgi edinilir, Likert sistem ile yapılır.	Yapı geçerliliği ve iç tutarlılık (Davis, Balkin ve Juhnke, 2014)

Occupational Questionnaire (OQ), günlük aktiviteleri değerlendirmekte kullanılır ve katılımcının 24 saatlik bir süre içinde gerçekleştirilen tüm aktiviteleri kaydettiği program günlüğüdür. Aktivite yapılandırmasına dayanmaktadır ve aktiviteyle olan meşguliyeti ölçmek için kullanılır. Günlük aktivitelere yansıyan irade alt sisteminin bileşenlerine ve katılımcının her bir aktivitenin temsil ettiği okupasyon türüne ilişkin görüşüne odaklanır. Algılanan önem derecesi Likert puanlama sistemi ile değerlendirilir. Geçerlilik çalışmaları için alt parametrelerin korelasyonuna bakılmış ve istatistiksel olarak ‘irade’ ve ‘yaşam doyumu’ arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Spearman korelasyon bulguları ‘ilgi’ parametresi için  $r=0,26$  ( $p=0,04$ ); ‘değerler’ parametresi için  $r=0,40$  ( $p=0,002$ ) ve ‘kişisel faktörler’ için  $r=0,39$  ( $p=0,002$ ) olarak tespit edilmiştir. Güvenilirlik çalışması için test-tekrar test uygulaması yapılmıştır. İki hafta sonra yapılan ikinci uygulamada, ilk uygulama sırasında bildirilen tipik bir günlük aktivite rutininin %68’i, ikinci uygulamanın aynı zaman diliminde tekrar rapor edilmiştir. Ayrıca, ‘kişisel faktörler’ için %77, ‘değerler’ için %81 ve ‘ilgiler’ için %77 oranında benzerlik vardı. Bu sonuçlar, anketin kabul edilebilir bir geçerlilik ve güvenilirlik düzeyine sahip olduğunu göstermektedir (122).

Work-Family Conflict and Family-Work Conflict Scales; iş hayatı ve kişisel hayat arasındaki uyumu ölçen bir araçtır. Ölçeğin geçerliliğini test etmek için üç örneklem grubundan elde edilen veriler ile faktör analizi yapılmış ve Cronbach alfa katsayısının 0,82 ve 0,90 aralığında değer aldığı görülmüştür. İş ve iş-dışı faktörler ile ölçek arasındaki korelasyonlara bakılmış ve yüksek derecede ilişkili olduğu görülmüştür (123).

Engagement in Patterns of Daily Occupations, *okupasyonel denge, anlamlı okupasyonlar, okupasyonları yönetme becerisi ve kontrol* alt testlerinden oluşan bir ölçektir. Geliştirme çalışması, görünüş geçerliliği ve test-tekrar test güvenilirliği ile tamamlanmıştır. İstatistiksel olarak  $r=0,23$  ve  $r=0,50$  aralığında, günlük okupasyonlar içerisinde katılımın tüm boyutları arasında önemli ilişkiler bulunmuştur (99).

Work Life Balance Scale, iş ve sosyal yaşam için dengeli bir zaman kullanımı algısını ölçer. Ölçeğin geliştirilmesi kapsamında paralel formlar ile geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. İş-yaşam ve öznel iyi oluş ile ölçek arasındaki

regresyon analizlerine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklar ( $p<0,001$ ) tespit edilmiştir (14).

Juhnke–Balkin Life Balance Inventory, 91 madde ile katılımcının günlük aktivitelere katılımı hakkındaki görüşlerinden yola çıkarak değerlendirme sunan Likert tipte bir araçtır. Yapı geçerliliği için yapılan faktör analizi sonucu envantere yer alan maddelerin ölçeğe katkıları test edilmiş ve Cronbach alfa katıyasayıları 0,77 ve 0,92 arasında değerler almıştır. Bulgular envantere yaşam dengesini değerlendirmek için geçerli ve güvenilir olduğunu göstermektedir (124).

Occupational Balance Questionnaire'in amacı, bireyin günlük aktivitelerinin miktarı ve çeşitliliğine göre memnuniyetini ölçmek ve elde edilen sonuçlara göre okupasyonel dengesini tanımlamaktır. Toplam puan, bireysel maddelerin toplanmasıyla elde edilir ve 0 ile 33 arasında değişir, yüksek puanlar daha yüksek okupasyonel dengeyi gösterir. Cronbach alfa değeri 0.936 olup toplam puan için korelasyon (Spearman's Rho) 0.926 olarak tespit edilmesi iyi bir iç tutarlılığı yansıtmaktadır (13). Ölçeğin Türk kültürüne uyarlama çalışmaları yapılmış ve Türk kültüründe uygulanmak için geçerli ve güvenilir bir değerlendirme aracı olduğu belirtilmiştir (125).

## **2.5. Geçerlilik ve Güvenilirlik**

Değerlendirme araçlarının standardize olabilmesi ve kullanıldığında doğru veriler üretebilmesi için 'geçerlilik' ve 'güvenilirlik' olarak nitelendirilen özelliklere sahip olması istenir. Bir değerlendirme aracı geliştirildiğinde veya uyarlandığında geçerli ve güvenilir olması hedeflenir. Bununla birlikte aracın kullanışlı olması gerekmektedir. Kullanışlılık, değerlendirme aracına yönelik planlamanın ve uygulamanın basit ve anlaşılır olması, maddi açıdan ulaşılabilir olması ile ilgilidir (126, 127).

### **2.5.1. Geçerlilik**

Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi hedeflediği özelliği, başka herhangi bir özellik ile karıştırmadan, doğru şekilde ölçebilme derecesidir (128). Bir ölçüm aracının geçerliliğinin belirlenmesinde ölçülen özelliğe sahip olma derecesi

bakımından bireyler arası farklardan oluşan değişkenliğin, ölçümde açığa çıkan toplam değişkenliğe oranı hesaplanır (129).

Geçerlilikte en sık kullanılan yöntemler şu şekilde açıklanmıştır:

1. Yapı geçerliliği (Construct validity)
2. Kapsam geçerliliği (Content validity)
3. Kriter geçerliliği (Criterion validity)
4. Görünüş geçerliliği (Face validity)

#### 1.Yapı geçerliliği (Construct validity)

Yapı geçerliliği bir ölçekten elde edilen sonucu ve sonucun bağlantılı olduğu faktörleri açıklamayı sağlar. Bir ölçenin yapı geçerliliğinin belirlenmesi sürecinde şu adımlar takip edilir:

- ❖ Ölçenin performansını ölçmek için kullanılacak yapının tanımlanması
- ❖ Tanımlanmış yapı için altta yatan teoriden ölçenin performansı ile ilgili sınanabilir hipotezler çıkarmak
- ❖ Belirlenen hipotezleri sınamak için istatistiki ve deneysel çalışmalar yapmak ve yorumlarda bulunmak (129).

#### 2.Kapsam geçerliliği (Content validity)

Kapsam geçerliliği, ölçekteki her bir maddenin ve bir bütün olarak ölçenin amaca ne derece hizmet ettiğinin belirlenmesidir. Kapsam geçerliliği istatistiki veya mantıki yoldan hesaplanabilir (129).

#### 3. Kriter geçerliliği (Criterion validity)

Bu geçerlik türünde, ölçenin etkinliğini belirlemek amacıyla, ölçekten elde edilen puanlar ve belirlenen kriter arasında, o andaki veya gelecekteki ilişki incelenir (130). Kriter geçerliliğinin, uyum geçerliliği ve kestirimsel geçerlilik olmak üzere iki alt grubu mevcuttur.

#### 4.Görünüş geçerliliği (Face validity)

Bir ölçeğin görünüş geçerliği, o ölçek ile ölçülmek istenen özelliğin ölçülüyor görünmesidir. Ölçüm aracının neyi ölçtüğünü değil, neyi ölçer göründüğünü ifade eder (131).

### 2.5.2. Güvenilirlik

Bir ölçeğin sahip olması gereken özelliklerden biri de güvenilirliktir ve bir ölçme aracı ile aynı şartlarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen değerlerin kararlılığının göstergesidir (131). Ölçümlerin kararlılığının yorumlanmasında, iki tür yaklaşım vardır. İlk yaklaşım, birbirini izleyen ölçümlerde, bireylerin grup içindeki sırasının değişmezliği; diğer yaklaşım ise birbirini takip eden ölçümlerde ölçme hatalarının oranı, yani ölçeğin tekrarlı ölçümlerde aynı bireyden büyük oranda aynı ölçüm değerini elde etmesi ve ölçümün standart hatasının düşük olması ile ilgilidir (132). Güvenirlik sadece ölçüm aracına ait özellik değildir, araç ve aracın sonuçlarına ilişkin bir özelliktir (131). Ölçek ile elde edilen bilgilerin kararlı özellik taşıdığına, aynı amaç ile yapılacak ölçümlerde aynı değerlerin elde edileceğine ve hatadan arındırılmış olduğuna güven duyulması gerekir (133). Güvenilir olmayan bir ölçek kullanışsızdır. Ölçeklerin bu özelliklerini belirlemek için belirli yöntemler mevcuttur ve şu şekilde açıklanmıştır:

#### 1.Paralel Formlar

Paralel form güvenilirliği için aynı bireylere iki farklı ölçüm aracı uygulanarak elde edilen veriler arasındaki korelasyona bakılabilir. Korelasyon ne kadar yüksek ise ölçeklerin aynı derecede güvenilir olduğu söylenebilir (134). Bu yöntemin diğer bir uygulanma şekli ise soruların hazırlanmasının ardından rastgele ikiye ayrılması ile yapılmaktadır. Paralel form uygulaması ayrıca test edilen ölçüm aracının stabil olup olmadığını da değerlendirebilmektedir (135).

#### 2.Test/Tekrar test (Test/ Retest)

Bir ölçüm aracının belirli bir popülasyon ile aynı koşullarda, değerlendirme sonuçlarında önemli değişiklikler elde edilmesini engelleyecek kadar kısa ancak ölçeği önemli oranda hatırlamaları engelleyecek kadar uzun süre arasında ikinci kez yapılması yöntemidir. Bu yöntemde önerilen aralık 2-4 hafta arasındadır. Testin tekrar yapılması sonrası elde edilen değerler arasındaki korelasyon katsayısı, ölçüm



aracının güvenilirlik katsayısı olarak değerlendirilmektedir (136). Güvenilirlik katsayısı -1 ve +1 arasında değer alan korelasyon katsayısı ile (r) belirtmektedir. Korelasyon katsayısının +1 değerine yakınlığı pozitif yönde mükemmel bir ilişki olduğunu, -1 değerine yakınlığı ise negatif yönde mükemmel bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu katsayı değerinin 0.0 olması ise ölçümler arasında bir bağ olmadığını göstermektedir (137).

### 3.Gözlemciler arası güvenilirlik

Birbirinden bağımsız gözlemcilerin bir durumu/olguyu standart yöntemlerle veya gözlem ile değerlendirdiği ve elde edilen verilerin benzerlik oranının güvenilirliği belirlediği yöntemdir. Uygulayıcılar arasındaki uyumun derecesini belirlemeyi sağlayan güvenilirlik metodudur. Özellikle gözlem dayalı veri toplanmasında, birden fazla bağımsız gözlemcinin, aynı durumu, aynı zamanda ve aynı değerlendirme aracını kullanarak belirlediği yöntemdir (134, 138).

### 4.Yarıya bölme

Bu yöntemde uygulanan ölçüm aracındaki maddeler rastgele ikiye ayrılır. Elde edilen iki yarım testin seçilen popülasyona aynı anda uygulanmasının ardından bireylerin yarı testlerden elde ettikleri puanlar arasındaki korelasyon hesabı ölçüm aracının güvenilirliğin derecesini belirlemektedir (130).

### 5.Cronbach alfa

Cronbach alfa katsayısı, bir ölçüm aracında bulunan maddeler arasındaki tutarlılığı ve maddelerin ölçülmek istenen değişkeni ölçebilme durumunu belirtmektedir. Ölçüm aracının maddeleri arasındaki iç tutarlılığı ve eşit dağılımın ölçüsü olarak tanımlanmaktadır. Bu katsayı hesaplanırken maddeler arasındaki korelasyon ortalaması da göz önünde bulundurularak iç güvenilirlik hesaplanmaktadır (135, 138). Cronbach alfa katsayısı 0 ve 1 arasında değer göstermektedir. Bir çalışma sonucunda elde edilen güvenilirlik katsayısının büyük değerinde olması ölçüm aracının maddeleri arasında tutarlılık olduğunu gösterir (139, 140).

### 3.GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız, Yaşam Dengesi Envanteri'nin şizofreni tanısı alan bireylerde geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi amacı ile planlandı. Etimesgut Şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde, Temmuz 2021-Eylül 2021 tarihleri arasında yürütüldü. Çalışmamız Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilerek GO 19/779 başvuru numaralı karar ile uygun bulunmuştur (Ek 1).

#### 3.1. Bireyler

Çalışmaya yaşları 18-65 arasında değişen, şizofreni tanısı olan 52 birey dâhil edildi. Bireyler ve veli/vasileri, çalışmadan önce detaylı olarak bilgilendirilmiş ve bireylerden ve veli/vasilerden onam alınarak çalışmaya başlandı (Ek 4). Örneklem büyüklüğü hesaplanırken, örneklem büyüklüğü formülleri referans alınarak %80-%95 güven aralıklarında 46 birey olarak belirlendi, çalışmamıza 52 birey katılım gösterdi (141).

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- ❖ Okur-yazar olmak
- ❖ 18-60 yaş aralığında olmak
- ❖ DSM-5 kriterlerine göre şizofreni tanısı almış olmak
- ❖ Medikal tedavisini düzenli olarak sürdürmek
- ❖ Klinik durumu stabil olmak
- ❖ Araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra işbirliğini kabul etmektir.

Çalışmadan hariç tutulma kriterleri;

- ❖ Mental retardasyon tanısı olmak
- ❖ İletişim ve işbirliği kuramamak
- ❖ Tedaviye yanıt vermeyen fiziksel ya da nörolojik bir hastalığı olmak
- ❖ Alevlenme ya da aktif hastalık döneminde olmaktır.

### 3.2. Yöntem

YDE'nin şizofreni tanısı olan bireylerde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması öncesinde envanterin Türk Kültürü'ne uyumlu olup olmadığının değerlendirilmesi için kültürel adaptasyon çalışması yapıldı. Çeviri süreci Beaton protokolüne (142) göre yürütüldü. 18-64 yaş aralığında 313 sağlıklı bireyin gönüllü katılımı ile yapılan adaptasyon çalışmasında katılımcıların sosyodemografik verileri kayıt edildi ve YDE uygulandı. Tanı grubunda geçerlilik ve güvenilirlik aşamasında şizofreni tanısı olan bireylerin demografik verileri Sosyodemografik Veri Formu ile, klinik durum özellikleri ve psikopatoloji değerlendirmeleri Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği ve Klinik Global İzlenim Ölçeği ile, günlük yaşam rutinleri ise Yaşam Dengesi Envanteri kullanılarak kayıt edildi.

### 3.3.Değerlendirme

#### 3.3.1.Demografik Bilgiler

Bireylerin demografik verilerini kaydetmek için araştırmacılar tarafından bir form oluşturuldu (Ek 5). Bu form ile bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, kim/kimlerle birlikte yaşadığı ve kullanılan ilaçlar gibi bilgiler kaydedildi.

#### 3.3.2. Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGİ)

Çalışmamızda katılımcıların sahip oldukları hastalığın şiddetinin ya da belirtilerdeki düzelmenin KGİ ile değerlendirilmesi planlandı. Herhangi bir hastalık belirtilerindeki düzelmelerin ya da hastalığın şiddetinin genel olarak değerlendirildiği bir ölçektir. Klinisyen, söz konusu hastalıkla ilgili genel tecrübesine dayanarak, düzelmenin derecesini ya da hastalığın şiddetini 0 (hasta değil) ile 7 (en ağır hastalardan) arasında derecelendirir. 1- normal, hasta değil; 2- sınırda hasta; 3- hafif derecede hasta; 4- orta derecede hasta; 5- belirgin derecede hasta; 6- ileri derecede hasta; 7- en ileri derecede hasta (143) (Ek 6).

#### 3.3.3. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia- PANSS)

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği yarı yapılandırılmış bir görüşme şeklinde ile uygulanmaktadır. Şizofreni ve diğer ruh sağlığı bozukluklarda ortak görülen 30

belirtiyi ölçen 7 puanlı bir değerlendirme aracıdır (144). Uygulanma süresi yaklaşık olarak 45 dakikadır. Ölçek 30 maddeden oluşmaktadır ve bu maddeler 30 belirtiyi tanımlar. Her madde 1'den (belirti yok) başlamak üzere 7'ye kadar (çok ağır) derecelendirilmektedir. Otuz maddeden elde edilen toplam puan PANSS toplam puanı olarak tanımlanmaktadır ve 30-210 puan arasında değişmektedir. Gerek PANSS pozitif, gerek PANSS negatif alt ölçekleri yedişer maddeden meydana gelmektedir ve puanları 30 PANSS maddesinden 14 tanesinin değerlendirilmesi ile elde edilmektedir. Her iki kısmın da puanları 7-49 arasında değişmektedir. Üçüncü alt ölçek olan PANSS genel psikopatoloji puanları 30 PANSS maddesinden 16 tanesini içermektedir ve puan aralığı 16-112'dir. Türk diline geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1999 yılında HÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı'nda yapılmıştır (145) (Ek 7).

### **3.3.4. Yaşam Dengesi Envanteri (YDE) (Life Balance Inventory-LBI)**

2012 yılında Matuska tarafından geliştirilmiş geçerli ve güvenilir bir ölçektir (Cronbach alfa değeri = 0,89-0,97). 53 aktivite kategorisi için gerçekte harcanan zaman ve arzu edilen zaman arasındaki uyum derecesini ölçmektedir. Aktivitenin yapılıp yapılmadığı ya da yapılmak istenip istenmediği evet ve hayır şeklinde ikili cevaplama sistemi ile değerlendirilir. Katılımcıların yaptığı ya da yapmak istediği her bir aktivite için geçen ay ayrılan süre ve ayrılmak istenen süre açısından algılanan memnuniyet her zaman istediğimden daha az (1), bazen istediğimden daha az (2), hemen hemen aynı (3), bazen istediğimden daha fazla (2), her zaman istediğimden daha fazla (1) olarak derecelendirilir. Yapılan ya da yapılmak istenen maddelerle ilgili bir toplam ortalama puanı ve *Sağlık, İlişkiler, Kimlik ve Zorluk/İlgi* boyutlarına karşılık gelen alt ölçekleri vardır. Alt ölçekler ilgili maddelerin ortalaması alınarak puanlanır, her bir alt ölçek için yüksek puan daha iyi yaşam dengesini belirtir. YDE puanlama sistemine göre 1,0-1,5 puan aralığı 'hiç dengeli değil', 1,5-2,0 puan aralığı 'dengeli değil', 2,0-2,5 puan aralığı 'orta dengeli' ve 2,5-3,0 puan aralığı 'çok dengeli' bir günlük yaşamı ifade etmektedir (15, 100). Ölçeğin orijinal formu Ek 8'de yer almaktadır.

### **3.4. İstatistiksel Analiz**

Yaşam Dengesi Envanteri ve diğer değerlendirme araçlarından elde edilen veriler, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0 kullanılarak analiz

edildi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorow-Smirnov Testi yöntemi ile analiz edildi. İstatistiki değerlendirmelerde önemlilik düzeyi  $p < 0.05$  değerinde anlamlı kabul edildi. Tanımlayıcı istatistikler, kategorik değişkenler için sayı ve yüzde ile devamlı değişkenler için ise ortalama ve standart sapma ile ifade edildi.

YDE ölçeğindeki maddelerin ölçeğe katkısını incelemek amacıyla madde analizi kullanıldı. Madde-bütün korelasyon katsayıları ile maddelerin ölçeğe katkısı ve madde silindiğinde güvenilirlik katsayıları ile ölçek güvenilirliğini azaltan maddeler incelendi. Yapı geçerliliğini test etmek için faktör analizi kullanıldı.

YDE ölçeğinin güvenilirlik analizi için test-tekrar test yöntemi ve iç tutarlılık katsayısı kullanıldı. Aynı örneklem grubuna 8-10 gün sonra tekrar test yapılarak zamana göre değişim bakıldı, Pearson Korelasyon analizi ile iki ölçüm arasındaki ilişki test edildi. İç tutarlılık için Cronbach Alfa katsayısı hesaplandı.

Korelasyon katsayıları aşağıdaki gibi yorumlandı (135):

- ❖  $>0,91$  ise mükemmel;
- ❖  $0,90-0,71$  ise kuvvetli;
- ❖  $0,70-0,51$  ise orta;
- ❖  $0,50-0,31$  ise zayıf;
- ❖  $<0,3$  ise çok az veya ilişki yok

## 4.BULGULAR

### 4.1.Kültürel Adaptasyon Süreci

Çalışmamızın ilk aşamasında YDE'nin Türk Kültürü'ne adaptasyonu ve ikinci aşamasında şizofreni tanısı olan bireylerde geçerlilik ve güvenilirliği incelendi. Kültürel adaptasyon analizi için sağlıklı bireylerin envantere verdiği cevaplara bakıldığında *Sağlık*, *İlişkiler* ve *Kimlik* alt ölçeklerinde orta derecede dengeli, *Zorluk/İlgi* alt ölçeğinde ise dengeli olmayan bir katılımın olduğu görüldü (Tablo 4.1).

**Tablo 4.1.1:** Yaşam Dengesi Envanteri tanımlayıcı istatistik bulguları

	Ort ± SS	Min.-Maks.	Madde sayısı
YDE-Sağlık	2,17±0,4	1-3	6
YDE-İlişkiler	2,09±0,47	0,7-3	10
YDE-Kimlik	2,07±0,47	0,7-3	15
YDE-Zorluk/ilgi	1,98±0,46	0,45-3	20
YDE-Total	2,05±0,38	0,7-3	53

Envanterin içerik geçerliliğini test etmek için alt ölçeklerinin birbiri ile ve envanter ile korelasyonları incelendi. *Sağlık* alt ölçeğinin *İlişkiler*, *Kimlik* ve *Zorluk/ilgi* alt ölçekleri ile zayıf korelasyon gösterdiği görüldü. *İlişkiler* alt ölçeğinin *Kimlik* ve *Zorluk/İlgi* alt ölçekleri ile yüksek derecede korelasyona sahip olduğu tespit edildi. *Kimlik* ve *Zorluk/İlgi* alt ölçekleri de birbiri ile yüksek korelasyona sahipti. Alt ölçeklerin envanter ile ilişkisine bakıldığında *Sağlık* alt ölçeğinin orta derecede, diğer alt ölçeklerin ise çok yüksek derecede korelasyon gösterdiği tespit edildi (Tablo 4.1.2).

**Tablo 4.1.2:** İçerik geçerliliği analizi bulguları

	YDE İlişkiler		YDE Kimlik		YDE Zorluk/İlgi		YDE Total	
	r	p	r	p	r	p	r	p
YDE Sağlık	,272**	,000	,342**	,000	,310**	,000	,451**	,000
YDE İlişkiler			,659**	,000	,659**	,000	,804**	,000
YDE Kimlik					,813**	,000	,916**	,000
YDE Zorluk/ilgi							,938**	,000

Envanterin güvenilirliğini test etmek için iç tutarlılık analizi ile Crohbach alfa katsayıları hesaplandı ve *Sağlık* alt ölçeği için  $\alpha=0,650$ ; *İlişkiler* alt ölçeği için  $\alpha=0,776$ ; *Kimlik* alt ölçeği için  $\alpha=0,826$  ve *Zorluk/İlgi* alt ölçeği için  $0,859$  olarak tespit edildi. Envanterin Cronbach alfa katsayısı  $0,919$  olarak hesaplandı. Bulgular, envanterin oldukça yüksek güvenilirliğe sahip olduğunu gösterdi.

Çalışmamızın ikinci aşamasında YDE'nin şizofreni tanısı olan bireylerde geçerlilik ve güvenilirliği incelendi. Araştırmaya Ankara ilinde ikamet eden, Etimesgut Şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde takip edilen 52 birey dâhil edildi. Bireylere ait bulgu ve analizler aşağıda açıklanmıştır.

#### 4.2. Bireylerin Yaşları ile İlgili Veriler

Çalışmamıza katılan bireylerin yaşları geniş bir aralıkta olup bulgular Tablo 4.2'de sunulmuştur.

**Tablo 4.2:** Bireylerin yaş ile ilgili veriler (n=52)

	Ort $\pm$ SS	Min.-Maks.
Yaş (yıl)	44,71 $\pm$ 9,36	26-64

#### 4.3. Bireylerin Cinsiyetleri ile İlgili Veriler

Araştırmamızda yer alan katılımcılar büyük oranda erkek bireylerden oluşmakta idi. Katılımcıların cinsiyet ile ilgili bulguları Tablo 4.3'te sunulmuştur.

**Tablo 4.3:** Bireylerin cinsiyetleri ile ilgili veriler

n=52		n	%
Cinsiyet	Kadın	15	28.8
	Erkek	37	71.2

#### 4.4. Bireylerin Eğitim Düzeyleri ile İlgili Veriler

Katılımcılar büyük oranda lise mezunu bireylerden oluşmakta idi ve ortaokul mezunu ve üniversite/yüksekokul mezunu bireylerin sayısı eşittir (Tablo 4.4).

**Tablo 4.4:** Bireylerin eğitim düzeyleri ile ilgili veriler

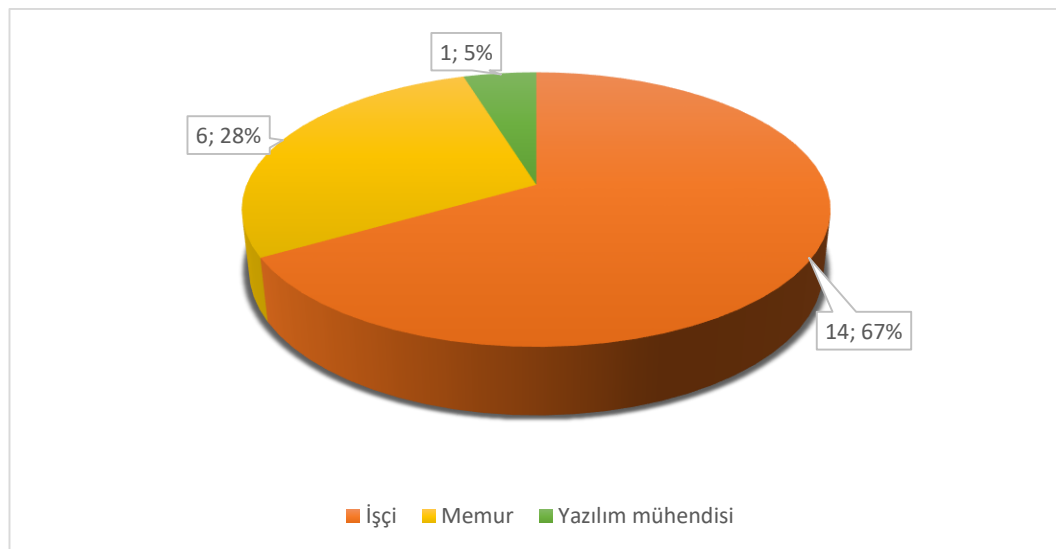
n=52	n	%
İlkokul	10	19,2
Ortaokul	5	9,6
<b>Eğitim düzeyi</b>		
Lise	32	61,5
Üniversite/yüksekokul	5	9,6

#### 4.5. Bireylerin Çalışma Durumu ile İlgili Veriler

Çalışmamıza yer alan katılımcıların büyük çoğunluğu gelir getiren herhangi bir işte çalışmamaktadır (Tablo 4.5). Tanı alındıktan sonra iş hayatına devam eden 4 bireyin meslekleri memur ve yazılım mühendisi olarak, devam etmeyenlerin ise işçi olarak belirtilmiştir (Şekil 4.1).

**Tablo 1.5:** Bireylerin çalışma durumu ile ilgili veriler

n=52	n	%
Evet	4	7,7
<b>Çalışma durumu</b>		
Hayır	48	92,3

**Şekil 4.1:** Bireylerin Meslek Dağılımları



#### 4.6. Bireylerin Medeni Durumları ile İlgili Veriler

Katılımcılardan evli ve bekâr olanların sayısı birbirine yakın ancak bekâr olan birey sayısı daha fazladır. Bulgular Tablo 4.6’da sunulmuştur.

**Tablo 4.6:** Bireylerin medeni durumları ile ilgili veriler

n=52		n	%
<b>Medeni Durum</b>	Evli	20	38,5
	Bekâr	32	61,5

#### 4.7. Bireylerin Aile Üyeleri ile İlgili Veriler

Katılımcıların bir kısmı yalnız yaşıyor olup en fazla üye sayısına sahip aileler ise 6 kişiden oluşmakta idi (Tablo 4.7).

**Tablo 4.7:** Bireylerin aile üyeleri ile ilgili veriler

	Ort ± SS	Min.-Maks.
<b>Ailenizde sizden başka kaç kişi var?</b>	3±1,17	1-6

#### 4.8. Bireylerin Klinik Global İzlenim Ölçeği Bulguları

Bireylerin KGİ verilerine bakıldığında ‘ileri derecede hasta’ kategorisinde olan birey olmadığını ve büyük çoğunluğunun ‘orta derecede hasta’ kategorisinde olduğu görüldü (Tablo 4.8).

**Tablo 4.8:** Bireylerin Klinik Global İzlenim Ölçeği bulguları

	Ort ± SS.	Min.-Maks
<b>Klinik Global İzlenim Ölçeği</b>	3,27 ± 1,21	1-6

#### 4.9. Bireylerin Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) Bulguları

Bireylerin PANSS değerlendirme sonuçlarına bakıldığında ‘çok ağır’ belirti gösteren bireylerin olmadığı, PANSS Negatif ve PANSS Pozitif ortalama puanının alt sınıra yakın olduğu görüldü. Bireylerin orta şiddette belirtiler gösterdiği tespit edildi (Tablo 4.9).

**Tablo 4.9:** Bireylerin Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği Bulguları

	Ort ± SS	Min-Maks
PANSS Negatif	16,44 ± 6,07	7-30
PANSS Pozitif	11,65 ± 4,82	7-25
<b>Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği</b>		
PANSS Genel Psikopatoloji	28,09 ± 8,26	16-28
PANSS Toplam	56,17 ± 16,52	30-103

#### 4.10. Bireylerin İlaç Kullanım Bulguları

Katılımcıların hepsi değerlendirme sırasında en az bir antipsikotik tedavi kullanıyordu. 14 katılımcının (%26) tedavisinde ek olarak bir antidepresan ilaç mevcuttu. 10 katılımcının (%19) ise ekstrapiramidal sistem yan etkileri nedeniyle biperiden kullandığı saptandı. Bulgular Tablo 4.10’da verilmiştir.

**Tablo 4.10: Bireylerin İlaç Kullanım Bilgileri**

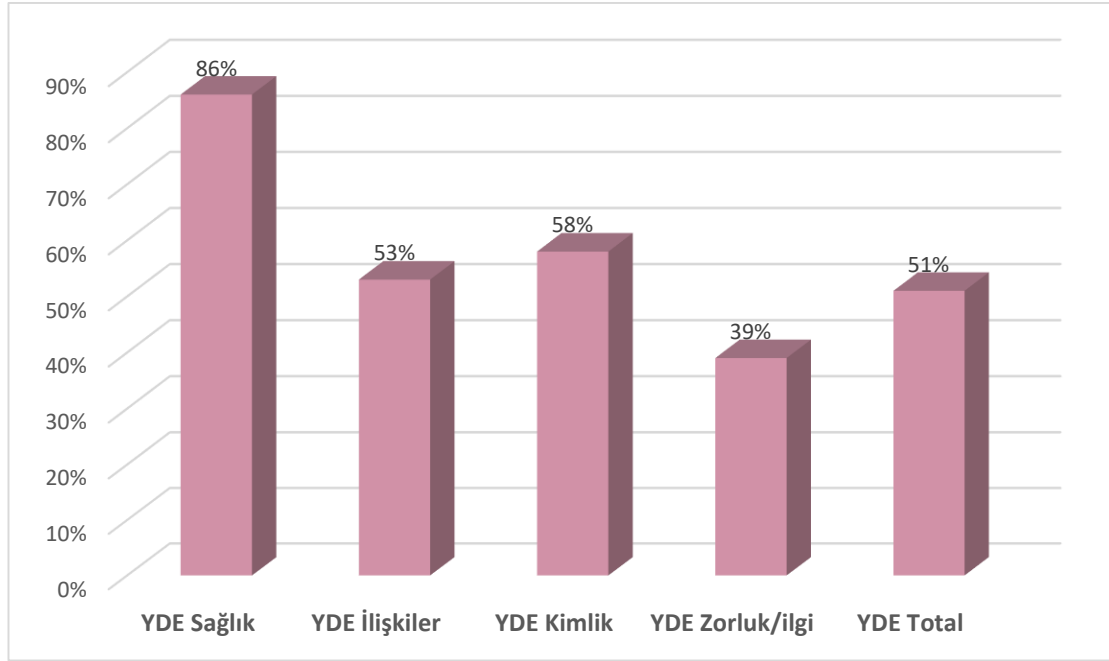
	<b>N=52 (%)</b>
<b>ANTİPSİKOTİK (AP)</b>	
<b>Tek atipik antipsikotik</b>	30 (57)
-Klozapin	3 (6)
-Klozapin dışı AP*	27 (51)
<b>Kombine antipsikotik</b>	23 (43)
-Klozapin dışında kombine AP	15 (28)
-Klozapin güçlendirme**	8 (15)
<b>ANTİDEPRESAN</b>	14 (26)

\* Sıklığa göre sırasıyla: Olanzapin (N=9), paliperidon (N=6), risperidon (N=5), aripiprazol (N=3), zoklopentiksol (N=3)

\*\* Klozapin ile kombine kullanılan antipsikotikler: Risperidon (N=4), amisülprid (N=1), paliperidon (N=1), ketiyapin (N=1), paliperidon ve sülpirid (N=1)

#### **4.11. Bireylerin Yaşam Dengesi Envanteri Bulguları**

Yaşam Dengesi Envanteri katılımcıların yaşamlarında devam ettirdikleri aktiviteleri sorgulayan 53 maddeden oluşmaktadır. Buna göre her bir katılımcının *Sağlık, İlişkiler, Kimlik ve Zorluk/İlgi* alt skorlarını içeren maddelere verdikleri yanıtlar incelendiğinde, YDE *Sağlık* (%86) ile ilgili aktivitelere en fazla katılım gösterdikleri tespit edildi. YDE *Kimlik* (%58) ve YDE *İlişki* (%53) yaklaşık aynı katılım oranını gösterirken YDE *Zorluk/İlgi* (%39) ilgili alt skora katılım oranı en düşüktü (Şekil 4.2).



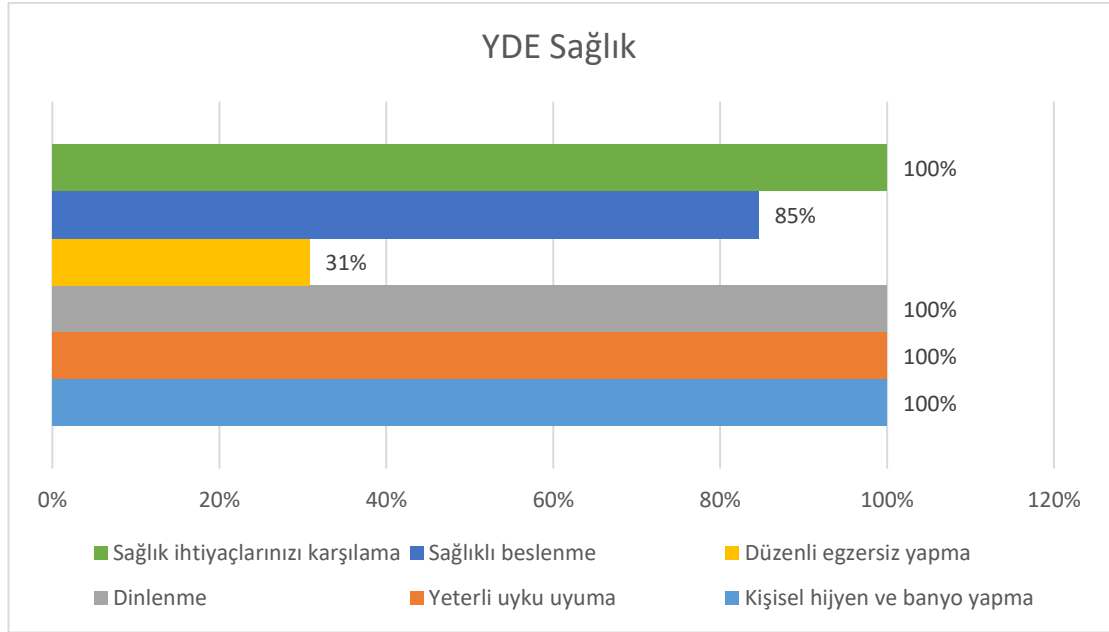
**Şekil 4.2:** Bireylerin YDE alt ölçeklerine katılım yüzdeleri

YDE puanlama sistemine göre 1,0-1,5 puan aralığı ‘hiç dengeli değil’, 1,5-2,0 puan aralığı ‘dengeli değil’, 2,0-2,5 puan aralığı ‘orta dengeli’ ve 2,5-3,0 puan aralığı ‘çok dengeli’ bir günlük yaşamı ifade etmektedir. Bu aralıklara göre bakıldığında bireylerin *Sağlık* alt ölçeğinde kendine bakım aktivitelerine çok dengeli bir katılım gösterdikleri görülmektedir. *Kimlik* ve *İlişkiler* alt ölçeklerinde dengeli olmayan ve *Zorluk/İlgi* alt ölçeğinde hiç dengeli olmayan günlük yaşam rutinine sahip oldukları anlaşılmaktadır (Tablo 4.11).

**Tablo 4.11:**Bireylerin Yaşam Dengesi Envanteri bulguları

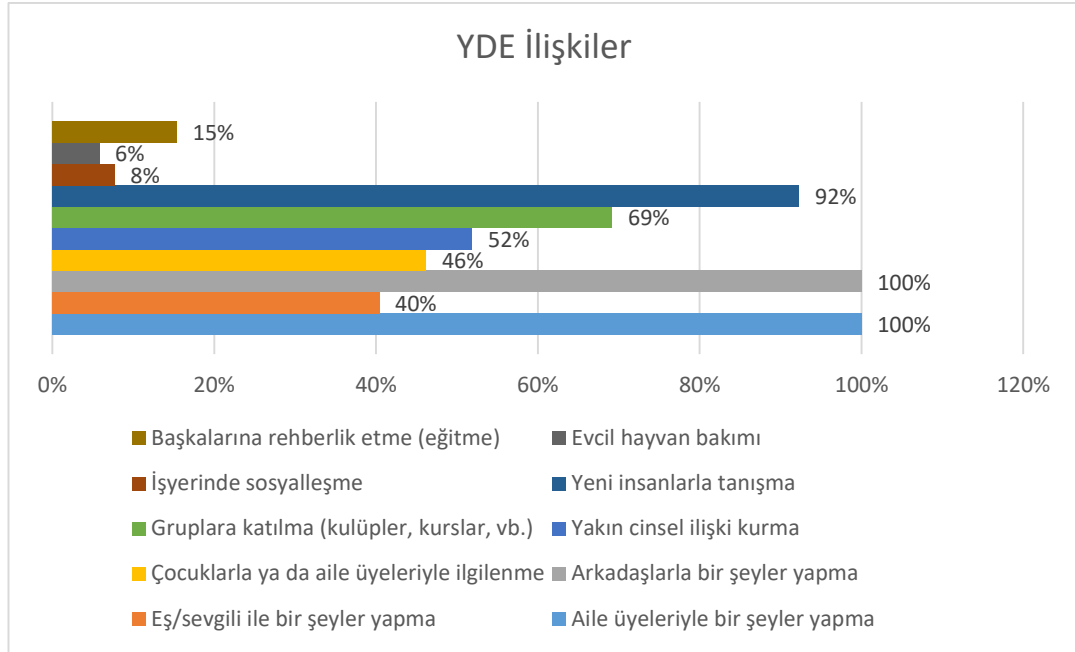
	Ort ± SS.	Min.-Maks	
Yaşam Dengesi Envanteri	YDE Sağlık	2,23 ± 0,36	1,16-3
	YDE Kimlik	1,36 ± 0,4	0,47-2
	YDE İlişkiler	1,13 ± 0,47	0,4-2,7
	YDE Zorluk/ilgi	0,75 ± 0,37	0,15-1,65
	YDE Total	1,17± 0,3	0,55- 1,91

Katılımcıların YDE'nin her bir alt ölçeğini oluşturan maddeleri yaşamlarında sürdürme oranları incelendiğinde; *Sağlık* alt ölçeği ile ilgili maddelerden “düzenli egzersiz yapma” (%31) dışında diğer aktivitelere katılımlarının yüksek olduğu görüldü (Şekil 4.3).



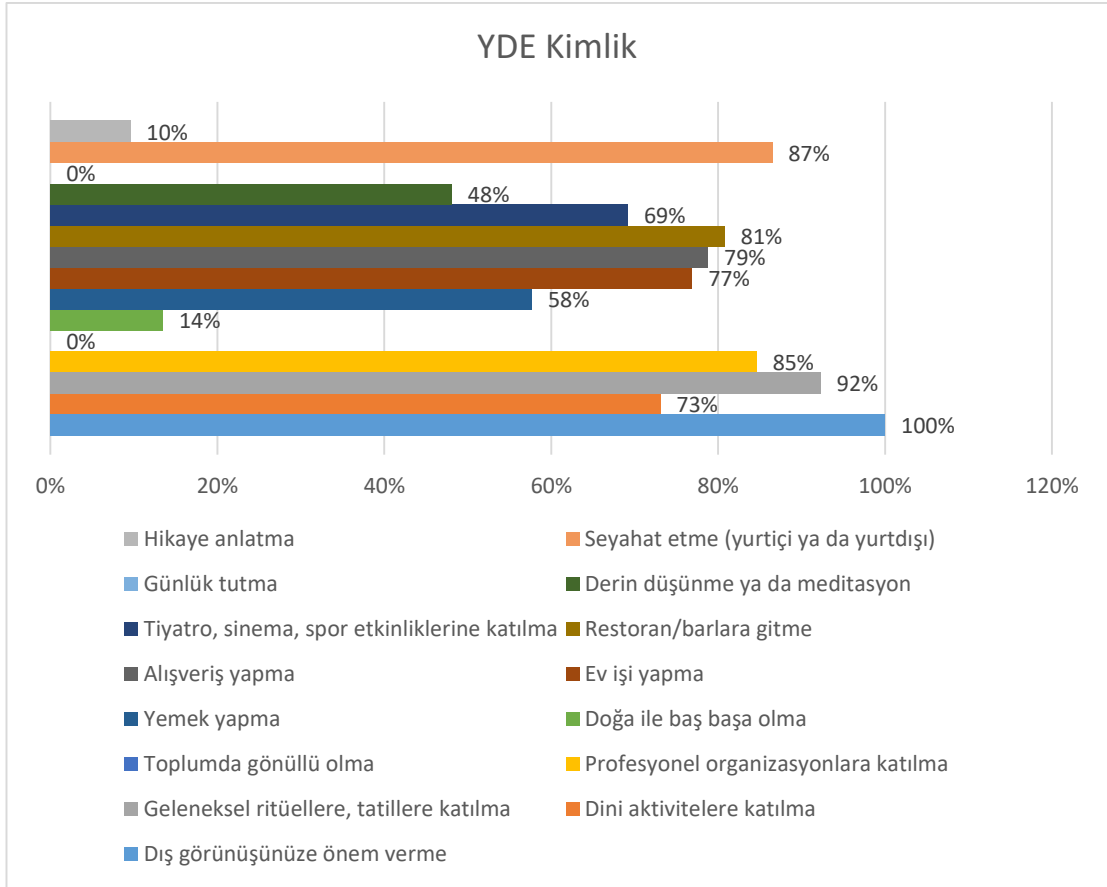
**Şekil 4.3:** Sağlık alt ölçeği katılım oranları

YDE *İlişkiler* alt ölçeğine ait bulgular incelendiğinde en yüksek katılımın “arkadaşlar ile bir şeyler yapma”, “aile ile bir şeyler yapma” ve “yeni insanlarla tanışma” olduğu görülmektedir. Katılımın en düşük olduğu maddeler ise “evcil hayvan bakımı” ve “işyerinde sosyalleşme” aktiviteleridir. *İlişkiler* alt ölçeğindeki diğer maddelerde ise aktivitelere benzer katılım oranları söz konusudur (Şekil 4.4).



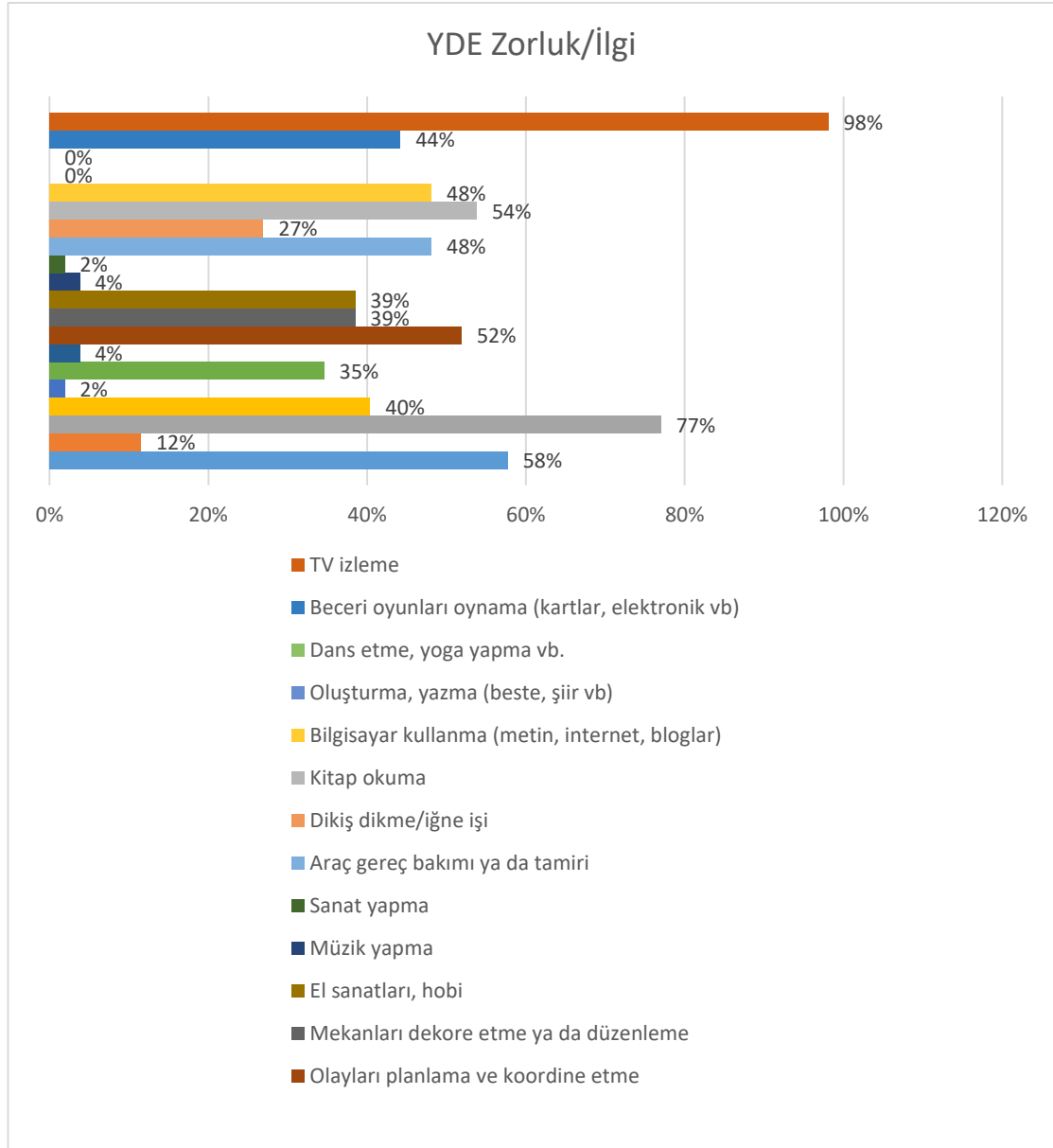
**Şekil 4.4:** İlişkiler alt ölçeği katılım oranları

YDE *Kimlik* alt ölçeğine ait bulgular incelendiğinde aktivitelere katılım düzeylerinin geniş değer aralıklarında olduğu görüldü. En yüksek katılımın “dış görünüşe önem verme” ve “geleneksel ritüellere, tatillere katılma” aktivitelerinde olduğu belirlendi. “toplumda gönüllü olma” ve “günlük tutma” aktiviteleri ise hiçbir katılımcının gerçekleştirmediği aktivitelerdir ve en düşük katılım oranına sahiptir (Şekil 4.5).



**Şekil 4.5:** Kimlik alt ölçeği katılım oranları

YDE *Zorluk/İlgi* alt ölçeği bulgularına bakıldığında “TV izleme” aktivitesinin en çok katılım gösterilen aktivite olduğu görülmektedir. “oluşturma, yazma (beste, şiir vb.)” ve “dans etme, yoga yapma vb.” aktivitelere ise herhangi bir katılımcının katılım göstermediği anlaşılmaktadır (Şekil 4.6).



**Şekil 4.6:** Zorluk/İlgi alt ölçeği katılım oranları

#### 4.12.YDE'nin Geçerlilik Bulguları

Yaşam Dengesi Envanteri'nin alt ölçeklerinin birbiri ile ve katılımcıların psikopatoloji bulguları arasında korelasyon analizleri yapıldı. YDE *Sağlık* alt ölçeğinin YDE *İlişkiler* ( $r=,406$ ,  $p<0,005$ ) ve *Kimlik* ( $r=,444$ ,  $p<0,005$ ) alt ölçekleri arasında orta şiddetli korelasyon gösterdiği tespit edildi. YDE *Zorluk/İlgi* alt ölçeği ile de zayıf korelasyon gösterdiği anlaşılmaktadır. YDE *Sağlık* alt ölçeği PANSS



Negatif ve PANSS Genel Psikopatoloji alt testleri ile negatif yönde orta şiddetli korelasyon göstermektedir. PANSS Pozitif alt testi ile de korelasyon tespit edilemedi. YDE *Sağlık* alt ölçeğinin KGİ ile negatif yönde orta şiddetli bir korelasyona sahip olduğu belirlendi. Bulgular Tablo 4.12’de sunulmuştur.

**Tablo 4.12:** Sağlık Alt Ölçeği Korelasyon Bulguları

	YDE İlişkiler	YDE Kimlik	YDE Zorluk/İlgi	PANSS Negatif	PANSS Pozitif	PANSS Genel Psikopatoloji	PANSS Toplam	Klinik Global İzlenim
YDE Sağlık	r ,406*	,444**	,270	-,428**	-,141	-,485**	-,422**	-,441**
	p ,003	,001	,053	,002	,320	,000	,002	,001

YDE *İlişkiler* alt ölçeğine bakıldığında YDE *Kimlik* alt ölçeği ile orta şiddette korelasyon, YDE *Zorluk/İlgi* alt ölçeği de zayıf korelasyon gösterdiği tespit edildi. YDE *İlişkiler* alt ölçeğinin PANSS Negatif alt testi ile negatif yönde yüksek korelasyon gösterdiği, PANSS Pozitif ve PANSS Genel Psikopatoloji alt testleri ile de negatif yönde zayıf korelasyona sahip olduğu görülmektedir. Bu alt ölçeğin PANSS Toplam ve KGİ puanları ile de zayıf yönde orta şiddetli korelasyonu bulundu (Tablo 4.13).

**Tablo 4.13:** İlişkiler Alt Ölçeği Korelasyon Bulguları

	YDE Kimlik	YDE Zorluk/İlgi	PANSS Negatif	PANSS Pozitif	PANSS Genel Psikopatoloji	PANSS Toplam	Klinik Global İzlenim Ölçeği
YDE İlişkiler	r ,484**	,386**	-,523**	-,294*	-,364**	-,453**	-,489**
	p ,000	,005	,000	,034	,008	,001	,000

YDE *Kimlik* alt ölçeğinin YDE *Zorluk/ilgi* alt ölçeği ile orta şiddette korelasyonu tespit edildi. YDE *Kimlik* alt ölçeği ile PANSS Negatif, PANSS Genel Psikopatoloji ve PANSS Toplam puanları arasında negatif yönde zayıf korelasyon görülmektedir. YDE *Kimlik* ile PANSS Pozitif alt testi arasında negatif yönde çok

zayıf korelasyon bulundu. YDE *Kimlik* alt ölçeğinin KGİ ile negatif yönde zayıf korelasyonu vardı (Tablo 4.14).

**Tablo 4.14:** Kimlik Alt Ölçeği Korelasyon Bulguları

		YDE Zorluk/İlgi	PANSS Negatif	PANSS Pozitif	PANSS Genel Psikopatoloji	PANSS Toplam	Klinik Global İzlenim Ölçeği
YDE Kimlik	r	,419**	-,392**	-,151	-,377**	-,365**	-,336*
	p	,002	,004	,286	,006	,008	,015

YDE *Zorluk/İlgi* alt ölçeği ile PANSS Negatif, PANSS Pozitif, PANSS Genel Psikopatoloji, PANSS Toplam ve KGİ ile negatif yönde çok zayıf korelasyonu tespit edildi (Tablo 4.15).

**Tablo 4.15:** Zorluk/İlgi Alt Ölçeği Korelasyon Bulguları

		PANSS Negatif	PANSS Pozitif	PANSS Genel Psikopatoloji	PANSS Toplam	Klinik Global İzlenim Ölçeği
YDE Zorluk/İlgi	r	-,196	-,079	-,044	-,114	-,145
	p	,163	,577	,754	,421	,304

YDE'den elde edilen total puanlara göre bakıldığında YDE'nin YDE *Sağlık* alt ölçeği ile orta şiddette, YDE *İlişkiler* ve YDE *Kimlik* ile yüksek şiddette ve YDE *Zorluk/İlgi* alt ölçeği ile de çok yüksek şiddette korelasyon gösterdiği tespit edildi. YDE'nin PANSS Negatif alt ölçeği ile negatif yönde orta şiddette, PANSS Pozitif alt ölçeği ile negatif yönde çok zayıf derecede korelasyon gösterdiği belirtilmektedir. YDE'nin PANSS Genel Psikopatoloji ve PANSS Toplam ile negatif yönde zayıf korelasyon gösterdiği anlaşılmaktadır. YDE'nin KGİ ile negatif yönde orta şiddette korelasyonu görülmektedir (Tablo 4.16).

**Tablo 4.16:** Yaşam Dengesi Envanteri Korelasyon Bulguları

	YDE Sağlık	YDE İlişkiler	YDE Kimlik	YDE Zorluk/İlgi	PANSS Negatif	PANSS Pozitif	PANSS Genel Psikopatoloji	PANSS Toplam	Klinik Global İzlenim Ölçeği
<b>YDE Total</b>	r ,563**	,727**	,795**	,804**	-,456**	-,195	-,342*	-,385**	-,405**
	p ,000	,000	,000	,000	,001	,167	,013	,005	,003

Envanterin orijinal formuna göre faktör analizi yapıldığında bazı maddelerin alt ölçeklere anlamlı katkı sağladığı görülmektedir. Sağlık (Madde 4); İlişkiler (14,12,15,16); Kimlik (33,22) ve Zorluk/İlgi (Madde 40,27,42,47,39,49) alt ölçeklerine ilişkin faktör yükü en yüksek olan maddeler tabloda verilmiştir (Tablo 4.17).

**Tablo 4.17:** Yaşam Dengesi Envanteri faktör analizinde faktör yükleri

Madde	Madde No	Faktör
Sanat yapma	40	0,734
Ev işi yapma	33	0,589
Dinlenme	4	0,576
Açık hava aktiviteleri yapma (avlanma, balık tutma)	27	0,538
Dikiş dikme/iğne işi	42	0,525
Çocuklarla ya da aile üyeleriyle ilgilenme	14	0,524
Oluşturma, yazma (beste, şiir vb)	47	0,513
Eş/sevgili ile bir şeyler yapma	12	0,449
Yakın cinsel ilişki kurma	15	0,442
Müzik yapma	39	0,441
Geleneksel ritüellere, tatillere katılma	22	0,407
Gruplara katılma (kulüpler, kurslar, vb.)	16	0,404
Beceri oyunları oynama (kartlar, elektronik vb)	49	0,403

#### 4.13.YDE'nin Güvenilirlik Bulguları

İç tutarlılık için alfa güvenilirlik katsayısı kullanıldı. 0,0-0,40 güvenilir değil; 0,40-0,60 düşük güvenilir; 0,60-0,80 oldukça güvenilir ve 0,80-1,00 arası ise yüksek güvenilir olarak referans alındı (146).

YDE'nin iç tutarlılığının belirlenmesi amacı ile envanterin total puanı ve her bir alt ölçek için Cronbach alfa katsayısı hesaplandı. Sırasıyla alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları; *Sağlık* için  $\alpha=0,706$ , *İlişkiler* için  $\alpha=0,695$ , *Kimlik* için  $\alpha=0,723$ , *Zorluk/İlgi* için  $\alpha=0,656$  ve envanterin Cronbach alfa katsayısı  $\alpha =0,842$ 'dir. Bu bulgulara göre ölçeğin iç tutarlılığı oldukça güvenilirdir (Ölçeğin orijinal formunda Cronbach alfa katsayısı 0,89'dur.).

#### 4.14.Test-Tekrar Test Bulguları

Zamana göre değişmezliğin belirlenmesi için tekrar test yapıldı. Tekrar test uygulamasında çalışmaya katılan bireylere 8-10 gün sonra ikinci değerlendirme yapıldı. İlk uygulama ve ikinci uygulamadan elde edilen veriler analiz edildiğinde korelasyon katsayısı 0,89 olarak saptandı. Bu bulgular YDE'nin iç tutarlılığının ve zamana göre değişmezliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

## 5.TARTIŞMA

Çalışmamızda Yaşam Dengesi Envanteri'nin Türk Kültürü'ne uyumlu olduğu ve şizofreni tanısı alan bireylerde yaşam dengesini değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu sonucuna varıldı.

Kronik bir hastalık olan şizofreni, davranış ve düşünce bozukluğuna, beyin fizyolojisi ve kimyasında önemli değişikliklere, kişinin algılama ve yorumlama biçimlerine yabancılaşarak kendine özgü içe-kapanım dünyasına çekilmesine neden olur (147). Şizofreni tanısı olan bireylerde günlük okupasyonlarda işlevsellik kaybı görülmektedir. Bozukluk, bireyin katılımını ve günlük okupasyonlar ile ne derece meşgul olduğunu etkileyebilir (103). Bireyler günlük okupasyonlarını organize etmekte güçlük çekerler ve bu da zamanı verimli kullanmalarını engelleyebilir. Günlük yaşamda denge kavramı ve zaman kullanımı arasında önemli bir ilişki vardır. Daha iyi bir yaşam dengesi için bireyin günlük okupasyonlara harcadığı zamandan memnun olması gerekir.

Yaşam dengesi, günlük rutinde yer alan okupasyonlara ayrılan zaman ve bu zamandan duyulan memnuniyeti ifade etmektedir ve ergoterapi literatüründe denge kavramı ile ilişkili olarak farklı değerlendirme araçları kullanılmıştır. Günlük okupasyonların gerçekleştirilmesi konusunda algılanan önem ve yetkinliği değerlendiren Occupational Questionnaire (OQ), zaman kullanımını ve okupasyonlar ile ilgili algılanan önemi incelemektedir (12). Test-tekrar test uygulaması ile geçerlilik çalışması tamamlanmış bir değerlendirme aracıdır. Work-Family Conflict and Family-Work Conflict Scales, iş ve kişisel hayata ayrılan zaman arasındaki algılanan uyum/uyumsuzluğu değerlendirmektedir. Yapı geçerliliği ve iç tutarlılığı değerlendirilmiş Likert tipte bir ölçektir (123). Inter-goal Relations Questionnaire ile katılımcı dört aktivite seçerek bu aktivitelerin gerçekleştirilmesi ile ilgili uyum/zorluk değerlendirmesi yapar ve okupasyonel denge hakkında bilgi edinilir (148). Engagement in Patterns of Daily Occupations, içeriğindeki dört alt test ile okupasyonel dengeyi değerlendiren Likert tipi bir ölçektir: okupasyonel denge, okupasyonların anlamı, kontrol ve okupasyonel gereklilikleri yönetme becerisi (13). Diğer bir değerlendirme aracı olan Work Life Balance Scale bireylerin iş ve sosyal

yaşam için yeterli zamana sahip olma algılarını değerlendirmektedir. Yapı geçerliliği ve iç tutarlılığı değerlendirilen geçerli ve güvenilir bir ölçektir (14). Occupational Balance Questionnaire, Wagman ve Hakansson tarafından okupasyonel dengeyi değerlendirmek için geliştirilmiş bir araçtır. 11 okupasyon ile bu okupasyonların yapılmasından duyulan memnuniyet değerlendirilmektedir. Türk kültürüne uyarlaması yapılan geçerli ve güvenilir bir ölçektir (125). Juhnke–Balkin Life Balance Inventory ise cevapları Likert şekilde düzenlenmiş 91 maddeden oluşmaktadır. Bireylerin ölçekte yer alan maddelerle ilgili duygularını ifade etmeleri ile günlük yaşamdaki denge hakkında bilgi edinmeyi amaçlayan geçerli ve güvenilir bir araçtır (124). YDE ise günlük yaşamdan 53 farklı aktivite ile yaşam dengesini değerlendiren geçerli ve güvenilir bir araçtır. Katılımcının çeşitli aktiviteler üzerinden zaman kullanım memnuniyetini sorguladığından günlük yaşamdaki dengeyi değerlendirmek için kapsamlı bir bakış açısı sunmaktadır.

Temel okupasyonları yapabilme, okupasyonlara harcanan zaman ve bu zamandan duyulan memnuniyet gibi anlamlara gelen yaşam dengesini değerlendirmek için Matuska tarafından Yaşam Dengesi Envanteri geliştirilmiştir (15). Sağlık, İlişkiler, Kimlik ve Zorluk/İlgi kategorilerinde yer alan 53 farklı aktivite ile kişinin günlük okupasyonlara harcadıkları zamana kıyasla harcamak istedikleri zamandan duyulan memnuniyet değerlendirilir. Literatüre bakıldığında YDE'nin Fransızca ve (149), Kore dili (150) ile Flemenkçe dili Flaman lehçesine (151) versiyon çalışmaları mevcuttur.

Ergoterapi literatüründe YDE'nin kronik inme (151), ve multiple skleroz (152), gibi tanı gruplarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapıldığı görülmektedir. Kronik inme tanısı olan bireylerle yapılan çalışmada 32 kişi örneklem grubunu oluşturmaktadır. Multiple skleroz tanısı olan bireyler ile yapılan Avrupa örnekleme çalışmasında ise 313 birey katılım göstermiştir. Çalışmamızda örneklem büyüklüğü 46 birey olarak belirlenmiş ve 52 birey gönüllü katılım sağlamıştır. Şizofreni tanısı olan katılımcıların sayısı belirlenirken belirli kriterler göz önünde bulundurulmuştur ve bu kriterler çalışma tasarımına göre değişebileceğinden örneklem büyüklüğünün de buna göre belirlenmesi gerektiği düşünülmektedir. Örneklem grubumuz heterojen özellikler göstermektedir ve daha homojen özellikler gösteren gruplar ile de benzer çalışmalar yapılabilir.

YDE'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarına bakıldığında, Van ve arkadaşlarının (151) kronik inme tanısı olan bireylerle yapı geçerliliği ve test-tekrar test güvenilirliğini incelediği görülmektedir. Çalışmada yapı geçerliliğini incelemek için dış testler kullanılmıştır. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Stroke Impact Scale (SIS) ile YDE alt ölçekleri arasında orta ve düşük derecede korelasyonlar görülmüştür. Güvenilirlik için yapılan test-tekrar test analizlerine göre ise iki ölçüm arasında ise orta ila iyi derecede güvenilirlik tespit edilmiştir.

Kos ve arkadaşlarının, YDE'nin multiple skleroz tanısı olan bireylerde geçerlilik ve güvenilirliğini incelemek için yapı geçerliliği ve test-tekrar test güvenilirliğini kullandığı görülmektedir (152). Yapı geçerliliği için dış testler ile korelasyonlara bakılmış, SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile orta derecede korelasyona sahip olduğu görülmüştür. Quick Inventory of Depressive Symptomatology Self-Rated ile düşük derecede korelasyon gösterdiği, University of Washington Self-Efficacy Scale ile ise korelasyon göstermediği tespit edilmiştir. Bu çalışmada nöropsikolojik tarama testlerinden sonra bir ay boyunca hastalığın tekrar etmediği ve herhangi bir bilişsel işlev bozukluğu olmayan bireyler dahil edilmiştir ve daha farklı dahil edilme kriterleri ile geniş sonuçlar elde edilebileceği vurgulanmıştır. Çalışmamızda belirli kriterler göz önünde bulundurularak şizofreni tanısı olan bireyler dahil edilmiştir ve hastalık süreci, alınan diğer tedaviler gibi benzer kriterler de göz önünde bulundurularak yapılacak çalışmalarda daha farklı sonuçlar elde edileceği tahmin edilmektedir.

YDE'nin ülkemizde herhangi bir tanı grubu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarına rastlanmamıştır. Çalışmamızda yapı geçerliliği ile birlikte iç tutarlılık ve maddelerin ölçeğe katkısı incelenerek şizofreni tanısında geçerlilik çalışması tamamlanmıştır. YDE ile PANSS ve KGİ ölçümleri ile orta ve zayıf şiddette korelasyonu olduğu tespit edilmiştir. Envanterin faktör analizi bulgularına bakıldığında her alt ölçekte belirli maddelerin envanterin tümüne önemli katkılar sağladığı görülmektedir. Diğer maddelerin faktör yükleri oranla daha az olmasına rağmen faktör analizinde herhangi bir madde silinmemiştir. Güvenilirlik için test-tekrar test yöntemi kullanılarak envanterin zamana göre değişmezliği ve güvenilirliği incelenmiştir. Çalışmamızda iç tutarlılık yöntemi ile güvenilirlik analizi yapılmış ve yüksek derecede güvenilir bulunmuştur (Cronbach alfa katsayısı  $\alpha=0,842$ ). İç

tutarlılık ile güvenilirliğin tespit edilmesi, envanterin evrenselliğini ve farklı kültürlerde uygulanabileceğini vurgulamaktadır. YDE'nin şizofreni tanısı olan bireyler için geçerli ve güvenilir bir değerlendirme aracı olarak ergoterapi literatürüne önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Matuska, YDE'de katılımcıların cevaplamaya başlarken yaptıkları/yapmak istedikleri aktiviteleri işaretledikleri için bu durumun faktör analizini zorlaştırmaması adına, doğrulayıcı faktör analizinden elde edilen bulguların alt ölçeklere göre yorumlanması gerektiğini belirtmiştir (15). Çalışmamızda, envanterde yer alan tüm maddelerin *Sağlık, İlişkiler, Kimlik* ve *Zorluk/İlgi* alt ölçekleri kapsamında madde-bütün analizi ile ölçeğe uyumları belirlenerek faktör analizi yapılmıştır. *İlişkiler* ve *Zorluk/İlgi* alt ölçekleri arasında zayıf derecede, *Sağlık, İlişkiler* ve *Kimlik* alt ölçeklerinin birbirleri ile arasında ise orta şiddette korelasyonlar tespit edilmiştir.

Aktivite yapılandırması her bireye özgü olduğundan YDE'de yer alan tüm aktiviteler cevaplanmadan önce Evet/Hayır ile bireyin bu aktiviteyi yaptığı/yapmak istediği veya yapmadığı/yapmak istemediği belirlenir (15). Bu şekilde bireysel farklılıklar da göz önünde bulundurulur. Bireylerin her bir aktivite kategorisi için katılımlarının çeşitli yollarını kapsaması adına aktivite örnekleri verilir. Çalışmamızda, şizofreni tanısı olan bireylerin bir kısmı örneklerin arttırılmasına ihtiyaç duymuş ve bu şekilde daha verimli cevaplar verebilmiştir. Bu durum envanterde yer alan tüm maddeler için örneklerin yer almasının faydalı olabileceğini gösterdi.

YDE'de tüm maddelerin toplam puanı hesaplanır ve bu puan ile yaşam dengesi hakkında bilgi elde edilir. Toplam puan her bir madde için 'çok az' ya da 'çok fazla' zaman arasında ayırım yapmaz, bu da farklı durumları tanımlamak için yeterli olmaz. Örneğin, bir birey belirli bir aktivitede çok fazla zaman harcadığını belirttiğinde, bu aktiviteye azalan ilgiye bağlı olabilir (bu aktiviteyi yapmak istemiyorum ama yapmalıyım), ancak aynı zamanda bireyin artmış zamanını da yansıtabilir. Her iki durumda da dengeli olmayan bir yaşam tarzı söz konusudur. Alt ölçeklere göre değerlendirme yapılması tüm aktivite kategorileri için detaylı bilgi verecektir. YDE bireylerin günlük yaşamda tercih ettikleri aktiviteleri ve bu aktivitelere harcadıkları zamandan duyulan memnuniyeti görmek için terapistlere



değerlendirme ve müdahale planlamasında kazanımlar sunar. Bu gibi durumlarda maddelerin ve puanların doğru yorumlanabilmesi için destekleyici nitel veriler de kullanılabilir.

Yaşam dengesi ile ilgili genel popülasyonlarda yapılan araştırmalarda farklı demografik özelliklere sahip gruplar arasında yaşam dengesi puanlarında da farklılıklar görüldüğü tespit edilmiştir. Yaş gruplarına bakıldığında artan yaşın artan bir yaşam dengesi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Kadınlarda YDE Kimlik alt ölçeği puanları erkeklere kıyasla daha düşük, diğer alt ölçeklerde daha yüksek puanlara sahip oldukları görülmüştür. Yüksek eğitim düzeyinin, evli olmanın, herhangi bir işte çalışmamanın ve daha az üye ile aynı evde yaşamının daha yüksek bir yaşam dengesi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (152, 153). Şizofreni tanısı olan bireyler ile yaptığımız çalışmamızda yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve çalışma durumu gibi demografik özelliklerin yaşam dengesi üzerinde anlamlı bir ilişkisi görülmemiştir.

Yaşam dengesindeki memnuniyetin, bireylerin psikopatoloji verileri ile ilişkili olabileceği varsayılmış ve YDE'nin pozitif/negatif belirtiler, hastalık şiddeti gibi bulgular ile ilişkisine bakılmıştır. Yaşam dengesi verilerinin KGI ile negatif yönde bir korelasyona sahip olduğu görülmüştür. Bu durum şizofreni tanısı olan bireylerin hastalık şiddeti derecesi arttıkça daha düşük bir yaşam dengesi memnuniyetine sahip olduklarını göstermektedir. Çalışmamızda yer alan bireylerin büyük çoğunluğu “orta derecede hasta” kategorisinde yer almaktadır ve “hafif derecede hasta” düzeyinde olan bireylerin daha yüksek yaşam dengesi puanlarına sahip oldukları görülmüştür. Yaşam dengesinin pozitif/ negatif belirtiler ve genel psikopatoloji ile ilişkisine bakıldığında PANSS alt ölçekleri ile hafif ve orta şiddette negatif yönde korelasyonlar gösterdiği tespit edilmiştir. Çalışmamıza katılan şizofreni tanısı olan bireylerin sahip oldukları belirtilerin şiddeti arttıkça günlük yaşamdaki aktivitelere katılımları azalmakta ve yaşam dengesinden memnuniyet oranları düşmektedir.

YDE, her bir aktivite performans alanından 53 farklı aktivite içeren ve katılımcının bu aktivitelere katılımında harcadığı zaman üzerinden memnuniyet değerlendirmesi yapan bir değerlendirme aracıdır. Envanterde yer alan aktiviteler *Sağlık, İlişkiler, Kimlik ve Zorluk/İlgi* alt başlıkları altında gruplandırılır ve her bir

aktivite performans alanı için ayrı ayrı yorumlanır (15). *Sağlık* alt ölçeğine verilen yanıtlara bakıldığında bireylerin kendine bakım, sağlık ihtiyaçlarını karşılama gibi aktivitelere ayırdıkları zamandan memnun oldukları görülmektedir. Bireylerin “düzenli egzersiz yapma” aktivitesine katılım derecesi az ve bu aktivite için katılım motivasyonları da düşük olarak görüldü. *İlişkiler* alt ölçeğinde bireylerin aile üyeleri ve arkadaşlar ile vakit geçirme aktivitelerine katılımlarından memnun oldukları anlaşılmaktadır. Bireyler, aile ile birlikte TV seyretme veya yemek yeme gibi aktiviteleri onlara ayrılan zaman olarak yorumlamaktadır ve bu zamandan memnuniyet duymaktadırlar. *Kimlik* alt ölçeğinde ise hiçbir bireyin “toplumda gönüllü olma” ve “günlük tutma” gibi aktiviteleri gerçekleştirmediği ve “dış görünüme önem verme” aktivitesinde memnuniyetlerinin yüksek olduğu görülmektedir. Bireyler *Zorluk/İlgi* alt ölçeğinde yer alan “oluşturma, yazma” veya “dans etme, yoga yapma” gibi aktivitelere hiç katılım göstermediklerini belirtmiştir. “TV izleme” ise bireylerin çoğunluğu için en çok vakit ayrılan ve bu vakitten memnuniyet duyulan aktivitelerden biridir. Tüm alt ölçeklerden elde edilen bulgulara bakıldığında bireylerin, temel kendine bakım ve sağlık ihtiyaçlarını karşılama gibi aktiviteler dışında diğer aktivitelere karşı daha az ilgili olduklarını göstermektedir. Bireylerin çoğunluğu kendine bakım aktivitelerinde bakımveren/aile üyelerinden aldıkları destekleri en aza indirmek için bu aktivitelere katılımda daha istekliydi. Ancak günlük rutinde yer alabilecek diğer aktivitelere ilgileri daha az olduğundan bu aktiviteler için harcadıkları zamandan memnuniyet dereceleri daha düşüktü.

Şizofreni tanısına sahip bireyler, beslenme, giyinme, kendine bakım gibi temel günlük yaşam aktivitelerine ek olarak ev işleri, alışveriş, para yönetimi ve iletişim gibi yardımcı günlük yaşam aktivitelerini de gerçekleştirirken güçlük çekerler (154). Günlük rutinde yer alan aktivitelere ilginin azalması ya da katılım motivasyonunun düşük olması, aktivitelere ayrılan zamanın azalmasına dolayısıyla bu zamandan duyulan memnuniyetin azalmasına neden olabilir. Bu durum envanterde yer alan aktivitelerin nesnel bir şekilde değerlendirilmesini etkileyebilir. Çalışmamıza psikopatoloji bulguları orta düzeyde olan yani orta şiddette hastalık derecesinde yer alan bireylerin katılması daha homojen bir değerlendirme yapılmasını sağlamıştır.

Ergoterapistlerin temel amacı, bireylerin günlük yaşam aktivitelerine en yüksek katılım motivasyonuna sahip olmalarını desteklemek ve bu katılımdan memnuniyet derecelerini arttırmaktır. Bu amaçla kişilerin günlük rutinlerinde yer alan her bir aktivite için katılım memnuniyetlerini değerlendirme ihtiyacı duyarlar. YDE, tüm aktivite performans alanlarından seçilen 53 farklı aktivite kategorisi ile ergoterapistlere kapsamlı bir değerlendirme fırsatı sunar. Çalışmamız multidisipliner bir ekip ile tamamlanmış ve ekipte yer alan ergoterapist, psikolog ve hekim bakış açısı ile bakıldığında envanterin bireyi merkeze aldığı ve klinisyenler için bütüncül bir bakış açısı sunduğu ve ergoterapi değerlendirme ve müdahale planlamalarında yön gösterici bir araç olacağı sonucuna varılmaktadır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şizofreni tanısı olan bireyler ile yürüttüğümüz ‘Yaşam Dengesi Envanteri’nin Şizofreni Tanısı Alan Bireylerde Geçerlilik ve Güvenilirliğinin İncelenmesi’ konulu araştırmamızda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- ❖ YDE, şizofreni tanısı alan bireylerin yaşam dengelerini değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir araçtır.
- ❖ YDE’nin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri sonucunda oldukça yüksek geçerlilikte ve güvenilir olduğu görülmüştür.
- ❖ Şizofreni tanısı ve belirtilerin, bireylerin günlük yaşamları hakkındaki farkındalıklarını ve katılımlarını etkilediği bilindiğinden yaşam dengelerinin değerlendirilmesi tedavi süreci için yol gösterici olacaktır.
- ❖ Çalışmamızda geçerlilik değerlendirmesi için yapı geçerliliği yöntemi kullanılmıştır ve gelecekteki araştırmalarda kriter ya da görünüş geçerliliği incelenebilir.
- ❖ Çalışmamızda güvenilirlik analizi için test-tekrar test ve Cronbach alfa katsayısı yöntemleri kullanılmış, bunlara ek olarak ilerleyen araştırmalarda gözlemciler arası güvenilirlik ya da yarıya bölme yöntemleri ile de incelenebilir.
- ❖ Örneklem grubumuz heterojen özellikler gösteren bir tanı grubundan oluşmaktadır ve ilerleyen çalışmalarda farklı dahil edilme/hariç tutma kriterleri belirlenerek benzer çalışmalar yapılabilir.

## 7. KAYNAKLAR

1. APA. Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal el kitabı (5. basım) (DSM-V)(E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2013.
2. Valencia M, Fresán A, Barak Y, Juárez F, Escamilla R, Saracco R, et al. Predicting functional remission in patients with schizophrenia: a cross-sectional study of symptomatic remission, psychosocial remission, functioning, and clinical outcome. 2015;11:2339.
3. Schultz SH, North SW, Shields C. Schizophrenia: a review. 2007;75(12):1821-9.
4. Mueser KTE, Tarrier NE. Handbook of social functioning in schizophrenia: Allyn & Bacon; 1998.
5. Veenhoven R, research. Optimal life-style mix: An inductive approach. 2009:33-42.
6. Persson D, Jonsson H, research. Importance of experiential challenges in a balanced life. Micro-and macro-perspectives. 2009:133-47.
7. Pentland W, McColl M, theories. Another perspective on life balance: Living in integrity with values. 2009:165-80.
8. Forhan M, Backman C, Participation, Health. Exploring occupational balance in adults with rheumatoid arthritis. 2010;30(3):133-41.
9. Christiansen CH, Matuska K. Lifestyle balance: A review of concepts and research. 2006;13(1):49-61.
10. Persson D, Erlandsson L-K, Eklund M, Iwarsson S. Value dimensions, meaning, and complexity in human occupation-a tentative structure for analysis. 2001;8(1):7-18.
11. Liberman R, Kopelowicz A. Basic elements in biobehavioral treatment and rehabilitation of schizophrenia. 1995.
12. Smith J, Kielhofner G, Watts M. Occupational Questionnaire (OQ). 1986.
13. Håkansson C, Wagman P, Hagell P. Construct validity of a revised version of the Occupational Balance Questionnaire. 2020;27(6):441-9.
14. Gröpel P, Kuhl J. Work–life balance and subjective well-being: The mediating role of need fulfilment. 2009;100(2):365-75.

15. Matuska K, Participation, Health. Description and development of the Life Balance Inventory. 2012;32(1):220-8.
16. Şahin S, Uyanık M. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Aktivite Performansı ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi.6(3):161-70.
17. Cooper HE, Camic PM, Long DL, Panter A, Rindskopf DE, Sher KJ. APA handbook of research methods in psychology, Vol 1: Foundations, planning, measures, and psychometrics: American Psychological Association; 2012.
18. Nergiz Z. Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerinin Aile Bütünlüğü Duygusu ve Bakım Yükünün Belirlenmesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.
19. Güleç H. Psikiyatride Psikometri: Temel Kavramlar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2009;1(2):175-86.
20. Zec RF. Neuropsychology of schizophrenia according to Kraepelin: disorders of volition and executive functioning. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 1995;245(4-5):216-23.
21. Maatz A, Hoff P. The birth of schizophrenia or a very modern Bleuler: a close reading of Eugen Bleuler's 'Die Prognose der Dementia praecox' and a re-consideration of his contribution to psychiatry. History of psychiatry. 2014;25(4):431-40.
22. Blom J. A hundred years of schizophrenia: from Bleuler to DSM-V. Tijdschrift voor psychiatrie. 2007;49(12):887-95.
23. Réthelyi J. Diagnosing schizophrenia: from Bleuler to DSM-V. Neuropsychopharmacologia Hungarica: a Magyar Pszichofarmakologiai Egyesület lapja= official journal of the Hungarian Association of Psychopharmacology. 2011;13(4):193-203.
24. Köroğlu E. DSM-5 Tanı ölçütleri başvuru el kitabı: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık; 2013.
25. Fischer B, Buchanan R. Schizophrenia: Clinical manifestations, course, assessment and diagnosis. UpToDate. Recuperato. 2017;11:1-150.
26. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye'de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. Turk Psikiyatri Derg. 2011;22(1):40-52.
27. Dziwota E, Stepulak MZ, Włoszczak-Szubzda A, Olajossy M. Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia. Annals of Agricultural and Environmental Medicine. 2018;25(1):50-5.

28. Doğanavşargil GÖ. şizofreni ve depresyonda içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi: DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
29. Karakuş G, Kocal Y, Sert D. şizofreni: Etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2017;26(2):251-67.
30. Li R, Ma X, Wang G, Yang J, Wang C. Why sex differences in schizophrenia? Journal of translational neuroscience. 2016;1(1):37.
31. Salem JE, Kring AM. The role of gender differences in the reduction of etiologic heterogeneity in schizophrenia. Clinical Psychology Review. 1998;18(7):795-819.
32. Sadock B, Sadock V. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sekizinci Baskı (Çeviri Ed. H Aydın, A Bozkurt). Ankara, Güneş Yayınevi. 2007.
33. Townsend MC. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri: kanıta dayalı uygulama bakım kavramları: Akademisyen Kitabevi; 2016.
34. Fatani BZ, Aldawod R, Alhawaj A, Alsadah S, Slais FR, Alyaseen EN, et al. Schizophrenia: etiology, pathophysiology and management-a review. The Egyptian Journal of Hospital Medicine. 2017;69(6):2640-6.
35. Ayano G. Schizophrenia: a concise overview of etiology, epidemiology diagnosis and management: review of literatures. J Schizophrenia Res. 2016;3(2):2-7.
36. Kim M. Understanding the Etiology and Treatment Approaches of Schizophrenia: Theoretical Perspectives and Their Critique. Open Journal of Psychiatry. 2016;6(04):253.
37. Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan M. Schizophrenia,“just the facts” 4. Clinical features and conceptualization. 2009;110(1-3):1-23.
38. Arango C, Carpenter WT. The schizophrenia construct: Symptomatic presentation. 2011.
39. Marcsisin MJ, Rosenstock JB, Gannon JM. Schizophrenia and related disorders: Oxford University Press; 2016.
40. Esen Danacı A, Böke Ö, Saka M, Erol A, Ulusoy Kaymak S. şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. 2018.
41. Barbato A, Initiative W, Organization WH. Schizophrenia and public health. World Health Organization; 1997.
42. Stahl SM, Schwartz TL. Stahl's essential psychopharmacology: Case studies: Cambridge university press; 2016.

43. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? Archives of general psychiatry. 2007;64(10):1123-31.
44. Köroğlu E, Anksiyete Y. Hekimler Yayın Birliği. Ankara; 2013.
45. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. 3. baskı. Ankara: Çizgi Tıp Yayınları. 2001.
46. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences. Clinical psychiatry. 2003;9:632.
47. Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. Lancet. 2004;363(9426):2063-72.
48. Öztürk M, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.(10. baskı). Nobel Tıp Kitabevleri: Ankara. 2004:291-342.
49. Aykut DS. Şizofreni Hastalarında Hastalık Süresinin Klinik Özelliklere Etkisi. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2017;20(4).
50. Aydemir Ö. Şizofrenide İşlevsellik ve Paliperidon: Bireysel ve Toplumsal Performans Ölçeği ile Yapılan Çalışmaların Gözden Geçirilmesi. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni. 2009;19.
51. Lançon C, Baylé F-J, Llorca P-M, Rouillon F, Caci H, Lancrenon S, et al. Time-stability of the “Functional Remission of General Schizophrenia”(FROGS) scale. European psychiatry. 2012;27(6):437-41.
52. Llorca P-M, Lançon C, Lancrenon S, Bayle F-J, Caci H, Rouillon F, et al. The “Functional Remission of General Schizophrenia”(FROGS) scale: development and validation of a new questionnaire. Schizophrenia research. 2009;113(2-3):218-25.
53. Özkan B, Erdem E, Demirel Özsoy S, Zararsız G. şizofreni hastalarına verilen ruhsal eğitim ve telepsikiyatrik izlemenin hasta işlevselliği ve ilaç uyumuna etkisi. Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2013;14(3).
54. Hill K, Startup M. The relationship between internalized stigma, negative symptoms and social functioning in schizophrenia: the mediating role of self-efficacy. Psychiatry research. 2013;206(2-3):151-7.
55. Yıldız M. Şizofrenide Psikososyal Beceri Eğitiminde İçerik ve Etkinlikler. Klinik Psikiyatri Dergisi.4(2):119-23.
56. Söğütlü L, Özen S, Varlık C, Güler A. Psychosocial skill training applied to schizophrenia patients at community mental health center and the results. Anadolu Psikiyatr De. 2017;18(2):121-8.



57. Tungpunkom P, Maayan N, Soares-Weiser K. Life skills programmes for chronic mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012(1).
58. Prestia D, Robertson B, Twamley E, Patterson T, Bowie C, Harvey P. Social Competence Versus Negative Symptoms as Predictors of Real World Social Functioning in Schizophrenia. *European Psychiatry*. 2015;30:1756.
59. Schennach-Wolff R, Jäger M, Seemüller F, Obermeier M, Messer T, Laux G, et al. Defining and predicting functional outcome in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia research*. 2009;113(2-3):210-7.
60. Kane JM, Correll CU. Pharmacologic treatment of schizophrenia. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2010;12(3):345.
61. Nasrallah HA, Smeltzer DJ, Tekin B. Şizofreni: güncel tanı ve tedavi el kitabı: Cordisgroup; 2005.
62. Sevinçok L. Şizofrenide Psikososyal Tedaviler. Şizofreni Dizisi. 2000;1:72-80.
63. Üçok A. Şizofreninin Erken Döneminde Klinik Özellik-ler ve Tedavi İlkeleri. *Klinik Psikiyatri*. 2008;11(Ek 1):3-8.
64. Buchain PC, Vizzotto ADB, Henna Neto J, Elkis H. Randomized controlled trial of occupational therapy in patients with treatment-resistant schizophrenia. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2003;25(1):26-30.
65. Cook S, Chambers E, Coleman JH. Occupational therapy for people with psychotic conditions in community settings: a pilot randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*. 2009;23(1):40-52.
66. Valencia M, Rascón ML, Juárez F, Murow E. A psychosocial skills training approach in Mexican out-patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*. 2007;37(10):1393-402.
67. Tedaviler RT. Ciddi Ruhsal Hastalıklarda Ruhsal Toplumsal Tedaviler. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2009;2(2):52-6.
68. Gunatilake S, Ananth J, Parameswaran S, Brown S, Silva W. Rehabilitation of schizophrenic patients. *Current pharmaceutical design*. 2004;10(18):2277-88.
69. Sayıl I. Bireyden topluma ruh sağlığı. İstanbul: Erler Matbaacılık. 2004.
70. Üçok A, Atlı H, Çetinkaya Z, PE K. Şizofreni hastalarında bütüncül yaklaşımlı grup tedavisinin yaşam kalitesine etkisi: Bir yıllık uygulama sonuçları. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2002;39:113-8.

71. Yıldız M, Yüksel A, Erol A. Şizofrenide ruhsal ve toplumsal beceri eğitimi deneyimleri. Türkiye’de psikiyatri. 2005;7:25-32.
72. Andreasen NC, Carpenter Jr WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. American Journal of Psychiatry. 2005;162(3):441-9.
73. Doğan S, Doğan O, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö, Doğan FB. Psychosocial approaches in outpatients with schizophrenia. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2004;27(3):279.
74. Macpherson R, Edwards TR, Chilvers R, David C, Elliott HJ. Twenty-four hour care for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009(2).
75. Moriana JA, Alarcón E, Herruzo J. In-home psychosocial skills training for patients with schizophrenia. Psychiatric Services. 2006;57(2):260-2.
76. Alataş G, Kurt E, Alataş ET, Bilgiç V, Karatepe HT. Duygudurum bozukluklarında psikoeğitim. Düşünen Adam. 2007;20(4):196-205.
77. Bilge A, Ekitli Gb, Embel N, Kaya Fg, Turan Hsk, Oğulluk Mk. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’ndeki Şizofreni Hastalarına Uygulanan Öncü Belirtileri Tanıma Ve Baş Etme Eğitiminin İçgörü Düzeyi Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. UHD. 2016; 7:52.
78. Breitborde NJ, Moreno FA, Mai-Dixon N, Peterson R, Durst L, Bernstein B, et al. Multifamily group psychoeducation and cognitive remediation for first-episode psychosis: a randomized controlled trial. BMC psychiatry. 2011;11(1):9.
79. Nasr T, Kausar R. Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: a randomized controlled trial. Annals of general psychiatry. 2009;8(1):17.
80. Şengün F, Altıok HÖ, Üstün B. Kanıta Dayalı Uygulama: Psikoeğitim. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2011;27(3):66-74.
81. Akı E, Şahin S. Grup Liderleri İçin Araçlar. 2015.
82. Lehman AF, Steinwachs DM. Evidence-based psychosocial treatment practices in schizophrenia: lessons from the patient outcomes research team (PORT) project. Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry. 2003;31(1: Special issue):141-54.
83. Işık E, Şizofreni G. Format Matbaacılık, s: 450-487. Ankara; 2006.
84. Pfammatter M, Junghan UM, Brenner HD. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. Schizophrenia bulletin. 2006;32:S64-S80.

85. Chien WT, Wong K-F. A family psychoeducation group program for Chinese people with schizophrenia in Hong Kong. *Psychiatric services*. 2007;58(7):1003-6.
86. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World psychiatry*. 2011;10(1):52.
87. Vancampfort D, Knapen J, Probst M, Scheewe T, Remans S, De Hert M. A systematic review of correlates of physical activity in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2012;125(5):352-62.
88. Vancampfort D, Probst M, Helvik Skjaerven L, Catalán-Matamoros D, Lundvik-Gyllensten A, Gómez-Conesa A, et al. Systematic review of the benefits of physical therapy within a multidisciplinary care approach for people with schizophrenia. *Physical therapy*. 2012;92(1):11-23.
89. Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, Keith SJ. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158(2):163-75.
90. Khare C, Mueser KT, McGurk SR. Vocational rehabilitation for individuals with schizophrenia. *Current Treatment Options in Psychiatry*. 2016;3(2):99-110.
91. Karakuş G, Kocal Y, Damla S. Şizofreni: Etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. 2017;26(2):251-67.
92. Marks SR, MacDermid S, Family t. Multiple roles and the self: A theory of role balance. 1996:417-32.
93. Sheldon K, theories. Defining and validating measures of life balance: Suggestions, a new measure, and some preliminary results. 2009:61-72.
94. Sheldon KM, Niemiec C, psychology s. It's not just the amount that counts: Balanced need satisfaction also affects well-being. 2006;91(2):331.
95. Stamm T, Lovelock L, Stew G, Nell V, Smolen J, Machold K, et al. I have a disease but I am not ill: A narrative study of occupational balance in people with rheumatoid arthritis. 2009;29(1):32-9.
96. Håkansson C, Dahlin-Ivanoff S, Sonn U. Achieving balance in everyday life. 2006;13(1):74-82.
97. Marks S, research. Multiple roles and life balance: An intellectual journey. 2009:43-58.
98. Backman C. Occupational balance: Exploring the relationships among daily occupations and their influence on well-being. 2004;71(4):202-9.

99. Håkansson C, Lissner L, Björkelund C, Sonn U. Engagement in patterns of daily occupations and perceived health among women of working age. 2009;16(2):110-7.
100. Matuska K, Participation, Health. Validity evidence of a model and measure of life balance. 2012;32(1):229-37.
101. Lee SW, Taylor R, Kielhofner G, Fisher G. Theory use in practice: a national survey of therapists who use the Model of Human Occupation. 2008;62(1):106-17.
102. Krupa T, McLean H, Eastabrook S, Bonham A, Baksh L. Daily time use as a measure of community adjustment for persons served by assertive community treatment teams. 2003;57(5):558-65.
103. Bejerholm U, Eklund M. Engagement in occupations among men and women with schizophrenia. 2006;13(2):100-21.
104. Bejerholm U, Eklund M. Occupational engagement in persons with schizophrenia: Relationships to self-related variables, psychopathology, and quality of life. 2007;61(1):21-32.
105. Bejerholm U, Hansson L, Eklund M. Profiles of occupational engagement in people with schizophrenia (POES): the development of a new instrument based on time-use diaries. 2006;69(2):58-68.
106. Austin J. Schizophrenia: an update and review. 2005;14(5):329-40.
107. Melges FT. Time and the inner future: A temporal approach to psychiatric disorders: John Wiley & Sons; 1982.
108. Creek J, Lougher L. Occupational therapy and mental health: Elsevier Health Sciences; 2011.
109. Neville A, Kreisberg A, Kielhofner G. Temporal dysfunction in schizophrenia. 1985;5(1):1-19.
110. Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L. The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance. 1996;63(1):9-23.
111. Suto M, Frank G. Future time perspective and daily occupations of persons with chronic schizophrenia in a board and care home. 1994;48(1):7-18.
112. Eklund M, Hansson L, Bejerholm U, Epidemiology P. Relationships between satisfaction with occupational factors and health-related variables in schizophrenia outpatients. 2001;36(2):79-85.

113. Leufstadius C, Erlandsson LK, Björkman T, Eklund M. Meaningfulness in daily occupations among individuals with persistent mental illness. 2008;15(1):27-35.
114. Argentzell E, Håkansson C, Eklund M. Experience of meaning in everyday occupations among unemployed people with severe mental illness. 2012;19(1):49-58.
115. Eklund M, Leufstadius C. Relationships between occupational factors and health and well-being in individuals with persistent mental illness living in the community. 2007;74(4):303-13.
116. Christiansen C. Three perspectives on balance in occupation. 1996:431-51.
117. Wada M, Backman CL, Forwell S. Theoretical perspectives of balance and the influence of gender ideologies. 2010;17(2):92-103.
118. Mee J, Sumsion T, Craik C. Mental health clients confirm the value of occupation in building competence and self-identity. 2004;67(5):225-33.
119. Bejerholm U, Eklund M. Time use and occupational performance among persons with schizophrenia. 2004;20(1):27-47.
120. Minato M, Zemke R. Occupational choices of persons with schizophrenia living in the community. 2004;11(1):31-9.
121. Edgelow M, Krupa T. Randomized controlled pilot study of an occupational time-use intervention for people with serious mental illness. 2011;65(3):267-76.
122. Smith NR, Kielhofner G, Watts J. The relationships between volition, activity pattern, and life satisfaction in the elderly. 1986;40(4):278-83.
123. Netemeyer RG, Boles JS, McMurrian R. Development and validation of work–family conflict and family–work conflict scales. 1996;81(4):400.
124. Davis R, Balkin RS, Juhnke G, Counseling Ei, Development. Validation of the Juhnke–Balkin life balance inventory. 2014;47(3):181-98.
125. Günal A, Pekçetin S, Demirtürk F, Şenol H, Håkansson C, Wagman P. Validity and reliability of the Turkish Occupational Balance Questionnaire (OBQ11-T). 2020;27(7):493-9.
126. Tezbaşaran AA. Likert tipi ölçek geliştirme klavuzu: Türk Psikologlar Derneği; 1997.
127. Ergin YD. 1. ölçeklerde geçerlik ve güvenirlik. 1995.
128. Halil T. Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. 1977.

129. Özçelik D. Okullarda ölçme ve değerlendirme: ÜSYM-Eğitim Yayınları. 1981.
130. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. 2004.
131. Öncü H, Ankara. Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme, Matser Basım San. 1994.
132. Thorndike RM, Cunningham GK, Thorndike RL, Hagen EP. Measurement and evaluation in psychology and education: Macmillan Publishing Co, Inc; 1991.
133. Carmines EG, Zeller R. Reliability and Validity Assessment. 5th printing. 1982;9.
134. Çapık C, Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: Güncellenmiş rehber. 2018;26(3):199-210.
135. Aktürk Z, Acemoğlu H, Işık M, Akçay F. Sağlık çalışanları için araştırma ve pratik istatistik, örnek problemler ve SPSS çözümleri. 2017.
136. Alpar R. Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik [Applied Statistics and Validity-Reliability Studies with Examples from Sports, Health and Education]. I. Baskı; 2010.
137. Erefe İ. Hemşirelikte araştırma: İlke süreç ve yöntemleri: Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği-Hemar-Ge; 2002.
138. Çakmur H. Araştırmalarda Ölçme-Güvenilirlik-Geçerlilik. 2012;11(3).
139. Tavşancıl E, Ankara. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. 2002.
140. Baydur H, Eser EJSB. Uygulama: yaşam kalitesi ölçeklerinin psikometrik çözümlenmesi. 2006;1(2):99-123.
141. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik: Hatiboğlu Yayınları; 2012.
142. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz M. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. 2000;25(24):3186-91.
143. Guy W. Clinical global impression. 1976:217-22.
144. Kay SR, Fiszbein A, Opler L. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. 1987;13(2):261.
145. Kostakoğlu A, Batur S, Tiryaki A, Göğüs A. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. 1999;14:23-32.

146. Kılıç S. Cronbach'in alfa güvenilirlik katsayısı. 2016;6(1):47-8.
147. Yüksel N. Psikofarmakoloji, Çizgi Tıp Yayınevi. İkinci baskı. 2003.
148. Anaby DR, Backman CL, Jarus T. Measuring occupational balance: A theoretical exploration of two approaches. 2010;77(5):280-8.
149. Larivière N, Levasseur M. Traduction et validation du questionnaire ergothérapique l'Inventaire de l'équilibre de vie: Translation and validation of the Life Balance Inventory: An occupational therapy questionnaire. 2016;83(2):103-14.
150. Kim EY, Lee SW, Kim Y, Lee S-H, Kim H, Gwon J. Psychometric Characteristics of Korean Version of Life Balance Inventory (K-LBI) and Relationship Between Life Balance and Sensory Processing. 2018;16(2):36-49.
151. Van Gils A, Meyer S, Beyens H, Schillebeeckx F, Verheyden G, Kos DJD, et al. Psychometric properties of the Flemish version of the life balance inventory: a patient-reported outcome measure in the chronic stage after stroke. 2020;42(20):2951-8.
152. Kos D, Ferdinand S, Duportail M, Eijssen I, Schouteden S, Kerkhofs L, et al. Assessing life balance of European people with multiple sclerosis: A multicenter clinimetric study within the RIMS network. 2020;39:101879.
153. Matuska K, Bass J, Schmitt J, participation, health. Life balance and perceived stress: Predictors and demographic profile. 2013;33(3):146-58.
154. AOTA. Occupational Therapy Practice Framework: Domain Et Process. 2020.

## 8.EKLER

EK 1



T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-1290

Konu :

## ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

**Toplantı Tarihi** : 29 HAZİRAN 2021 SALI  
**Toplantı No** : 2021/13  
**Proje No** : GO 19/779 (Onay Tarihi: 03.09.2019)  
**Karar No** : 2021/13-129

Kurulumuzun 03.09.2019 tarihli toplantısında GO 19/779 kayıt numarası ile onaylanmış olan, Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Esra AKI'nın sorumlu araştırmacı olduğu, Uzm. Dr. Emre MUTLU, Dr. Fzt. Hatice ABAOĞLU, Erg. Sultan AKEL, Erg. Damla AYGÜN ile birlikte çalışacakları, GO 19/779 kayıt numaralı, **"Yaşam Dengesi Envanteri'nin Türkçe Uyarlaması ve Şizofreni Tanısı Alan Bireylerde Geçerlik ve Güvenirliliğinin İncelenmesi"** başlıklı proje için vermiş olduğunuz 28.06.2021 tarihli süre uzatma ve araştırmacının niteliği ile ilgili dilekçe talebiniz Kurulumuzun 29.06.2021 tarihli toplantısında görüşülmüş ve çalışmanın bireysel araştırma projesi kapsamından çıkarılarak Erg. Sultan AKEL'in yüksek lisans tezi kapsamına alınması **uygun bulunmuş** ve kayıtlarımıza eklenmiştir. Projenin yeni sonlanım tarihi 31 Aralık 2021 olarak belirlenmiştir. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

1. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN	(Başkan)	7. Doç. Dr. Nüket Paksoy ERBAYDAR	(Üye)
2. Prof. Dr. G. Burça AYDIN	(Üye)	8. Doç. Dr. Betül Çelebi SALTIK	(Üye)
3. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK	(Üye)	9. Doç. Dr. Hande Güney DENİZ	(Üye)
4. Prof. Dr. Ayşe Kin İŞLER	(Üye)	10. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR	(Üye)
5. Doç. Dr. H. Tuna Çak ESEN	(Üye)	11. Av. Serap MORALIOĞLU	(Üye)
6. Doç. Dr. Can Ebru KURT	(Üye)		



EK 2

## YAŞAM DENGESİ ENVANTERİ'NİN ŞİZOFRENİ TANISI ALAN BİREYLERDE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİNİN İNCELENMESİ

SULTAN AKEL

SAYFA SAYISI:67

## Yüksek Lisans Tez Çalışması

## ORJİNALLİK RAPORU

% <b>10</b>	% <b>10</b>	% <b>3</b>	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

## BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<a href="http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080">www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080</a> İnternet Kaynağı	% <b>4</b>
<b>2</b>	<a href="http://openaccess.hacettepe.edu.tr:8080">openaccess.hacettepe.edu.tr:8080</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>3</b>	<a href="http://toad.halileksi.net">toad.halileksi.net</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>4</b>	<a href="http://www.researchgate.net">www.researchgate.net</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>5</b>	<a href="http://dspace.trakya.edu.tr">dspace.trakya.edu.tr</a> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>6</b>	<a href="http://toad.edam.com.tr">toad.edam.com.tr</a> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>7</b>	<a href="http://www.turkpsikiyatri.com">www.turkpsikiyatri.com</a> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>8</b>	<a href="http://acikerisim.ybu.edu.tr:8080">acikerisim.ybu.edu.tr:8080</a> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>9</b>	<a href="http://www.springerprofessional.de">www.springerprofessional.de</a> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>

EK 3



## Digital Receipt

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author: **Sultan Akel**  
 Assignment title: **cuha**  
 Submission title: **Yüksek Lisans Tezi**  
 File name: **Tez\_al\_mas.docx**  
 File size: **232.51K**  
 Page count: **51**  
 Word count: **11,006**  
 Character count: **77,246**  
 Submission date: **16-Sep-2021 11:04AM (UTC+0300)**  
 Submission ID: **1649748884**



EK 4

## **BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

### **(Tanı Grubu)**

(Araştırmacının Açıklaması)

Bu araştırmanın, Etimesgut Şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde yapılması planlanmıştır. Araştırmanın ismi '**Yaşam Dengesi Envanteri'nin Şizofreni Tanısı Alan Bireylerde Geçerlilik ve Güvenilirliğinin İncelenmesi**'dir. Prof. Dr. Esra Akı'nın sorumlu araştırmacı olduğu ve Uzm.Dr. Emre Mutlu, Doç. Dr. Sevginar Vatan, Dr. Fzt Hatice Abaoğlu, Erg.Sultan Akel'in araştırma ekibinde yer aldığı bu araştırmanın amacı, yaşam dengesini değerlendiren Yaşam Dengesi Envanteri'nin şizofreni tanısı olan bireylerde geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirmek ve bireylerin değerlendirilmesi sürecine katkıda bulunmaktır.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Uzm. Dr. Emre Mutlu tarafından Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği ve Klinik Global İzlenim Ölçeği; Dr. Fzt. Hatice Abaoğlu ve Erg. Sultan Akel tarafından Yaşam Dengesi Envanteri uygulanacak ve bulgularınız kaydedilecektir (yaklaşık 30 dk). Bu değerlendirmeler sırasında herhangi bir tehlike içeren durumla karşılaşmayacaksınız.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, izleyiciler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir. Bu formu imzalayarak söz konusu erişime izin vermiş olacaksınız. Araştırma planında meydana gelebilecek değişiklikler konusunda zamanında bilgilendirileceksiniz.

Araştırmamıza katılımını planladığımız kişi sayısı 46'dır. Araştırmamız yaklaşık 4 hafta sürecektir. Bu süre katılımınıza ve kurumsal nedenlere bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Klinik durumunuzda meydana gelebilecek herhangi bir değişiklik sonrasında araştırmaya katılımınız sona erecektir.

Araştırmamızdan elde edilen veriler bilimsel amaçlı saklı tutulup sadece ülkemizde kullanılacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Uzm. Dr. Emre Mutlu ve Erg. Sultan Akel tarafından Etimesgut Şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam terapist ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum.

Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağını bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına

girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda ya da araştırma ile ilgili herhangi bir soru ya da sorunum olduğunda; herhangi bir saatte Dr. Fzt. Hatice Abaoğlu'nu no'lu telefonda, Erg.Sultan Akel'i no'lu telefonda arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen terapist tarafından yapıldı.

Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

### **Katılımcı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Tarih:

### **Katılımcı ile görüşen terapist**

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

(Veli ya da Vasinin Beyanı)

Sayın Uzm. Dr. Emre Mutlu ve Erg. Sultan Akel tarafından Etimesgut Şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra vasi ya da velisi bulunduğum kişinin böyle bir araştırmaya "katılımcı" olması için davet edildim.

Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında vasi ya da velisi bulunduğum kişinin kişisel bilgilerinin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Uygulama sırasında herhangi bir sebep göstermeden vasi ya da velisi bulunduğum kişi için verdiğim bu oluru geri çekebilirim.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim) Ayrıca vasi ya da velisi bulunduğum kişinin tıbbi durumuna herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında herhangi bir sorun ile karşılaştığımda ya da araştırma ile ilgili herhangi bir soru ya da sorunum olduğunda; herhangi bir saatte Dr. Fzt. Hatice Abaoğlu'nu no'lu telefondan, Erg.Sultan Akel'i no'lu telefondan arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya vasi ya da velisi bulunduğum kişinin katılmasını onaylamak zorunda değilim. Araştırmaya vasi ya da velisi bulunduğum kişinin katılmasını onaylamam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer vasi ya da velisi bulunduğum kişinin katılmasını reddedersem, bu durumun hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde, vasi ya da velisi bulunduğum kişinin “katılımcı” olarak yer alabilmesi kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

**Hastanın yasal temsilcisi (veli ya da vasi);**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Tarih:

**Katılımcı ile görüşen terapist**

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

**(Sağlıklı Grup)**

(Hekimin/Terapistin Açıklaması)

Bu araştırmanın, Etimesgut Şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde yapılması planlanmıştır. Araştırmanın ismi ‘Yaşam Dengesi

**Envanteri'nin Şizofreni Tanısı Alan Bireylerde Geçerlilik ve Güvenilirliğinin İncelenmesi'dir.** Prof. Dr. Esra Aki'nın sorumlu araştırmacı olduğu ve Uzm.Dr. Emre Mutlu, Doç. Dr. Sevginar Vatan, Dr. Fzt Hatice Abaoğlu, Erg.Sultan Akel'in araştırma ekibinde yer aldığı bu araştırmanın amacı, yaşam dengesini değerlendiren Yaşam Dengesi Envanteri'nin Türk kültürüne adaptasyonunu değerlendirmek ve şizofreni tanısı alan bireylerde geçerlilik ve güvenilirliğini test etmektir. Türk kültüründe klinisyenlere ve katılımcılara değerlendirme anlamında katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Dr. Fzt. Hatice Abaoğlu ve Erg. Sultan Akel tarafından Yaşam Dengesi Envanteri uygulanacak ve bulgularınız kaydedilecektir (yaklaşık 150 dk). Bu değerlendirmeler sırasında herhangi bir tehlike içeren durumla karşılaşmayacaksınız.

Sizinle ilgili bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, izleyiciler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir. Bu formu imzalayarak söz konusu erişime izin vermiş olacaksınız. Araştırma planında meydana gelebilecek değişiklikler konusunda zamanında bilgilendirileceksiniz.

Araştırmamızdan elde edilen veriler bilimsel amaçlı saklı tutulup sadece ülkemizde kullanılacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığımız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

(Katılımcının Beyanı)



Sayın Erg. Sultan Akel tarafından Etimesgut Şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam terapist ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum.

Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağını bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda ya da araştırma ile ilgili herhangi bir soru ya da sorunum olduğunda; herhangi bir saatte Dr. Fzt. Hatice Abaoğlu'nu no'lu telefonda, Erg.Sultan Akel'i no'lu telefonda arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen terapist tarafından yapıldı.

Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

**Katılımcı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Tarih:

**Katılımcı ile görüşen terapist**

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

## EK 5

**SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU**

1.Yaşınız.....

2.Cinsiyetiniz.....

1.Kadın

2.Erkek

3.Medeni Durum

1.Evli

2.Bekar

3.Boşanmış

4.Eğitim Durumu

1.Okur-yazar değil

2.Okur-yazar

3.İlkokul mezunu

4.Ortaokul mezunu

5.Lise mezunu

6.Yüksekokul/Üniversite mezunu

5.Mesleğiniz.....

6.Şu anda çalışıyor musunuz?

1.Evet

2.Hayır

7. Sosyal Güvence

1.Yok

2.Var

8.Gelir Durumu Algısı

1.İyi

2.Orta

3.Kötü

9.İkametgah ettiğiniz il?

1.Ankara

2.Diğer.....

10.Aileniz kaç kişiden oluşuyor?

11.Düzenli olarak kullandığınız ilaç/ilaçlar var mı? Var ise ne/nelerdir?

## EK 6

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

## KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ (CGI)

### HASTALIK ŞİDDETİ

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

1. Normal, hasta değil
2. Hastalık sınırında
3. Hafif düzeyde hasta
4. Orta düzeyde hasta
5. Belirgin düzeyde hasta
6. Ağır hasta
7. Çok ağır hasta

### DÜZELME

Hastanın ilk değerlendirildiğindeki durumunu düşünürseniz, sizce bu hasta ne kadar değişti?

1. Çok düzeldi
2. Oldukça düzeldi
3. Biraz düzeldi
4. Hiç değişiklik yok
5. Biraz kötüleşti
6. Oldukça kötüleşti
7. Çok kötüleşti

### YAN ETKİ ŞİDDETİ

Bu maddeyi sadece ilaç etkisini gözönüne alarak değerlendiriniz. Yan etkiyi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

1. Hiç yok
2. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkilemiyor
3. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkiliyor
4. Terapötik etkinin yararlarını gözardı ettirecek düzeyde etkiliyor

## POZİTİF BELİRTİLER ALTÖLÇEĞİ (P)

P1. SANRILAR	1	2	3	4	5	6	7
P2. DÜŞÜNCE DAĞINIKLIĞI	1	2	3	4	5	6	7
P3. VARSANILAR	1	2	3	4	5	6	7
P4. TAŞKINLIK	1	2	3	4	5	6	7
P5. BÜYÜKLÜK DUYGULARI	1	2	3	4	5	6	7
P6. ŞÜPHECİLİK/KÖTÜLÜK GÖRME	1	2	3	4	5	6	7
P7. DÜŞMANCA TUTUM	1	2	3	4	5	6	7

## NEGATİF SENDROM ALTÖLÇEĞİ (N)

N1. DUYGULANIMDA KÜNTLEŞME	1	2	3	4	5	6	7
N2. DUYGUSAL İÇEÇEKİLME	1	2	3	4	5	6	7
N3. İLİŞKİ KURMADA GÜÇLÜK	1	2	3	4	5	6	7
N4. PASİF/KAYITSIZ BİÇİMDE KENDİNİ TOPLUMDAN ÇEKME	1	2	3	4	5	6	7
N5. SOYUT DÜŞÜNME GÜÇLÜĞÜ	1	2	3	4	5	6	7
N6. KONUŞMANIN KENDİLİĞİNDEN VE AKICI OLMASININ KAYBI	1	2	3	4	5	6	7
N7. STEREOTİPİK DÜŞÜNME	1	2	3	4	5	6	7

## GENEL PSİKOPATOLOJİ ALTÖLÇEĞİ (G)

G1. BEDENSEL KAYGI	1	2	3	4	5	6	7
G2. BUNALTI	1	2	3	4	5	6	7
G3. SUÇLULUK DUYGULARI	1	2	3	4	5	6	7
G4. GERGINLIK	1	2	3	4	5	6	7
G5. MANYERİZM 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. İŞBİRLİĞİ KURAMAMA	1	2	3	4	5	6	7
G9. OLAĞANDIŞI DÜŞÜNCE İÇERİĞİ	1	2	3	4	5	6	7
G10. YÖNELİM BOZUKLUĞU	1	2	3	4	5	6	7
G11. DİKKAT AZALMASI	1	2	3	4	5	6	7
G12. YARGILAMA VE İÇGÖRÜ EKŞİKLİĞİ	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. ZİHİNSEL AŞIRI UĞRAŞI	1	2	3	4	5	6	7
G16. AKTİF BİÇİMDE SOSYAL KAÇINMA	1	2	3	4	5	6	7

## PUANLAMA

POZİTİF BELİRTİLER ALTÖLÇEĞİ (P): \_\_\_\_\_

NEGATİF BELİRTİLER ALTÖLÇEĞİ (N): \_\_\_\_\_

GENEL PSİKOPATOLOJİ ALTÖLÇEĞİ (G): \_\_\_\_\_

TOPLAM PUAN: \_\_\_\_\_

## Yaşam Dengesi Envanteri

Aşağıdaki maddeleri derecelendirirken, 1. ADIM, EVET veya HAYIR'ı daire içine alarak, aktiviteyi yapıp yapmadığınızı ya da yapmak isteyip istemediğinizi gösterir. Sonra, EVET olarak daire içine aldığımız aktiviteler için, 2. ADIM'da, geçtiğimiz ay her bir aktiviteyi yaparken kendinizi düşünün ve her aktivite için harcamak istediğiniz zamanla kıyasla, gerçekte ne kadar zaman harcadığınızı değerlendirin.

1. ADIM:		2. ADIM: EVET'i daire içine aldığımız aktiviteler için, Bu aktiviteyi yapmak için harcadığım süre:					
Bu aktiviteyi YAPARIM		HER ZAMAN	BAZEN	benim için	BAZEN	HER ZAMAN	
Ya da bu aktiviteyi YAPMAK İSTERİM		istediğimden	istediğimden	YETERLİ	istediğimden	istediğimden	
		DAHA AZ	DAHA AZ		DAHA ÇOK	DAHA ÇOK	
Evet	Hayır	Kişisel hijyen ve banyo yapma	1	2	3	2	1
Evet	Hayır	Dış görüntünüze önem verme	1	2	3	2	1
Evet	Hayır	Yeterli uyku uyma	1	2	3	2	1
Evet	Hayır	Dinlenme	1	2	3	2	1
Evet	Hayır	Düzenli egzersiz yapma	1	2	3	2	1
Evet	Hayır	Sağlıklı beslenme	1	2	3	2	1
Evet	Hayır	Sağlık ihtiyaçlarınızı karşılama	1	2	3	2	1
Evet	Hayır	Para idaresi (faturalar /bütçe / yatırımlar)	1	2	3	2	1
Evet	Hayır	Araba kullanma	1	2	3	2	1
Evet	Hayır	Otobüse binme	1	2	3	2	1
Evet	Hayır	Aile üyeleriyle bir şeyler yapma	1	2	3	2	1
Evet	Hayır	Eş/sevgili ile bir şeyler yapma	1	2	3	2	1
Evet	Hayır	Arkadaşlarla bir şeyler yapma	1	2	3	2	1
Evet	Hayır	Çocuklarla ya da aile üyeleriyle ilgilenme	1	2	3	2	1
Evet	Hayır	Yakın cinsel ilişki kurma	1	2	3	2	1
Evet	Hayır	Gruplara katılma (kulüpler, kurslar, vb.)	1	2	3	2	1
Evet	Hayır	Yeni insanlarla tanışma	1	2	3	2	1
Evet	Hayır	Gelir amaçlı çalışma	1	2	3	2	1
Evet	Hayır	İşinizde yetkinlik kazanma	1	2	3	2	1
Evet	Hayır	İşyerinde sosyalleşme	1	2	3	2	1
Evet	Hayır	Dini aktivitelere katılma	1	2	3	2	1
Evet	Hayır	Geleneksel ritüellere, tatillere katılma	1	2	3	2	1
Evet	Hayır	Eğitim fırsatlarına katılma	1	2	3	2	1
Evet	Hayır	Profesyonel organizasyonlara katılma	1	2	3	2	1
Evet	Hayır	Toplumda gönüllü olma	1	2	3	2	1
Evet	Hayır	Organize sporlara katılma	1	2	3	2	1
Evet	Hayır	Açık hava aktiviteleri yapma (avlanma, balık tutma)	1	2	3	2	1

1. ADIM:		2. ADIM: EVET'i daire içine aldığımız aktiviteler için, Bu aktiviteyi yapmak için harcadığım süre:				
Bu aktiviteyi YAPARIM		istediğimden	istediğimden	benim için	istediğimden	istediğimden
Ya da bu aktiviteyi YAPMAK İSTERİM		HER ZAMAN	BAZEN	HEMEN HEMEN	BAZEN	HER ZAMAN
		DAHA AZ	DAHA AZ	ÖYLE	DAHA ÇOK	DAHA ÇOK
Evet	Hayır Bahçe işleri	1	2	3	2	1
Evet	Hayır Doğa ile baş başa olma	1	2	3	2	1
Evet	Hayır Olayları planlama ve koordine etme	1	2	3	2	1
Evet	Hayır Mekanları dekore etme ya da düzenleme	1	2	3	2	1
Evet	Hayır Yemek yapma	1	2	3	2	1
Evet	Hayır Ev işi yapma	1	2	3	2	1
Evet	Hayır Alışveriş yapma	1	2	3	2	1
Evet	Hayır Evcil hayvan bakımı	1	2	3	2	1
Evet	Hayır Restoran/barlara gitme	1	2	3	2	1
Evet	Hayır Tiyatro, sinema, spor etkinliklerine katılma	1	2	3	2	1
Evet	Hayır El sanatları, hobi	1	2	3	2	1
Evet	Hayır Müzik yapma	1	2	3	2	1
Evet	Hayır Sanat yapma	1	2	3	2	1
Evet	Hayır Araç gereç bakımı ya da tamiri	1	2	3	2	1
Evet	Hayır Dikiş dikme/iğne işi	1	2	3	2	1
Evet	Hayır Kitap okuma	1	2	3	2	1
Evet	Hayır Bilgisayar kullanma (metin, internet, bloglar)	1	2	3	2	1
Evet	Hayır Derin düşünme ya da meditasyon	1	2	3	2	1
Evet	Hayır Günlük tutma	1	2	3	2	1
Evet	Hayır Oluşturma, yazma (beste, şiir vb)	1	2	3	2	1
Evet	Hayır Dans etme, yoga yapma vb.	1	2	3	2	1
Evet	Hayır Beceri oyunları oynama (kartlar, elektronik vb)	1	2	3	2	1
Evet	Hayır TV izleme	1	2	3	2	1
Evet	Hayır Başkalarına rehberlik etme (eğitme)	1	2	3	2	1
Evet	Hayır Seyahat etme (yurtiçi ya da yurtdışı)	1	2	3	2	1
Evet	Hayır Hikaye anlatma	1	2	3	2	1

## EK 9

9.09.2021 10:35

This email has been blocked from loading remote images.

Subject: Re: Life Balance Inventory  
To: SULTAN AKEL <

Date: 04/27/19 03:52 PM  
From: Kathleen Matuska

---

Life Balance Inventory only 6-3-12.doc (102kB)      Scoring LBI Subscale Items 4-12-12.doc (37kB)

---

Dear Sultan,  
Yes, you have my permission to use the Life Balance Inventory and research its properties.  
I have attached the link and a hard copy.  
Good luck with your research  
Dr. Matuska

On Sat, Apr 27, 2019 at 2:27 AM SULTAN AKEL < > wrote:

Dear Doctor Matuska,

I am Sultan Akel, a master student in Occupational Therapy Department at Hacettepe University, Turkey. As we are still trying to expand the number of standardized assessment in Turkey, we are immensely interested in using Life Balance Inventory in both research and clinical settings. Thereby, I request your permission for conducting Turkish cultural adaptation, validity and reliability studies of Life Balance Inventory in people with a research group lead by Prof. Esra Aki.  
Sincerely,

Sultan Akel, OT  
Occupational Therapy Department,  
Faculty of Health Sciences,  
Hacettepe University,  
Altındağ, 06100, Ankara, Turkey

--  
**Kathleen Matuska, PhD, OTR/L, FAOTA**  
Professor  
St. Catherine University  
Occupational Therapy Department #4141  
2004 Randolph Ave  
St. Paul, MN 55105



## 9. ÖZGEÇMİŞ